



CONTROLE REPRODUTIVO E POPULACIONAL NO OFERECIMENTO DE CONTRACEPTIVOS DE LONGA DURAÇÃO PELO SUS: UMA ANÁLISE À LUZ DA NOÇÃO DE JUSTIÇA REPRODUTIVA

Beatriz Carvalho Nogueira¹

Flavia Portella Püschel²

Resumo

O objetivo deste artigo é explorar a crítica feita por movimentos de mulheres e da área da saúde a políticas públicas focadas no oferecimento de métodos contraceptivos de longa duração (LARC)s a grupos determinados de mulheres em situação de vulnerabilidade. Para isso, o artigo parte da análise da Portaria nº 13/2021 do Ministério da Saúde, a qual elegeu grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade como público-alvo para o implante subdérmico de etonogestrel, passando por seu processo de elaboração, pelas críticas a ela realizadas, avaliando a política de distribuição de LARC)s feita pela norma a partir de referenciais teóricos de governança reprodutiva, coerção contraceptiva, direitos reprodutivos e justiça reprodutiva. Defende-se que a noção de justiça reprodutiva, mais ampla do que aquela de simples direitos reprodutivos, deve ser empregada na discussão de tais políticas, pois permite enxergar claramente como mesmo a inclusão de mais uma opção dentre os métodos contraceptivos ofertados a mulheres que são parte de grupos já socialmente vulnerabilizados pode resultar em discriminação e ameaça a direitos fundamentais dessas pessoas.

Palavras-chave: Justiça Reprodutiva; Coerção contraceptiva; Planejamento reprodutivo; Métodos contraceptivos de longa duração; Métodos LARC.

ABSTRACT

The objective of this article is to explore the criticism made by women's movements and in the health sector against public policies focused on offering long-acting reversible contraceptives (LARC)s to specific groups of women in vulnerable situations. To this aim, the article starts from the analysis of Ordinance No. 13/2021 of the Ministry of Health, which chose groups of women in vulnerable situations as the target audience for the subdermal etonogestrel implant, going through its elaboration process, through criticism of carried out, evaluating the LARC)s distribution policy made by the standard based on theoretical references of reproductive

¹ Doutoranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV Direito SP), com Bolsa CAPES-PROSUP e Bolsa Institucional Mario Henrique Simonsen de Ensino e Pesquisa. Mestre e Graduada em Direito pela Faculdade de Direito de Ribeirão Preto – USP. Docente no ensino superior em Direito. Advogada. Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: beatrizcnogueira@gmail.com

² Doutora em direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP). Professora associada e coordenadora do Núcleo Gênero e Direito da Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Suas áreas de interesse são teoria do direito, teorias feministas do direito, direito e democracia, teoria da responsabilidade e responsabilidade civil. Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: flavia.puschel@fgv.br



governance, contraceptive coercion, reproductive rights, and reproductive justice. It is argued that the notion of reproductive justice, broader than that of simple reproductive rights, should be used in the discussion of such policies, as it allows us to clearly see how even the inclusion of yet another option among the contraceptive methods offered to women who are part of groups that are already socially vulnerable can result in discrimination and threats to the fundamental rights of these people.

Keywords: Reproductive Justice; Contraceptive coercion; Reproductive planning; Long-acting reversible contraceptives; LARC methods.



Introdução

O planejamento reprodutivo representa um dos principais aspectos dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e tem como foco, justamente, a tomada de decisões acerca da contracepção e o acesso aos instrumentos necessários para a efetivação desse direito.

Apesar de reconhecido em conferências internacionais³ e no texto constitucional⁴, historicamente, as mulheres no Brasil encontram diversos entraves na tomada de decisão acerca de sua própria procriação bem como na efetivação dessa decisão. Essas dificuldades são permeadas por assimetrias decorrentes de diversos marcadores sociais como raça, etnia, presença ou não de deficiências, idade, uso de drogas, dentre outros, o que revela a necessidade de um olhar interseccional para a temática.

Como manifestação de tais intersecções, é possível citar uma série de denúncias sobre a esterilização em massa de mulheres negras no Brasil, que gerou uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito no âmbito do Congresso Nacional no início da década de 1990 (Brasil, 1993). Além disso, há o caso de uma mulher pobre, negra, em situação de rua e dependente química esterilizada à força após pedido realizado pelo Ministério Público e sentença judicial (Cruz, 2018). Houve, ainda, a fala pública do prefeito de um município do Estado do Rio de Janeiro (Barra do Piraí – RJ) o qual, em setembro de 2023, afirmou que, como a cidade tinha muita criança, seria necessário “começar a castrar” as mulheres (Mathias; Mansur, 2023). Esses são apenas alguns exemplos dos inúmeros obstáculos e violências que mulheres ainda sofrem no tocante ao pleno exercício de sua reprodução e sexualidade.

³ É possível citar as Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento, organizadas pela ONU, principalmente a ocorrida no Cairo, em 1994, e a IV Conferência sobre a Mulher, ocorrida em Pequim em 1995. Além disso, apesar de não haver proteção específica em tratados internacionais, os direitos sexuais e reprodutivos podem ser reforçados ao se assegurar os seguintes direitos humanos: (i) vida, sobrevivência, segurança e sexualidade; (ii) autodeterminação reprodutiva e livre escolha de maternidade; (iii) saúde e benefícios do progresso científico; (iv) não-discriminação e devido respeito pela diferença e (v) informação, educação e tomada de decisões (Cook; Dickens; Fathalla, 2004, p. 162).

⁴ Cf. art. 226, § 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.



É nesse contexto de violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres que faz-se importante analisar as políticas públicas sobre planejamento familiar. O Ministério da Saúde (MS) editou, em abril de 2021, a Portaria nº 13, ainda em vigor, na qual elegeu grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade como público-alvo para determinado tipo de método contraceptivo, qual seja, o implante subdérmico de etonogestrel, método no qual insere-se um bastão de plástico de 4 cm de comprimento e de 2 mm de diâmetro, com 69 mg da substância etonogestrel, que vai sendo liberada em pequena quantidade continuamente na corrente sanguínea, impedindo que o óvulo seja liberado do ovário e dificultando a entrada de espermatozoides ao alterar a secreção do colo do útero (Ministério Da Saúde, 2021). Trata-se, assim, de método contraceptivo reversível de longa duração (ou, em inglês, *long-acting reversible contraception* – LARC) já que o implante pode permanecer no corpo da mulher pelo período de até três anos. A retirada do implante subdérmico deve ser realizada em ambiente ambulatorial/hospitalar.

