



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA

PLANEJAMENTO FAMILIAR OU ESTERILIZAÇÃO EM MASSA DE MULHERES
NEGRAS?: O RELATÓRIO DA COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE
INQUÉRITO (CPMI) DE 1993

Sabrina Cristina Queiroz Silva

Artigo apresentado ao Departamento de História do
Instituto de Ciências Humanas da Universidade de
Brasília para a obtenção do grau de licenciado em
História.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edlene Oliveira Silva

BRASÍLIA
2018

PLANEJAMENTO FAMILIAR OU ESTERILIZAÇÃO EM MASSA DE MULHERES NEGRAS?: O RELATÓRIO DA COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO (CPMI) DE 1993

Sabrina Cristina Queiroz Silva

Resumo

Esta pesquisa tem como objetivo analisar as discussões sobre a esterilização de mulheres negras na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) de 1992 presentes nas falas de parlamentares e palestrantes registradas no Relatório N°2, de 1993. Esta Comissão, composta por 15 deputados e 15 senadores, com seus respectivos suplentes, foi requerida no mês de novembro de 1991 pela deputada federal negra Benedita da Silva (PT-RJ) e instalada em 1 de abril de 1992, cujo relatório final de 144 páginas foi aprovado em 1993. Foi O relator foi o médico/senador Carlos Patrocínio (PFL-TO). Essa CPMI tratou da esterilização cirúrgica em massa de mulheres no Brasil nos anos 70 e 80. Dentre as pautas da Comissão estava à denúncia da esterilização massiva e, por vezes, compulsória de mulheres negras, demandada por mulheres do Movimento Negro, bem como a necessidade de averiguação da prática de esterilização cirúrgica como uma política eugênica direcionada a população feminina negra no país.

Palavras-chave: Esterilização, Mulheres Negras, Comissão Parlamentar Mista de Inquérito de 1993, Representação.

1. Introdução

Analisaremos nesta pesquisa as representações da esterilização de mulheres negras na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito de 1992 presentes nas falas de parlamentares e palestrantes registradas no Relatório N°2, de 1993.

A Constituição Federal de 1988, Art. 58, prevê a existência de comissões de inquérito que investiguem projetos de lei e temas que sejam de interesse nacional. Essas comissões podem ser permanentes ou temporárias, compostas por Deputados Federais ou Senadores como é o caso da CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito). Na união de Deputados Federais e Senadores numa mesma comissão, chama-se CPMI (Comissão Parlamentar Mista de Inquérito). Consta no §3, Art. 53 da CF, que para a abertura de uma comissão é necessário que o pedido seja feito por um terço dos membros de cada uma das Casas do Congresso. A distribuição de vagas é realizada entre os partidos e blocos parlamentares de forma proporcional ao número de membros de cada legenda. A função da CPMI é discutir, votar projetos de lei e fiscalizar um fato determinado por prazo certo, no entanto, não cabe à CPMI penalizar o alvo da denúncia, mas encaminhar (ou não)

as conclusões no formato de relatório ao Ministério Público “para que promova a responsabilidade civil ou criminal dos infratores” (SANTOS, 2014).

A Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Esterilização da Mulher, composta por 15 deputados e 15 senadores com seus respectivos suplentes, foi requerida no mês de novembro de 1991 pela deputada federal negra Benedita da Silva (PT-RJ), com a finalidade de “investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil” (RELATÓRIO Nº 2, p. 9), instalada em 1 de abril de 1992, cujo relatório final de 144 páginas foi aprovado em 1993 e o relator foi o médico/senador Carlos Patrocínio (PFL-TO). Essa CPMI tratou da esterilização cirúrgica em massa de mulheres no Brasil nos anos 70 e 80. Dentre as pautas da Comissão estava a denúncia da esterilização massiva e, por vezes, compulsória de mulheres negras, demandada pelo Movimento Negro, bem como a necessidade de averiguação da prática de esterilização cirúrgica como uma política eugênica direcionada a população feminina negra no país.

A esterilização de mulheres é realizada como método de contracepção no Brasil desde o século XIX, por mais que tivesse recebido inúmeras críticas da comunidade médica. No nosso país, a esterilização de mulheres foi introduzida pelo ginecologista italiano Abel Parente. Em 1893, atendendo ao pedido desse médico, os jornais do Rio de Janeiro publicaram anúncios sobre um novo método por ele desenvolvido, capaz de evitar definitivamente a gravidez e “garantia excelentes resultados” por meio de um “processo secreto” (MARTINS, 2004, p. 184).

A polêmica em volta dessa publicação de Abel Parente se deu através da reação da comunidade médica brasileira, que enxergou nessa prática o risco de depopulação. A percepção da classe médica era a de que “a cirurgia esterilizadora talvez fosse uma opção para os países com excesso de população, onde a fome e todos os tipos de problemas de saúde atingiam as classes pobres, mas não o Brasil país novo e despovoado (...)” (MARTINS, 2004, p. 185). No entanto, apesar da condenação dessa prática, o tema da esterilização feminina continuou sendo defendido e realizado durante os séculos XX e XXI. Segundo Martins, no início do século XX, esse debate fez parte das discussões entre neomalthusianos e os eugenistas:

Os neomalthusianos defendiam a divulgação de métodos contraceptivos como forma eficaz de combater o excesso populacional e a pobreza; já os eugenistas tinham uma visão diferenciada desta questão, defendendo uma limitação seletiva do crescimento populacional, temendo que a contracepção entre as classes médias e altas se tornasse um fator de deterioração da raça (2004, p. 187).

Dados de pesquisas realizadas em 1991 sobre esterilização feminina por laqueadura tubária mostraram que este foi o meio contraceptivo mais utilizado nesse período pelas brasileiras (BERQUÓ, 1999). Esse método, no qual as trompas das mulheres são cortadas ou amarradas, tem sido bastante debatido em razão de seu impacto populacional, pois sua prevalência foi apontada como principal causadora do decréscimo populacional entre as décadas de 1960 e 1990¹. Dados do IBGE de 1986 apontavam que 33% das mulheres casadas e em idade fértil (15 a 54 anos) foram esterilizadas, enquanto a porcentagem em países europeus não ultrapassava 7%. Mesmo em comparação com países considerados “subdesenvolvidos”, a taxa de mulheres esterilizadas não excedia os 15%, o que reforça a gravidade dos números brasileiros.

A CPMI de 1992 é resultado desse contexto histórico no qual o número de esterilizações no Brasil da década de 1990 era ainda mais alarmante ao estender os números a quaisquer mulheres em idade fértil, não somente às casadas. Segundo o texto do relatório N°2 de 1993,

a solicitação da criação dessa Comissão Parlamentar Mista de Inquérito deve-se ao fato de que a esterilização de mulheres é, atualmente, o método anticoncepcional mais usado no Brasil (...) A esterilização representa 44%, sendo o método mais utilizado por mulheres em idade fértil (p. 9).

Desde o século XIX, a comunidade médica e, posteriormente, o código de ética de medicina proibia a prática de esterilização feminina. O código penal, no capítulo das lesões corporais, artigo 129, também penalizava “a esterilização quando diz ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem, ou se resulta em debilidade permanente de algum membro, sentido ou função”, nesse caso, a função reprodutora (Relatório n.2, 1993, p. 9). Porém, o documento alerta para o fato de que até 1992 no Brasil, na época de funcionamento da CPMI, não havia nenhuma lei específica que regulasse a esterilização feminina.

A CPMI tratou de uma série de denúncias, como a de campanhas públicas de esterilização feminina; a ação de organizações internacionais americanas para o controle da natalidade no Brasil a partir da década de 60 – sobretudo em regiões pobres do Nordeste –; a esterilização em massa de mulheres negras e o uso eleitoreiro de tal procedimento. Demonstrou ainda a situação social e histórica das mulheres submetidas à esterilização; as desigualdades sociais que

¹ Cf. OLIVEIRA, Ana Izabel, et all. História reprodutiva de mulheres laqueadas. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/15.pdf. Acesso em: 9/11/2018.

influenciaram na “escolha” da esterilização; a alta taxa de arrependimento pós-cirurgia, dentre outros temas.

Foi uma comissão importantíssima na história da luta das mulheres negras pela autonomia sobre seus corpos e por direitos reprodutivos, que teve como consequência o PL 9.263 de 1996, cuja função é regulamentar a esterilização cirúrgica no Brasil. Também conhecida como a Lei do Planejamento Familiar e Esterilização Voluntária, de autoria do médico e senador Lúcio Alcântara (PSDB), o projeto teve sua aprovação em 12 de janeiro de 1996. Um dos impactos da lei na realização de esterilizações foi a de só permitir esterilização voluntária e nas seguintes situações: a) somente em homens e mulheres maiores de 25 anos ou, pelo menos, com dois filhos vivos, a fim de desencorajar a esterilização precoce (Art. 10, inciso I) ; b) risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos (Art. 10, inciso II); c) com o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes (Art. 10, §1º). Ainda segundo o PL (Art. 10 § 4º) A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia² e ooforectomia³.

Existe no PL um parágrafo muito importante referente a esterilização em pessoas casadas. Nesse caso “a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges” (art.10, § 5º). Ou seja, para a mulher ser esterilizada depende do consentimento do marido e, por conseguinte, para o esposo ser vasectomizado, necessita da anuência da esposa. Por mais que esse seja um parágrafo que levante polêmicas dentro de discussões feministas, que consideram conservadora a disposição de haver a necessidade da permissão do marido para a tomada de decisão referente à própria reprodução, contudo, há uma argumentação que alega ser essa uma medida que impede a ocorrência desenfreada de esterilização em mulheres casadas.

O Relatório nº 2 concluiu que existiu um quadro de esterilização em massa de mulheres no Brasil nas décadas de 80/90 fruto, dentre outros motivos, da “ausência de outras alternativas contraceptivas disponíveis e reversíveis e desinformação quanto aos riscos, sequelas e irreversibilidade da laqueadura” (RELATÓRIO Nº 2, p. 117). No entanto, foi rejeitada a

² Remoção completa ou parcial do útero.

³ Remoção de um ou dos dois ovários.

denúncia de uma maior incidência de esterilização em mulheres negras, o que significa que foi indeferida a tentativa de enquadramento do abuso de esterilizações no crime de genocídio⁴. O relatório afirmou que os dados dispostos pelo IBGE/PNAD não confirmam a denúncia elaborada por mulheres do Movimento Negro, embora reconheça a “dificuldade de se apurar com precisão a informação relativa à cor da pele dos brasileiros”.

É preciso esclarecer que essa pesquisa compreende representação como a “parte essencial do processo pelo qual os significados são produzidos e compartilhados entre os membros de uma cultura” (HALL, 2016, p. 32). Esse compartilhamento de significados se dá de diversas formas como, no caso das mulheres negras, pelas palavras usadas para se referir a elas, as histórias narradas a seu respeito, as imagens criadas sobre elas, as emoções associadas a elas, a maneira como as classifica e conceitua e, por fim, aos valores a elas atribuídos.

