



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
GRADUAÇÃO EM DIREITO

CAROLINA XAVIER REGIS

**OS EFEITOS DA LEI Nº 14.443 DE 2 DE SETEMBRO DE 2022 NA AUTONOMIA
REPRODUTIVA FEMININA: UMA ANÁLISE EMPÍRICA DA MUDANÇA
LEGISLATIVA NO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA EM
FORTALEZA/CE.**

FORTALEZA

2024

CAROLINA XAVIER REGIS

OS EFEITOS DA LEI 14.443 DE 2 DE SETEMBRO DE 2022 NA AUTONOMIA
REPRODUTIVA FEMININA: UMA ANÁLISE EMPÍRICA DA MUDANÇA
LEGISLATIVA NO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA EM
FORTALEZA/CE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Direito da Universidade Federal
do Ceará, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Correia
Chagas.

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R265e Regis, Carolina Xavier Regis.

OS EFEITOS DA LEI 14.443 DE 2 DE SETEMBRO DE 2022 NA AUTONOMIA REPRODUTIVA FEMININA: UMA ANÁLISE EMPÍRICA DA MUDANÇA LEGISLATIVA NO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA EM FORTALEZA/CE. / Carolina Xavier Regis Regis. – 2024.

94 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2024.

Orientação: Profa. Dra. Márcia Correia Chagas.

1. Autonomia reprodutiva feminina. 2. Lei n. 14.443/22. 3. esterilização voluntária.

CDD 340

CAROLINA XAVIER REGIS

OS EFEITOS DA LEI 14.443 DE 2 DE SETEMBRO DE 2022 NA AUTONOMIA
REPRODUTIVA FEMININA: UMA ANÁLISE EMPÍRICA DA MUDANÇA
LEGISLATIVA NO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA EM
FORTALEZA/CE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Direito da Universidade Federal
do Ceará, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Direito.

Aprovada em: 12/09/2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Márcia Correia Chagas
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Gretha Leite Maia de Messias
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Mariana Dionísio de Andrade
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Incentivo as mulheres a serem fortes. Não porque eu já estou pronta pra levantar meus pesos, mas porque se eu vejo elas seguindo em frente eu me comprometo a não desistir também. (Brandelli, 2019)

À todas as mulheres que algum dia tiveram sua voz silenciada, seus desejos tolhidos e sua capacidade subestimada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, por todas as bênçãos que me permitiram chegar até aqui.

À minha orientadora, Profa. Dra. Márcia Correia Chagas, que, desde o primeiro semestre, é inspiração de mulher e profissional. Professora, obrigada por todos os ensinamentos, conversas, direcionamentos, paciência, cuidado, dedicação e amor, não apenas durante esse trabalho, mas durante as aulas, as sessões do Dialogar e as conversas na salinha ou nos corredores. Obrigada por acreditar em mim e nesse trabalho, por ter estado ao meu lado nos momentos de frustração e de risada, inclusive altas horas da noite e aos finais de semana e feriados. Obrigada pelos elogios e pelas críticas construtivas, por ser tão detalhista e tão minuciosa na sua avaliação, o que me deu confiança de que teríamos um bom resultado ao final dessa trajetória. Desde o início da faculdade eu sabia que tinha que ser a senhora, assim como minha mãe também soube. E eu não poderia ter feito uma escolha melhor!

À banca examinadora, Profa. Dra. Gretha Leite Maia de Messias e Profa. Dra. Mariana Dionísio de Andrade, por prontamente terem aceitado meu convite e por terem sido fonte de conhecimento e inspiração durante a minha formação.

À minha mãe, Daniely. Mãezinha, obrigada por sempre ter sido minha melhor amiga, por ter ouvido meus desabafos durante a elaboração desse trabalho, pelas opiniões e dicas. Obrigada, acima de tudo, por todo o apoio incondicional durante toda a minha vida, por sempre ter trabalhado tão duro pra proporcionar uma vida confortável pra nossa família e por ter me permitido viver essa fase da faculdade de forma tão livre e plena. Nunca serei capaz de agradecer o suficiente por tanto. Obrigada por me ensinar que devemos valorizar e viver com intensidade cada Momento Único. Ser sua filha é o maior privilégio que Deus me deu nessa vida. Te amo, te admiro e me inspiro na senhora!

Ao meu padrasto, Fábio. Fofucho, obrigada por, do seu jeitinho, sempre estar presente, me apoiando e me amando incondicionalmente. Sou muito grata por toda a sua dedicação à nossa família, pelos seus conselhos, pelas conversas sobre a vida e sobre o mundo e pela inspiração diária para sempre alçar voos mais altos. Te amo, você é o melhor padrasto que eu poderia ter!

Ao meu pai, Josias. Papaizinho lindo, muito obrigada por todo o amor, a dedicação e o cuidado desde sempre. Obrigada pelas vitaminas pela manhã, pelas lancheiras cuidadosamente preparadas, pelas broncas por eu me atrasar pra escola, pelos sucos Ades, pelos pães de milho, pelos karaokês, sempre cantando “A Rosa”, os jogos de baralho, as

charadas e as conversas sobre a vida. Obrigada por sempre estar presente, por me amar e me apoiar incondicionalmente. É uma honra ser sua filha! Te amo!

Às minhas irmãs, Lara e Laura. Lalaca e Laulau, vocês foram o melhor presente que já ganhei na vida. Ver vocês crescerem e se tornarem as mulheres fortes que estão se tornando transborda meu coração. Obrigada por todo o apoio que sempre me deram, mesmo quando nem tinham consciência disso. Obrigada por sempre estarem ali, pras grandes e pras pequenas coisas, por me ajudarem com as provas, por me ouvirem explicar assuntos que nem faziam ideia do que se tratavam, por me ajudarem a escolher vestido e opinarem em tudo da formatura. Obrigada pelos momentos bons e pelos momentos difíceis que passamos juntas, vocês são parte essencial da minha história. Amo muito vocês, pra sempre a gente!

Aos meus irmãos de coração, Fabiana e Fábio. Bibi e Binho, sou grata pelo nosso encontro, sempre disse isso e repito, pra mim sempre fomos irmãos só faltava nos encontrarmos. Obrigada por cada momento que passamos juntos, por sempre estarem presentes e vibrarem pelas minhas conquistas. Amo muito vocês!

À Carolina Gomes e Jardênia Silva. Carolzinha e Jajade, vocês foram essenciais ao longo dessa jornada, obrigada pela amizade, pelas fofocas na cozinha, por ouvirem meus desabafos, por me incentivarem, por me amarem e cuidarem de mim. Obrigada por cada comida pronta, roupa lavada e casa arrumada. A jornada teria sido infinitamente mais difícil sem o incansável trabalho e dedicação de vocês. Amo muito cada uma e sou eternamente grata.

Ao Théo, meu padrinho de formatura, cujo nascimento inspirou a escolha desse tema. Thethéo, obrigada por iluminar minha vida, por trazer alegria pra nossa casa. Obrigada por todas as vezes que você me alegrou e amenizou minha angústia sem nem mesmo se dar conta disso. Te ver crescer e ser sua dinda é um privilégio. Você me inspira a ser melhor e a conquistar o mundo, pra ser exemplo pra você. “Te amo e muito!”.

À Família 7 Bençãos mais uns, obrigada por serem a minha base, meu lar. Com vocês aprendo diariamente sobre amor, parceria e cuidado. Obrigada por tornarem minha vida mais leve e por todos os momentos únicos que vivemos diariamente!

À minha família, especialmente: Babinha, Neilinha, Vovó, Fernandinha, Tia Samara, Dandan, Tio Manuel, Tia Bila, Juju, Rominho e Jojo. Obrigada por, além de parentes, serem Família pra mim. Obrigada por sempre acreditarem em mim, me incentivarem e estarem presentes vibrando comigo em cada passo dessa jornada.

À minha sogra, Sandrileuza. Tia Sandri, Obrigada por todo o acolhimento, carinho e amor diário. Por sempre me apoiar, por se preocupar e cuidar de mim. Obrigada também por

ter comprado a ideia desse tema e por me ajudar a encontrar mulheres pra entrevistar. A senhora foi essencial! Obrigada por tanto, te amo!