A portaria gerou uma série de críticas de movimentos e organizações de mulheres e da área da saúde, justamente porque seria discriminatória e violaria o direito ao planejamento reprodutivo de mulheres em situação de vulnerabilidade. É preciso dizer que, mesmo antes da portaria, o estímulo a esses métodos, conforme estudos demonstram (Brandão; Cabral, 2021), já era recorrente nas esferas municipais e estaduais.

Tendo em vista tais críticas, no presente artigo, analisa-se a referida política pública nacional à luz do conceito de *justiça reprodutiva*, o qual – como se discutirá em maior detalhe a seguir - congrega aos direitos sexuais e reprodutivos aspectos de justiça social. Desse modo espera-se contribuir ao debate acerca da elaboração de políticas relacionadas ao planejamento reprodutivo, especialmente quanto ao seu direcionamento apenas a determinados grupos de mulheres já socialmente vulnerabilizados.

O artigo está estruturado em quatro partes, seguidas de uma conclusão. Na primeira parte, será examinado o processo de elaboração da Portaria nº 13/2021 do MS, principalmente os procedimentos adotados no âmbito das instituições relacionadas à sua elaboração. Esse exame é importante para considerar aspectos relacionados à participação popular e às próprias mudanças institucionais ao longo do processo de aprovação. Faz-se também o levantamento das principais críticas realizadas por movimentos sociais de



saúde e de mulheres em relação à portaria para que seja possível enumerar os problemas levantados.

A partir dessa análise, na segunda parte, serão apresentados os conceitos de governança reprodutiva e coerção contraceptiva que auxiliam na compreensão das políticas que estimulam a adoção ou priorização de métodos contraceptivos de longa duração no âmbito público.

Na terceira parte, serão abordadas as noções de planejamento, saúde e direitos reprodutivos e como esses referenciais, isoladamente, podem se mostrar insuficientes para análise de políticas públicas de saúde.

Por fim, na quarta parte, haverá a apresentação do conceito de justiça reprodutiva, propondo-se sua utilização como referencial de análise das políticas públicas de planejamento reprodutivo.

1 Elaborando Uma Política Pública De Planejamento Reprodutivo: A Portaria N° 13/2021 Do Ministério Da Saúde

A Portaria nº 13, de 19 de abril de 2021, publicada pelo Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde, incorporou ao SUS o implante subdérmico de etonogestrel, condicionado à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil, que se enquadrassem nas seguintes condições: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do SUS.

A referida portaria foi criticada por movimentos sociais por violar a autonomia corporal e reprodutiva de mulheres, representando um retrocesso ao reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, principalmente daquelas que já se encontram em situação de vulnerabilidade e em contextos de discriminação, já que a portaria não é destinada a qualquer grupo de mulheres, mas apenas àqueles específicos que deseja regular (Cunha; Moreira, 2021).

Abordaremos o procedimento de elaboração e aprovação da portaria, porque acreditamos que ele revela algumas das controvérsias que cercam a temática. Quando são



realizadas propostas de inclusão, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde ou diretrizes clínicas no âmbito do SUS, é necessário que o pedido seja analisado por uma comissão governamental. Todos os pedidos são acompanhados de uma série de estudos técnicos acerca da eficácia e do impacto orçamentário que a alteração acarretará.

No caso, inicialmente, a comissão governamental responsável havia sido desfavorável à inclusão do implante no sistema de saúde, sob o principal argumento de que tal medida acarretaria grande impacto orçamentário. No parecer final, contudo, a comissão aprovou a oferta do método contraceptivo a grupos específicos de mulheres. O procedimento contou com a possibilidade de participação da população que, nesse momento, já alertou que o direcionamento do método a públicos-alvo específicos poderia acarretar uma política discriminatória (Brasil, 2021c, p. 49-55).

1.1 Elaboração e Aprovação da Portaria

Antes da aprovação da portaria pelo Ministério da Saúde, houve uma consulta pública feita pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), órgão criado pela Lei nº 12.401/2011 e responsável pela elaboração de recomendações sobre a inclusão, exclusão ou alteração das tecnologias em saúde no âmbito do SUS e sobre a constituição ou alteração de diretrizes clínicas (Brasil, 2023). A consulta pública tem como objetivo dar publicidade e transparência às decisões sobre formulação e definição de políticas públicas, nesse caso, especificamente sobre a inclusão de medicamentos e outras tecnologias no SUS, permitindo a participação da sociedade no processo de decisão.

A CONITEC disponibiliza suas recomendações em consulta pública por um prazo de vinte dias, reduzindo-se o prazo para dez dias, nos casos de urgência. Nos relatórios técnicos da CONITEC, constam as informações sobre o medicamento ou tecnologia que será avaliado e as justificativas para o parecer favorável ou desfavorável à inclusão no SUS. Após a publicação do relatório, membros da sociedade civil podem enviar sugestões ou comentários sobre a tecnologia avaliada. As contribuições são organizadas e inseridas nos relatórios técnicos para análise dos membros do plenário da CONITEC que, após discutirem sobre as contribuições, emitirão parecer final sobre o



medicamento ou tecnologia analisados, depois encaminhado ao Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), que decide se o medicamento/tecnologia será incorporado ao SUS (Brasil, 2022).

A consulta pública sobre a incorporação ao SUS do implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 11 de janeiro de 2021 e seu término ocorreu em 01 de fevereiro de 2021 (Brasil, 2021a).

A demandante, ou seja, a responsável pela provocação acerca da necessidade de disponibilização do implante no SUS, foi a farmacêutica Schering-Plough em abril de 2020 e teve como título/pergunta: “o uso de Implanon NXT® (etonogestrel) por mulheres adultas em idade reprodutiva é eficaz na prevenção de gravidez não planejada, custo-efetivo, e apresenta maior adesão ou satisfação comparado aos contraceptivos oferecidos pelo SUS?” (Schering-Plough, 2020). Observa-se, portanto, que, inicialmente, a proposta realizada pela demandante não tinha como objetivo específico determinados grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade, mas atingia, de forma ampla, todas as mulheres em idade reprodutiva.

O contexto apresentado pela empresa foi o de que há uma taxa alta de gravidez não planejada no país e de que muitas mulheres no país não utilizam métodos contraceptivos ou utilizam métodos que, pela baixa adesão, descontinuação ou uso incorreto, apresentam elevadas taxas de falha (injetáveis trimestrais, pílulas e preservativos). Desse modo, a utilização de LARCs deveria ser priorizada, já que são métodos que apresentam baixas taxas de falha. Apesar de haver a disponibilização pelo SUS do Dispositivo Intrauterino (DIU), que é também um LARC, haveria, de acordo com o parecer da empresa, limitações de acesso à população, como a baixa capilaridade e dificuldades no procedimento de inserção e de consultas e exames adicionais, inclusive anualmente.