O conceito de raça, localizado sobretudo no século XIX, é fundamental na pesquisa, pois permanece orientando as violações dos direitos reprodutivos das mulheres negras e servindo como parâmetro de julgamento das populações que “devem viver e as que devem morrer”, maneira pela qual funciona o biopoder na formulação de Foucault (MBEMBE, 2018, p. 17).

A biopolítica, por sua vez, também é importante, pois seria a maneira pela qual busca-se disciplinar corpos para que tenham vida útil dentro da lógica capitalista, como torná-los socialmente assujeitados, saudáveis e produtivos. Contudo, atualmente, com o aumento da maquinaria, a força de trabalho humana já não é mais tão necessária e central como era no século XIX, e os primeiros a serem pensados como alvos de eliminação foram os grupos não-brancos, historicamente subjugados. É nesse sentido que, diferentemente do conceito de biopolítica de Foucault, Achille Mbembe desenvolveu o conceito de necropolítica, cuja expressão se dá através da “destruição material dos corpos e populações humanas julgadas como descartáveis e supérfluas” (MBEMBE *apud* HILÁRIO, 2016, p. 205).

Na pesquisa, o conceito de racismo institucional é essencial e compreendido como:

(...) um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação deste último (WERNECK, 2012, p. 18).

⁴ De acordo com o PL 9.63 de 1996, no artigo 16, *parágrafo único*, se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Também se faz necessária a compreensão do conceito de Direito Reprodutivo, apesar de se tratar de um conceito polissêmico e sua definição ainda se encontrar em campo de batalha. Por sua vez, neste trabalho adotaremos a concepção da Conferência do Cairo, de 1994, parágrafo 7.3 no qual diz:

Os direitos reprodutivos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.

Além do Relatório N° 02 da CPMI de 1993, fonte principal da pesquisa, outros documentos foram importantes para a compreensão da temática sobre a esterilização das mulheres negras no Brasil nas décadas de 1970-90. Um deles é o *National Security Study Memorandum* (também conhecido como NSSM 200 ou “Relatório Kissinger”), de 1974. Sua menção se faz presente no Relatório N°2 e se trata de um documento do governo norte-americano utilizado como base para formação de políticas públicas que visam a Segurança Nacional. O NSSM 200 é apontado por fontes variadas como norteador da agenda política voltada ao “planejamento familiar” no Brasil e outros países em desenvolvimento de população não-branca.

Outro documento importante para a pesquisa é a Edição n° 4, ano I, Julho/Agosto de 1991 do jornal “Art Mulheres”, que demonstra uma militância negra e feminista atenta aos debates da esterilização em massa de mulheres negras, pois sua publicação ocorreu antes do requerimento da deputada Benedita da Silva (PT-RJ) solicitar a criação da CPMI, no mês de novembro de 1991.

A estrutura e história da CPMI de 1993 e o recorte de gênero, raça e de classe

Nos debates da Comissão sobre a esterilização em massa de mulheres no Brasil presentes no relatório final da CPMI de 1992, o recorte racial e de classe é um dos pontos centrais e essa visibilidade pode ser lida como consequência das lutas políticas antirracistas do movimento negro, principalmente da ala feminina do movimento. Nos anos de 1990, representantes do Movimento Negro tiveram como uma de suas principais críticas a prática de esterilização

cirúrgica em massa de mulheres negras, na qual se destacou a militante/médica Jurema Werneck.

Os debates acerca da saúde reprodutiva das mulheres negras, bem como a observação de práticas racistas presentes nas campanhas de contracepção e nas realizações dessas cirurgias, a julgar pelos altos índices de mulheres negras esterilizadas em idade fértil, conduziram o movimento negro à interpretação da existência de um plano de genocídio de sua população. Essas denúncias ganharam sustentação ao mostrar o racismo explícito na campanha publicitária de inauguração do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH) no ano de 1986, dirigido pelo médico e pesquisador Dr. Elsimar Coutinho. Trata-se de uma convocação ao controle de natalidade através de *outdoors* espalhados no Estado da Bahia “com fotos de crianças e mulheres negras, com a frase ‘defeito de fabricação’” (RELATÓRIO Nº 2, p. 49).

No entanto, antes da CPMI de 1992, desde, pelo menos dez anos antes, em 1982, mulheres negras realizam denúncias do caráter racial do modelo de planejamento familiar implementado no Brasil. Elas chamaram atenção para a formação do grupo de assessoria GAP (Grupo de Ação e Participação) do governo de Paulo Maluf, “cujo objetivo específico era a redução da natalidade entre os negros” (RELATÓRIO Nº 2, p. 49). No governo de Maluf, em 1982, o documento *O Censo de 1980 no Brasil e no Estado de São Paulo e suas curiosidades e preocupações* que orientou a “política de planejamento familiar” no estado de São Paulo foi elaborado pelo economista Benedito Pio da Silva, que defendeu a redução da natalidade entre os negros:

A população branca corresponde a 55%, a parda a 38%, a negra a 6% e a amarela a 1%. De 1970 para 1980 a população branca reduziu-se de 61% para 55% e a parda aumentou de 29% para 38% [...]. Enquanto a população branca praticamente já se conscientizou da necessidade de controlar a natalidade, principalmente nas classes médias e altas, a negra e a parda elevaram seus índices de expansão em 10 anos, de 29 para 38%. Assim temos, 65 milhões de brancos, 45 milhões de pardos e um milhão de negros. A manter essa tendência no ano 2000 a população parda e negra será de ordem de 60%, portanto muito superior à branca, e eleitoralmente poderá mandar na política e dominar postos-chaves. A não ser que façamos como em Washington, capital dos Estados Unidos, que devido ao fato da população negra ser da ordem de 63% não há eleições. (*apud* DAMASCO et al, 2012).

O trecho do documento de Benedito Pio da Silva explicita intrínseca relação entre a preocupação com o crescimento da população negra e sua possível dominação na política e na ocupação de postos-chaves do Estado. As denúncias movidas contra essas campanhas de natalidade, vistas como violações dos direitos reprodutivos das mulheres negras por meio de sua

esterilização em massa, não ocorreram só no Brasil. Nos Estados Unidos, o controle de natalidade era igualado ao genocídio no ponto de vista de mulheres negras. Inúmeras intelectuais e ativistas lembravam que a esterilização involuntária entre a população negra estava relacionada à promoção da supremacia branca nos Estados Unidos, incentivada e apoiada, inclusive, por feministas brancas, cujo histórico do movimento pelo controle de natalidade “se basearam em premissas flagrantemente racistas” (DAVIS, 2016, p. 205). A primeira lei de esterilização nesse país é de 1907, no estado da Pensilvânia (WERNECK, 2004, p. 6). Ou seja, em pleno século XX, o racismo impôs as mulheres negras a ausência de autonomia com relação à saúde reprodutiva, o que as reduz a cidadãs de segunda categoria ou a uma posição ainda inferior, em que não é nem homem e nem branca - o “outro do outro” (KILOMBA, 2012 *apud* RIBEIRO, 2017, p. 39). A interseccionalidade experienciada por mulheres negras vivida na mescla da discriminação racial e na discriminação de gênero colocam-nas em uma posição de vulnerabilidade que nem o Movimento Negro e tampouco o Movimento Feminista as inclui de forma satisfatória, é o que Kimberle Crenshaw (2004) chama de subinclusão: “Somente mulheres negras foram esterilizadas nos Estados Unidos, mas a maioria dos grupos de direitos civis não discute a questão como um problema racial” (p. 15).

Historicamente, no ocidente, o corpo feminino é alvo de constante vigilância e controle de autoridades masculinas, sejam religiosas, médicas e jurídicas. As descobertas científicas do sistema reprodutor não diminuíram as interpretações moralizantes sobre a sexualidade das mulheres. “Ser assexuado, embora tivesse clitóris, à mulher só cabia uma função: ser mãe” (PRIORE, 2011, p. 46). Inúmeras pesquisas tratam do papel da reprodução e importância da maternidade, que em meados do século XVIII e ao longo do XIX alicerçou-se nos discursos tanto econômico quanto demográfico.

Numerosos documentos e obras historiográficas produzidas por feministas demonstram que a construção da maternidade moderna foi fabricada, sobretudo no século XIX, por meio da exaltação do papel da mãe e do amor materno através da dicotomia entre “a boa mãe” e a “má mãe” (esta última, definida como negligente na criação dos filhos), prática recorrente antes do século XIX. Essa valorização da maternidade, nesse período, relacionava-se ao grande número de mortalidade infantil durante os primeiros meses de vida dos bebês. Tal situação configurava um problema, sobretudo em um contexto no qual as lógicas capitalistas enxergavam nessas crianças “um valor mercantil”, “uma riqueza econômica”. Por essa razão, a alta mortalidade infantil era vista como um prejuízo à nação, já que bebês e crianças morriam “antes de chegar a uma idade

em que se poderia extrair delas alguma utilidade”. O discurso filosófico iluminista sobre a maternidade, principalmente o de Rousseau, teve importância significativa sobre os novos papéis das mães e dos filhos que se consolidariam no século XIX:

A procriação é uma das doçuras do casamento: e que seria mais natural que amar em seguida os seus frutos? Quando os esposos se escolheram livremente, o amor que sentem um pelo outro se concretizará naturalmente em sua prole. Os pais amarão mais os filhos e as mães [...] retornarão livre e espontaneamente a eles. [...] exaltam-se interminavelmente as doçuras da maternidade, que deixa de ser um dever imposto para se converter na atividade mais invejável e mais doce que uma mulher possa esperar (BADINTER, 1985, p. 178).

O nascimento da maternidade no século XIX como discurso valorativo da condição feminina, “ser mãe” tal qual conhecemos hoje, não incluía mulheres negras. A maternidade enquanto aspecto obrigatório do “ser mulher” e de importância econômica e social possui aplicação diferente na história da maternidade negra no Ocidente, pois a condição de escravizadas durante séculos significou a sua negação.

Os escravos não tinham o direito de envolver-se em relações sexuais sem o consentimento do seu senhor. [...] Seus filhos, uma vez que fosse dada aos escravos uma oportunidade de ter filhos, não eram legalmente a sua prole, mas propriedade do seu senhor e muitas vezes do senhor da mãe. Biologicamente, eles eram filhos dos escravos, mas o direito de criar as crianças podia ser negado (LOVEJOY, 2002, p. 35).