À Ana Lídia. Meu Amor, que de todas as pessoas foi a que acompanhou mais de perto a construção desse trabalho. Ela me acolheu quando eu achei que não conseguiria, teve paciência quando eu estava estressada, ajudou a espairar quando eu precisava, me incentivou, me cobrou, me deu ideias, me ouviu ler várias vezes os mesmos trechos para ver se daquela forma estava bem escrito, me ouviu falar incansavelmente sobre esse tema e, acima de tudo, sempre esteve ao meu lado. Obrigada pelo amor, pela parceria e pelo cuidado. Eu te amo infinito.

Aos meus amigos: Dini, Titi, Ruan, Lala, Bibi e Nalu. Obrigada por estarem comigo desde a escola, por terem feito parte, de pertinho, da escolha desse curso. Obrigada por tornarem a trajetória mais leve, pelas conselhos, pela escuta, pelos momentos de diversão e pelo ombro amigo. Vocês são parte essencial da minha vida e sou extremamente grata por todo o amor e cuidado. Amo muito vocês!

À Ana Luíza. Lululu, obrigada por ter trilhado essa jornada ao meu lado, desde o momento que me deu a notícia de que havíamos passado juntas. Você foi essencial para que eu chegasse até aqui. Obrigada pela parceria, pelas caronas, pelos momentos de desespero e pelos momentos felizes que passamos juntas. Te amo muito!

À Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará, aos professores e, especialmente, aos Projetos que fiz parte: Curso Pré-Vestibular Paulo Freire, Nidra Dialogar, Najuc e Sociedade de Debates. Sou muito grata por tudo que aprendi, não apenas sobre Direito, mas sobre gestão, sobre como ser uma profissional cada vez mais completa e sobre a vida. Ter a Fadir e os Projetos como segunda casa durante esses 5 anos foi transformador e serei eternamente grata por tudo que vivi, descobri e aprendi.

À todas as pessoas que cruzaram minha vida, dentro e fora da faculdade, e, direta ou indiretamente, me fizeram ser quem eu sou hoje e chegar onde estou.

À todas as mulheres, profissionais de saúde e coordenadores que me concederam entrevista e compõem esse trabalho.

Por fim, à mim. Por não ter desistido, por sempre ter estudado e me dedicado muito desde a escola. Sei que essa conquista deixa a Carolzinha muito orgulhosa e sei que esse é só o começo!

RESUMO

Esta monografia analisa os efeitos da Lei 14.443, de 2 de setembro de 2022, sobre a autonomia reprodutiva feminina, com foco no processo de esterilização voluntária no Brasil. A metodologia utilizada foi a análise de documentos e dados, de revisão bibliográfica e pesquisa de campo. O estudo revisa a evolução legislativa, desde a promulgação da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que foi instituída em um contexto de banalização da esterilização e serviu como medida protecionista necessária à época. A nova lei trouxe significativos avanços, como a eliminação da exigência de autorização do cônjuge e a permissão para a realização do procedimento no ato do parto, desde que com antecedência e acompanhamento multidisciplinar. No entanto, a pesquisa critica a manutenção da idade mínima em 21 anos, apontando a ausência de justificativa científica e a persistência de influências paternalistas e da ideia de maternidade compulsória. Além disso, discute-se a importância de garantir que as mulheres tenham acesso pleno às informações necessárias para tomar decisões reprodutivas informadas, e como a implementação dessa diretriz ainda enfrenta desafios práticos. A monografia conclui que, embora a Lei 14.443/22 represente um avanço nos direitos reprodutivos, ainda há a necessidade de um equilíbrio adequado entre proteção estatal e médica e a garantia da autonomia individual das mulheres.

Palavras-chave: Autonomia reprodutiva feminina, Lei n. 14.443/22, esterilização voluntária.

ABSTRACT

This monograph analyzes the impacts of Law 14.443, dated September 2, 2022, on female reproductive autonomy, focusing on the process of voluntary sterilization in Brazil. The methodology used included the analysis of documents and data, a bibliographic review, and field research. The study reviews the legislative evolution since the enactment of Law 9.263, dated January 12, 1996, which was instituted in a context of widespread sterilization and served as a necessary protective measure at the time. The new law introduced significant advancements, such as the elimination of the spousal consent requirement and the permission to perform the procedure during childbirth, provided it is planned in advance and accompanied by a multidisciplinary team. However, the research criticizes the retention of the minimum age requirement at 21 years, highlighting the lack of scientific justification and the persistence of paternalistic influences and the notion of compulsory motherhood. Furthermore, it discusses the importance of ensuring that women have full access to the necessary information to make informed reproductive decisions, and how the implementation of this directive still faces practical challenges. The monograph concludes that, although Law 14.443/22 represents progress in reproductive rights, there is still a need for a proper balance between state and medical protection and the guarantee of women's individual autonomy.

Keywords: Female reproductive autonomy, Law n.14.443/22, voluntary sterilization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
CNN	Cable News Network
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CREMEC	Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará
CRFB/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ONU	Organização das Nações Unidas
PSB	Partido Socialista Brasileiro
RFI	Rádio França Internacional
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNFPA	United Nations Population Fund (Fundo de População das Nações Unidas)

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Fluxograma para a realização do procedimento de esterilização cirúrgica

FIGURA 2 Informativo a respeito das reuniões mensais de aconselhamento em grupo

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO 1 Modelo de cartilha informativa
- ANEXO 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos usado para os participantes da pesquisa
- ANEXO 3 Nota Técnica XX/2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. MULHERES COMO PÚBLICO ALVO DA PESQUISA.....	20
2.1 Sub representação feminina nas esferas decisórias.....	20
2.2 Desigualdade no exercício de direitos fundamentais.....	21
2.3 Demanda superior de laqueaduras em relação à vasectomia.....	22
3. ANÁLISE LEGISLATIVA.....	23
3.1. Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996.....	24
3.2. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022.....	28
3.2.1 Do Paternalismo ao Perfeccionismo.....	30
3.2.1.1 Paternalismo Estatal.....	31
3.2.1.2 Paternalismo Médico.....	33
3.2.2 Maternidade compulsória.....	38
3.3 Ação Direta de Inconstitucionalidade 5911.....	42
4. MANIPULAÇÕES DEMOGRÁFICAS: O CORPO FEMININO COMO “MARIONETE” ESTATAL.....	45
4.1 Manipulações demográficas no cenário brasileiro.....	47
4.2 O poder de dizer sim, o direito de dizer não: a informação como principal arma para a tomada de decisão consciente.....	48
4.2.1. Alternativas para a padronização do aconselhamento multidisciplinar.....	51
5. ANÁLISE EMPÍRICA DOS EFEITOS DA LEI 14.443/22.....	53
5.1 Impressões gerais.....	53
5.2 Entrevistas no posto de saúde hélio goes ferreira.....	55
5.3 Entrevistas no posto de saúde humberto bezerra.....	56
5.4. Entrevistas no hospital são camilo.....	58
5.5. Resultados e discussões.....	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	64
ANEXO 1 - Modelo de cartilha informativa.....	70
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos usado para os participantes da pesquisa.....	83
ANEXO 3 - Nota Técnica XX/2023.....	86

1. INTRODUÇÃO

O ser humano é um animal racional e, com isso, tem a capacidade não apenas de pensar, mas de formar um conjunto de ideais e de definir suas opiniões, vontades e princípios a partir disso. Ou seja, “o ser humano é capaz de dar fins a si mesmo” (Kant, 1980, p. 74-78), se autodeterminar, e a essa característica, essencial para a natureza humana, dá-se o nome de autonomia. Segundo o filósofo Immanuel Kant, “a autonomia é, pois, o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional” (Kant, 1980, p. 79), sendo impossível, portanto, desvencilhar os dois conceitos. Logo, retirar a autonomia de um ser humano é o mesmo que negar a ele sua dignidade.

Dignidade da pessoa humana, por sua vez, é um dos fundamentos do estado democrático de direito, de acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), em seu Art. 1º, inciso III. O fato desse princípio ser previsto no primeiro artigo da Lei Magna brasileira já denota sua extrema importância, mostrando que o Estado está submetido a isso, tendo como um de seus principais objetivos a promoção do bem-estar do ser humano.