A CONITEC, em seu relatório, analisou as evidências científicas apresentadas pela farmacêutica, bem como os impactos econômicos e orçamentários. Realizou, ainda, uma comparação com a experiência internacional, encontrando recomendações do uso do implante subdérmico de etonogestrel de outras agências na Austrália e na Escócia. A partir



dessa análise, preliminarmente, foi desfavorável à incorporação do implante no SUS, porque representaria um grande impacto orçamentário e pela ampla população proposta:

A Conitec, em sua 93ª Reunião Ordinária, realizada no dia 09 de dezembro de 2020, deliberou que a matéria fosse disponibilizada em consulta pública com recomendação preliminar desfavorável à incorporação do implante subdérmico de etonogestrel para prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos no SUS. Considerou-se que as evidências são favoráveis ao implante de etonogestrel, mas que a ampla população proposta pelo demandante juntamente com o impacto orçamentário estimado dificultaria a incorporação desta tecnologia no SUS (Brasil, 2021b, p. 11).

Após a elaboração de parecer técnico pelo órgão, é realizado um relatório para a sociedade (Brasil, 2021d). Esse documento é uma versão resumida do relatório técnico e é elaborado em linguagem de fácil compreensão justamente para facilitar e estimular a participação da sociedade no processo de Avaliação da Tecnologia em Saúde (ATS). A participação pode ocorrer pela resposta a dois formulários, um deles com experiências e opiniões e, o outro, com contribuições técnico-científicas.

No relatório para a sociedade, a CONITEC explica que a análise de custo-efetividade, consistente na relação entre a efetividade do medicamento para prevenir a gravidez e os custos do tratamento, resultou em aumento de R\$ 6.356,07 por gravidez não planejada, em comparação com o DIU de cobre. Em comparação aos demais contraceptivos disponibilizados pelo SUS, o implante foi o mais custo-efetivo de todos.

Os dados, no entanto, foram avaliados como incertos, pois o cálculo da avaliação econômica apresentado não considerou variáveis que pudessem interferir no uso de contraceptivos como a distribuição inicial e subsequente para o implante de etonogestrel, diante dos custos decorrentes das taxas de falha e de descontinuação, que foram considerados subestimados na solicitação realizada; a necessidade de contabilização do custo de novo implante após três anos de uso; custos associados à remoção e reinserção para as usuárias que mantiverem o uso continuado do contraceptivo; a necessidade de cuidados na metodologia no cálculo; a falta de prudência ao considerar os cálculos de gravidez não planejada (Brasil, 2021b, p. 36-37).

Quanto ao impacto orçamentário, esclareceu que foi calculado pela via epidemiológica, que procura obter a quantidade da população que fará uso da tecnologia, o que acrescentaria, em seu primeiro ano, R\$ 131 milhões, totalizando R\$ 1,2 bilhões ao



final de cinco anos. Também calculou, pela demanda aferida, baseada em dados já existentes como o volume da população cadastrada nos serviços de saúde, o que provocaria um aumento estimado de R\$ 19 milhões no primeiro ano, totalizando R\$ 183 milhões ao final de 5 anos.

Após o prazo da consulta pública, foi realizado o parecer final da CONITEC (Brasil, 2021c). Neste, informou que, na 92ª Reunião do órgão, as Secretarias de Vigilância em Saúde (SVS) e de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde se propuseram a apresentar quais os grupos de mulheres que mais se beneficiariam com a incorporação do implante hormonal, chegando ao seguinte resultado: mulheres usuárias de drogas, mulheres em situação de rua, mulheres vivendo com o HIV, mulheres em idade fértil em uso de talidomida, mulheres privadas de liberdade, mulheres *cis* trabalhadoras do sexo e mulheres em idade fértil em tratamento de tuberculose e em uso de aminoglicosídeos, o que corresponderia ao total de 356.381 indivíduos elegíveis no ano de 2021.

A especificação desses grupos faria com que o impacto orçamentário fosse menor do que o considerado anteriormente, passando a ser de um incremento de R\$ 1,7 milhões na análise de impacto orçamentário e um incremento, ao final de 5 anos, de R\$ 17 milhões.

O relatório final informa ainda que foram recebidas 191 contribuições, sendo 119 por meio do formulário de experiência ou opinião e 72 pelo formulário técnico-científico, em sua maioria (87,1%), formulado por profissionais da saúde (Brasil, 2021c). Das contribuições, algumas foram realizadas com comentários adicionais.

Apenas quatro respostas ao formulário técnico-científico concordaram com o parecer preliminar. Destas, somente uma acompanhada de comentários concordou, de fato, com o relatório parcial da CONITEC. Nessa participação, há a indicação de que priorizar o implante para pessoas de maior vulnerabilidade poderia violar questões éticas, pois isso teria um viés seletivo e discriminatório. Além disso, argumentou que esses grupos não precisam apenas de contraceptivo, mas de outras políticas:

Novamente agora, o fabricante do insumo, o laboratório farmacêutico Schering-Plough, propõe a incorporação do implante de etonogestrel para mulheres adultas na faixa etária de 18 a 49 anos, usando as mesmas justificativas anteriores, ao destacar "grupos vulneráveis" de mulheres (mulheres em situação de rua, em uso de substâncias, com HIV, entre

outras condições) que se beneficiariam do método, sem qualquer constrangimento com o viés seletivo e discriminatório que tal abordagem implica. Sabidamente serão mulheres pobres, negras, com pouca ou nenhuma escolaridade as "eleitas" pelos serviços de saúde para receberem tal tecnologia de longa duração, sem garantia alguma de que seus direitos sexuais e reprodutivos serão preservados e respeitados (...) A ampla oferta de métodos contraceptivos a todas as mulheres, sem exceção, é uma prerrogativa do SUS. Usar da desigualdade social estrutural vigente no Brasil para pleitear grupos prioritários a tal tecnologia é uma questão ética que precisamos evitar (Brasil, 2021c).

Nos comentários que não discordaram nem concordaram com a recomendação preliminar da CONITEC, a sugestão foi a de priorizar alguns segmentos da população: mulheres usuárias de drogas; mulheres entre 18 e 25 anos; mulheres que não se adaptem ao DIU de cobre; mulheres com HIV (Brasil, 2021c).

Mesmo entre os comentários que discordaram da recomendação da CONITEC, muitos destacaram a possibilidade de direcionamento do método a grupos vulneráveis de mulheres, como para aquelas que não possam utilizar estrogênio para contracepção; adolescentes, mulheres em situação de rua, usuárias de drogas, dentre outros grupos em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2021c).

Dos comentários extraídos do formulário de contribuições de experiência ou opinião, a maioria das participações de pessoa física (65,8%) foi feita por profissionais da saúde. Além disso, 13,4% concordou com a recomendação preliminar; 5% não concordou nem discordou e 81,5% discordou.

