



Controle e resistência: breve trajetória dos direitos reprodutivos no Brasil

Control and Resistance: A Brief History of Reproductive Rights in Brazil

Pamela Cristina da Penha¹

RESUMO

Este artigo propõe uma análise sobre os direitos reprodutivos das mulheres no Brasil a partir do período posterior à transição democrática, com ênfase na década de 1990. Destaca debates no campo da legislação e a transformação do enfoque: das políticas de controle populacional e, com elas, o controle natalista e reprodutivo para a constituição dos direitos e da saúde reprodutiva.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos Reprodutivos. Controle Populacional. Feminismo.

ABSTRACT

This article proposes an analysis of women's reproductive rights in Brazil from the period following the democratic transition, with an emphasis on the 1990s. It highlights debates in the field of legislation and the shift in focus from population control policies, centered on natalist and reproductive regulation, to the establishment of reproductive rights and health. Keywords: reproductive rights; feminism; women's health.

KEYWORDS: Reproductive Rights. Population Control. Feminism.

* * *

Introdução

A médica sanitarista Maria Betânia de Melo Ávila (1994) apresenta a noção de “direitos reprodutivos” como o controle do próprio corpo, da fecundidade e da saúde, a partir de uma redefinição do pensamento feminista sobre liberdade reprodutiva e da discussão sobre os direitos reprodutivos das mulheres. Cabe ainda pontuar como esses direitos conferem à mulher a

¹ Pamela Cristina da Penha. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em História Social (PPGHS) da Universidade de São Paulo (USP), Brasil. E-mail: pamelapenha@usp.br

possibilidade de viver a sexualidade a partir de seus desejos, seja através da maternidade ou não.

Esse é um tema importante para os movimentos feministas e de mulheres ao longo da história e foi amplamente debatido no Brasil durante os processos da Constituinte em 1988, sendo discutido e mobilizado por grupos diversos de mulheres e feministas. Também foi destaque ao longo da década de 1990, a partir da discussão sobre os alarmantes índices de esterilização de mulheres, que estava ocorrendo no país desde os anos 1980, até a implantação do PL referente ao Planejamento Familiar aprovado no governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1996.

Revisitar o debate sobre direitos reprodutivos, com foco nos anos 1980-1990, permite vislumbrar os caminhos percorridos e sobretudo os limites e retrocessos que ainda são necessários superar. A partir da produção bibliográfica analisada, propõe-se percorrer a disputa pelos direitos reprodutivos e a passagem do controle populacional coercitivo para a luta por direitos reprodutivos

Constituinte de 1988 e os direitos das mulheres

O processo da construção da nova noção de cidadania proporcionou avanço às mulheres e, principalmente, a inserção de suas pautas e demandas nos novos rumos que o país tomaria. O fim de um regime autoritário e repressor permitia a imaginação de que através das instituições democráticas, se dirigidas ou ocupadas por forças sociais, poderiam implantar mudanças mais ou menos radicais, mais ou menos graduais. Temia-se também que a abstenção da participação feminina e/ou popular facilitaria o trabalho da elite conservadora do país, sedenta para vincular a democratização formal com reformas neoliberais e a manutenção da estrutura social conservadora.

Foi com essa leitura que muitas mulheres militantes dos anos 1970, que haviam sido perseguidas e exiladas, estavam inseridas em partidos como o PMDB, que teria sido vitorioso nas eleições para vários governos estaduais em 1982. Com a ocorrência do pleito de 1986, foram eleitas 26 deputadas federais, o que representava cerca de 6% da Casa, sendo as regiões Norte e Nordeste as que mais contribuíram com deputadas mulheres.

Embora bastante heterogênea, a autodenominada bancada feminina teve uma atuação bastante significativa durante os trabalhos da Constituinte. Foram apresentadas 30 emendas sobre os direitos das mulheres, havendo intensa participação do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM), à época coordenado por Jacqueline Pitanguy. O CNDM promoveu campanhas publicitárias espalhadas por todo o país com o slogan “*Constituinte para valer tem que ter direitos da mulher*” e organizou diversos encontros, seminários e conferências, culminando no documento entregue aos constituintes, a “*Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes*”.

A “*Carta das mulheres...*” continha temas fundamentais às mulheres, como o fim da discriminação no trabalho, direito de a mãe apontar a paternidade, creches para todos, estabilidade para a mulher gestante, mas também deixou de lado temas considerados polêmicos, como a legalização do aborto. A carta não se referia abertamente à legalização, ou descriminalização do aborto, constava apenas em sua redação: “Será garantido à mulher o direito de conhecer e decidir sobre seu próprio corpo”, o que segundo algumas mulheres do período poderia abrir precedente para discussões posteriores. Era salutar trazer esse debate à tona durante a Constituinte para conseguir assegurar, através da legislação, os direitos às mulheres, diante dos dados apresentados. A legalização do aborto era, antes de tudo, uma luta pela proteção à saúde da mulher.

Entre as emendas que tratavam dos direitos das mulheres, a de número 65, abordava a legalização do aborto e conseguiu reunir mais de 32 mil assinaturas (para uma emenda ir à plenário era necessário um mínimo de 30

assinaturas). Proposta pelos grupos Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, União de Mulheres de São Paulo, Grupo de Saúde Nós Mulheres, essa emenda tratava da saúde feminina, apontando o direito de decidir sobre o número de filhos e a interromper uma gravidez indesejada.