Como consequência desse preceito basilar surgem garantias essenciais, os chamados Direitos Fundamentais, como o direito à vida, à saúde, à moradia, à educação, ao acesso à justiça, dentre outros. O Ministério da Saúde do Brasil (2009) diz que esses direitos são considerados fundamentais porque, sem eles, o indivíduo não consegue se desenvolver plenamente nem participar de forma integral da vida em sociedade.

Nesse contexto, os direitos sexuais e reprodutivos são considerados Direitos Humanos Fundamentais pelo Brasil, “que assim os reconheceu na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, no ano de 1994 e, posteriormente, na Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, em 1995” (Galli; Rocha, 2014. P. 6).

O Ministério da Saúde do Brasil (2009) define direitos sexuais e reprodutivos como a liberdade e a responsabilidade das pessoas em decidirem se querem ter filhos, quantos desejam ter e em que momento de suas vidas. Além disso, enfatiza o direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos, e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução sem discriminação, imposição ou violência como parte essencial da concretização desses direitos fundamentais.

Essa definição está intrinsecamente ligada ao planejamento familiar, que é definido pela Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, em seu Art. 2º, “como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Além disso, a Constituição Federal garante que tal planejamento é de livre decisão do casal, devendo o Estado garantir recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (art. 226, § 7º).

Nesse contexto entra o direito a realização de esterilização voluntária, processo pelo qual um indivíduo escolhe, por livre e espontânea vontade, submeter-se a um procedimento médico para tornar-se permanentemente incapaz de ter filhos. Este método de controle de natalidade é, via de regra, definitivo, mas existem alguns métodos para reverter a cirurgia. Ademais, tanto homens quanto mulheres podem realizar essa intervenção médica, sendo as técnicas mais comuns a vasectomia e a laqueadura, respectivamente.

A laqueadura tubária é descrita por Paula, Ferreira e Requeijo (2023) como um procedimento de esterilização que envolve a obstrução mecânica ou a ressecção parcial das trompas de Falópio, impedindo a junção dos gametas e, conseqüentemente, reduzindo as chances de fecundação. Esse método de controle de natalidade é amplamente utilizado no mundo e é considerado um dos métodos de intervenção mais comuns na prática ginecológica.

À luz do exposto, se é dever do Estado, submisso ao princípio da dignidade da pessoa humana, garantir o acesso aos Direitos Fundamentais, dentre eles os direitos sexuais e reprodutivos, devem ser traçadas políticas públicas para que tais garantias sejam concretizadas, incluindo o direito à esterilização voluntária.

Essas políticas foram inicialmente delimitadas na Lei 9.263/96, supracitada. Contudo, alguns dispositivos desta foram muito contestados, especialmente, no que tange à esterilização voluntária, chegando a ser alvo de duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade, a ADI 5.097 e a ADI 5.911. As principais críticas eram direcionadas à idade mínima para que uma pessoa sem filhos fizesse o procedimento, à necessidade de autorização do cônjuge e à vedação de realização da intervenção cirúrgica no ato do parto.

Por essa razão, foi promulgada a Lei 14.443 de 2 de setembro de 2022, que alterou a lei anterior nesses pontos mais controversos e foi celebrada por muitos como um grande avanço na concretização da autonomia reprodutiva, especialmente a feminina.

Nesse ponto, a capacidade das mulheres de tomar decisões conscientes e informadas sobre sua própria saúde reprodutiva é fundamental para sua liberdade pessoal e o exercício pleno de seus direitos individuais. No entanto, ao longo da história, tendo em vista as inúmeras formas de opressão estrutural às quais as mulheres estão submetidas, a sociedade tem exercido controle e restrições sobre a sua capacidade de fazer escolhas reprodutivas autônomas.

O referencial teórico deste trabalho baseia-se, especialmente, em artigos, monografias e dissertações, especialmente autores como: Cunha; Costa; Fogaça e Vieira; Paula, Ferreira e Requeijo; e Resende. O critério de escolha foi, principalmente, a análise de temas semelhantes ao deste estudo, que contribuem para ampliar a visão do tema. Além disso, foi analisada a presença de fontes confiáveis, a organização dos trabalhos e a coerência lógica dos argumentos expostos.

Sendo assim, pretende-se por meio do estudo, analisar os efeitos da Lei 14.443/22 na autonomia reprodutiva feminina, especificamente no que se refere ao processo de esterilização voluntária, analisando se toda a expectativa de avanço tida sob a nova legislação teve impactos reais na prática.

Será adotada uma abordagem qualitativa, buscando compreender as percepções, experiências e perspectivas das mulheres e dos profissionais envolvidos no processo de esterilização voluntária, bem como realizar uma análise crítica dos dispositivos legais e das mudanças realizadas. Isso será feito a partir da análise de documentos e dados, de revisão bibliográfica e de pesquisa de campo, no Hospital São Camilo, no Posto de Saúde Hélio Goes Ferreira, do bairro Sapiranga, e no Posto de Saúde Humberto Bezerra, do bairro Antônio Bezerra, da cidade de Fortaleza. A combinação dessas estratégias metodológicas permitirá uma análise abrangente dos objetivos propostos, fornecendo uma visão holística do tema.

Este trabalho está organizado em cinco capítulos, além da introdução e das considerações finais. No primeiro capítulo, são apresentadas as mulheres como o público-alvo da pesquisa, justificando a escolha e ressaltando a importância do estudo para esse grupo. O segundo capítulo realiza uma análise das legislações pertinentes, especialmente as alterações que a Lei 14.443/2022 trouxe para a Lei 9.263/1996, explorando como os conceitos de paternalismo estatal e médico e de maternidade compulsória se relacionam com as mudanças legislativas. O terceiro capítulo aborda a prática recorrente de manipulação demográfica e como o corpo feminino foi utilizado ao longo da história como um instrumento para tal

política, discutindo também o direito à informação como arma fundamental para combater tal cenário e propiciar a tomada de decisões conscientes, propondo alternativas para a padronização do aconselhamento multidisciplinar. Por fim, o quarto capítulo traz uma análise empírica dos efeitos da Lei 14.443/2022, com base em entrevistas realizadas em diferentes unidades de saúde, e discute os resultados encontrados.

Por meio dessa pesquisa, espera-se contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre a Lei 14.443/22 e seus efeitos na autonomia reprodutiva feminina, permitindo a compreensão das implicações da mudança legislativa e identificação dos possíveis desafios e oportunidades para a promoção efetiva do direito das mulheres à autodeterminação, visando uma sociedade mais igualitária e respeitosa com suas escolhas individuais.

2. MULHERES COMO PÚBLICO ALVO DA PESQUISA

Alguns critérios foram importantes para a definição do público alvo da presente pesquisa, uma vez que o planejamento familiar envolve muitas questões, principalmente de classe, raça e gênero. Desse modo, para possibilitar um aprofundamento maior da pesquisa, foi escolhido o critério de gênero como norteador da discussão, motivados pelos fatores a seguir.

2.1 Sub representação feminina nas esferas decisórias

No Brasil, segundo dados fornecidos pela Câmara dos Deputados, apenas 17,7% dos parlamentares da Casa são mulheres. Já no Senado, esse número cai para 7% (Mori, 2022). No executivo, na história do país, só houve uma mulher na presidência. E no Judiciário, segundo o CNJ, Conselho Nacional de Justiça (Mainenti, 2024), em 2022 a média de representatividade feminina nas cortes do país era de apenas 36,8%.

Ao confrontar esses dados com o fato de 51,5% da população brasileira ser composta por mulheres, segundo o censo realizado em 2022 pelo IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Aguiar, 2023), fica nítida a sub-representação da classe nas esferas decisórias do país.

Nesse contexto, a realidade é que, na maioria das vezes, as escolhas que determinam fatores importantíssimos da vida das mulheres são feitas por homens. Esses, por sua vez, detêm privilégios conferidos pelo patriarcado, historicamente enraizado na sociedade, o que os mantém em posições de poder e controle sobre diversos aspectos sociais, econômicos e políticos, como comprovam os dados supramencionados.