Entre as participações que concordaram e que deixaram comentários adicionais, houve a afirmação de que o SUS já dispõe de métodos contraceptivos, de que haveria um alto custo do implante de etonogestrel e a sugestão de investimento em medidas de promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres” (Brasil, 2021c).

Em relação aos comentários que não concordaram nem discordaram ou mesmo entre os que discordaram, novamente levantou-se a hipótese de que o implante fosse dirigido a mulheres em situação de vulnerabilidade.

Observa-se que, no momento de participação social e mesmo entre os próprios órgãos governamentais, houve a sugestão de que o implante fosse aprovado e incorporado ao SUS se dirigido a grupos específicos de mulheres. Na fase de participação social, no entanto, alguns comentários já sugeriam que essa medida poderia levar a uma política



discriminatória, sendo preferível estimular outras medidas de promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres.

É importante, nesse contexto, avaliar a própria publicidade e participação ampla que esse procedimento propicia, principalmente considerando que a política aprovada afetou de forma preponderante grupos de mulheres específicos, como mulheres em situação de rua e mulheres em privação de liberdade. Além disso, a mudança do público-alvo do implante ocorreu após a abertura do momento de participação pública, sem que houvesse consulta específica sobre essa alteração.

De todo modo, ao fim, a recomendação da CONITEC foi alterada, passando a “recomendar a incorporação, condicionada à criação de programa específico, do implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS e em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; cis trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose, usando aminoglicosídeos” (Brasil, 2021c, p. 69-70).

1.2 Críticas realizadas por movimentos e organizações da saúde pública e de mulheres

Após a elaboração e publicação da Portaria nº 13/2021 do Ministério da Saúde, que seguiu o parecer final da CONITEC, diversos movimentos sociais criticaram a política pública adotada.

De acordo com a nota elaborada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2021), a aprovação da portaria foi recebida com extrema preocupação pela associação. A associação informou que o pedido realizado pelo laboratório farmacêutico não foi o primeiro de incorporação de métodos LARC no SUS, já que em 2015, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) já havia solicitado que houvesse a incorporação do sistema intra-uterino com levonorgestrel e do implante subdérmico com etonogestrel para oferta a mulheres adolescentes entre 15 e 19 anos, tendo ressaltado, também neste momento, que haveria um grupo preferencial, qual seja, “grupos vulneráveis” ou “populações especiais” como beneficiários destas tecnologias. Este primeiro pedido não obteve êxito, pelos argumentos de que não houve comprovação



da superioridade da tecnologia proposta com as que eram disponíveis do SUS, não era possível determinar a origem dos preços utilizados no modelo econômico de custo-efetividade e diante do grande impacto orçamentário (aproximadamente R\$63,6 milhões em cinco anos) sem a comprovação de benefício clínico (Brasil, 2016, p. 29).

A associação (2021) destacou que, de fato, a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres depende do acesso a todos os métodos contraceptivos disponíveis. A portaria, no entanto, ao direcionar, de forma seletiva, os métodos contraceptivos a grupos específicos de mulheres, representaria um controle reprodutivo de mulheres já estigmatizadas, cujas gestações não seriam socialmente desejadas. Além disso, ressaltou que a portaria, diferentemente do relatório da CONITEC, não menciona “mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos”, mas “mulheres em idade fértil”, o que poderia significar a aplicação ao público feminino adolescente.

Cerca de trinta organizações, dentre as quais, a ANIS – Instituto de Bioética, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Coletivo Margarida Alves, Portal Catarinas, Projeto Cravinas, dentre outras, elaboraram Nota Conjunta contra a Portaria nº 13/2021 do Ministério da Saúde (Em Nota..., 2021). A nota conjunta também alerta que a portaria violou o acesso igualitário e o livre exercício do planejamento familiar bem como os próprios princípios da universalidade e equidade no SUS, razão pela qual a portaria deveria ser revogada:

A seleção de determinados grupos para experimentos reprodutivos ou estratégias de controle natalista é uma marca indelével da história do Brasil e da saúde reprodutiva mais amplamente, onde populações mais vulneráveis foram e ainda são submetidas a procedimentos compulsórios que violam seus direitos humanos. Vale relembrar o caso de Janaína, uma mulher negra em situação de rua submetida à esterilização compulsória por decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo a pedido do Ministério Público em 2018, há apenas três anos. Assim, ainda que a política promovida pela portaria não seja, em tese, compulsória, ela acrescenta água ao moinho das violações da autonomia corporal de pessoas em vulnerabilidade social, e que deve ser conectada ao contexto político mais amplo no qual ela está inserida. Devemos chamá-la pelo que é: esta é uma política marcadamente discriminatória, higienista, classista, racista e baseada em estigmas sobre as populações às quais se destina, que já sofrem obstáculos e impedimentos no exercício da maternidade e da autonomia corporal (Em Nota..., 2021)



Em sentido semelhante, o Controle Social do Comitê Estadual de Estudos sobre Mortalidade Materna de Pernambuco (CEEMM – PE) (2021) também elaborou nota sobre a portaria, na qual alerta que a inserção de método contraceptivo no SUS deve estar acompanhada de uma política sexual e reprodutiva e não deve ser uma medida isolada. Além disso, expressou que tal medida foi fruto da pressão da indústria farmacêutica.

2 Governança Reprodutiva E Coerção Contraceptiva

Elaine Reis Brandão e Cristiane da Silva Cabral⁵ (2021, p. 53) evidenciam que a priorização de métodos contraceptivos de longa duração (LARC) têm sido uma prática recorrente a partir de uma ideia de controle populacional, com o objetivo de reduzir o contingente populacional. As autoras sugerem, na análise de tais políticas, a utilização de dois conceitos: o de governança reprodutiva e o de coerção contraceptiva.

A partir do conceito de coerção contraceptiva, autoras têm demonstrado a sofisticação que as políticas públicas têm alcançado, não mais enquadradas em atos violentos contra uma pessoa, mas em processos estruturais de agentes e instituições estatais, materializadas por meio de “quotas, metas, indicadores, custos, cálculos e estimativas – mediados por intervenções e ações individuais, aparentemente neutras, técnicas” (Brandão; Cabral, 2021, p. 54).

A formulação e implementação de políticas públicas relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos ainda pode ser realizada à luz do conceito de governança reprodutiva. Tal conceito expressa “os mecanismos pelos quais diferentes configurações históricas de atores – como instituições estatais, igrejas, agências de fomento e organizações não governamentais – utilizam controles legislativos, incentivos econômicos, códigos morais, coerção direta e incentivos éticos para produzir, monitorar e controlar comportamentos e práticas reprodutivas” (Morgan; Roberts, 2012, p. 243 – tradução nossa).