Como sabe-se, nenhum dos projetos apresentados sobre o tema foi aprovado - aqui ressalta-se a ofensiva da CNBB (Conferência Nacional do Bispos do Brasil) e de outros grupos ligados a igrejas evangélicas, que se expandiam no país. Embora não tenha havido avanço significativo sobre o tema, muitas mulheres no período apontaram a importância de impedir retrocessos à essa questão dentro dos limites perante a correlação de forças.

Embora a temática dos direitos e saúde reprodutiva das mulheres não tivesse alcançado todos os objetivos esperados na Constituição de 1988, principalmente a descriminalização do aborto, o debate seguiria ainda muito presente nos anos de 1990. Em 1991 é proposto o PL 20, que previa a obrigatoriedade do atendimento na rede pública de saúde dos casos de aborto previsto na legislação, a regulamentação do PAISM, o planejamento familiar, e a incidência dos altos índices de esterilizações de mulheres que ocorriam no país desde a década de 1980 como método contraceptivo, culminando em uma CPI. Instaurada em 1992, a CPI encarregou-se de investigar a ocorrência indiscriminada do procedimento; fala ainda sobre a cobrança dos atestados de gravidez e laqueadura nas contratações, o aumento dos casos de gravidez na adolescência, bem como as mortes e sequelas de abortos clandestinos.

O tema dos direitos reprodutivos ganhou status internacional a partir da Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994. O capítulo VII do Programa de Ação aponta que os

[...] direitos reprodutivos abrangem os direitos humanos que já são reconhecidos em legislações nacionais e documentos internacionais de direitos humanos, segundo os quais esses direitos baseiam-se no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos de decidirem livre e responsavelmente o número, o espaçamento e o momento de ter seus filhos, bem como de ter acesso às informações e aos meios para fazê-lo, e o direito de

alcançar o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. Incluem também o direito de tomar decisões relativas à reprodução livres de discriminação, coerção e violência, conforme expresso em documentos de direitos humanos (ONU, 1994).

O tema seria também ratificado na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim, em 1995, presente ao longo da Plataforma de Ação. Destaca-se o artigo 223, onde se lê:

Tendo em mente o Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento e a Declaração e o Programa de Ação adotados em Viena pela Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, a Conferência Mundial sobre a Mulher reafirma que os direitos reprodutivos dependem dos direitos básicos de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsavelmente o número, a frequência e o momento para terem seus filhos e de possuir as informações e os meios para isso, bem como do direito a alcançar o mais elevado nível de saúde sexual e reprodutiva. Isso também inclui o seu direito de adotar decisões relativas à reprodução livres de discriminação, coerção e violência, conforme expresso nos documentos de direitos humanos (ONU, 1995).

A partir desses documentos e da realização dessas Conferências, quiçá das contradições que permeavam o interesse da ONU em enfatizar a temática das mulheres em sua atuação, havia um elemento importante no fato de os direitos e da saúde reprodutiva ocuparem esse espaço. Os países signatários assumiam um compromisso internacional em implementar programas que dialogassem com as proposições, ainda que os documentos das duas Conferências afirmassem que cada país o faria de acordo com sua própria legislação.

Influências internacionais e instituições médicas

Os movimentos feministas e de mulheres no Brasil vão trazer essa discussão e, principalmente, terão um papel fundamental na discussão sobre a perspectiva de direitos ao abordar a questão da sexualidade e da saúde das mulheres. Até então, havia ainda uma centralidade no controle populacional e natalista, discussão que havia ganhado bastante espaço a partir de 1974

com o Relatório Kissinger (NSSM – 200, Memorando de Estudo de Segurança Nacional - "Implicações do crescimento da população mundial para a segurança e os interesses externos dos Estados Unidos"). Esse documento é dividido em duas partes e expõe, sobretudo na segunda parte, a estratégia norte americana para o controle da populacional mundial, principalmente para países que considerava foco de atenção, como Índia, Bangladesh, Paquistão, Nigéria, México, Indonésia, Filipinas, Tailândia, Turquia, Etiópia, Colômbia e o Brasil. O Relatório, ainda, enfatiza as consequências dessas políticas para os Estados Unidos.

A primeira seção da segunda parte do Relatório Kissinger discute a criação de uma estratégia estadunidense para a população global. Entre os agentes envolvidos na coordenação, são citadas instituições multilaterais, organizações voluntárias e doadores bilaterais. A partir disso, menciona-se de maneira abrangente, sem citar os casos específicos, o histórico de programas estadunidenses de planejamento familiar e seus efeitos positivos em países menos desenvolvidos (Vieira, 1994).

No Brasil havia duas instituições que, desde a década de 1970, trabalhavam com programas de planejamento familiar e possuíam relação com instituições norte-americanas, das quais recebia também financiamento: a Sociedade Civil para o Bem-Estar Familiar (BEMFAM) e o Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMC). A primeira, fundada em 1966 com propósitos relacionados ao alto índice da ocorrência de abortos provocados, em 1971 foi considerada de utilidade pública pelo governo ditatorial do General Ernesto Geisel. A instituição era filiada à Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF) e ao *Population Council*, e sua sede era localizada na cidade do Rio de Janeiro, mas ao longo dos anos passou a ter filiais espalhadas por todo país. Já o CPAIMC foi criado em 1975, no Rio de Janeiro e, em 1977, estabeleceu um convênio com o Fundo de População das Nações Unidas que durou até 1981.