De forma figurativa, seria como um grupo de motoristas de carro, que não costumam andar de bicicleta, decidindo sobre as regras de segurança para ciclistas. Por mais que convivam no mesmo trânsito, por nunca terem passado pela experiência de pedalar em uma cidade movimentada, eles podem não entender os desafios e perigos reais que os ciclistas enfrentam diariamente, muitas vezes causados pelos próprios motoristas de carro.

Isso ocorre pois a vivência é uma ferramenta crucial para adquirir conhecimento sobre qualquer assunto, o que é essencial para desenvolver políticas públicas eficazes. Portanto, quando o poder público, majoritariamente composto por homens, tenta resolver problemas que afetam as mulheres sem a devida compreensão ou vivência dessas questões, as soluções

propostas frequentemente não são eficazes e falham em resolver os problemas de forma significativa.

Para além disso, mudar essa dinâmica de poder significaria redistribuir privilégios, mas a estrutura social existente tende a perpetuar a desigualdade de gênero, enviesando as decisões tomadas, uma vez que os homens no poder, ao se beneficiarem dessa estrutura, frequentemente buscam manter o *status quo* que lhes favorece.

Isso se reflete em muitos processos, em especial no que diz respeito à esterilização voluntária, facilitando-a ou dificultando-a de acordo com os interesses daqueles que detêm o poder, mas não promovendo a real autonomia de possibilitar a decisão consciente e informada da mulher sobre o tema. Essa realidade é agravada quando se pensa no cenário de maternidade compulsória, falta de informação e burocratização em que a população brasileira está imersa.

2.2 Desigualdade no exercício de direitos fundamentais

Nesse contexto, a UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas (2021), a agência da ONU responsável por saúde sexual e reprodutiva, confeccionou um relatório, que resultou de pesquisas em 57 países. O texto revela que, “apesar das garantias constitucionais de igualdade de gênero em muitos países, em todo o mundo, em média, as mulheres têm apenas 75% dos direitos legais dos homens” (UNFPA, 2021, P. 8). Além disso, apenas 55% das meninas e mulheres são capazes de tomar suas próprias decisões no que tange às três dimensões da autonomia corporal, que para este estudo são consideradas: poder dizer não ao sexo, poder decidir sobre contracepção e poder decidir sobre cuidados em saúde.

Tal relatório evidencia que, apesar dos avanços legislativos em diversos países, a igualdade de gênero ainda enfrenta barreiras significativas na prática. O fato de que apenas pouco mais da metade das meninas e mulheres podem tomar suas próprias decisões sobre sexo, contracepção e cuidados de saúde aponta para um controle contínuo sobre a autonomia feminina, reforçando como normas sociais e estruturas de poder influenciam o exercício pleno dos direitos reprodutivos e sexuais. Esses dados sublinham a necessidade de políticas públicas mais eficazes e de uma mudança cultural que reconheça e respeite as escolhas das mulheres, garantindo-lhes a mesma liberdade de decisão que é conferida aos homens.

2.3 Demanda superior de laqueaduras em relação à vasectomia

Além disso, de acordo com o DATASus (2024), sistema de dados do Sistema Único de Saúde, em junho de 2024, no Ceará, escolhidos como amostra por conveniência, foram realizadas 765.343,58 laqueaduras (somando as esterilizações no ato do parto vaginal, no ato do parto cesáreo e os procedimentos realizados de forma isolada), enquanto o número de vasectomias realizadas foi de 63.494,50. Ou seja, a cada doze mulheres que fizeram laqueadura um homem fez vasectomia.

Ressalta-se que não se trata de um dado isolado, historicamente os números de laqueadura são expressivamente maiores que os de vasectomia, ou seja, os efeitos da lei são vistos com maior intensidade nas mulheres, que buscam mais o procedimento de esterilização voluntária.

Ressalta-se que ambas as leis estudadas nesta monografia ditam as mesmas regras para homens e mulheres. Contudo, muito do que será abordado é válido apenas para as mulheres, tendo em vista todas as questões acima citadas que fazem com que tal igualdade seja meramente formal.

Faz-se necessário, portanto, uma análise específica de como as alterações na Lei impactaram no acesso feminino à esterilização voluntária, por essa razão, elas foram escolhidas como público alvo desta pesquisa.

3. ANÁLISE LEGISLATIVA

A esterilização voluntária por muito tempo foi proibida no Brasil, sendo realizada de maneira clandestina, como ressaltam Paula, Ferreira e Requeijo

Até o ano de 1988, era proibida no Brasil, pelo Código Penal e pelo Código de Ética Médica, a prática da esterilização cirúrgica, exceto em situações específicas de risco à vida. Dessa forma, durante muitos anos a prática foi realizada de forma clandestina, sendo mencionada em diversos debates e com repercussões em manifestações sociais (Paula; Ferreira; Requeijo, 2023, p. 5).

Ou seja, mesmo antes da CRFB/88, as esterilizações já eram realizadas indiscriminadamente, mesmo que de forma velada, inclusive usada para fins de controle populacional, sendo realizadas esterilizações em massa de mulheres.

Com o advento da CRFB/88, o planejamento familiar ganhou *status* de direito fundamental, resguardado especialmente pelo Art. 226. § 7º da Lei Magna, e a esterilização voluntária passou a ser permitida no país. Além disso, em seu Art. 58, prevê a existência de comissões de inquérito que investiguem projetos de lei e temas que sejam de interesse nacional.

Desse modo, dado o uso banalizado e indiscriminado que se fazia da técnica no país, foi instaurada uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, em 1993, que ficou conhecida como CPI da Esterilização, e tratou de diversos temas centrais para a regulamentação do método contraceptivo.

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**. (p.3)

(...)

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 eleitoral de tal procedimento**. Demonstrou ainda a situação social e histórica das mulheres submetidas à esterilização; as desigualdades sociais que influenciaram na “escolha” da esterilização; a alta taxa de arrependimento pós-cirurgia, dentre outros temas. (Silva, 2018, p. 4-5. Grifou-se.)

Nesse contexto, foram descobertas inúmeras situações absurdas, como ressalta a jornalista Amanda Stabile em uma matéria feita para o jornal Estadão

O contexto documentado pela CPI ressalta a negligência a que as mulheres brasileiras estavam sendo submetidas em relação à sua saúde sexual reprodutiva.

Desinformadas sobre a irreversibilidade da laqueadura, por exemplo, era registrada uma alta taxa de arrependimento.

A cirurgia também era usada como **permuta em troca de votos e algumas empresas exigiam o atestado de esterilização para a admissão das mulheres no emprego.** Na época, mais de **45% daquelas em idade reprodutiva estavam esterilizadas, em maioria mulheres negras e pobres.**

Após a identificação desse contexto, a Comissão definiu o problema como uma **degradação humana** e recomendou que as **esferas governamentais se mobilizassem para mudar esse cenário.** (Stabile, 2022).

O Relatório Final da CPMI ainda ressalta que existiam diversos motivos e nuances por trás da escolha pela realização da cirurgia a época

É assim que a esterilização no Brasil merece profunda reflexão, pois **no seu bojo está a subordinação de classe, de raça e de gênero, além da omissão do Estado, dos empresários no âmbito do coletivo e dos companheiros na vida privada.** A reversão desta situação é um processo demorado, pois significa desconstruí-la como projeto de vida.

Já é longo o período de perversão instaurado no modelo reprodutivo brasileiro. Tal perversão é marcada pelo **aprofundamento das discriminações de classe e de gênero**, nas **relações de trabalho** e na impunidade e omissão. **Quem entra na vida reprodutiva no Brasil não sabe onde vai parar, não tem qualquer controle sobre si, sobre sua vida. A sobrevivência é duvidosa diante dos altíssimos índices de morte materna. A esterilização surge, então, como única e exclusiva solução.** (Congresso Nacional, 1993, p. 48-49. Grifou-se.)

O relatório ainda ressalta que diante dos altíssimos índices de morte materna, da subordinação de raça, classe e gênero e da omissão do Estado, dos empresários e dos companheiros de vida privada, a esterilização surgia, muitas vezes, como única e exclusiva solução, o que tira a autonomia de escolha da mulher. Isso evidenciava a gravidade da situação das mulheres brasileiras, especialmente as mais vulneráveis.