Por mais que abolicionistas tenham utilizado a figura da mãe escravizada separada dos filhos como um sustentáculo de sua argumentação, sintoma da valorização da mulher como “rainha do lar” (MACHADO, 2018, p. 340), tal postura não impediu que a sociedade pós-abolicionista visse com “maus olhos” a transmissão da genética negra, considerada inferior a branca. A “noção de que a capacidade humana estava diretamente ligada à hereditariedade” (SCHWARCZ, 2018, p. 406) era o principal argumento do pensamento científico brasileiro para justificar a perpetuação de leituras racialistas do darwinismo, que serviu de fundamento para separação e hierarquização da humanidade em raças, a fim de “negar a possível igualdade entre os homens” (SCHWARCZ, 2018, p. 407): a eugenia.

As ideias eugenistas, importadas por intelectuais brasileiros e adaptadas à realidade de um país em transição de um regime monárquico à República, basearam seus estudos científicos em pensar o projeto de nação num país no qual existia a presença massiva da população negra e

parda no pós-abolição. Entre os projetos de embranquecimento da população brasileira estavam o incentivo e valorização da imigração europeia, assim como o desenvolvimento de práticas médicas de higienização. Nesse sentido, estudos craniológicos e anatômicos buscavam justificar o preterimento da raça negra como integrante da população brasileira, porém o simulacro científico escondia o teor ideológico racista de discursos disseminados pela sociedade, como a crença de uma inclinação dos negros à loucura, à lascívia e a inferioridade intelectual (FERREIRA; HAMLIN, 2010). A construção da figura do negro, portanto, surgiu em oposição à personagem saudável e higienizada do branco: o negro tornava-se um problema a ser enfrentado.

O Relatório Nº 2 de 1993 da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Esterilização da Mulher traz importantes discussões e dados que evidenciam que ocorreu uma higienização da população negra no Brasil através do entrecruzamento de intenções ideológicas, políticas e econômicas, onde se explica a prática de esterilização das mulheres negras nas décadas de 70-90. Nessa perspectiva, buscamos compreender a historicidade dos discursos sobre as mulheres negras presentes nas falas dos parlamentares e palestrantes da CPMI, atentando para os valores, significados, sentidos e visões de mundo. Esse trabalho também tem o intuito de colaborar com a desnaturalização dos discursos médicos e jurídicos que negaram o caráter eugenista da esterilização de mulheres negras e contribuíram para o controle, violência, inferiorização e exclusão dessas mulheres.

Os antecedentes históricos da esterilização das mulheres no Brasil apresentados pelo Relatório Nº 2 possuem, no geral, dois principais momentos. O primeiro que vai do século XIX a 1964, que se caracteriza por uma formulação pró-natalista; de acordo com o texto do relatório, “de alguma forma havia uma concordância geral sobre a vantagem de muitos nascimentos de brasileiros” (p. 31), no entanto, concomitantemente a esse sentimento pró-natalista, existia um imaginário racista e eugenista de melhoria da raça. O segundo momento, após 1964, caracteriza-se pela instalação de um movimento pró-controle de natalidade, movido pelos debates sobre crescimento populacional (p. 31).

O Relatório Nº 2 aponta que houve investimento de organizações governamentais e não-governamentais nas políticas de natalidade que visavam a esterilização da população feminina no país, cuja finalidade era o de promover o controle populacional focado nos países categorizados, na época, de Terceiro Mundo. O Relatório Kissinger foi um dos documentos mencionados ao longo do relatório da CPMI de 1992:

Em 1974 foi assinado um Relatório do Dr. Henry Kissinger, Secretário de Estado do Governo norte-americano, que propunha limitações ao crescimento da população dos povos subdesenvolvidos para assegurar a hegemonia política e econômica dos Estados Unidos. Este documento tem orientado a conduta daquele país frente aos mais pobres, incluindo o Brasil (...) (BETTENCOURT, 2006).

O Relatório Kissinger, que possui o termo “Confidencial” em todas as suas páginas, veio a público dia 3 de julho de 1989. Nessa documentação está explícita a preocupação com o crescimento demográfico da população mundial, sobretudo nos três continentes que mais preocupavam o governo estadunidense: Ásia, América Latina e África. O documento demonstra uma urgência com o quadro socioeconômico de países considerados em “desenvolvimento” e em “subdesenvolvimento”, afirmando que a redução de natalidade geraria, conseqüentemente, uma redução “nas demandas por comida, saúde e educação e outros serviços”, logo, um aumento no PIB e renda *per capita*.

No entanto, a tese de que o controle de natalidade influiria no combate à miséria é falsa, porque “apesar da queda frequente nas taxas de fecundidade e de aumento demográfico, não se vê sinal de melhoria de condições de vida da população brasileira” (RELATÓRIO Nº 2, p. 48). Porém, o Relatório Kissinger expressa um teor alarmista de ameaça à segurança nacional para os EUA como justificativa para a intervenção norte americana em países subdesenvolvidos.

As conseqüências políticas das atuais tendências populacionais nos países menos desenvolvidos – rápido crescimento, migração interna, elevada porcentagem de jovens, pouca melhoria nos padrões de vida, concentrações urbanas e pressões para a emigração para o exterior – são danosas para a estabilidade interna e as relações internacionais dos países em cujo progresso os EUA estão interessados, criando assim problemas de segurança nacional para os EUA (*apud* RELATÓRIO Nº2, p. 42).

O Relatório Nº 2 denuncia a intervenção dos Estados Unidos na esterilização das mulheres da América Latina e do Brasil como uma tática que visava “garantir a manutenção do sistema de poder dos países desenvolvidos” (RELATÓRIO Nº 2, p. 41). Tal intervenção foi realizada por instituições não-governamentais que financiaram projetos de controle de natalidade através de investimentos milionários nas décadas de 70 e 80 em institutos e universidades, por meio de:

- fornecimento de recursos, através da AID (Agência Internacional de Desenvolvimento) para instituições que atuem na área de planejamento familiar;
- treinamento de pessoal médico e paramédico em técnicas de planejamento familiar;
- fornecimento de recursos para a contracepção cirúrgica;
- utilização de organizações e de instituições que trabalhem no campo do planejamento familiar etc (RELATÓRIO Nº2, p. 62).

Segundo dados das Nações Unidas, as organizações internacionais investiram centenas de milhões de dólares no Brasil nas décadas de setenta e oitenta. No período de 1988/90 “(...) foram investidos 28 milhões de dólares em programas de população (...)” (RELATÓRIO Nº 2, p. 52). O investimento destinou-se a programas de cuidados de saúde integral da mulher e da criança, regulação da fertilidade, pesquisas relacionadas à área de saúde materno-infantil, treinamento de pessoal, criação de programa de doutorado em população e pesquisa demográfica, ensino de pesquisa de população e educação sexual.

A BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil) foi uma das empresas brasileiras que recebeu destaque pelos subsídios internacionais destinados a realizar o controle de fertilidade. Fundada em 1965, com sede no Rio de Janeiro, surgiu em meio à polêmica sobre as práticas de controle de natalidade e contou com a participação de médicos obstetras da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Seus projetos consistiam em “treinamento de pessoal médico e paramédico, esterilização, distribuição de contraceptivos, cursos de educação sexual e execução de práticas de contracepção em suas unidades próprias” (RELATÓRIO Nº 2, p. 58). A BEMFAM recebeu recursos internacionais milionários que na época somavam US\$20 311 484,00 nos anos de 1987 a 1991. O relatório menciona a repercussão negativa para a soberania nacional devido a uma intervenção estrangeira de tamanha proporção, mas que, por outro lado, contou com a omissão do Governo brasileiro que sequer fiscalizava uma prática que, até então, era considerada criminosa.

No Relatório Nº 2, as denúncias presentes nos debates sobre a esterilização de mulheres ocorreram em falas de parlamentares, entidades feministas, especialistas na área da saúde, nos estudos populacionais e, mais especificamente, nos discursos de mulheres negras, que se utilizaram desse espaço público/institucional na tentativa de apontar uma prática de cunho racista e criminalizá-la. Dados contrariam as falas dos parlamentares e palestrantes que negam a existência de um público-alvo nos programas de planejamento familiar no Brasil. Pesquisas

demonstram que houve redução substancial da população no Nordeste que é majoritariamente negra:

A taxa de fecundidade no Brasil, que em 1986 era de 3,5 filhos por mulher, caiu para 2,5 em 1991. No Nordeste, a estimativa da Benfam é de 3,7 em 1991. A importância deste dado pode ser avaliada sabendo-se que em 1970 a taxa de fecundidade era de 7,5, em 1980, 6,1 e de 5 filhos por mulher em 1984. Sabendo-se que 71% da população do Nordeste é negra, este dado significa que houve uma redução substancial na taxa de fecundidade da população negra no Nordeste (ROLAND, 1995, p. 510).

Os dados ainda explicitam que a população preta entre as décadas de 1980/1990 decresceu, “contrariando todas as tendências histórica de crescimento” como afirma Roland:

A taxa de crescimento da população parda, que era de 41% em 1980, passa a 23% em 1990, tornando-se menor que a taxa de crescimento da população branca de 24%, 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 (22%) (1995, p. 510).

O decréscimo da população negra entre 80 e 90 pode ser relacionado à política de eugenia norteadora das políticas de planejamento familiar. O termo eugenia está localizado “Em 1883 [quando] o inglês Francis Galton criou [...] para definir a ação humana no melhoramento das espécies, em especial a humana” (WERNECK, 2004, p. 4). Esse conceito, legitimado posteriormente como ciência, alicerçou medidas políticas que podem ser classificadas em duas categorias: a eugenia positiva e a negativa.

A eugenia positiva pode ser observada no incentivo à fecundidade de mulheres brancas, na forte propaganda de valorização e políticas de imigração europeia para o Brasil no final do século XIX e início do século XX. Segundo Jurema Werneck,

(...) uma vertente da eugenia que se propõe a realizar o melhoramento das espécies através do estímulo à reprodução daqueles grupos considerados superiores ou melhores. (...) Condições facilitadas de vida, trabalho e procriação eram colocadas à disposição de brancos em diferentes países em diferentes partes do mundo (2004, p. 4).

A eugenia negativa é caracterizada pelas “(...) iniciativas de redução de populações indesejáveis (...) e compreende um conjunto de ações tanto biológicas, quanto materiais e

simbólicas que permitiriam a eliminação daqueles indivíduos e grupos considerados inferiores” (WERNECK, 2004).