A autora Manuela Oliveira (2025), em sua dissertação de mestrado sobre a CPI da Esterilização instaurada em 1991, traça não apenas uma trajetória dessas instituições, mas destaca suas atuações em programas de implantação de DIU, distribuição de contraceptivos e, sobretudo, as polêmicas que envolviam a forma de atuação associada à prática de esterilização de mulheres, assim como os propósitos desde a sua fundação. A autora também apresenta um entrelaçamento entre essas instituições e suas financiadoras, mapeando suas conexões com os propósitos difundidos no Relatório Kissinger e ideias eugenistas. Essas conexões são fundamentais para pensar a política de controle natalista que se desenvolveu no país entre as décadas de 1970/80 e meados dos anos 1990 como um processo de controle dos corpos femininos a partir de uma medicalização e, especialmente, com viés eugênico e recorte de classe.

O relatório ainda apontava a necessidade do aumento de investimentos na área de pesquisa em fertilidade e contracepção, tanto com abordagens de curto prazo, para desenvolvimento e aprimoramento de novas tecnologias que estariam prontas para uso dentro de um período de cinco anos, quanto de longo prazo, a serem utilizados em um período de cinco a quinze anos, incluindo o desenvolvimento de um contraceptivo masculino. A primeira abordagem previa investimentos em contraceptivos orais, dispositivos intrauterinos (DIU), aprimoramento de métodos para previsão da ovulação, contraceptivos injetáveis para mulheres, métodos de controle da fertilidade feminina, métodos não clínicos (que poderiam ser utilizados sem intervenção ou acompanhamento médico, como o uso de preservativos) e a esterilização de homens e mulheres, segundo o documento uma prática que estava tendo boa aceitação em várias regiões por ser um procedimento simples, rápido, seguro e facilmente disponível. Destaca-se o procedimento voltado às mulheres:

A esterilização feminina tem sido aprimorada por avanços técnicos com laparoscópios, culdoscópio e grande simplificação das técnicas cirúrgicas

abdominais. Aperfeiçoamentos adicionais através do uso de cliques tubários, abordagens transcervicais e técnicas mais simples podem ser desenvolvidas. Para os homens, várias técnicas atuais apresentam potencial, mas necessitam de maior refinamento e avaliação (NSSM, 1974, p. 63, tradução nossa).

A partir desse elemento, é salutar refletir o papel da medicina no debate controle populacional e direitos reprodutivos, em destaque às especialidades de obstetrícia e ginecologia, pois são duas especialidades médicas que, em certa medida, constituem processos de normatização do corpo feminino. Em sua tese de doutorado, o historiador Marcos Jungmann Bhering discorre sobre o papel dessa área no discurso de natalista:

As ideias de superpopulação que passavam a circular no mundo, a partir dos anos 1940, tinham condições de conferir um novo papel para esses profissionais. Especialistas do corpo feminino e dos nascimentos, seriam eles os mais aptos a atuar sobre a sua regulação. Em 1960 foi publicado no editorial da revista *Anais Brasileiros de Ginecologia* um artigo de Antônio Vespasiano Ramos, intitulado “Controle da População, a Fertilidade e a Fome” em que alertava para o papel dos médicos ginecologistas, através de seus estudos sobre esterilidade e a busca por formas de combatê-la, para o fomento da natalidade no mundo, mesmo em países onde a fome imperava (Bhering, 2014, p. 54).

Segundo Bhering (2014, p. 57), essa convocatória à redução da taxa de natalidade, em especial no Brasil, seria aceita por ginecologistas e obstetras em diversos estados, “com destaque para o Rio de Janeiro, Bahia e São Paulo que, por meio de suas inserções institucionais e recursos externos, puderam empreender a missão de promover o planejamento familiar no Brasil”. À frente da CPAIMC e da BEMFAM estavam dois médicos ginecologistas e obstetras: Octávio Rodrigues Lima, primeiro presidente da BENFAM, Catedrático da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade

do Rio de Janeiro; e Hélio Aguinaga, fundador e diretor da CPAIMC. Marcava-se assim o papel da medicina no controle reprodutivo - subjetivada no discurso de Planejamento Familiar propagado e difundido por essas instituições, a reprodução estava focada no corpo feminino.

Esterilização, CPI e legislação

O entrecruzamento entre instituições, o discurso eugenista, o imperialismo norte-americano e a prática e atuação médica culminam em um processo no qual os corpos femininos se tornam objetos de controle e passam a ser responsabilizados, como afirmou Nielsson (2022), pelo “subdesenvolvimento”, pela pobreza, pela fome, pela degradação ambiental e pela escassez de recursos, resultando em políticas coercitivas de controle. Cabe ainda pontuar que, a partir da especificidade brasileira, é fundamental pontuar que esses corpos são sobretudo racializados e marcados por um profundo recorte de classe. Ao observar as principais atuações das políticas natalistas, verifica-se que seus projetos atuam especialmente em áreas periféricas e com população majoritariamente negra. A BENFAM e o CPAIMC se constituíram como duas instituições responsáveis pela disseminação da prática da esterilização feminina no Brasil como método contraceptivo, principalmente nos estados do Nordeste.