⁵ Optamos, no presente artigo, por utilizar o nome completo das autoras e autores na primeira vez que aparecerem no texto, para, assim, valorizar, principalmente, o trabalho desenvolvido pelas autoras mulheres.



As autoras esclarecem que o conceito de governança reprodutiva alerta para a necessidade de análise da construção dos regimes morais acerca das práticas reprodutivas interrelacionada aos processos políticos e econômicos, principalmente sobre a construção que é feita sobre os próprios sujeitos, invocando e criando categorias e grupos de mulheres.

A coerção contraceptiva, como alertado por Leigh Senderowicz (2019), deve ser analisada não apenas entre parceiros e parceiras, ou seja, na esfera individual, mas também de forma estrutural e institucionalizada, identificando como o sistema de saúde e os agentes estatais também podem afetar as escolhas individuais. Além disso, a coerção pode se dar tanto quando mulheres são forçadas a adotarem um método contraceptivo que não desejam (*upward coercion*), quanto na negação de que acessem ou utilizem o método que desejam (*downward coercion*).

Ao estudar políticas de planejamento reprodutivo em um país da África Subsaariana, Senderowicz (2019) conclui que, além das práticas coercivas serem bidirecionais, elas também estão em um espectro e não representam um resultado dicotômico. Muitas vezes, esses resultados acontecem pela adoção e submissão das metas e indicadores aplicados por agências internacionais que não leva em consideração, em suas avaliações e medições, o respeito à autonomia e aos direitos das mulheres.

Brandão e Cabral (2021, p. 57) apontam que a mera promoção dos métodos LARC tem sido bem-sucedida porque traz uma responsabilização individual no cuidado à saúde sexual e reprodutiva, isentando o Estado desses cuidados, mas que

ofusca as inequidades sociais existentes nos sistemas de saúde e os constrangimentos estruturais que impedem que as mulheres possam ter acesso a melhores condições de vida, incluindo direito à educação, proteção social, habitação, trabalho e renda, não violência, entre outros aspectos fundamentais para a dignidade humana (Brandão; Cabral, 2021, p. 57).

Assim, a priorização de métodos LARC facilitaria o controle da saúde sexual e reprodutiva pelas próprias mulheres e dificultaria o reconhecimento da necessidade de outros aspectos para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, sobretudo no campo das políticas públicas de educação e saúde e no próprio oferecimento universal de diversos métodos contraceptivos.



Apesar de as autoras terem realizado o estudo antes da publicação da Portaria nº 13/2021 do Ministério da Saúde, já encontraram uma série de documentos legislativos e do Poder Executivo que, de alguma forma, enfatizavam a disponibilidade dos métodos LARC no município de São Paulo, com priorização de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade (Brandão; Cabral, 2021, p. 64-71).

Em geral, os argumentos mais recorrentes para a priorização desses métodos consistem na desnecessidade de disciplina das mulheres na adesão e manutenção da contracepção e da possibilidade de interrupção do método a qualquer momento, ou seja, em relação à sua reversibilidade, apesar de não expressarem que a remoção é médico-dependente, ou seja, necessitar de profissional da saúde.

É comum, ainda, a menção a grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade como público prioritário dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, incluindo usuárias de drogas, adolescentes de regiões “altamente vulneráveis”, portadoras de HIV, ou seja, “cidadãs de segunda classe” que precisariam da atuação estatal direta na regulação de seus corpos e fecundidade (Brandão; Cabral, 2021, p. 71).

Esse contexto identificado pelas autoras é reproduzido na Portaria nº 13/2021 do Ministério da Saúde, uma vez que a normativa do Ministério da Saúde apenas determinou o acesso ao implante subdérmico de etonogestrel a determinados grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade, sem estabelecer outras medidas necessárias que acompanhassem tal inclusão, tais como acesso à informação sobre o método, efeitos adversos, cuidados necessários, procedimento necessário para a retirada do implante, que exige atendimento especializado, dentre outras questões importantes quando se aborda o planejamento familiar.

Além disso, selecionou grupos específicos de mulheres para direcionar tal método contraceptivo, sem explicitar, exatamente e de forma objetiva, os motivos dessa seleção e, até mesmo, quais os cuidados necessários para que essa política não implique a coerção contraceptiva dessas mulheres. Esse cenário pode reproduzir um histórico de violações no campo da autonomia sexual e reprodutiva dessas mulheres.



3 Planejamento, Saúde E Direitos Reprodutivos

A contracepção e sua possibilidade de exercício pelas mulheres constituem aspecto central das reivindicações relacionadas às pautas de direitos reprodutivos, principalmente no âmbito dos direitos humanos das mulheres (Corrêa, 1999, p. 41).

Tradicionalmente, utilizam-se os conceitos de direitos reprodutivos e de saúde reprodutiva para a análise do exercício e implementação de políticas relacionadas ao planejamento reprodutivo e familiar.

No Capítulo VII do Relatório da Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo (Plataforma de Cairo de 1994) há a apresentação dos conceitos de saúde reprodutiva e de direitos reprodutivos que, apesar de relacionados, não se confundem. O conceito de saúde reprodutiva abordado trouxe uma série de avanços em relação às definições anteriores, incluindo os homens nessa dimensão e abordando também a saúde sexual (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006, p. 43):

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui também a saúde sexual cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (Cairo, 1994, p. 62).

Por sua vez, os direitos reprodutivos abrangem direitos humanos que, de acordo com a Plataforma do Cairo, consistem



[...] no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos. [...] (Cairo, 1994, p. 62)

Os direitos reprodutivos, desse modo, geram reflexos nas esferas pública e privada. Na dimensão pública, ligam-se à proibição de qualquer forma de controle coercitivo da natalidade e na oferta pelo sistema público de saúde de uma ampla variedade de métodos contraceptivos, escolhidos, de forma livre e informada, pelas mulheres. Na esfera privada, exigem que “maridos e companheiros, esposas e companheiras, familiares e redes comunitárias não obriguem alguém a engravidar, a usar métodos anticoncepcionais, a não abortar, ou a realizar um aborto forçado” (Corrêa; Alves; Jannuzzi, 2006, p. 48).

Sônia Corrêa e Maria Betânia Ávila (2003, p. 29) enfatizam a necessidade de que os conceitos de direitos reprodutivos não sejam utilizados como sinônimo de saúde reprodutiva, pois isso “pode diluir o significado do direito como prerrogativa de autonomia e liberdade dos sujeitos humanos nas esferas da sexualidade e da reprodução”.

Apesar das ressalvas, as autoras (Corrêa; Ávila, 2003, p. 29) argumentam que esse vínculo pode ser importante ao reforçar a necessidade de um sistema público universal e gratuito de saúde que possibilite a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, sobretudo de mulheres pertencentes a camadas mais vulnerabilizadas devido à classe social e à raça/etnia como é o caso de mulheres negras e de mulheres indígenas.