Sob essa égide, era essencial reformular as políticas de saúde reprodutiva para garantir acesso a métodos contraceptivos seguros e informados, respeitando os direitos e a dignidade das mulheres. Desse modo, o relatório foi acompanhado do Projeto de Lei 3.633 de 1993 e foi aprovado em 12 de janeiro de 1996, dando origem à Lei 9.263/1996, que entrou em vigor no mesmo ano e regulamentou pela primeira vez o planejamento familiar no Brasil.

3.1. Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996

A Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, conhecida como Lei do Planejamento Familiar, foi um marco legislativo muito importante na proteção dos direitos reprodutivos e na promoção da saúde pública no país, uma vez que veio regulamentar o direito ao planejamento familiar, já previsto pela Constituição em seu art. 226, § 7º.

Tal legislação estabelece diretrizes importantes para os direitos reprodutivos no Brasil, seus principais trechos são:

(...)

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta **direitos iguais** de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - **É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.**

(...)

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por **ações preventivas e educativas** e pela **garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas** disponíveis para a regulação da fecundidade.

Art. 5º - **É dever do Estado**, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

(...)

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, **serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos** e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, **garantida a liberdade de opção.**

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

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e **maiores de vinte e cinco anos de idade ou**, pelo menos, **com dois filhos vivos**, desde que observado o **prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico**, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

§ 2º **É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto**, exceto nos casos de comprovada necessidade, por **cesarianas sucessivas** anteriores.

§ 5º Na vigência de **sociedade conjugal**, a esterilização **depende do consentimento** expresso de ambos os cônjuges. (...) (Brasil, 1996. Grifou-se.)

Em seu artigo 2º, a Lei define o planejamento familiar como um conjunto de ações que assegura direitos iguais à mulher, ao homem ou ao casal, permitindo a constituição, limitação ou aumento da prole. Este artigo é fundamental, pois reconhece o direito de escolha e autonomia dos indivíduos sobre suas decisões reprodutivas, reforçando a importância de um planejamento familiar baseado na igualdade de gênero e no respeito às decisões pessoais.

Ressalta-se também a importância do parágrafo único do dispositivo, que veda a utilização das ações a que se referem o *caput* para fins de controle demográfico, visando coibir a banalização e a instrumentalização política que ocorreu no período anterior à Lei. Tal contexto será analisado mais detalhadamente em tópico posterior.

O dispositivo legal ainda enfatiza, em seus artigos 4º e 5º, a necessidade de disponibilização de informações, recursos educacionais e acesso a técnicas e métodos

científicos de concepção e contracepção, além de promover a conscientização sobre a importância do planejamento familiar, ressaltando o dever do Estado, por meio do SUS, de promover condições e recursos que assegurem o livre exercício desses direitos para todos os cidadãos.

Ademais, o artigo 9º garante que todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e seguros estarão disponíveis, assegurando a liberdade de opção dos indivíduos. Este artigo é crucial para garantir que as pessoas tenham acesso a uma ampla gama de opções contraceptivas, permitindo que escolham o método mais adequado às suas necessidades e circunstâncias de vida, sem risco à saúde.

Devido à sua importância e coerência, os artigos supracitados foram mantidos pela Lei 14.443/22, uma vez que trazem definições, garantias e metas importantíssimas para o planejamento familiar e os direitos reprodutivos.

Por fim, no artigo 10 é onde reside a maior parte das discussões a respeito da Lei. Ele aborda a esterilização voluntária, estipulando condições específicas para sua realização.

Primeiramente, no que tange aos critérios pessoais para a realização do procedimento, foram definidos o número mínimo de dois filhos e a idade 25 anos como requisitos alternativos para a realização do procedimento. Tais limiares foram estabelecidos sem qualquer base científica ou jurídica e são frutos do “paternalismo estatal” e da maternidade compulsória, duas realidades presentes no contexto brasileiro que serão tratadas em tópico posterior.

Além disso, foi definido um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a cirurgia, com o intuito de fornecer aconselhamento e evitar decisões precipitadas. Nesse contexto, também foi vedada a possibilidade de realização da cirurgia no ato do parto, salvo em casos de necessidade comprovada, visando evitar indicações de partos cesáreos com esse objetivo exclusivo. Tais regras, na realidade, afastam muitas mulheres da realização do procedimento, uma vez que as obriga a passar por dois procedimentos cirúrgicos, dois pós-operatórios, muitas vezes concomitantemente a um dos períodos mais difíceis da maternidade, o resguardo, causando uma lesão ainda maior no corpo da mulher (Santos; Oliveira; Oliveira; 2021, p. 49), para além dos danos psicológicos.

Finalmente, o consentimento expresso de ambos os cônjuges era necessário em sociedades conjugais e esse provavelmente foi o ponto mais controvertido da legislação, como ressaltam Fogaça e Viera

A principal crítica sofrida pela lei relacionava-se com o fato de, apesar de a possibilidade legal de realizar um procedimento de esterilização definitiva ser uma conquista para os direitos reprodutivos femininos, as regras definidas demonstravam uma grande intervenção na autonomia das mulheres. Sobretudo no que tange a necessidade de consentimento do cônjuge, ela foi apontada como uma demonstração de desigualdade nas relações de gênero, pois, mesmo sendo a obrigação recíproca nos casos de laqueadura ou vasectomia, ela traduzia a subordinação das mulheres ao patriarcado e ao machismo, **uma vez que a autonomia da mulher era social e historicamente mais condicionada à vontade do marido do que o contrário.** (Fogaça; Vieira, 2023, p. 4. Grifou-se.)

Essa exigência mostra-se, inclusive, contrária ao que é definido no art. 2º da lei, supracitado, que diz que serão garantidos “direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”, uma vez que, ao impor a necessidade de autorização, os requisitos deixam de ser alternativos, como estão postos, e passam a ser cumulativos, uma vez que não basta apenas o homem ou a mulher querer, mas que esta deve ser uma decisão do casal.

Nesse contexto, é estabelecida uma falsa igualdade, que desconsidera todo o caminhar histórico que a mulher percorreu e percorre ainda hoje em busca da concretização dos seus direitos, como defende Cunha

O marido, enquanto detentor do antigo “pátrio poder”, e, muitas vezes, responsável financeiramente pelo sustento da família, já que sua esposa permanece nos cuidados com os filhos, é detentor de poder: físico, financeiro e psicológico sobre a mulher. Nesse sentido, **atribuí-lo a tarefa de decidir quando um procedimento tão sério quanto a laqueadura poderá ser realizado, acompanhado do discurso de que o casamento constitui uma comunhão plena de vida, é desconsiderar anos de opressão e desigualdade fática entre esses dois membros dentro da instituição familiar** (Cunha, 2023, p. 92. Grifou-se.).

Ou seja, social e historicamente a autonomia da mulher está mais condicionada à vontade do homem do que o contrário, não se podendo falar em “direitos iguais” nessa situação. Portanto, a legislação, na ânsia de estabelecer a igualdade, se olvida da necessidade de reconhecer a diferença (Cunha, 2023), representada pelo desnivelamento de poder que muitas vezes existe em um casamento, gerando um benefício desproporcional ao marido.

Para além disso,

o principal problema envolvendo essa normativa é a legitimidade de condicionar a realização de um procedimento individual à autorização de um terceiro, em oposição ao direito ao próprio corpo. Atrelado a isso, o dispositivo também poderia dificultar o exercício do desenvolvimento individual da personalidade, corolário da dignidade

da pessoa humana, uma vez que **a decisão sobre ter filhos possui caráter existencial e está diretamente ligada às visões de mundo que essa pessoa tem e quais os caminhos que deseja empenhar ao longo de sua vida** (Cunha, 2023, p. 4. Grifou-se).

Desse modo, não é válido condicionar uma alteração que alguém almeja fazer no próprio corpo à autorização de outrem, especialmente em um caso como esse, tendo em vista que uma futura gravidez indesejada, mesmo por apenas uma das pessoas do casal, pode gerar consequências maléficas e indesejadas, para quem não quer exercer a parentalidade, para a criança gerada e até mesmo para o casal, como aborto, abandono parental, culpabilidade da criança, divórcio, etc.