Nielsson discorre, ainda, como o discurso neomalthusiano do “boom populacional” trouxe a demanda do planejamento familiar através de uma roupagem de concessão de direitos, enfatizando a vontade individual:

Os conceitos de política populacional, controle de natalidade e planejamento familiar, apesar de interligados, não são sinônimos. O planejamento familiar está relacionado à “[...] idade do casamento e do primeiro filho, espaçamento das gestações, terminação da parturição e métodos de concepção e contracepção”, como explica Alves (2004, p. 20). Apesar da distinção

conceitual, todos estão interrelacionados e podem ser utilizados como forma coercitiva de retirada de direitos e de controle sobre os corpos (Nielson, 2022 p. 32).

Não havendo políticas voltadas aos direitos reprodutivos, principalmente no que se refere às mulheres, o que se encontrava no Brasil era uma difusão de medidas tomadas para se controlar o crescimento da população através da medicalização do corpo feminino, concretizadas no aumento de cirurgias de laqueadura. Aqui ainda se apresenta a polêmica com o Norplant na década de 1980, no Brasil. Observa-se, dessa forma, que o controle populacional, no Brasil, como apontou a médica sanitária Elisabeth Meloni Vieira, inicialmente foi efetivado no âmbito da prática médica, pela medicalização do corpo feminino e pelo tipo de assistência médica produzida, com propostas de resoluções cirúrgicas, ginecológicas ou hormonais.

Nesse caminho, a esterilização feminina se tornará um dos principais métodos contraceptivos no Brasil a partir da década de 1970. Referenciado no Relatório Kissinger como um método de boa aceitação, sua ampla ocorrência será presença em diversos países da América Latina. Os historiadores Marcela Piloto Proença e Lincoln Secco (2021, p. 274), ao analisar o caso das esterilizações de mulheres no Haiti a partir de uma perspectiva marxista, elucidam que a relação, “ainda que subterrânea, entre imperialismo, capitalismo e o controle populacional é um ponto de vista primordial para se pensar quanto ao domínio dos corpos femininos nas sociedades contemporâneas”.

Segundo dados do PNAD de 1986, realizada pelo IBGE, a esterilização feminina era o método contraceptivo mais utilizado no Brasil pelas mulheres em idade reprodutiva (44%), seguido da pílula (41%). O DIU representava 1,5% e a camisinha 1,8%, o coito interrompido 2,5% e a tabela 6,2%. A esterilização masculina (vasectomia) era muito baixa, representando apenas 0,9%. A divulgação desses dados alarmou diversas entidades, principalmente

grupos de mulheres e feministas, com destaque ao movimento de mulheres negras.

O maior percentual de mulheres laqueadas estava nos estados mais pobres e de maioria populacional negra. Grupos feministas no Brasil já destacavam, desde a década de 1970, o debate em torno dos direitos reprodutivos. Embora existisse um discurso feminista na Europa dos anos 1960-70 que reivindicava os direitos sexuais e a decisão sobre a reprodução, na América Latina do mesmo período, os movimentos feministas e de mulheres estavam fortemente engajados na luta contra os regimes ditatoriais. Nesse contexto, como pontuou Pedro (2004), os contraceptivos não foram reivindicados pelos movimentos de mulheres latino-americanas como uma arma de luta pela autonomia, mas foram divulgados e distribuídos no interior das disputas da guerra fria, tendo como principal argumento a luta contra o aborto criminoso.

Os altos índices da esterilização de mulheres entre os anos 1970 e 1990 serão palco de denúncias das quais farão parte os movimentos de mulheres negras, principalmente pelo fato de esses índices constituírem uma política eugênica de esterilização em massa de mulheres negras no país. Soma-se a isso, as denúncias de casos que explicitavam que, para as mulheres serem inseridas no mercado de trabalho, o controle reprodutivo era pré-requisito para a contratação, a partir da exigência de teste de gravidez negativo e do exame de comprovação da laqueadura.

É apontada pela médica sanitarista Elisabeth Meloni Vieira (1994, p. 446) uma “aceitabilidade da esterilização feminina [sendo] um fenômeno social importante já que demonstra o alto nível de motivação das mulheres em controlar sua fertilidade”, além de afirmar que a mulher precisa “não ser mulher” para ser aceita como um ser produtivo na estrutura econômica em que está inserida. Ainda segundo a médica, sem um programa de planejamento familiar e sem a regulamentação da prática de esterilizações, o procedimento estava sendo realizado de forma desenfreada e sem critérios

pelo país, muitas vezes sem que as mulheres compreendessem, de fato, a consequência de sua irreversibilidade.

Assim, o Conselho Federal de Medicina, em 1984, através da Resolução nº 1.154, proibiu a esterilização voluntária, com exceção em casos específicos e diante a indicação médica, e em 1988, o Conselho de Ética do Código de Ética Médica proibiu a realização da cirurgia em todas as hipóteses. Além disso, a prática poderia ainda ser autuada perante o Código Penal, sendo considerada lesão corporal, art. 129, parágrafo 1º, item 3 do Código Penal: “ofender a integridade corporal à saúde de outro, debilidade permanente de membro, sentidos ou função”, na medida em que ela implica na perda da função reprodutiva (Geledés, 1991).