O genocídio da população negra é entendido “como a eliminação daqueles indivíduos e grupos considerados inferiores”. A Lei 2889 de 1956 caracteriza como genocídio “adotar medidas destinadas a impedir os nascimentos no seio do grupo”:

Art. 1 – Quem, com a intenção de destruir, no todo ou em parte, grupo nacional, étnico, racial ou religioso, como tal:

- a) matar membros do grupo;
- b) causar lesão grave à integridade física ou mental de membros do grupo;
- c) submeter intencionalmente o grupo a condições de existência capazes de ocasionar-lhe a destruição física total ou parcial;
- d) adotar medidas destinadas a impedir os nascimentos no seio do grupo;
- e) efetuar a transferência forçada de crianças do grupo para outro grupo (grifo nosso)

É nesse contexto e processo histórico no qual as mulheres do Movimento Negro denunciaram a esterilização de cunho racial que a CPMI é requerida pela deputada federal negra Benedita da Silva (PT-RJ) e instalada em 1º de abril de 1992. Seu objetivo foi o de investigar as causas e condicionantes da esterilização em massa de mulheres no Brasil e propor medidas corretivas, na qual uma de suas metas era a de averiguar a existência de políticas eugênicas/racistas e sua implementação na saúde reprodutiva do país (RELATÓRIO Nº 2, p. 27).

Na tabela abaixo constam os nomes e partidos dos 15 deputados e 15 senadores que participaram da Comissão.

Senadores	Deputados
1) Divaldo Suruagy.....PMDB	1) Heitor Franco.....Bloco
2) Flaviano Melo.....PMDB	2) Ivânio Guerra.....Bloco
3) João Calmon.....PMDB	3) Fátima Pclaes.....Bloco
4) Wilson Martins.....PMDB	4) Zila Bezerra.....PMDB
5) Carlos Patrocínio.....PFL	5) Lúcia Vânia.....PMDB
6) Lourival Baptista.....PFL	6) Rita Camata.....PMDB
7) Hydekel Freitas.....PFL	7) Jandira Feghali.....PCdoB
8) Almir Gabriel.....PSDB	8) Lúcia Braga.....PDT
9) Eva Blay.....PSDB	9) Regina Gordilho.....PDT
10) Marluce Pinto.....PTB	10) Teresa Jucá.....PDS
11) Magno Bacelar.....PDT	11) Marco Penaforte.....PSDB
12) Júnia Marise.....PRN	12) Raquel Cândido.....PTB
13) Amazonino Mendes.....PDC	13) Benedita da Silva.....PT
14) João França.....PSB	14) Avelino Costa.....PSB
15) José Paulo Bisol.....PSB	15) Hamil Haddad.....PSB

Tabela 1 – Fonte: Relatório Nº 2, 1993, p. 13.

A leitura da tabela evidencia que de 30 parlamentares que compuseram a comissão para discutir a esterilização das mulheres no Brasil, somente 13 eram mulheres, ou seja, menos da metade do número total. Essa composição é reveladora da participação política das mulheres em comissões que discutem direitos e temas de interesse das mulheres e sobre elas. Mas também serve para refletir sobre a quantidade reduzida de mulheres nos espaços de decisão política.

Relegadas à esfera privada/doméstica, a exclusão feminina no campo da política serviu de força motriz para que mulheres se organizassem e reivindicassem maior participação, seja votando ou sendo votadas. Embora esses direitos tenham sido instituídos às mulheres na constituição de 1934 no governo Vargas, mediante intensa luta das feministas brasileiras, a assembleia constituinte de 1933 contou com a presença de uma única mulher em meio a 214 parlamentares, a primeira deputada federal eleita, a médica Carlota Pereira Queiroz (BAPTISTA; COELHO, 2009). Apesar do aumento da participação de mulheres desde a década de 30/40 comparado aos anos 1990, período da ação da CPMI, as mulheres continuam sendo sub-representadas no parlamento.

No início do ano de 1990, a participação de mulheres no parlamento era de 5,3% (GANDRA, 2017), enquanto no ano de 2018, a Câmara e o Senado contam com percentuais femininos de 10,5 e 16, respectivamente, dados que colocam o Brasil na 152ª posição no ranking de presença feminina no parlamento em uma lista de 190 países (CALGARO; CARAM, 2018).

Inserir mulheres na política é uma preocupação global e, no ano de 1995, na IV Conferência Mundial Sobre a Mulher em Pequim, recomendou-se “a adoção de cotas mínimas de mulheres nos cargos públicos, eletivos ou não, inclusive no Judiciário” (BAPTISTA; COELHO, 2009, p. 95). O Brasil respondeu a essa iniciativa através da campanha “mulheres sem medo do poder” e pela aprovação da lei 9100, em que determinou uma cota de, no mínimo, 20% de candidaturas femininas para os cargos legislativos em eleições municipais no ano de 1996, cuja progressão se deu logo no ano seguinte, pela sua substituição pela lei 9504, em que aumentou essa porcentagem para 25%, porém somente em 2009 a aplicação das cotas tornou-se obrigatória (SILVEIRA, 2018).

A importância de se instituir cotas femininas para cargos políticos se observa através da necessidade por representatividade mais justa com a parcela majoritária da população brasileira (mulheres correspondem a 51% da população, enquanto os homens correspondem a 49%, de acordo com os dados do IBGE, 2010) e o conseqüente olhar voltado para pautas femininas/feministas. Essa lógica, por sua vez, também pode ser aplicada pelo viés étnico-racial,

pois os negros correspondem a 54,9% (PNAD/IBGE, 2016) da população brasileira e, assim como as mulheres, os negros são sub-representados na política. Ao interseccionar estes dois recortes, agrava-se o quadro de exclusão, pois as mulheres negras estão ainda em menor número dentre os parlamentares, por mais que correspondam à metade do contingente feminino (PNAD/IBGE, 2011). Utilizando-se da CPMI de 1991, levando em consideração o número de titulares e suplentes, temos 41 homens e 18 mulheres, com uma vaga entre os suplentes. Dentre os 59 parlamentares, somente uma mulher negra participou da comissão, a própria presidente e requerente, Benedita da Silva (PT/RJ).

Com relação a formação e atuação profissional dos participantes da CPMI, dos senadores e deputados que a compuseram, 37% eram médicos ou atuantes na área da saúde, enquanto os outros titulares se dividiam entre empresários, jornalistas, advogados, dentre outras profissões e áreas de formação. Dentre os depoentes ouvidos, havia médicas (os), sociólogas, psicólogas, advogadas, jornalistas, demógrafas, professores, deputados, além de uma arquiteta que narrou sua experiência de esterilização forçada. Os depoimentos foram colhidos em 13 reuniões entre os dias 4 de abril e 30 de junho de 1992 e as reuniões duraram 90 dias.

Na CPMI de 1992 houve 27 depoentes, onde 22 eram defensores da existência de um processo de esterilização em massa de mulheres no Brasil, enquanto 04 depoentes negaram que houvesse esterilização feminina em massa e 1 depoente se mostrou inconcluso. Sob o critério do gênero, percebemos que os depoimentos foram distribuídos por falas de 15 homens e 12 mulheres. Pelo recorte étnico-racial, foram apenas três mulheres negras que prestaram depoimento ao lado de 24 depoentes brancos.

Ao considerar que houve a presença de 13 médicos entre os depoentes, pode-se concluir que o discurso predominante era de cunho médico, contudo, sua distribuição se deu de forma diversa, já que 07 deles afirmavam a existência do quadro de esterilização em massa. Por outro lado, os 04 depoentes que se opuseram à afirmativa de tal prática eram todos médicos.

Houve a presença de dois membros da comunidade religiosa, Dom Luciano Mendes de Almeida, o então presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) em 1992, e o professor Humberto Leal Vieira, fundador da Associação Nacional Pró-vida e Pró-família, também católica. Esses depoentes denunciaram a prática excessiva de esterilização como método contraceptivo e explicitaram seu caráter racista e eugenista. Dom Luciano afirmou “que um país que tem uma população relativa de 16 habitantes por quilômetro quadrado não deveria estar pensando em controle de natalidade, mas o faz porque tem naqueles que promovem as

esterilizações uma intenção genocida, dentro de uma perspectiva racista” (RELATÓRIO N°2, p. 94), enquanto Humberto Leal atenta à motivação do projeto controlista: o forte cunho eugênico, tomando como base a criadora de um dos institutos que tem como filiada brasileira a BENFAM.

A origem eugênica remonta ao princípio deste século [XX] e teve na pessoa de Margaret Sanger uma de suas mais influentes seguidoras. Ela acreditava, seriamente, que o mundo seria melhor para todos se fosse habitado por raças de puro sangue. Dentro dessa perspectiva, desenvolveu uma série de trabalhos, realizou pesquisas e estudos. Em 1952, criou a IFFP – International Planned Parenthood Federation, com sede em Londres e mais de cem filiais no mundo, o que é, hoje, uma das maiores organizações mundiais de controle de população (Relatório n. 02, 1993, p. 76).

A presença de feministas se deu com a demógrafa Elza Berquó, cujos estudos possuem um perfil inovador e aborda temas sobre relações de gênero na perspectiva feminista e por Maria Betânia Ávila, membro da Secretaria Executiva da Rede Nacional Feminista do Estado de Pernambuco na época da CPMI e que atualmente é coordenadora geral e pesquisadora do SOS Corpo – Instituto Feminista. Com relação às mulheres negras, houve a presença de três grandes militantes da história do movimento negro no Brasil: a médica Jurema Werneck, a então representante do Centro de Articulação de Populações Marginalizadas (CEAP/RJ); Luíza Bairros, Coordenadora Nacional do Movimento Negro Unificado (MNU) e a psicóloga Edna Roland, representante do Instituto da Mulher Negra (Geledés).

Nas conclusões do relatório n° 2, os participantes optaram por admitir e denunciar a existência de um quadro de esterilização em massa de mulheres no Brasil, bem como o contexto perverso em que esse método se propagou, através de uma “ausência de outras alternativas contraceptivas disponíveis e reversíveis e desinformação quanto aos riscos, sequelas e irreversibilidade da laqueadura” (RELATÓRIO N° 2, p. 117). Sua perversidade se observa, sobretudo, pela alta taxa de arrependimento pós-laqueadura tubária, o que demonstra a insuficiência de informações acerca do procedimento.

Contudo, por mais que o relatório conclua que exista um caráter de subclandestinidade graças à passibilidade do enquadramento das esterilizações nos crimes de “1) lesão corporal com perda de função ou 2) exposição da vida ou da saúde de outrem a perigo” (RELATÓRIO N° 2, p. 117), foi rejeitada a denúncia de uma maior incidência de esterilização em mulheres negras, o que significa que foi indeferido a tentativa de enquadramento do abuso de esterilizações no crime de genocídio. O relatório afirma que os dados dispostos pelo IBGE/PNAD não confirmam a

denúncia elaborada pelo movimento negro, embora reconheça a “dificuldade de se apurar com precisão a informação relativa à cor da pele dos brasileiros”.