Por fim, é válido mencionar o texto do Art. 7º, III, da Lei Maria da Penha, Lei nº 11.430 de 7 de agosto de 2006, que descreve violência sexual:

Art. 7º, III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, **que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;** (Brasil, 2006. Grifou-se)

Com a base legal supramencionada é válido, inclusive, configurar a conduta de impedir a mulher de fazer uma laqueadura, mesmo dentro de um casamento, como violência sexual. Portanto, é absolutamente incoerente a própria legislação prestigiar essa possibilidade, subordinando o exercício de um direito da mulher à autorização de seu cônjuge.

Todos esses pontos foram alvo de muitas críticas ao longo dos 26 anos que estavam em vigor na legislação brasileira, chegando a ser alvo de duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade, a ADI 5.097 e a ADI 5.911. Foi nesse contexto que foi editada a Lei nº 14.443/22.

3.2. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022

Desse modo, a nova Lei, que alterou todos os aspectos supramencionados, veio carregada de muita esperança no que tange à concretização da autonomia reprodutiva das mulheres e realizou as seguintes alterações:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

Art. 2º A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 9º (...)

§ 2º A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias.”

Art. 10. (...)

I - em homens e mulheres com **capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico**, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce; (...)

§ 2º **A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas. (...)**

§ 5º (Revogado).

Art. 3º Fica revogado o § 5º do art. 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial. (Brasil, 2022. Grifou-se.)

Um dos pontos mais destacados da nova lei é a permissão para esterilização cirúrgica durante o período de parto, desde que respeitado um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto, além das condições médicas adequadas (Art. 10, § 2º). Essa modificação representa um avanço significativo, pois permite que a mulher passe por apenas uma intervenção cirúrgica ou procedimentos próximos um do outro, reduzindo consideravelmente o impacto físico e emocional do pós-operatório e pós-parto, comparado à legislação anterior que não permitia tal procedimento durante o pós parto imediato.

Ademais, de acordo com a American College Of Obstetricians And Gynecologists (2021), quase metade das mulheres com solicitação de esterilização pós-parto não atendidas engravidam em 1 ano, o dobro da taxa de mulheres que não solicitaram esterilização.

Outra mudança substancial foi a revogação do § 5º da Lei anterior, que exigia o consentimento do cônjuge para a esterilização voluntária. Essa eliminação representa um passo importantíssimo na promoção da autonomia reprodutiva feminina, pois remove uma barreira legal que condicionava a decisão da mulher à autorização de terceiros, como foi extensamente discutido anteriormente.

No que diz respeito à idade mínima para a esterilização voluntária (Art. 10, I), a nova legislação manteve a opção para indivíduos com pelo menos dois filhos vivos, mas reduziu a

idade mínima de 25 anos para 21 anos. Essa mudança pode ser vista como um reflexo do avanço do reconhecimento da capacidade de jovens adultos tomarem decisões conscientes sobre seu planejamento familiar, contudo, a manutenção de qualquer limite de idade, superior à maioridade civil, para o exercício desse direito ainda mostra uma incoerência legislativa, como defende Cunha,

Apesar de a Lei 14.443/2022 ter reduzido a idade mínima para realizar o procedimento para vinte e um anos, verifica-se que, ainda assim, tal dispositivo não tem coerência lógica com as demais normas do ordenamento jurídico. Durante a fase de elaboração da lei, também **não houve referência a nenhum estudo científico que embasasse a necessidade de previsão de idade superior à exigida para capacidade civil**. Ressalta-se que o diploma civil previu a idade mínima para o casamento como sendo dezesseis anos e a **idade mínima para prática dos demais atos da vida civil como sendo dezoito anos**. Por se tratar de **regra restritiva de direito fundamental existencial, caso o legislador compreendesse ser necessário conceder especial proteção aos menores de vinte e um anos, seria necessário que essa medida fosse justificada e cientificamente embasada, demonstrando a existência de especial vulnerabilidade fática desses indivíduos, o que não foi feito**. (Cunha, 2022, p. 115. Grifou-se.)

Portanto, a ausência de embasamento científico e de justificativas sólidas para a estipulação da idade mínima de vinte e um anos na Lei nº 14.443/2022, quando comparada às idades mínimas estabelecidas para outros atos da vida civil, sugere uma incoerência normativa. Entende-se que para que a restrição seja legítima, é imperativo que o legislador apresente fundamentações robustas e científicas, assegurando que a medida não apenas proteja, mas também respeite os direitos e a autonomia dos indivíduos, de forma consistente com os princípios do ordenamento jurídico brasileiro.

O mesmo se aplica à exigência de que a mulher já tenha, pelo menos, dois filhos, limite esse que foi estabelecido sem que haja nenhum embasamento concreto, apenas o possível arrependimento.

Desse modo, partindo da inexistência de base científica para a limitação supracitada, faz-se relevante questionar as razões para tal, o que suscita debates sobre paternalismo estatal e a persistência da maternidade compulsória, tópicos que merecem maior aprofundamento.

3.2.1 Do Paternalismo ao Perfeccionismo

Paternalismo é uma prática ou política em que uma figura de autoridade, como o Estado, uma organização ou um indivíduo, toma decisões em nome de outras pessoas, justificando suas ações com a intenção de proteger o bem-estar, a segurança ou os interesses dessas pessoas. Essa abordagem, no entanto, implica em limitar ou restringir a liberdade ou

autonomia dos indivíduos sob a justificativa de que essas decisões são para o seu próprio bem, ainda que essas pessoas possam ter a capacidade de tomar suas próprias decisões.

Tal prática pode se manifestar em diferentes contextos, especialmente nas esferas estatais e na prática médica.

3.2.1.1 Paternalismo Estatal

O paternalismo estatal ou governamental ocorre quando o Estado intervém na vida dos indivíduos, tomando decisões em seu nome para prevenir comportamentos que poderiam resultar em prejuízos pessoais. Essas medidas são baseadas na premissa de que o governo, em certas circunstâncias, está em uma posição melhor para avaliar o que é mais benéfico para os indivíduos do que os próprios indivíduos.

Essa premissa é justificada sob a alegação de que muitas decisões tomadas pelos cidadãos podem ser influenciadas por falta de informação, impulsividade ou pressões externas, como as exercidas por grandes corporações (Cunha, 2022). Por exemplo, regulamentos que restringem a publicidade de produtos nocivos à saúde, como o tabaco ou o álcool, podem ser vistos como ações paternalistas. Nesse contexto, o governo assume o papel de protetor, garantindo que as decisões dos cidadãos sejam feitas com base em informações completas e com plena consciência das possíveis consequências.

No âmbito das políticas públicas, o desafio consiste em desenhar intervenções que sejam baseadas em evidências científicas e que respeitem os direitos fundamentais dos cidadãos. A intervenção estatal deve ser justificada não apenas pela intenção de proteção, mas também pela eficácia e proporcionalidade das medidas adotadas. Em outras palavras, o governo deve demonstrar que suas ações paternalistas são necessárias, adequadas e que representam a menor interferência possível na autonomia individual, ao mesmo tempo em que atingem os objetivos desejados de proteção e bem-estar social.

Contudo, na prática, o paternalismo traz consigo diversas controvérsias, especialmente em relação ao grau de intervenção estatal aceitável na vida privada dos indivíduos, uma vez que as pessoas que executam essa política trazem consigo seus próprios ideais e, por vezes, acabam projetando ações que beiram o perfeccionismo, como define Cunha

Não obstante, por vezes, o Estado também pode ser infiltrado por sentimentos pessoais daqueles que ocupam os cargos políticos, impondo medidas de caráter perfeccionista, cujo interesse é unicamente o de impor conceitos morais individuais, em sua maioria de raízes religiosas, a toda coletividade. (Cunha, 2022, p. 5)

Nesse contexto surge o perfeccionismo estatal, que Sarmento (2016) define como as ações fruto do protecionismo estatal que buscam não apenas proteger o indivíduo, mas também ajustar suas condutas a modelos próprios de virtude e vida boa. Ou seja, ocorre quando o governo tenta impor uma visão de vida ou moralidade específica de um grupo ou indivíduo a toda a sociedade, realidade essa que é muitas vezes encoberta com o manto da proteção governamental.