No que se refere às questões trabalhistas, em 1992 foi apresentado ao Congresso um substitutivo, proposto pelos então deputados Fernando Henrique Cardoso e Mario Covas, sobre o trabalho da mulher, eliminando questões como a exigência de atestados de esterilização e de gravidez na contratação (Boletim Fêmea, dez/1992 edição nº4). Também em 1993 foram apresentados dois Projetos de Lei para coibição de práticas discriminatórias (de submeter as mulheres a exames compulsórios de gravidez e atestado de esterilidade) e indicação de penalidades: o Projeto de Lei nº 229/91, autoria da deputada Benedita da Silva, previa multa de 2 salários-mínimos; e o Projeto de Lei nº 3466/92, autoria da deputada Maria Luiza Fontenelle, que previa a detenção de 2 a 4 anos. A matéria foi sancionada integralmente como a Lei nº 9.029 apenas em abril de 1995, formalizando a proibição entre práticas discriminatórias na admissão ou manutenção do emprego.

Os dados da PNDS 86 apontavam também, em relação a realização do procedimento: percentuais mais altos entre mulheres com nenhum ou baixo nível de instrução; que a idade média na qual as mulheres realizam o procedimento era 28,9 anos; e que cerca de 60% das esterilizações ocorriam durante a cesárea, o que gerou também um alto índice da realização de partos cesarianos. A cirurgia de laqueadura não era regulamentada, assim a forma de acesso de muitas mulheres ocorria durante o parto. A esterilização não

poderia ser custeada pelo Sistema Público de Saúde, mas a cesárea sim - dessa forma, como aponta pesquisadores, muitas mulheres negociavam e custeavam a cirurgia por fora. A demógrafa Elza Berquó (1994) apresentou dados que ilustravam a relação entre o parto cesáreo e esterilização: mulheres com dois (25%), três (31,7%) e quatro (40,1%) filhos nascidos vivos que haviam realizado cesárea no último parto, em contraposição àquelas não esterilizadas após a realização do parto através da cesárea: 11,7%, 4,2% e 5,6, respectivamente dois, três e quatro filhos.

Outra possibilidade de acesso era através de clínicas gratuitas, que recebiam financiamento de instituições relacionadas com o controle reprodutivo. Nesse caso, as figuras da BEMFAM e do CPAIMC aparecem em destaque, além de estarem envolvidas com treinamentos de médicos para a realização do procedimento.

Em 1983 é lançado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), regulamentado em 1986, a partir de pressão de movimentos de mulheres e feministas. O programa tinha como propósito a atenção à saúde da mulher de forma integral: clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; controle das infecções sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e mamário; e à assistência para concepção e contracepção. Porém, o PAISM não teve sua efetiva implantação, sendo precária e insuficiente a sua atuação em diversas partes do país, fato inclusive que foi denunciado e reivindicado em diversos textos dos acadêmicos e que teve destaque pela imprensa feminista, tornando uma demanda dos feminismos.

As denúncias diante desse cenário culminaria na instauração da CPMI (Comissão Parlamentar Mista de Inquérito) da Esterilização em massa das mulheres, em novembro de 1991, presidida pela então deputada federal Benedita da Silva (PT/RJ), com o objetivo de “investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil” (Relatório Nº 2, p. 9), e cujo relatório final foi aprovado em 1993. A CPMI era composta por 15 deputados

e 15 senadores de diversos partidos políticos: PMDB, PFL, PSDB, PTB, PDT, PDC, PT, PRN, PDS e PL.

O relatório final de 144 páginas foi resultado de um processo de 15 reuniões realizadas entre 01 de abril e 30 de junho de 1992. Entre os depoentes estavam mulheres dos movimentos de mulheres e feministas (a diretora do Geledés, Edna Roland; a coordenadora do MNU, Luíza Bairos; a secretária-executiva da Rede Nacional Feminista e médica sanitarista Maria Betânia Ávila, a militante do MMN e representante do Centro de Estudos de População Marginalizada, Jurema Werneck.), representantes da BEMFAM e do CPAIMC (Hélio Aguinaga), políticos e médicos (como o médico e representante do *Population Council* no Brasil, Aníbal Faúndes).

Durante os trâmites da CPMI, entres vários pontos que se tornaram evidentes sobre o tema das esterilizações em massa, alguns são fundamentais destacar: 1. A denúncia mostra que no Nordeste vê-se a prática de doações de aparelhos laparoscópicos aos obstetras, que apresentam às fundações (como Rockefeller, Ford e outras) estatísticas do maior número de laqueaduras no Nordeste (Brasil, 1993, p. 71); 2. Os temas dos direitos reprodutivos e a regulamentação do Planejamento Familiar se tornaram predominantes em vários depoimentos de mulheres dos movimentos, médicas sanitaristas e deputadas. 3. Não podem ser dissociados da discussão a implantação da política de assistência integral à saúde das mulheres, o Planejamento Familiar, a incidência de elevados números de esterilizações e a falta de regulamentação do procedimento, somando-se o atendimento às mulheres que necessitam realizar o aborto que já estava previsto no Código Penal cujo atendimento ainda não estava regulamentado no SUS. Esses tópicos refletem o abandono e a omissão do Estado em sua responsabilidade constitucional de prover saúde integral e métodos contraceptivos para o Planejamento Familiar.

O relatório tornou ainda mais evidente o interesse internacional na implementação de controle demográfico no país, atuando através de grupos

internacionais que movimentam recursos significativos, como a Sociedade Civil para o Bem-

Estar Familiar (BEMFAM) e o Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMC). Evidenciou também o uso político da prática em troca de votos. E, a partir do depoimento da demógrafa Elza Berquó, trouxe a perspectiva de que no país havia uma “cultura de esterilização” de mulheres, com caráter intergeracional, em que avós, mães e filhas recorriam à prática como método contraceptivo.