Representações de planejamento familiar e esterilização de mulheres negras na CPMI de 1993

Nesse tópico analisaremos nos debates entre parlamentares e palestrantes as opiniões de diversos agentes com diferentes perspectivas sobre a existência da esterilização em massa de mulheres negras. Os discursos revelam sentidos que denunciam o imaginário depreciativo da população negra no Brasil, construídos historicamente desde a escravização e que reforçam as representações negativas sobre a população negra, sobretudo referentes às mulheres negras. Essa pesquisa é importante, pois pode contribuir para a compreensão das rupturas e permanências dessas imagens, para a desnaturalização dos preconceitos e discriminações raciais, e para o registro histórico das lutas das mulheres negras contra a esterilização e em defesa dos seus direitos reprodutivos e autonomia de seus corpos.

Nas audiências públicas da CPMI, percebe-se questionamentos variados acerca da ocorrência do uso abusivo de esterilizações femininas. No entanto, de um modo geral, o olhar dos depoentes e participantes da CPMI não incluiu o recorte racial nas conclusões do relatório, ao afirmar que não existiam dados quantitativos que pudessem embasar que houve mais esterilizações de mulheres negras ou que estas eram o alvo preferencial das políticas de controle de natalidade da época.

Quanto a esse argumento, a coordenadora Nacional do Movimento Negro Unificado, Luiza Bairros, atenta ao seguinte fato: “(...) a população negra nunca foi corretamente quantificada. O censo de 1970 excluía o quesito cor, alegando que esse dado poderia quebrar a unidade do povo brasileiro. Em 1980, o quesito cor retornou ao Censo Demográfico, produto da luta dos movimentos negros” (RELATÓRIO Nº 2, p. 92). Quando questionada pelo relator Carlos Patrocínio (PFL) “se não seria mais ético se o recenseamento deixasse de lado a coloração da pele das pessoas” (RELATÓRIO Nº 2, p. 93), Bairros o contesta ao “(...) afirma[r] que antiética era a retirada do quesito. A sociedade brasileira deseja parecer como branca e para isso lança mão de vários mecanismos. É fundamental para o movimento negro que os censos forneçam essa informação”, sobretudo porque a imprecisão de tais dados abriu precedente para que se negasse, na conclusão do relatório, a existência de maior número de esterilização de

mulheres negras do que brancas. O caso do doutor José Aristodemo Pinotti durante a CPMI é significativo nesse sentido, pois ele admite um quadro de esterilização em massa, mas se baseou nas estatísticas do IBGE/PNAD para chegar à conclusão de que não há um público alvo baseado em raça nas políticas de controle de natalidade.

O silenciamento sobre a questão racial no Brasil e a negação do racismo institucional é fruto de um longo processo histórico e de teorias como a do mito da democracia racial. Gilberto Freyre, ao forjar nos anos de 1930 uma versão romanceada da constituição étnica do Brasil por meio do mito da democracia racial, ocultou a violência pela qual os negros escravizados foram submetidos – em especial mulheres negras que foram estupradas pelos senhores brancos –, e a perversidade de práticas racistas que objetivavam a eliminação de negros da sociedade brasileira. Perpetuou-se no imaginário nacional a crença de uma harmonia entre as raças ao mesmo tempo em que práticas eugênicas eram implementadas, sem crítica racial realizada pela sociedade brasileira.

A democracia racial se manifesta não somente no desejo da raça branca em se sobrepor à população preta, seja por meio da eugenia, seja através de discursos embranquecedores (como a insistência em termos como “mulato”, “moreno”, “pardo” para nomear negros de forma “eufemística”), mas nos próprios negros que negam seu pertencimento a esse grupo ideologicamente dominado pelo mito da superioridade branca. Não à toa que a eliminação da população negra se deparou com formas variadas de manifestação ao longo da História, tanto física quanto simbólica: assassinatos, prisões, hospícios, invisibilidade nas grandes mídias, inacessibilidade a espaços de Ensino Superior e profissões de status, negação à saúde de qualidade e, também, através do objeto desse estudo, a esterilização em massa. E como a ativista e antropóloga Lélia Gonzalez afirma, “o racismo ‘à brasileira’ se volta justamente contra aqueles que são o testemunho vivo da mesma [amefricanidade, termo cunhado pela própria Lélia, para designar os negros de todo o continente americano e sua cultura] (os negros), ao mesmo tempo que diz não o fazer” (1988, p. 69).

Esse silenciamento originou na década de 1990 duas campanhas propostas pelo movimento negro e de mulheres negras que reivindicavam o direito à vida e à saúde reprodutiva da população negra. A primeira, intitulada “Não Matem Nossas Crianças”, denunciava o extermínio de crianças e jovens negros, de repercussão internacional; e a segunda, “Esterilização de Mulheres Negras: do Controle da Natalidade ao Genocídio do Povo Negro” que denunciava a

associação entre esterilização de mulheres negras e genocídio (LOPES; WERNECK, 2009, p. 11). Segundo Roland, essa ideia de democracia racial é extremamente eficaz como ideologia.

(...) se na realidade dura vivida pela população negra do Brasil a nossa democracia racial demonstra não ter qualquer eficácia, ela é extremamente eficaz enquanto ideologia. Estes números [enquanto 24,6% dos brancos recebem uma renda inferior a um salário mínimo, 44,8% dos negros encontram-se abaixo desse limite de pobreza absoluta] são frequentemente desqualificados até mesmo pelos setores progressistas da *intelligentzia* brasileira. De que forma isso é possível? Pela suposição de que é por mero acaso que ser negro é praticamente sinônimo de ser pobre ou porque quando se reconhece as diferenças sociais e econômicas, não se acredita que existam políticas discriminatórias que produzem tais diferenças. Tal crença é possível no contexto brasileiro, conforme afirma Sueli Carneiro, porque no Brasil desenvolveu-se uma forma muito mais sofisticada, perversa e competente de racismo, através da qual a intolerância racial mascarou-se em igualdade de direitos no plano legal e concretizou-se na absoluta desigualdade de oportunidades no plano das relações sociais concretas (1995, p. 511).

Por essas razões, as mulheres negras presentes na CPMI insistem em racializar a esterilização de mulheres, como reivindica a dr.^a Jurema Werneck em sua fala, “(...) que a Comissão garanta a cidadania da mulher, expondo a face negra do País, bem no centro da discussão”. Benedita da Silva (PT/RJ) traz dados para mostrar o racismo institucional das políticas de controle da natalidade:

é sintomático constatar que o maior percentual de esterilizadas encontra-se exatamente nos Estados da[s] regiões que concentram 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 (RELATÓRIO Nº 2, p. 10)

Como aponta Roland, “dados da demógrafa Elza Berquó, a partir do PNAD de 1986, mostravam uma tendência a uma maior prevalência da esterilização nos estados do Norte e Nordeste do Brasil, onde, coincidentemente, é maior o peso da população negra” (1995, p. 511).

As mulheres negras, na década de 1980, se mobilizaram politicamente em uma ação conjunta utilizando diversos meios de comunicação para denunciar que eram o público-alvo da prática de esterilização. A edição nº 4 do jornal “Art Mulheres”, “uma publicação bimensal de responsabilidade do grupo feminista ARTICULAÇÃO DE MULHERES DO AMAZONAS”,

estampa na capa de Julho/Agosto a imagem do símbolo mitológico grego “Espelho de Vênus” (um círculo encostado em uma cruz) que representava o feminino. Essa imagem é cortada por uma tesoura e traz o título: “Esterilização – Do controle da natalidade ao genocídio do povo negro”, mesmo nome da campanha liderada pelo Programa de Mulheres do Centro de articulação de Populações Marginalizadas do Rio de Janeiro no ano anterior ao de sua publicação (1991), que denunciava o viés racista na promoção da esterilizações em massa e “apontava também o uso irresponsável, e contrário às legislações nacionais e internacionais, de tecnologias contraceptivas experimentais”, sobretudo em mulheres negras (LOPES; WERNECK, 2009, p. 10).

O texto da revista traz o debate acerca do caráter capitalista da prática de esterilização, ao afirmar que “esterilizar, neste país, é sinônimo de adequar-se, por imposição, às leis de mercado” (ART MULHERES, 1991, p. 3) e demonstra uma análise racial do tema ao afirmar que a motivação dessas políticas é tornar infértil uma população historicamente excluída. Os depoimentos do Relatório Nº 2 elencam razões mercadológicas, micro e macro, que poderiam justificar o interesse em disseminar a esterilização como método contraceptivo: pagamento extra pelo procedimento de laqueadura; exigência do atestado de laqueadura para contratação de funcionárias e o decréscimo de uma população “indesejada” e “potencialmente perigosa” de países de Terceiro Mundo, que poderia ameaçar a Segurança Nacional de potências econômicas ao migrar para estes países, a fim de buscar oportunidades.

A dificuldade em articular as lutas por direitos reprodutivos (sobretudo quando se aplica os recortes de raça e classe) foi debatida na reportagem do jornal Art Mulheres que apresentou em seu texto a fala de Maria Betânia Ávila sobre o recorte econômico/classe social na prática do aborto no Brasil. Para Ávila,

o aborto tem sido uma das questões mais polêmicas no contexto dos Direitos Reprodutivos. ‘Proibido por lei, condenado pela Igreja, é uma prática amplamente difundida. (...) As mulheres vivem esta experiência, com mais ou menos riscos, dependendo da situação financeira’. Ao lado dessa realidade, aparecem outras faces, não menos duras – três milhões de meninas grávidas, 500 mil prostituídas e 800 mil que vivem na rua (dados do governo brasileiro). O que fazer? Esterilizar tem sido a resposta mais avançada (?) (*apud* ART MULHERES, 1991, p. 3).

Embora a esterilização seja apontada como forma de controle da pobreza, representantes dos movimentos organizados por mulheres apontam que “A esterilização feminina, enquanto estratégia para a solução da miséria no país, através da eliminação dos pobres, evidencia o

equivoco da proposta (...)” (RELATÓRIO Nº 2, p. 47), pois “(...) apesar da queda crescente nas taxas de fecundidade e de aumento demográfico, não se vê sinal de melhoria nas condições de vida da população brasileira” (RELATÓRIO Nº 2, p. 48). A redução da miséria só seria possível, como afirma o depoente e dr. Antônio Henrique Pedrosa Neto, “(...) na adoção de uma política econômica para o País que propicie o acesso da população à riqueza nacional” (RELATÓRIO Nº 2, p. 105).

A ineficiência da esterilização de mulheres pobres para o combate à desigualdade econômica, portanto, reforça a tese de que a insistência nessa política se trata de uma opção genocida. Por outro lado, a denúncia dos casos massivos de esterilização e o pedido de que exista uma maior atuação do Estado para que se evite essa prática esbarra na resistência dos órgãos e médicos citados na CPMI. Elsimar Coutinho, por exemplo, professor da Universidade Federal da Bahia, médico, idealizador e diretor do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), cuja campanha de sensibilização da sociedade baiana para incentivar a necessidade do controle de natalidade se utilizou de imagens racistas em *outdoors* no ano de 1986, foi um dos alvos da investigação fomentada pela CPMI.