Em uma sociedade pluralista, na qual o Estado assumiu o compromisso de ter os Direitos Fundamentais como norte para todas as ações executadas, respeitando a diversidade de crenças e valores, tais políticas assumem caráter autoritário e desrespeitoso com a diversidade de opiniões e modos de vida. A imposição de valores morais individuais através de políticas públicas compromete a neutralidade do Estado e leva à subordinação de segmentos da sociedade que não compartilham dessas mesmas crenças.

No caso da laqueadura, a **análise da presença de uma real vulnerabilidade do sujeito** ao qual o direito quer proteger é essencial na adoção de medidas paternalistas pela lei de planejamento familiar. Mais do que isso: **é imprescindível analisar se, apesar de vulnerável, a medida adotada se justifica e se, de fato, protege o indivíduo, ou se apenas aumenta sua vulnerabilidade, retirando-lhe a capacidade decisória e a sua autonomia.** A negligência em apurar adequadamente as justificativas e consequências da adoção dessas medidas, também podem acobertar a adoção de tutelas perfeccionistas pelo Poder Público, que, mais do que proteger o sujeito, buscar influir diretamente nas suas escolhas pessoais de vida boa, e ultrapassam a esfera da possibilidade intromissão estatal. (Cunha, 2022, p. 109)

Nesse contexto, a definição arbitrária da idade mínima para a esterilização voluntária em 21 anos enquadra-se claramente nessa intervenção paternalista e perfeccionista. A ausência de embasamento científico e de justificativas sólidas para a estipulação desse critério sugere uma incoerência normativa, especialmente quando comparada à redação do Código Civil (2002) que estabelece a conquista da capacidade civil plena aos 18 anos. Assim como no trecho supracitado, ao considerar os indivíduos vulneráveis sem de fato haver uma análise e justificativa científica, na realidade há o aumento dessa vulnerabilidade pela retirada da autonomia e da capacidade decisória.

Desse modo, a redução da idade mínima para a esterilização voluntária para 21 anos, embora seja um avanço, ainda carrega consigo resquícios de um paternalismo que deve ser superado em prol do reconhecimento pleno da autonomia reprodutiva feminina a partir da maioridade civil, que é alcançada aos 18 anos. Nos termos de Cunha,

A linha tênue que divide medidas de caráter paternalistas e medidas perfeccionistas faz com que as normas de proteção ao vulnerável devam ser muito bem embasadas e

justificadas. A ausência de embasamento científico no estabelecimento da idade de vinte e um anos para realizar o procedimento de esterilização, faz com que a normativa adquira as vestes perfeccionistas, em que o intuito é incentivar a procriação a qualquer custo, ainda que não faça parte do plano de vida daquela indivíduo. (Cunha, 2022, p. 118)

Portanto, a crítica ao paternalismo estatal justifica-se na medida em que perpetua a ideia de que o Estado possui maior discernimento sobre o bem-estar dos cidadãos do que os próprios indivíduos, desconsiderando a capacidade de autodeterminação destes e, por vezes, impondo à população ideologias daqueles que estão no poder.

Ademais, ressalta-se que o cuidado para que não se repita a situação de banalização que maculava a política de esterilização, supramencionada, não justifica ações paternalistas, como defende a American College Of Obstetricians And Gynecologists,

Embora a intenção original fosse proteger os direitos reprodutivos dos indivíduos e evitar esterilizações forçadas ou coagidas, alguns expressaram preocupação de que o não cumprimento dos requisitos de consentimento para esterilização começou a **restringir a autonomia do paciente e se tornou uma barreira para a esterilização pós-parto desejada.**(...) **A luta para acabar com as esterilizações não consentidas que resultaram na política atual foi necessária e não deve ser esquecida. No entanto, o sistema atual não pode colocar um fardo irracional sobre os pacientes que solicitam esterilização e adicionar barreiras para os clínicos que buscam fornecer os cuidados solicitados.** (ACOG, 2021. P. e172-173. Tradução livre. Grifou-se)

Ou seja, na década de 1990, especialmente após a CPMI de 1993, a antiga legislação desempenhou um papel social crucial ao restringir o acesso à esterilização, dando tempo ao Estado para desconstruir a cultura de esterilização em massa e para informar as mulheres sobre suas escolhas. Esse protecionismo estatal foi, à época, justificado e necessário.

Contudo, passados 30 anos, a abordagem precisa evoluir. Hoje, é essencial oferecer às mulheres uma autonomia verdadeiramente informada, com menos restrições e um menor grau de protecionismo, que atualmente beira o perfeccionismo. O foco deve ser em empoderar as mulheres, reconhecendo sua capacidade de tomar decisões informadas, ao invés de restringi-las com base em suposições paternalistas.

3.2.1.2 Paternalismo Médico

Essas ações são refletidas, inclusive, em profissionais do ramo da saúde, o chamado Paternalismo Médico, como ressalta Cunha,

Dentre as maiores críticas ao paternalismo, têm-se que ele infantiliza excessivamente os sujeitos aos quais suas normas se destinam. Tratando-os como incapazes de tomar decisões apropriadas sobre suas vidas. No campo da bioética, por exemplo, são tecidas críticas especialmente ao chamado paternalismo médico,

em que o profissional, dotado de maior saber científico, se coloca em posição de superioridade em relação ao paciente, que acaba por infantilizar o enfermo e desconsiderar sua vontade na tomada de decisões (Cunha, 2022. P. 105).

Nesse contexto, a American College Of Obstetricians And Gynecologists realizou uma pesquisa com obstetras, e constatou que

Eles frequentemente dissuadem os indivíduos de se submeterem à esterilização, a menos que a paciente persista em seu pedido. Os médicos podem se recusar a realizar a esterilização por vários motivos, incluindo a pouca idade da paciente, nível educacional, status de seguro, baixa paridade e histórico médico ou cirúrgico; preocupação do médico com o arrependimento da paciente, demandas clínicas concorrentes ou crenças religiosas pessoais; ou desacordo do parceiro da paciente. (ACOG, 2021. P. e171. Tradução livre.)

Além da prática de dissuadir, ou seja, mesmo a mulher cumprindo todos os requisitos legais o profissional de saúde ainda tentar convencê-la, com base em ideais e valores pessoais, a não realizar a laqueadura, o trecho acima ainda chama atenção para a possibilidade do médico negar atendimento. No Brasil, a prática é denominada objeção de consciência e possui respaldo no Código de Ética Médica, nos seguintes termos

Capítulo II - DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito dos médicos

(...)

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência (CFM, 2018)

A objeção de consciência é um direito legítimo do profissional de saúde de não ser forçado a fazer algo que não concorde ideologicamente. Tal direito é salvaguardado, especialmente, pelo Art. 5º da CRFB/88, que define a dignidade da pessoa humana como princípio basilar do Estado Democrático e, como já foi dito anteriormente, o direito à autodeterminação está diretamente ligado à promoção dessa dignidade. De tal modo é essencial que a objeção de consciência seja garantida, como forma de prezar pela autonomia desses profissionais.

Contudo, nesses casos a recomendação do CFM é de que haja a comunicação prévia dessa condição ao Diretor Técnico a fim de que providencie outro médico para realizar a laqueadura tubária, garantindo assim o direito da gestante, prezando também pela autonomia dessa mulher. No entanto, na prática, essa substituição nem sempre ocorre, comprometendo o acesso das mulheres ao procedimento desejado.

Nesse contexto a Folha de São Paulo fez uma reportagem em abril de 2024, que tem como título “Mulheres enfrentam recusas médicas para fazer laqueadura” e traz diversos depoimentos de mulheres, incluindo o de Any Madeira, transcrito abaixo

Após passar por quase metade dos médicos do serviço público e privado de Bagé, cidade a 375 km de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, a bancária Any Madeira, 24, foi encaminhada para a capital. "Alguns falavam que não queriam fazer, outros que não havia condições na cidade", disse. Ela começou o procedimento na capital, pelo plano de saúde, em junho do ano passado, e fez a cirurgia em março último.

Segundo a lei vigente, o prazo entre a decisão pela laqueadura e a cirurgia é de no mínimo 60 dias. Nesse tempo, diz o documento, elas devem ser acompanhadas por uma equipe multidisciplinar, com vistas a "desencorajar a esterilização precoce". Isso vale tanto para a rede pública quanto para a rede particular.