A especificidade das esterilizações das mulheres negras fica evidenciado logo na introdução do relatório, mas em sua conclusão relata não ser possível concretizar a informação de maior evidência em mulheres negras.

É sintomático constatar que o maior percentual de mulheres esterilizadas encontram-se exatamente nos Estados das regiões que concentra, os maiores índices de miséria e pobreza do nosso país, e onde a composição populacional aponta para uma maioria negra, como por exemplo o Nordeste e o Centro Oeste. Por outro lado, em Estados de maioria branca, como por exemplo o Rio Grande do Sul, o índice de mulheres esterilizadas fica abaixo da média nacional (Brasil, 1993, p. 10).

Segundo consta no relatório, o estado com maior incidência era o Maranhão, com 79,8%, e o menor o Rio Grande do Sul, com 22,6% de mulheres em idade reprodutiva esterilizadas. Embora o documento traga essa informação em sua abertura, nas conclusões afirma os dados levantados pelo IBGE na PNAD/86 não confirmaram a denúncia feita pelo movimento negro, mas relata a dificuldade em apurar com precisão a informação.

É salutar reconhecer o protagonismo das mulheres negras nas denúncias das esterilizações em massa. Embora institucionalmente não se tenha reconhecido que elas foram a mais afetadas, em artigo de 1995, Edna Roland apresenta a relação entre as taxas de crescimento populacional entre brancos e negros. Seu principal argumento é que, contrariando previsões, dados da década de 1990 apontavam que houve crescimento da população branca enquanto pretos e pardos decresceram:

Esperavam inclusive que a população negra (pretos + pardos) no Brasil seria majoritária ultrapassando a população branca. Mas a PNAD de 1990 não confirmou esta expectativa, a população branca até cresceu um pouco. A população preta diminuiu de 6% para 5% e a população parda se manteve praticamente constante. Como o índice de endogamia permaneceu o mesmo que em 1980 o não crescimento da população parda não se deveu a qualquer mudança na questão da miscigenação, mas a uma grande redução na sua taxa de crescimento.

A taxa de crescimento da população parda que era de 4,1% em 1980 passa a 2,3% em 1990 tornando-se menor que a taxa de crescimento da população branca de 2,4% contrariando todas as tendências históricas desde a década de 40. Além disso, igualmente estranho esta taxa de crescimento da população branca foi maior do que na década passada (2,2%) (Roland, 1995, p. 510).

Segundo Roland (1995), a população negra estava diminuindo (ou morrendo) mais do que o previsto ou, ainda, se reproduzindo menos. Para a autora, era fundamental pensar esse processo a partir da ocorrência das esterilizações.

Suas denúncias vão de encontro à das mulheres latinas nos Estados Unidos. Diante de uma ideia de eliminação da pobreza a partir da medicalização dos corpos femininos, havia aqueles que eram alvo prioritário nesse processo, as mulheres negras, indígenas, as latinas (sobretudo no contexto norte-americano, aqui o exemplo de Porto Rico talvez seja um dos mais significativos). Assim, desde 1986 o movimento de mulheres negras não apenas denunciava a esterilização de mulheres negras, mas sobretudo os interesses internacionais do controle reprodutivo dessa parcela da população. Nas palavras de Nielsson (2020, p. 28):

No dispositivo da reprodutividade, gênero, raça e precarização da vida se unem a partir dos muitos espaços de “suspensão” em que a vida das mulheres se torna precária ou redutível à vida nua precisamente na vinculação com a reprodução. Estabelecem-se verdadeiros limiares, nos quais a vinculação pode indicar o ponto de indiscernibilidade em que direito se transformará em violência, e a violência será aquela própria do estado ou por ele legitimada.

Nesse contexto, a autora mobiliza o conceito de necropolítica do filósofo e cientista político camaronês Achille Mbembe (2016), o qual abre seu ensaio afirmando que a soberania “reside, em grande medida, no poder e na

capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer” (2018, p. 123), cujo projeto seria “a instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações” (2018, p. 125), a partir da instituição de “mundos de morte”. Refletir sobre as intervenções, sobretudo norte-americanas, através do financiamento de instituições associadas com as cirurgias de esterilização é problematizar que o imperialismo, em última instância, estava escolhendo quem deveria nascer, quem tinha o direito de existir. É também problematizar o Estado como executor de um poder político e social que cria, estabelece os meios, ou se omite de ações que geram a violência e a precariedade da vida.

A conclusão do Relatório da CPI aborda a necessidade da regulamentação do Planejamento Familiar, presente no artigo 226 da Constituição Federal de 1988. E aqui há uma importante virada, pois o tema ganha relevância entre as reivindicações dos movimentos feministas. Com o reconhecimento de os direitos das mulheres serem direitos humanos, na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, organizada pelas Nações Unidas em Viena, em junho de 1993. Os países signatários assumem a responsabilidade de regulamentar a garantia dos direitos das mulheres, assim o planejamento familiar adquire um viés de garantia de direitos humanos. Como posto, embora já estivesse inserido na Constituição de 1988, como um direito, onde se afirmava “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), sua regulamentação ocorreria somente em 1996, com a aprovação da Lei nº 9.263.