No entanto, em seu depoimento, o médico negou a existência de um quadro de esterilização em massa, por considerar “absurdos os números astronômicos apresentados pelo Ministério da Saúde” (RELATÓRIO Nº 2, p. 96), números, estes, que tinham como base pesquisas do IBGE que apontavam 25 milhões de mulheres esterilizadas no Brasil em 1986. Segundo ele, os dados referentes às mulheres esterilizadas diziam respeito, na realidade, ao número de mulheres que utilizavam algum método contraceptivo no Brasil. Também questionou que fossem pobres ou negras os principais alvos de tal política, já que citou uma pesquisa da UNICAMP em que “apontava que mais da metade das mulheres esterilizadas é de bom nível sócio-econômico” (RELATÓRIO Nº 2, p. 97). No entanto, o médico não explicitou em que região, estado ou cidade ocorreu essa pesquisa e finalizou sua fala concluindo que a esterilização é um direito e um desejo universal.

Percebe-se no discurso do médico Elsimar Coutinho a utilização de reivindicações feministas, como a do direito reprodutivo, para negar um quadro de esterilização em massa de mulheres no Brasil. A tentativa de colocar a luta pelos direitos reprodutivos da mulher – o que inclui um acesso facilitado à esterilização dentro da lei – é inadequado, pois como assevera Elza Berquó em seu depoimento, a investigação realizada nessa CPMI “não é (...) pelo banimento da esterilização do rol de possibilidades à disposição das mulheres (...). O que se deve evitar é o

abuso deste método” (RELATÓRIO Nº 2, p. 80). Dessa forma, é equivocada a conclusão do médico Elsimar Coutinho de que a condenação da prática abusiva da laqueadura enquanto método contraceptivo é uma tentativa de impedir a autonomia reprodutiva das mulheres.

Segundo Maria Betânia Ávila, em seu depoimento, “há um lento período de perversão instaurado no modelo reprodutivo brasileiro. Quem entra na vida reprodutiva não sabe onde vai parar! De repente, a esterilização aparece como única e exclusiva solução” (RELATÓRIO Nº 2, p. 85). A fala de Ávila foi questionada pelo médico e vereador José Hidasi, ao criticar a “hipocrisia” de “permitir que a esterilização seja direito dos ricos e proibida para pobres” (RELATÓRIO Nº 2, p. 104). No entanto, para José Hidasi, a condição social das mulheres goianas lhe pareceu como justificativa para manifestar sua “intenção de esterilizar 100% das mulheres do Estado de Goiás”, estado no qual o próprio vereador confessa “ter se utilizado desse expediente para fazer ‘proselitismo’ político” (RELATÓRIO Nº 2, p.104).

No depoimento do presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília e representante da Federação Brasileira de Reprodução Humana, Etelvino de Souza Trindade aponta o

(...) interesse dos Estados Unidos, na redução da taxa de natalidade, sendo que para esse fim um grupo, com influência na formação da opinião da classe médica, foi cooptado na década de setenta. Acrescenta que esse processo gerou uma cultura dominante, na qual os médicos veem esterilização como sinônimo de planejamento familiar. Acrescenta que muitos deles executam laqueadura em troca de remuneração (RELATÓRIO Nº 2, p. 78).

O argumento de que não pode negar o direito das mulheres pobres à esterilização voluntária, já que querem se esterilizar e se apresentam no consultório médico com esse desejo é simplista, pois desconsidera o cenário social que promove a esterilização e as razões pelas quais as mulheres buscam esse método. Aurélio Molina (1999, p. 132), em seu estudo sobre esterilização feminina no Brasil, apontou alguns fatores para o aumento de sua ocorrência, os quais dividiremos em fatores externos e internos.

Com relação aos fatores externos, os internacionais estruturais, que se baseiam nas teorias neomalthusianas e catastróficas, que apontam o crescimento populacional do que Molina denomina Terceiro Mundo como a causa dos problemas ambientais. Os demográficos internacionais, ancorados no mito da explosão populacional, da necessidade de medidas contraceptivas e os relacionados à imigração de povos colonizados ou do “Terceiro Mundo” para países desenvolvidos, apontados como responsáveis pelo agravamento das tensões sociais; esse

fator justificaria a reivindicação de leis de imigração mais rígidas, mas também de programas de controle populacional nos países subdesenvolvidos. Os tecnológicos, que seriam a ausência de investimentos e avanços na contracepção masculina e, portanto, uma sobrecarga de responsabilidade das mulheres para tratarem da contracepção; fora a melhoria das técnicas e abordagens cirúrgicas de laqueadura tubária.

Os fatores internos brasileiros estruturais são: a ausência de claras políticas populacionais e de planejamento familiar; a utilização da laqueadura como “moeda de troca” em campanhas eleitorais; a presença de uma parcela significativa da população que se encontra na miséria e a não legalização do aborto. Os fatores educacionais envolvem o baixo nível educacional da população e ausência de educação sexual nas escolas, bem como o desconhecimento dos efeitos colaterais da ligadura das trompas. Os fatores socioculturais são a mudança do *status quo* da mulher como importante presença no mercado de trabalho, estímulos coercitivos em locais de trabalho (como a exigência do atestado de laqueadura pelas empresas para contratação de funcionárias); o machismo que disseminou entre os homens a ideia de que a contracepção era assunto apenas das mulheres; planejamento familiar como solução social e não como direito reprodutivo; ausência de suporte para as mulheres trabalhadoras (creches públicas, por exemplo). E, por fim, os fatores de caráter pessoal: desconhecimento dos efeitos colaterais de ligação tubária, desconhecimento de outros métodos contraceptivos, custo, eficácia e praticabilidade de cada método ou de uma nova gestação, número de complicações de gestações e partos.

A esterilização, deste modo, é usada no controle da natalidade de populações não-brancas, mas se apresenta como uma escolha voluntária, individual, um direito reprodutivo referendado pela medicina. Em seu depoimento na CPMI, Maria Betânia Ávila, critica o argumento de que a esterilização seja uma escolha, pois para ela “não se pode falar de escolha voluntária, quando não há escolas, casas, trabalho, serviços de saúde, informação, ajuda dos parceiros, acesso a métodos de evitar filhos e há medo de partos feitos de modo desumano nos serviços públicos” (RELATÓRIO Nº 2, p. 83). É o contexto social que “tem levado as mulheres à opção radical pela esterilização”, pois não lhes são apresentadas outras alternativas de contracepção além da laqueadura e a pílula, portanto, o “(...) trabalho ideológico feito com as mulheres (...) é favorecido, entre outras coisas, pelo profundo impasse em que as mulheres, sobretudo as de mais baixa renda, são colocadas, quando confrontadas com a necessidade da contracepção e sem meios para tanto” (RELATÓRIO Nº 2, p. 114).

Há ainda a problemática da “escolha” pela laqueadura estar associada à indução de partos cesáreos. Segundo Sara Sorrentino, na década de 1990, “o percentual das cesarianas em relação aos partos totais chegam, em algumas regiões de São Paulo, a 90% contrariando as recomendações da OMS, que situam em 12% a 15% [aparece em outro depoimento que a média é de 10% a 12% e, um outro, 18% a 20%]; 70% das laqueaduras ocorrem durante a cesariana” (RELATÓRIO Nº 2, p. 66). Dados do estado de Espírito Santo apresentados pela deputada Brice Bragatto apontam que 35% de seus partos são cesáreos, que a julgar uma porcentagem tão elevada, há indicativo de esterilização clandestina; a deputada também afirma que “(...) os maiores percentuais de cesarianas são encontrados em municípios e hospitais que políticos, envolvidos com a esterilização em massa, frequentam ou nos quais trabalham, militam ou residem” (RELATÓRIO Nº 2, p. 69). E supõe-se que esses números seriam ainda mais elevados, pois como bem exemplifica a deputada Lúcia Souto ao se referir aos dados do Rio de Janeiro, “(...) no hospital São Paulo, a laqueadura não é registrada em prontuários. É prática invisível. Segundo informações do PNAD/86, 75% das laqueaduras são realizadas no momento da última cesariana” (RELATÓRIO Nº 2, p. 73).

A arquiteta carioca Sônia Beltrão narrou o seu caso, que aconteceu em 1985, na CPMI:

(...) ao se submeter a uma cirurgia cesariana para dar à luz o seu quarto filho, em curso do seu puerpério imediato, durante uma visita médica, realizada para orientação de estudantes e residentes, percebeu, pelos comentários de um dos médicos, que fora esterilizada durante o ato cirúrgico. Tendo ido verificar no prontuário médico a confirmação da ocorrência, soube que o mesmo tinha desaparecido do Hospital-Maternidade Praça XV (RELATÓRIO Nº 2, p. 110).

Na Maternidade Praça XV, um hospital-escola público especializado em bebês prematuros que atende população de baixa renda, onde Sônia Beltrão foi esterilizada sem consentimento, ocorreram outros casos de esterilização involuntária, como o de Jerusa Paes da Silva, caracterizada pelo relator da CPMI como uma mulher “bastante simples” (RELATÓRIO Nº 2, p. 111), que acabara de dar à luz ao quarto filho, exatamente como Sônia. Apesar de Jerusa ter aceitado ser coautora do processo de denúncia formulado por Sônia junto ao Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) foi convencida de que “tinham feito por ela uma coisa boa”. No entanto, a arquiteta deu continuidade ao processo e, em depoimento a CPMI, afirmou que sofreu preconceito durante o inquérito instalado contra o médico que a esterilizou. Segundo Sônia,

No depoimento durante o inquérito instaurado, disseram-lhe que não poderia saber que ela era arquiteta. Deduziu que, se o soubessem, não teriam ligado suas trompas. Acha importante ter provado o que houve porque se não soubesse o que era laqueadura e se seu caso não houvesse acontecido, ela iria sair sem saber, como devem ter saído de lá muitas outras mulheres ignorando o que lhes fora feito (RELATÓRIO Nº 2, p. 111).

O então presidente do Conselho Federal da Ordem dos Advogados no Brasil, Marcelo Lavenère, afirmou que a laqueadura sem consentimento “(...) está sujeita às penas do Código Penal e do Código Civil configurando, inclusive, responsabilização civil, acarretando, portanto, imposição de pagamento a título de indenizações por perdas e danos” (RELATÓRIO Nº 2, p. 103). No entanto, o que ocorreu no caso da denúncia de Sônia Beltrão foi que o hospital instalou uma comissão de inquérito, que logo após passou para o CREMERJ, que só julgou o caso 3 anos após o ocorrido e a pena aplicada ao dr. Dionísio Cavaleiro de Andrade, médico que a operou, foi apenas a suspensão do exercício profissional por um mês.