Quanto à discussão conceitual entre direitos reprodutivos e saúde reprodutiva, Elaine Reis Brandão e Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir (2022, p. 106) entendem que a associação das temáticas da sexualidade e da reprodução com o campo da saúde sexual e da saúde reprodutiva tem sido uma estratégia política exitosa, diante das inúmeras resistências enfrentadas no campo. Isso porque, ao associar esses direitos ao tema da proteção à saúde, há menos controvérsia, estando as esferas da sexualidade e da



reprodução subordinadas à saúde, protegidas “em nome de um bem estar pessoal e global” (Brandão; Alzuguir, 2022, p. 106).

Os direitos reprodutivos também podem ser encarados de forma positiva ou negativa em relação à atuação do Estado. São considerados como direitos negativos quando exigem que o Estado conceda a liberdade para que os sujeitos ajam sem regulamentação ou controle, inclusive quanto à possibilidade de mulheres “recusarem o sexo e a gravidez indesejados” (Corrêa; Petchesky, 1996, p. 152). Em diversos aspectos, contudo, há a necessidade da atuação positiva do Estado, dependendo da alocação de recursos e de políticas públicas que garantam a efetividade do exercício desses direitos como no acesso universal à saúde, aos métodos contraceptivos e à informação.

A ideia de direitos reprodutivos tem como base os movimentos que reivindicavam, no século XX, os princípios da igualdade, autonomia pessoal e integridade corporal, respeitando as mulheres como agentes morais, com capacidade de decidirem e de determinarem os destinos de seus corpos e mentes, sobretudo “se, quando e como querem ter seus filhos” (Corrêa; Petchesky, 1996, p. 151-152).

Apesar de não haver essa preocupação expressa nos conceitos estabelecidos na Plataforma do Cairo, de acordo com as autoras Corrêa e Petchesky (1996, p. 153), as mulheres negras, nos países do Norte, e as mulheres do Sul foram responsáveis pela expansão do conceito, para incluir outras questões como a “mortalidade infantil e materna, infertilidade, esterilização indesejada, desnutrição de meninas e mulheres, mutilação genital feminina, violência sexual e doenças sexualmente transmissíveis”, bem como uma “melhor compreensão das condições estruturais que restringem as decisões sexuais e reprodutivas (tais como cortes nos investimentos sociais por efeito de programas de ajuste estrutural, falta de transporte, água, estruturas sanitárias, analfabetismo e pobreza)”. É nesse contexto que surge a noção de justiça reprodutiva, desvincilhando a temática reprodutiva puramente de aspectos relacionados aos direitos de liberdade e autonomia de mulheres.

A “escolha” do método contraceptivo representa temática importante no âmbito dos direitos reprodutivos e central à ideia de planejamento familiar e reprodutivo. Há diversos fatores, no entanto, que influenciam a tomada de decisões por mulheres, considerando-se o contexto social, econômico e cultural em que inseridas, de modo que



não se pode confundir uma decisão “livre” ou “voluntária” com uma decisão “isolada” ou “individualista” (Corrêa; Petchesky, 1996).

É nesse contexto que se insere a discussão acerca das políticas públicas que incluem e/ou estimulam métodos contraceptivos de longa duração no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais políticas, apesar de ampliarem a oferta de formas de contracepção às mulheres, o que está em consonância com as discussões realizadas na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, muitas vezes, dirigem esses métodos a determinados grupos vulnerabilizados de mulheres, razão pela qual, têm sido objeto de críticas por movimentos sociais e autoras nesse campo, como ocorreu com a Portaria nº 13/2021 do Ministério da Saúde. É por essa razão que o olhar a partir da noção de *justiça reprodutiva* pode contribuir na análise dos impactos discriminatórios das políticas públicas voltadas ao planejamento reprodutivo.

4 Justiça Reprodutiva E Análise De Políticas Públicas De Planejamento Reprodutivo

Teóricas feministas do direito já há muito tempo apontaram para a possibilidade de que normas jurídicas aparentemente neutras sejam discriminatórias. Entre os principais métodos jurídicos feministas voltados a identificar e corrigir tais situações de discriminação, destacam-se o olhar para o *contexto real* de aplicação das normas jurídicas e para seus *efeitos* relativamente mais desfavoráveis para grupos sociais subalternizados, bem como a construção de conhecimento sobre sistemas de opressão a partir das *experiências* pessoais dos atingidos (Bartlett, 1990, p. 837-867).

No campo dos debates sobre regulação da reprodução humana, a noção de *justiça reprodutiva* incorpora este olhar feminista sobre o direito, permitindo uma análise da questão voltada para a realidade vivida das políticas de contracepção destinadas a grupos específicos de mulheres, como é o caso da Portaria nº 13/2021 do MS.

O principal referencial teórico utilizado da concepção de justiça reprodutiva é o da norte-americana Loretta Ross, ativista do movimento *SisterSong*, coletivo formado por organizações de mulheres de quatro comunidades (mulheres indígenas norte-americanas, afro-americanas, latinas e asiáticas).



Ross (2007, p. 4), utilizando o conceito delineado pela *Asian Communities for Reproductive Justice* (s.d.) define a justiça reprodutiva como “o completo bem-estar físico, mental, espiritual, político, social e econômico de mulheres e meninas, baseado na total realização e proteção dos direitos humanos das mulheres” (tradução nossa). Reforça que para mulheres indígenas e negras, é importante a luta pela igualdade e pelas condições necessárias para assegurar o 1) direito de ter filho(a); 2) direito de não ter filho(a); 3) direito de cuidar dos filhos(as) que têm; 4) assim como de controlar as opções de parto.

O termo foi cunhado por doze ativistas (incluindo a própria Loretta Ross) do movimento “Coletivo *Combahee River*”, organização negra feminista, com o objetivo de reconhecer as experiências comuns, dividir e aumentar a consciência coletiva, para a construção de políticas que iriam transformar vidas e acabar com as opressões (Ross, 2017, p. 286).

A justiça reprodutiva é tida, pela autora, como o *framework* ou a lente para analisar como a habilidade de mulheres determinarem seu destino reprodutivo é ligada diretamente às condições das comunidades em que vivem e que, por isso, as condições não são fruto apenas da escolha individual (Ross, 2007, p. 4). É por isso que, para a autora, não é possível limitar o debate sobre a saúde e os direitos reprodutivos apenas à escolha pelo aborto, devendo conjugar outros debates de justiça social:

Um dos problemas centrais abordados pela justiça reprodutiva é o isolamento do aborto de outras questões de justiça social que dizem respeito às comunidades negras: questões de justiça econômica, meio ambiente, direitos dos imigrantes, direitos das pessoas com deficiência, discriminação baseada em raça e orientação sexual e uma série de outras preocupações centradas na comunidade. Essas questões afetam diretamente o processo de tomada de decisão individual de uma mulher (tradução nossa).