O Instituto Geledés, em 1991, através da publicação “*Caderno II: Esterilização: Impunidade ou Regulamentação?*”, apresentava, entre outros elementos argumentos sobre regulamentação das esterilizações, que deveria existir “mecanismos de controle, que impeçam a impunidade dos indivíduos e instituições responsáveis pelo quadro de profundo desrespeito aos direitos reprodutivos das mulheres no Brasil” (Geledés, 1991, p. 12). A publicação

critica o projeto de lei do então deputado federal Nelson Seixas (PSDB/SP), nº 1.167/88, cuja proposição era a legalização da esterilização a partir de 21 anos de idade, sem nenhum pré-requisito. A regulamentação, além de coibir os abusos, como a esterilização involuntária, poderia garantir às mulheres maiores informações sobre o procedimento para que pudessem realizar de forma segura, segundo ainda a justificativa, naquele contexto, que o alto índice de esterilizações não estava sendo utilizado como uma questão de saúde, mas sim como controle populacional, atuando especialmente no controle reprodutivo feminino. Por fim a argumentação do texto residia também no exemplo da criminalização do aborto - sua ilegalidade não implicava na ausência da prática, mas sim em sua realização de forma clandestina e insegura, que anualmente levava milhares de mulheres à óbito. Dessa forma, regulamentar era, em última instância, coibir a proliferação de clínicas clandestinas no país e, notadamente trazer a narrativa para dentro do espectro dos direitos sexuais e reprodutivos. Para tal, tornou-se fundamental também a defesa da regulamentação do Planejamento Familiar.

No Congresso Nacional, a deputada Fátima Pelaes (PFL-AM) apresentou um Substitutivo ao projeto de lei apresentado pelo então deputado Eduardo Jorge (PT-SP), 209/91, que foi elaborado a partir de “discussões e sugestões das organizações de mulheres e de diversos segmentos da sociedade e que contou com a assessoria direta do CFEMEA, da CEPIA e do SOS-Corpo” (Fêmea, junho/1993 edição nº 7, p. 5).

A Lei 9.263/96 regulamenta o artigo 7º da CF e, em seu artigo 2º, conceitua o que seria o planejamento familiar: “como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (Brasil, 1996). O texto ainda imputa ao Estado o papel de garantir “programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais” (Brasil, 1996), incluindo a assistência à concepção e contracepção; o atendimento pré-natal; a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças

sexualmente transmissíveis; e o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis (alterado pela Lei nº 13.045, de 2014).

O artigo 10º apresenta a regulamentação da cirurgia de esterilização, elencando em quais situações poderiam ser realizadas. Interessante observar algumas das mudanças que ocorreram entre o texto do PL e o texto final aprovado. No primeiro inciso do PL, apenas consta que, para a realização do procedimento, deve haver um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e do ato cirúrgico, incluindo aconselhamento de equipe multidisciplinar. Contudo, o texto aprovado acrescenta critérios restritivos, como idade e filhos vivos (mínimo de 25 anos ou com dois filhos). O texto inclui, no Capítulo II Dos Crimes e das Penalidades, tipificações penais a violações do artigo 10º; destaca ainda que o artigo 18º prevê reclusão de um a dois anos em caso de exigências de atestado de esterilização para quaisquer fins. Segundo Nielsson (2022), essas penalizações simbolizam um caminho de mudança e a esterilização não seria mais tomada como ferramenta de controle demográfico.

Entretanto, a autora ainda sinaliza a contradição exposta entre os parágrafos 5º e 6º: enquanto para aqueles em união conjugal havia a necessidade do consentimento do cônjuge, para aqueles considerados incapazes somente era exigida autorização judicial. Em sua análise, a autora afirma ser a autodeterminação para uns e a compulsoriedade para outros.

Uma análise sobre esse conceito do Planejamento Familiar, no qual há um paradigma fundamentalmente explícito, embora tenha sido colocado como essencial sua aprovação, a fim inclusive de estabelecer direitos referentes à questão reprodutiva, mostra que sua essência apresenta um caráter heteronormativo e que evidencia a constituição da família como elemento central da sociedade. Conforme consta: “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”; e no parágrafo 3º, quando formaliza que é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar. Assim, a “família” ainda se constituía como um elemento de

controle, sobretudo da sexualidade feminina. Embora na promulgação da Constituinte tenha se comemorado a suposta elevação civil das mulheres, conforme o parágrafo 5º: “os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher” (Brasil, 1988).

O termo “família” envolve diversas abordagens e configurações; contudo, a noção ideal de família brasileira se configura por intermédio uma base patriarcal, formada por um núcleo conjugal e filhos consanguíneos, e se caracteriza como a forma mais antiga e eficiente do controle feminino e social, obscurecendo, de certo modo, outras formas de configurações familiares produzidas em outros contextos sociais (Nielsson, 2022, p. 50).

Em sua essência, os direitos presentes na CF e no Planejamento Familiar preservaram e quicá fortaleceram a constituição de uma família dentro dos limites da sociedade patriarcal. Uma estrutura familiar que não apenas coloca o homem no centro da sociedade conjugal e a mulheres responsável pelos cuidados domésticos e por criar os filhos, mas sobretudo imputa às mulheres a dupla jornada, pois às mulheres trabalhadoras ainda são relegadas as tarefas do cuidado.