A depoente revela ter querido a cassação do médico, para que o fato pudesse servir de exemplo para outros médicos, pois resultou claro que o que estava acontecendo naquela maternidade pública, onde vão mulheres de todo o Rio de Janeiro, era um controle de natalidade com a população de baixa renda, à revelia desta população (RELATÓRIO Nº 2, p.112)

Embora em seu depoimento não explicita a cor de sua pele, alguns sinais indicam que Sônia Beltrão pode ser uma mulher negra ou uma pessoa que, no imaginário social brasileiro, “aparenta” ser de baixa renda e baixa escolaridade, sobretudo pelo descuido dos médicos ao comentarem entre si que a paciente havia sido esterilizada e pressuporem que ela não compreenderia do que se tratava.

Geralmente, a pobreza e a baixa escolaridade são atribuídas aos negros. E, embora os dados estatísticos demonstrem que atualmente a população negra é a mais afetada pela desigualdade e pela violência, pois 67% dos negros no Brasil fazem parte da parcela dos que recebem até 1,5 salário mínimo (OLIVEIRA, 2017), esta realidade não é natural, mas fruto do racismo. Ao longo da História foi imposta aos negros uma trajetória de vida voltada à pobreza, criminalidade, incapacidade, enfermidades físicas e mentais, que justificaria o seu desaparecimento natural devido a sua “impossibilidade de adaptação”.

Começo a explicar que o primeiro na terra foi o thronco negro... depois o vermelho e finalmente o branco que deve ser contemporâneo aos primeiros gelos... Julgo também que na ordem do desaparecimento da natureza há de proceder pela mesma forma. O thronco negro há de desaparecer antes do amarelo e assim sucessivamente até o branco... (RIHGB *apud* SCHWARCZ, 1993, p. 147)

Para Schwarcz, as teorias do evolucionismo social, do positivismo, do naturalismo e do social-darwinismo em voga no século XIX e início do século XX deram bases científicas ao imaginário que atribui características comportamentais e morais pejorativas aos negros justificando “uma espécie de hierarquia natural à comprovação da inferioridade de largos setores da população” (SCHWARCZ, 1993, p. 54). Esses ideários racistas e eugenistas se configuraram “(...) a partir da adoção de grandes programas de higienização e saneamento. Tratava-se de trazer uma nova racionalidade científica para os abarrotados centros urbanos, implementar projetos de cunho eugênico que pretendiam eliminar a doença, separar a loucura e a pobreza” (SCHWARCZ, 1993, p. 44 e 46).

Nessas teorias, fatores antropológicos, sociais e físicos serviram para o estabelecimento, com respaldo científico, de uma previsibilidade de comportamento e estilo de vida, por meio de fenótipos. “O fenótipo passava a ser entendido, portanto, como o ‘espelho d’alma” (SCHWARCZ, 1993, P. 216). Esse imaginário se perpetuou ao longo dos séculos informando, por exemplo, a ideia corrente de que há uma “cara de ladrão”, “cara de estuprador”, “cara de pobre” e estas características são atribuídas socialmente aos negros. O fato de ser negra ou aparentar “ser simples” (leia-se pobre), como descreveram Jerusa, envolve fatores históricos de julgamento que considera os não-brancos uma raça inferior, como integrante de uma “população descartável”. Edna Roland, em seu depoimento na CPMI, discute o termo “população descartável” que

(...) teve lugar nos países do Hemisfério Norte. Afirma que, do ponto de vista desses países, somos todos negros, cidadãos do Terceiro Mundo, cidadãos de segunda classe. Desse modo, as políticas demográficas dos países desenvolvidos visam a controlar o crescimento das populações pobres, incluindo em tais políticas a eliminação de determinados povos (RELATÓRIO Nº 2, p. 98).

No Relatório Kissinger, o Brasil está entre os países-chave nos quais os Estados Unidos devem interferir no controle de natalidade: “Índia, Bangladesh, Paquistão, Nigéria, México, Indonésia, Brasil, Filipinas, Tailândia, Egito, Turquia, Etiópia e Colômbia” (NSSM 200, 1972, p.

10). Esses países têm em comum, além de uma população crescente e uma economia em desenvolvimento, o fato de serem compostos por uma população não-branca.

O relatório Kissinger previa uma “maior assistência para serviços de planejamento familiar, informação e tecnologia” que deveriam ser “disponibilizados o mais rapidamente possível aos 85% das populações dos principais países menos desenvolvidos”, especialmente os “pobres das zonas rurais que têm maior fertilidade”. Edna Roland em seu depoimento na CPMI, diz que: “(...) a liberdade das mulheres do Terceiro Mundo vê-se ameaçada por práticas e políticas, que as excluem dos frutos do progresso” (RELATÓRIO Nº 2, p. 99). A psicóloga declara ainda que tomou conhecimento por meio da Dr^a Rennibang (Índia),

em reunião realizada em Barbados, da existência de um documento confidencial que circulava em âmbito do Banco Mundial, onde a questão da Aids era colocada como uma possível solução para o problema populacional do continente africano. A médica havia tido acesso ao documento através da International Woman’s Her Quality, instituição não-governamental, sediada na cidade de Nova Iorque (RELATÓRIO Nº 2, p. 99).

Nas décadas de 1980/1990, o número de laqueaduras aumentou. O percentual de mulheres casadas, com idade entre 15-49 anos, que fizeram uso da laqueadura tubária como método contraceptivo subiu na década de 1986 para 44,6% e, em 1996, passou para 49,2% (BERQUÓ *apud* MOLINA, 1999, p. 131). Nesse período, houve o aumento dos casos de esterilização entre adolescentes e jovens com menos de 35 anos, com nenhum ou apenas 1 filho, denunciados pelas (os) depoentes Brice Bragatto, Maria Betânia Ávila, Antônio Henrique Pedrosa Neto e Jurema Werneck, esta última em especial afirmou “que as adolescentes negras das favelas brasileiras têm sido alvo fácil para a esterilização em massa” (RELATÓRIO Nº 2, p. 87).

A ausência de critérios mínimos para a realização da ligadura de trompas e a alta taxa de arrependimento das mulheres laqueadas foram temas da CPMI. A deputada Brice Bragatto informou que 40% das mulheres capixabas esterilizadas se arrependeram e procuraram a recanalização (RELATÓRIO Nº 2, p. 69) e segundo o dr. José Aristodemo Pinotti, 30% das mulheres brasileiras em idade fértil estão esterilizadas e 50% das que foram esterilizadas antes dos 25 anos estão arrependidas (RELATÓRIO Nº 2, p. 90). Esses altos índices de arrependimento de mulheres submetidas à cirurgia de laqueadura ajudam a desconstruir a ideia de livre-arbítrio das mulheres com relação à própria saúde reprodutiva.

Outra denúncia realizada na CPMI diz respeito as consequências danosas da esterilização para a saúde das mulheres. Jurema Werneck em seu depoimento diz que “embora os médicos

afirmem que não faz mal à saúde, a depoente observa no dia-a-dia que as mulheres esterilizadas queixam-se, com frequência, de alteração do ciclo menstrual e no sistema nervoso, de câncer de mama, após a operação a que se submetem” (RELATÓRIO N° 2, p. 86 e 87). Trata-se não somente de uma interferência na taxa de natalidade brasileira, mas na saúde e qualidade de vida dessas mulheres.

Apesar de o Relatório N° 2 da CPMI concluir que os dados estatísticos impossibilitam uma interpretação racial das diferenças expressiva entre mulheres negras e brancas esterilizadas, as mulheres negras participantes da Comissão trouxeram inúmeros dados e pesquisas que confirmam serem as mulheres negras alvos principais de políticas de esterilização. No Quadro XV do Anexo II do relatório apresenta dados de uma pesquisa IBGE/PNAD de 1986 sobre mulheres de 15 a 54 anos que fizeram a cirurgia de esterilização distribuídas na categoria “esterilização paga” e “esterilização gratuita”. A tabela [por nós recortada] apresenta a distribuição por estados: os do Nordeste, que possuem maior parte da população negra, e os do Sul, que possuem maior parcela da população branca:

	Pagas (%)	Gratuitas (%)
Maranhão	40,3	58,9
Piauí	29,1	70,9
Ceará	28,9	71,1
Rio G. do Norte	24,7	75,3
Paraíba	34,6	64,2
Pernambuco	47,6	51,8
Alagoas	26,1	73,9
Sergipe	29	71
Bahia	53,2	44,9
Paraná	68,4	31,3
Santa Catarina	66,2	33,8
Rio G. do Sul	61,5	38,1

A tabela não traz dados raciais e explicita apenas as diferenças de classe social: estados pobres X estados ricos. Mas no Brasil, como defende Luiza Bairros na CPMI, há uma impossibilidade de separar raça de classe social, já que a maioria da população pobre é negra.

Nesse sentido, a oferta de laqueadura gratuita nas regiões do Nordeste comprova, como assevera a depoente Luíza Bairros, que a oferta “de laqueadura gratuita é muito grande entre as mulheres de renda mais baixa (inferior a um salário mínimo)” (RELATÓRIO Nº 2, p. 94). Quando o relator Carlos Patrocínio pergunta se há algum dado estatístico que apontasse a conotação racial no incentivo à esterilização, Luíza Bairros responde:

(...) existe manipulação dos dados estatísticos relativos a esse problema. Menciona dados relativos à Bahia. Naquele Estado, entre as mulheres brancas de 15 a 54 anos, que usavam algum método contraceptivo, 43% estavam esterilizadas. Entre as mulheres negras, o percentual era menor (39%). A leitura que se faz dos dados é que a esterilização é maior entre as mulheres brancas. Contudo, não se leva em consideração que os 43% representam 73 mil mulheres brancas, enquanto os 39% se referem a 243 mil mulheres negras. O que as estatísticas efetivamente comprovam é que ser negro é ser candidato natural à pobreza (RELATÓRIO Nº 2, p. 94).

Ademais, a depoente Luiza Bairros aponta que o recolhimento dos dados de esterilização de mulheres negras oculta uma informação chave: a taxa de fecundidade de mulheres negras era inferior à de mulheres brancas em meados de 1960, devido a esterilização involuntária decorrente de doenças sexualmente transmissíveis não tratadas. Ainda para Luiza Bairros,

(...) a partir da década de 1980 tem havido várias ações governamentais, objetivando reduzir drasticamente a taxa de fecundidade entre as mulheres negras. Embora os dados da PNAD demonstrem que existe uma proporção menor de esterilização entre mulheres negras, esses dados não podem ser analisados fora do contexto da chamada “esterilização involuntária”. Em um país racista como o Brasil, não existe possibilidade de políticas que se dirijam a grandes contingentes populacionais, sem que essas políticas tenham efeitos diferenciados e desiguais entre brancos e negros. Por isso, o processo de esterilização entre mulheres negras tem um significado especial (RELATÓRIO Nº 2, p. 93).