A justiça reprodutiva teria como foco, então, a organização de mulheres, meninas e suas comunidades, para alterar a desigualdade estrutural que afeta suas vidas. Ao lado dos direitos reprodutivos e da saúde reprodutiva, representaria conceito teórico e, ao mesmo tempo, modo de organização de movimentos sociais e de prática ao pensarmos nossas próprias vivências (Ross, 2007, p. 4).

Para Ross (2006, p. 15), a justiça reprodutiva, apesar de não ser a solução para os problemas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, representa uma abordagem que pode “criar uma linguagem interseccional” que pode unir as questões sobre raça,



direitos e reprodução. Trata-se, assim, de linguagem com poder epistemológico de articular resistências a todas as formas de repressão reprodutiva (ROSS, 2017, p. 287).

Observa-se, portanto, que, para a autora, a partir da realidade de mulheres negras norte-americanas, o referencial da justiça reprodutiva representa importante arcabouço teórico e político, que abarca, de forma interseccional e integrada aos direitos humanos e à justiça social, as questões e o controle sobre os direitos reprodutivos de mulheres, principalmente das que se encontram em situação de vulnerabilidade.

Os movimentos SisterSong e National Women's Health Network, diante do crescimento de políticas de promoção dos métodos contraceptivos de longa duração, elaboraram o documento "Long-Acting Reversible Contraception Statement of Principles" no qual apoiam a inclusão dos métodos LARCs como parte das opções contraceptivas disponíveis, mas rejeitam quaisquer direcionamentos de métodos específicos bem como suposições realizadas por agentes da saúde relacionadas à raça, etnia, idade, capacidade, situação econômica, orientação sexual ou identidade e expressão de gênero. O documento enfatiza a necessidade de que as políticas que garantam a disponibilidade dos métodos contraceptivos de longa duração façam parte de programas e políticas mais amplos que atendam de forma mais integral os direitos e a saúde sexual e reprodutiva, como a educação sexual (2017).

O documento alerta que muitos dos grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade aos quais são dirigidos os referidos métodos, historicamente passaram por abusos e coerções na esterilização. Além disso, tais métodos devem ser oferecidos sem que se excluam outras possibilidades de contracepção, sendo a escolha realizada por cada pessoa, a partir da disponibilidade de informações que possibilitem a tomada de decisão acerca do que irá melhor funcionar para ela. A escolha de parar de usar determinado método também deve ser individual e acolhida e orientada por profissionais da saúde sem julgamentos ou obstáculos.

A Portaria nº 13/2021 do Ministério da Saúde, ao estabelecer o público-alvo do implante disponibilizado no SUS não leva em consideração as questões reveladas pela ideia de justiça reprodutiva e os cuidados constantes no documento acima mencionado, pois não estabelece medidas que evitem uma hipervulnerabilização de determinados grupos de mulheres, por meio do controle de sua reprodução. Ao contrário, parece acirrar



as desigualdades entre mulheres e cercear, ainda mais, o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de determinados grupos de mulheres, considerando marcadores como classe social, raça, etnia, dentre outros.

Conclusão

O presente artigo teve como objetivo explorar a crítica feita por movimentos de mulheres e da área da saúde a políticas públicas de oferecimento de métodos contraceptivos de longa duração (LARCs) a grupos determinados de mulheres em situação de vulnerabilidade com base na noção de justiça reprodutiva. Focou-se na política instituída pela Portaria nº 13/2021 do MS, a qual incorporou, de forma gratuita, o implante subdérmico de etonogestrel para mulheres em idade fértil em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos.

As críticas que tal política recebeu de movimentos de saúde e de mulheres foram no sentido de que estabeleceria um controle reprodutivo sobre mulheres em situação de vulnerabilidade pertencentes a grupos que, historicamente, tiveram sua contracepção controlada, muitas vezes, de forma coerciva pelo Estado. Neste contexto, a seletividade na oferta do método contraceptivo de longa duração pelo Estado significaria, uma forma de coerção a esses grupos de mulheres, violando, desse modo, a própria ideia de integralidade e universalidade que são basilares no âmbito do Sistema Único de Saúde.

No artigo se demonstrou que a análise da política pública a partir dos conceitos tradicionais de direitos sexuais e reprodutivos não é suficiente para evidenciar os efeitos discriminatórios denunciados pelos movimentos sociais. Isso ocorre porque a noção de direito implica um poder jurídico, de modo que a inclusão do implante subdérmico de etonogestrel no rol de métodos contraceptivos oferecidos pelo SUS se apresenta desse ponto de vista apenas como um *aumento de poder jurídico* e, portanto, como uma vantagem para as mulheres alcançadas pela Portaria no. 13/2021.

Já a noção de justiça reprodutiva, pelo fato de congrega aos direitos sexuais e reprodutivos aspectos de justiça social como *framework* para o exame de situações concretas que afetam a vida e as escolhas sexuais e reprodutivas de mulheres, descortina



os obstáculos reais enfrentados pelas titulares de tais direitos e os efeitos discriminatórios da aplicação da norma jurídica em um contexto de hierarquias sociais.

Ao propor uma análise socialmente contextualizada das políticas públicas voltadas ao planejamento reprodutivo, a perspectiva de justiça reprodutiva obriga ao olhar interseccional, capaz de revelar, como ocorre com a Portaria nº 13/2021, que os efeitos de tais políticas atingem de modo diverso mulheres pertencentes a grupos sociais subalternizados, sendo capaz de contribuir para a manutenção e agravamento de hierarquias sociais existentes.

Políticas públicas que apenas insiram determinado método contraceptivo no sistema de saúde, de forma isolada, sem avaliar outras medidas sociais, como a educação e a informação, dificilmente poderão ser consideradas como respeitadoras dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

O fato de que a política discriminatória da Portaria nº 13/2021 tenha sido instituída a despeito dos alertas feitos sobre seus possíveis impactos discriminatórios levanta a questão sobre se houve de fato escuta ou apenas uma abertura formal à participação da sociedade civil no procedimento de audiência pública. De modo que a análise feita neste artigo indica também a importância da realização de pesquisas que investiguem a questão da possibilidade de participação real dos grupos de mulheres diretamente atingidos pelas políticas públicas de planejamento reprodutivo, especialmente daquelas já vulnerabilizadas, como as mulheres em situação de rua e as mulheres em privação de liberdade.

Considerando que não se trata de política isolada e que seu conteúdo se encontra muitas vezes nos âmbitos estaduais e municipais de saúde, acreditamos que o debate do presente artigo possa fomentar discussões acerca da participação social e dos grupos diretamente impactados na formulação de políticas públicas, bem como sobre as novas formas de coerção contraceptiva que podem ser visualizados.



Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Nota da ABRASCO sobre a Portaria SCTIE/MS nº 13, de 19 de abril de 2021**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2021.

Disponível em: https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Nota-da-ABRASCO-sobre-a-Portaria-SCTIE_MS-no-13-de-19-de-abril-de-2021-.pdf. Acesso em: 29 jan. 2024.

BARTLETT, Katharine T. Feminist Legal Methods. **Harvard Law Review**, v. 103, n. 4, 1990, p. 829-888.

BRANDÃO, Elaine Reis; ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vechi. **Gênero e Saúde: uma articulação necessária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres “vulneráveis”. **Horizontes Antropológicos** [online] v. 27, n. 61, p. 47–84, set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/SHfFRFSTrzFz3mwhkvrKqbT/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde incorpora no SUS implante para prevenção da gravidez por mulheres entre 18 e 49 anos**. 27 abr. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2021/abril/ministerio-da-saude-incorpora-no-sus-implante-para-prevencao-da-gravidez-por-mulheres-entre-18-e-49-anos>. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC**: conheça a Conitec. 26 mai. 2022, atualizado em 30 dez. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/a-comissao/conheca-a-conitec>. Acesso em: 09 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CONITEC**: Consultas Públicas. 25 dez. 2017, atualizado em 02 ago. 2022. Disponível em: <http://antigo-conitec.saude.gov.br/consultas-publicas#cp>. Acesso em: 27 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CONITEC**: Consultas Públicas encerradas. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/participacao-social/consultas-publicas/encerradas>. Acesso em: 09 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de recomendação**: Implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. Jan. 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2021/20210111_relatorio_etonogestrel_prevencao_gravid ez_cp_01.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de recomendação:** Implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. Abr. 2021c. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210511_relatorio_599_implanon_prevencao_gravidez.pdf. Acesso em: 11 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de recomendação:** Implante subdérmico liberador de etonogestrel 68 mg para anticoncepção em mulheres de 15 a 19 anos de idade. Abr. 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_implanteetonogestrel_anticoncepo_final.pdf. Acesso em: 29 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório para Sociedade:** informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS – Implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. Jan. 2021d. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/relsoc232_etonogestrel_prevencao gravidez.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. **Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito criada através do Requerimento nº 796/91-CN, destinada a examinar a “incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil”.** Presidente: Deputada Benedita da Silva, Relator Senador Carlos Patrocínio. Brasília: 1993.

CAIRO, Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo.** Cairo. 1994.

CONTROLE SOCIAL DO COMITÊ ESTADUAL DE ESTUDOS SOBRE MORTALIDADE MATERNA DE PERNAMBUCO. **Nota do Controle Social acerca da Portaria SCTIE/MS Nº de Nº 13, 19 de abril de 2021.** 25 abr. 2021. Disponível em: https://www.instagram.com/p/COF4LcfL45A/?utm_medium=copy_link&img_index=2. Acesso em: 30 jan. 2024.

COOK, Rebecca. J.; DICKENS, Bernard. M.; FATHALLA, Mahmoud F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos:** integrando medicina, ética e direito. Tradução de Renata Perrone e equipe Andrea Romani. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**, Rio de Janeiro, p. 25-62, 2006.



CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: UNICAMP, p. 17-78, 2003.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Ver. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro 6: p. 147-177, 1996.

CORRÊA, Sonia. "Saúde reprodutiva", Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (org.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 39-49, 1999.

CRUZ, Maria Teresa. Como um promotor e um juiz do interior de SP esterilizaram uma mulher à força. **El país**, 14 jun. 2018. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/06/12/politica/1528827824_974196.html. Acesso em: 09 fev. 2024.

CUNHA, Claudia Carneiro da; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Dimensões biopolíticas da Portaria nº 13/2021 do Ministério da Saúde: impactos nos direitos e no enfrentamento de estigmas de determinados grupos de mulheres. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 37, n. 7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124621>. Acesso em: 30 jan. 2024.

EM NOTA, organizações exigem que governo revogue portaria que institui implante para prevenção de gravidez indesejada de mulheres que vivem com HIV/AIDS e outras situações de vulnerabilidade. 28 abr. 2021. Disponível em: <https://abi aids.org.br/em-nota-organizacoes-exigem-que-ministerio-da-saude-revogue-portaria-que-institui-implante-para-prevencao-de-gravidez-indesejada-de-mulheres-que-vivem-com-hiv-aids-e-outras-situacoes-de-vulnerabilida/34780>. Acesso em: 29 jan. 2024.

MATHIAS, Lucas; MANSUR, Giovana. VÍDEO: Prefeito de Barra do Piraí, Mário Esteves diz que a cidade tem muita criança e que é preciso 'começar a castrar' as mulheres. **Portal G1**, 16 set. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/sul-do-rio-costa-verde/noticia/2023/09/16/prefeito-de-barra-do-pirai-mario-esteves-diz-que-a-cidade-tem-muita-crianca-e-que-e-preciso-comecar-a-castrar-as-mulheres.ghtml>. Acesso em: 05 jan. 2024.

MORGAN, Lynn M.; ROBERTS, Elizabeth F.S. Reproductive governance in Latin America. **Anthropology & Medicine**, 19:2, 241-254 [online]. Disponível em: https://sites.lsa.umich.edu/elizabethroberts/wp-content/uploads/sites/89/2014/05/reproductive_governance.pdf. Acesso em: 30 jan. 2024.

ROSS, Loretta J. Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. **Souls**, vol. 19, n. 3, p. 286-314. July – September, 2017. [online] Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634>. Acesso em: 20 fev. 2023.



ROSS, Loretta J. What is reproductive justice? In: **Reproductive justice briefing book: a primer on reproductive justice and social change**. 2007. p. 3-4. [online] Disponível em: <https://www.law.berkeley.edu/php-programs/courses/fileDL.php?fID=4051>. Acesso em 20 fev. 2023.

SCHERING-PLOUGH. **Parecer técnico-científico**: Implanon NXT® (etonogestrel) – implante anticoncepcional subdérmico na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. 24 abr. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/dossie/2021/20210111_dossie_implanon_msd_cp01.pdf. Acesso em: 09 jan. 2024.

SENDEROWICZ, Leigh. "I was obligated to accept": A qualitative exploration of contraceptive coercion. **Social science & medicine**, 239, 2019. [online]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31513932/>. Acesso em: 30 jan. 2024.

SISTERSONG; NATIONAL WOMEN'S HEALTH NETWORK. **Long-Acting Reversible Contraception Statement of Principles**. 2017 [online]. Disponível em: <https://nwhn.org/wp-content/uploads/2021/04/LARC-Statement-of-Principles.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2024.