Conclusão:

A trajetória dos direitos reprodutivos no Brasil evidencia um processo marcado por tensões entre políticas de controle populacional e a luta dos movimentos de mulheres e feministas pela autonomia sobre seus corpos. Apesar do contexto de violações, especialmente desde a década de 1970, com a difusão de práticas coercitivas de esterilização e a medicalização da reprodução feminina, o processo de redemocratização abriu espaços para que os movimentos feministas e de mulheres inserissem suas pautas no debate público. Porém, é fundamental reconhecer que as conquistas ocorreram dentro dos limites do Estado; conforme abordado no início deste texto, uma demanda histórica das mulheres, a descriminalização do aborto, não somente ainda não foi conquistada, mas especialmente enfrenta, em

distintos momentos, ataques aos poucos direitos conquistados, elucidando como são frágeis as conquistas dentro do sistema que funciona consolidando as opressões.

O percurso histórico analisado revela que os direitos reprodutivos não podem ser compreendidos apenas como políticas de saúde, mas como parte essencial da construção e transformação da sociedade e dos sistemas que colocam as mulheres em situação de opressão. Como afirmou a historiadora Tithi Bhattacharya (2019, p. 111), não é somente no controle dos ovários das mulheres que reside a discussão sobre controle reprodutivo, mas também no o controle de forma integral “sobre se e quando ter filhos, quantos filhos ter, ter tempo de cuidar deles, ter escolas públicas para eles, que eles e seus pais não estejam por trás das grades e, o que é mais importante, ter um salário decente para poder tomar decisões sobre todas essas coisas”. As denúncias dos movimentos de mulheres negras, ao expor a esterilização em massa como prática eugênica, reforçaram que a luta pela justiça reprodutiva é indissociável das dimensões de raça, classe e gênero.

Por fim, compreender esse processo histórico é fundamental para refletir não apenas sobre um momento histórico de luta por direitos reprodutivos, mas também acerca dos desafios permanentes que envolvem o controle estatal sobre os corpos das mulheres, ainda persistindo obstáculos ao pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, como a criminalização do aborto, a precariedade da assistência pública e as tentativas de retrocesso legislativo. A defesa desses direitos permanece, portanto, um campo de disputa central para a consolidação de uma sociedade democrática, livre de exploração e opressão, e que não opere na objetificação e medicalização de corpos que toma como subordinados.

Referências

ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e cidadania reprodutiva. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 383-393, 1993.

ÁVILA, Maria Betânia de Melo; BERQUÓ, Elza. *Direitos reprodutivos: uma questão de cidadania*. Brasília, DF: Centro Feminista de Estudos e Assessoria – CFEMEA, 1994.

BHERING, Marcos Jugmann *Controle de natalidade no Brasil: um estudo sobre o Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança (1975-1994)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: s.n., 2014.

COSTA, T. ET AL. *Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução*- Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.20, p.363-80, jul/dez 2006.

BHATTACHARYA, Tithi. O que é a teoria da reprodução social?. *Revista Outubro*, n. 32, 1o semestre de 2019

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

BRASIL. *Lei n.º 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: seção 1, Brasília, DF, 12 jan. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm.

FÊMEA. Brasília: CFEMEA, n. 7, jun. 1993. p. 5.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. *Revista Arte & Ensaios*, Rio de Janeiro, n. 32, p. 122-151, dez. 2016. Tradução de Renata Santini. DOI: 10.60001/ae.n32.p122-151. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>. Acesso em: 21/10/2024;.

NATIONAL SECURITY STUDY MEMORANDUM (NSSM-200). *Implications of Worldwide Population Growth For U.S. Security and Overseas Interests*. The Kissinger Report, 1974.

ONU. *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Programa de Ação*. Cairo, 5–13 de setembro de 1994. Nova Iorque: ONU, 1994.

ONU. *Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher: Plataforma de Ação*. Pequim, 4–15 de setembro de 1995. Nova Iorque: ONU, 1995.

PINTO, Celi Regina Jardim. *Uma história do Feminismo*. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, 2003, Coleção História do Povo Brasileiro.

PROENÇA, Marcela Piloto de. *Mulher, Estado e reprodução: esterilização em Porto Rico*. Tensões Mundiais, v. 17, n. 33, p. 249-276, 2021. Disponível em: <https://doi.org/>. Acesso em: 21 set. 2025.

PEDRO, Joana Maria. Entre a bomba populacional e o direito das mulheres. In: RIAL, Carmen Sílvia Moraes; TONELI, Maria Juracy Filgueiras (Org.). *Genealogias do silêncio: feminismo e gênero*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2004, p. [29-40].

PIMENTEL, Ana Cristina de Lima; JANNOTTI, Cláudia Bonan; GAUDENZI, Paula; TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva. A breve vida do Norplant® no Brasil: controvérsias e reagregações entre ciência, sociedade e Estado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 43-52, 2017.

R

evista Enfoque Feminista, edição nº 4, 1993.

ROLAND, Edna. Direitos reprodutivos e racismo no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 505-514, 1995.

VIEIRA, E. M. (1994). A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Revista De Saúde Pública*, 28(6), 440–448. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101994000600008>.

VERAS, Manoela de Oliveria. Esterilização involutária como política reprodutiva: intervencionismo, crescimento populacional no Brasil e direitos reprodutivos das mulheres. Dissertação (mestrado), Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em História, Florianópolis.

Recebido em dezembro de 2025
Aprovado em janeiro de 2026.