Conclusões

Por mais que o relatório admita a existência de um quadro de esterilização em massa de mulheres no Brasil nas décadas de 1970-1990 e investimento estrangeiro que visasse o controle demográfico no Brasil, assim como a omissão do Estado brasileiro frente à interferência que fere a liberdade reprodutiva das mulheres, a situação denunciada por mulheres do movimento negro de que há uma maior incidência de esterilização em negras não se confirma de acordo com os

dados do IBGE e PNAD/86, embora tenha sido reconhecida a dificuldade em se apurar a informação relativa à cor de pele dos brasileiros.

Embora os dados estatísticos sejam falhos em seu levantamento relativos à cor de pele dos brasileiros, a argumentação de que havia um interesse racista na promoção da esterilização enquanto método contraceptivo apresentada, sobretudo, por mulheres do Movimento Negro, continha evidências suficientes para que a leitura racializada da problemática da esterilização em massa não fosse ignorada pelo relator e outros parlamentares. O silenciamento frente à denúncia do Movimento Negro denota uma invisibilidade que se alonga no decorrer da história de forma conveniente, pois ao mesmo tempo em que alegaram insuficiência de dados estatísticos para realizar uma apuração séria dessa denúncia, os métodos de recolhimento dos dados seguiam uma postura cultural que dificultava a auto identificação da parcela negra da população, o que impediu um levantamento étnico mais preciso da população brasileira e, em consequência, dificultou um olhar especializado e possíveis soluções e políticas para os problemas enfrentados por negros no Brasil.

Há, contudo, a recomendação do Poder Legislativo em discutir e votar o Projeto de Lei Nº 3633, de 1993, que regulamenta o §7 do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelecendo penalidades e dá outras providências. Sua regulamentação seria realizada pelo Poder Executivo no prazo de 90 dias a contar a partir da data de publicação do relatório; a Lei Nº 9.263 de 1996 cumpriu com este objetivo. E dentre todos os órgãos que firmaram uma recomendação ao final do relatório, somente a Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação se atentou quanto a imprecisão de dados estatísticos relacionados à cor dos brasileiros, pois recomenda que o IBGE aperfeiçoe os métodos de apuração quanto a essa categoria.

Ainda é recente o dado de que a pobreza tem cor no Brasil, pois pesquisas do IBGE de 2014 mostram que a parcela da população mais pobre é composta majoritariamente por negros (76%), o que significa que 3 em cada 4 pessoas pobres são negras. E também é recente notícias de que figuras em posição de poder apontem a esterilização de pobres como política de combate à miséria e crime, a exemplo do presidente Jair Bolsonaro, que ao longo dos 25 anos de exercício de poder proferiu discursos em que explicitava o apoio ao controle de natalidade e reiterou tal postura em ano eleitoral, ao dizer que “Não estou autorizado a falar isso, (...) mas eu gostaria que o Brasil tivesse um programa de planejamento familiar. Um homem e uma mulher com educação dificilmente vão querer ter um filho a mais para engordar um programa social” (BRAGON,

2018). Torna-se urgente um debate aprofundado do significado da esterilização compulsória de pobres, ainda mais quando discursos como esse são legitimados pela população.

Mesmo com a Lei Nº 9.263 regularizando a esterilização, “nova pesquisa nacional realizada em 1996 (BENFAM, 1997) mostrou um agravamento dessa distorção, havendo um aumento de prevalência de esterilização feminina” (MOLINA, 1999, p. 131). As denúncias apresentada pelas CPMI de 1992 e a formulação de uma lei que visasse a diminuição da recorrência à esterilização como método contraceptivo foi ineficaz enquanto canal de conscientização, o que reforça o apelo de entidades feministas por educação sexual e o retorno da atividade do Programa Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que “representava um exemplo raro de colaboração entre Estado e sociedade civil, constituindo-se em uma das primeiras iniciativas governamentais de incorporações de princípios feministas em políticas públicas de saúde” (PINTAGUY, 1999, p. 26).

É de profunda importância a compreensão de que a discussão acerca da esterilização em massa é um tema que perpassa não somente pela autonomia da mulher, cuja interferência estatal é enxergada por alguns feminismos como forma de impedir a manifestação da liberdade relativa à própria sexualidade e reprodução, mas atentar-se que sua interferência também atua na garantia de que mulheres negras e de baixa renda acessem essa autonomia, autonomia, esta, possível somente com o acesso à informação integral e de qualidade.

A noção de que a maternidade é uma obrigação é uma narrativa que abarca somente mulheres brancas. Incentivadas historicamente a instaurarem uma “supremacia branca”, em linguagem mais explícita, ou “embranquecida” na linguagem do país da democracia racial, mulheres brancas e de classes economicamente favorecidas acessam tecnologias que, inclusive, revertem casos de infertilidade através de técnicas de reprodução assistida (fertilização *in vitro*). Ao se tratar da maternidade negra, que é interrompida sistematicamente desde os tempos da escravização, o Estado deve intervir de forma a garanti-la e protegê-la.

Referências Bibliográficas

ALENCAR, K. *Maluf sanciona lei de esterilização gratuita*, 1995. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1995/9/30/brasil/34.html>>. Acesso em: 15 de Junho de 2018.

ALVES, José Eustáquio Diniz. *Direito Reprodutivo: o filho caçula dos Direitos Humanos. Aparte*. Rio de Janeiro, v. 1, p. 1-2, 2004.

ART MULHERES. Edição nº 4, Ano I, Julho/Agosto, 1991.

- BADINTER, Elisabeth. *Um amor construído: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fradeira, 1985.
- BAPTISTA, Marisa; COELHO, Leila Machado. A História da Inserção Política da Mulher no Brasil: uma Trajetória do Espaço Privado ao Público. *Psicologia Política*. V. 9, n. 17, Jan/Jun, p. 85-99, 2009.
- BARSTED, Leila Linhares. Família, sexualidade e reprodução no direito brasileiro. In: Griffin, K ; Hawker, S. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
- BERQUÓ, Elza. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: Griffin, K ; Hawker, S. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
- BETTENCOURT, Dom Estevão. *O Relatório Kissinger e os países em desenvolvimento*, 2006. Disponível em: <http://www.pr.gnet.biz/kb_read.php?num=1612&head=1>. Acesso em: 15 de Junho de 2018.
- BRAGON, Ranier. *Bolsonaro defendeu esterilização de pobres para combater miséria e crime*, 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/06/bolsonaro-defendeu-esterilizacao-de-pobres-para-combater-miseria-e-crime.shtml>>. Acesso em 19 de Novembro de 2018.
- BRASIL. Constituição (1988). Lei N° 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. Brasília, 12 de janeiro de 1996
- BRASIL. Lei N° 2.889, De 1º de Outubro de 1956. Define e pune o crime de genocídio. Rio de Janeiro, 1 de outubro de 1956.
- CALGARO, Fernanda; CARAM, Bernardo. *Eleição de 2018 será novo teste para lei que prevê cota de mulheres candidatas*, 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/eleicoes/2018/noticia/eleicao-de-2018-sera-novo-teste-para-lei-que-preve-cota-de-mulheres-candidatas.ghtml>>. Acesso em: 3 de Outubro de 2018.
- CONGRESSO NACIONAL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Brasília, 1993.
- CRENSHAW, Kimberle. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. *Cruzamento: raça e gênero*. Brasília: Unifem, 2004.
- DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Choir; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 20, n. 1, Jan/Apr. 2012.
- DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- FERREIRA, Jonatas; HAMLIN, Cynthia. Mulheres, negros e outros monstros: um ensaio sobre corpos civilizados. *Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 18, p. 811-836, 2010.
- GANDRA, Alana. *Brasil ocupa 115º lugar em ranking de mulheres na política*, 2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2017-03/brasil-ocupa-115o-lugar-em-ranking-de-mulheres-na-politica>>. Acesso em: 1 de Outubro de 2018.
- GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

GONZALEZ, Lélia. A categoria político-cultural de amefricanidade. In: *Tempo Brasileiro*. Rio de Janeiro, Nº. 92/93 (jan./jun.). 1988b, p. 69-82

GUETERCHIN, Thierry Linard de. Planejamento familiar e/ou controle de natalidade: uma questão semântica ou social. *Síntese: Revista de Filosofia*. v. 13, n. 37, 1986.

HALL, Stuart. *Cultura e Representações*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio : Apicuri, 2016.

LENZI, Tié. *CPI: o que é, como funciona*. Disponível em: <<https://www.todapolitica.com/cpi/>>. Acesso em: 13 de Setembro de 2018.

LOVEJOY, Paul. *Escravidão na África: Uma história de suas transformações*. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 2002.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MOLINA, Aurélio. Laqueadura tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: Griffin, K ; Hawker, S. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira ; MORAES, Maria Leonor Costa de ; LIMA, Diego Jorge Maia; AQUINO, Priscila de Souza ; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. História reprodutiva de mulheres laqueadas. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 23, n. 5, Sept/Oct. 2010.

OLIVEIRA, Tory. *Seis estatísticas que mostram o abismo racial no Brasil*, 2017. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/seis-estatisticas-que-mostram-o-abismo-racial-no-brasil>> . Acesso em: 1 de Novembro de 2018.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 23, n. 45, 2003.

PRIORE, Mary del. *Histórias Íntimas*. Editora Planeta, 2012.

RIBEIRO, Djamila. *O que é: lugar de fala?*. Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2017.

ROLAND, Edna. Direitos reprodutivos e racismo no Brasil. *Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 3, n. 2, 1995.

SANTOS, Tiago de Santana. *CPI: definição, legitimados, limitações, poderes, finalidade e principais CPI's do Brasil*. Disponível em: <<https://tiagoages.jusbrasil.com.br/artigos/159460426/cpi-definicao-legitimados-limitacoes-poderes-finalidade-e-principais-cpi-s-do-brasil>>. Acesso em: 13 de Setembro de 2018.

SILVEIRA, Daniel. *Em ranking de 190 países sobre presença feminina em parlamentos, Brasil ocupa a 152ª posição*, 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/em-ranking-de-190-paises-sobre-presenca-feminina-em-parlamentos-brasil-ocupa-a-152-posicao.ghtml>>. Acesso em: 3 de Outubro de 2018.

WERNECK, Jurema. *Mulheres Negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas*. 2009. (Editoração/Livro).

WERNECK, Jurema. Ou belo ou o puro?: Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. In: Rotania, A. A.; Werneck, J. P. (Org.). *Sob o signo das bios: vozes críticas da sociedade civil*. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais, v. 1, p. 49-63, 2004.

WERNECK, Jurema Pinto. *Racismo Institucional*. Geledés – Instituto da Mulher Negra. Trama Design, 2012.