Madeira precisou de pareceres da ginecologista, de um psicólogo, assistente social, obstetra, da Unidade Materno Infantil do Hospital, da Divisão de Medicina e, por fim, do Comitê de Ética para o procedimento.

"A ginecologista só perguntou se era o que eu queria mesmo e, quando disse que sim, ela afirmou que seria trabalhoso e me entregou uma pilha de documentos para consultas com diversos profissionais."

Segundo ela, foram vários dias de trabalho perdidos sem nenhuma assinatura. "Parecia coisa de criança, eles fugindo", conta.

O processo de desencorajamento chegou até a sala de cirurgia. Quando já estava deitada na maca, a anestesista falou que ainda dava tempo de desistir. "Acordei com as mãos na barriga, em pânico", diz. (Oliveira, 2024)

Desse modo, atualmente as recusas médicas acabam tornando-se um fardo para as interessadas no procedimento, uma vez que a responsabilidade de buscar outro profissional que aceite fazer a esterilização está recaindo sobre elas.

Urge, portanto, que o CFM, assim como busca garantir a autonomia dos profissionais, preze também pela garantia desse direito às mulheres, ultrapassando a "recomendação" e estabelecendo um procedimento padrão, no qual só possa haver a recusa sob tais termos, obrigando a Direção Técnica à assumir o ônus de buscar outro profissional e a fazer o correto direcionamento dessa mulher.

Outro procedimento em que o paternalismo se faz presente é a cesária eletiva, especialmente motivada pela vontade de fazer a laqueadura, que é a retirada do bebê de forma programada antes da mulher entrar em trabalho de parto, seguida imediatamente pelo procedimento de esterilização. Essa cirurgia apresenta riscos, principalmente para o recém nascido, devido a margem de erro do método de cálculo da idade gestacional, que não consegue ser exatamente preciso quanto à maturidade do feto no ventre da mãe (Martins; Costa; Mantovani, 2023)

Além disso, existem muitos estudos que tratam dos benefícios do parto vaginal, tanto para a gestante como para o bebê. Segundo Martins, Costa e Mantovani (2023) o parto cesáreo, para além do fato se ser uma cirurgia, que como qualquer outra acarreta riscos,

aumenta as chances de: internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, morbidades respiratórias, hipoglicemia e hiperbilirrubinemia neonatal. Ademais, em partos cesáreos são maiores os índices de primeiro contato pele a pele com a mãe sendo realizado de forma tardia, Apgar inferior a 7 no 5º minuto de vida, infecções gastrointestinais nos primeiros meses de vida e retardo na amamentação, fazendo com que o bebê necessite de fórmulas lácteas, fato este que pode potencializar o aparecimento de intolerância às proteínas do leite de vaca.

Contudo, o parto cirúrgico tem sido cada vez mais presente na realidade brasileira, principalmente pela questão da dor, uma vez que a parturiente não precisa, muitas vezes, entrar em trabalho de parto ou sentir as dores do parto propriamente dito. Segundo informações prestadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ao jornal O Globo (2024) no Brasil, em 2023, 59,7% dos partos foram cesáreas.

Nesse contexto, segundo o DATASus (2024), em junho de 2024, no Ceará, foram realizados 569.302,84 partos cesarianos com laqueadura tubária, 10.737,90 partos vaginais seguidos de laqueadura tubária e 185.334,80 laqueaduras isoladas, o que mostra a clara preferência pela realização da esterilização logo após o parto cesário.

Desse modo, um dos motivos também relevantes para a predileção pelo parto cesáreo é a intenção da gestante de realizar laqueadura. Ressalta-se que atualmente um dos principais motivos para que as gestantes não consigam realizar o procedimento no ato do parto é o fato de o tipo de procedimento indicado para realizar a laqueadura pós parto vaginal ser por via periumbilical, técnica não dominada por muitos médicos, como será abordado posteriormente. Deste modo, para evitar passar por duas recuperações, pós parto vaginal e pós laqueadura, muitas optam pela realização da cesária. Neste cenário muitos médicos, por conhecerem os riscos supracitados da cirurgia para a parturiente e para o recém nascido, acabam por se opor à essa escolha.

Contudo, segundo a Resolução CFM nº 2.284/2020, essa escolha deve ser unicamente da gestante, contanto que esta seja devidamente informada

Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e o cesariano, seus respectivos benefícios e riscos.

Parágrafo único. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir de 39 semanas completas de gestação (273 dias), devendo haver o registro em prontuário.

Art. 3º É ético o médico realizar a cesariana a pedido e, se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu **direito de autonomia profissional** e, nesses casos, **encaminhar a gestante a outro profissional**. (CFM, 2020. p. 1-2. Grifou-se)

Contudo, apesar dessa garantia, a recusa de muitos médicos é constante, chegando a ser alvo de diversas consultas aos Conselhos Regionais de Medicina, incluindo o do Ceará. Uma dessas consultas resultou no Parecer nº 4/2023, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará - CREMEC, que teve como assunto: “Indicação de cesariana para realização de laqueadura intraparto”. A conclusão do parecer foi a seguinte:

Uma vez preenchidas as condições éticas e legais necessárias, a realização da laqueadura tubária intraparto deve ser realizada, visto ser direito da paciente. Importante lembrar que o procedimento para a realização da laqueadura tubária também pode ser realizado com segurança fora do período gestacional, por meio de outras técnicas. **Compete ao serviço de planejamento familiar e ao médico que dele participa orientar de forma adequada as pacientes acerca do processo da laqueadura tubária em sua integralidade, com o máximo de informações prestadas.** Nos casos em que ocorra a **objeção de consciência**, recomenda-se a comunicação prévia dessa condição ao Diretor Técnico a fim de que **providencie outro médico para realizar a laqueadura tubária**. (CREMEC, 2023. P. 8. Grifou-se)

Por fim, ressalta-se que, segundo o relatório da UNFPA sobre autonomia corporal, o Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

exigiu dos governos que implementem leis, políticas e programas que previnam, abordem e remediem as violações do direito de todos os indivíduos à tomada de decisão autônoma em questões relacionadas à sua sexualidade e saúde reprodutiva, livre de violência, coerção e discriminação, além de remover os requisitos de autorização de terceiros para acessar serviços e informações, o Comitê pediu o fim da “objeção de consciência” dos profissionais de saúde à prestação de serviços e a exigência de encaminhamentos para prestadores “capazes e dispostos a fornecer os serviços procurados”. (UNFPA, 2021. P. 81)

Trata-se, portanto, de um tema controverso, que demanda atenção e pressão, especialmente do CRM, para que haja, de fato, a preservação da autonomia de todos os indivíduos envolvidos. Porém, ressalta-se que a mulher, enquanto pólo mais fraco da relação médico-paciente, deve receber uma atenção especial, necessitando de políticas e regras específicas para que seu direito seja efetivamente alcançado.

3.2.2 Maternidade compulsória

A maternidade compulsória refere-se à imposição social de que todas as mulheres devem desejar e cumprir o papel de mãe, um ideal profundamente enraizado nas normas culturais e legais da sociedade, que teve raiz em dogmas religiosos, como ressalta Costa

Foi resultado desta época a elaboração de uma imagem regular da feminilidade, o que estava adequado aos interesses da Igreja. Para esta, a sexualidade somente deveria servir à procriação. Todas as marcas do desejo carnal e de animalidade do ato sexual deveriam ser 'apagadas' pela concepção. As penas da vida conjugal, assim como os sofrimentos decorrentes do parto, eram vistos como oportunidades 'purificadoras', redentoras do pecado para a ressurreição. **Deste modo era lançada a maldição para as mulheres infecundas, incapazes de reverter com a pureza da gravidez a dimensão pecaminosa do coito.** (Costa, 2009. P. 3. Grifou-se)

Essa expectativa não apenas influencia as escolhas reprodutivas das mulheres, mas também molda suas identidades e papéis dentro da família e da comunidade. Assim defende Costa e Soares

Nesse sentido, observa-se que a maternidade, atualmente, ainda é um tema considerado sagrado e naturalizado como algo essencial às mulheres, tendo influências ligadas diretamente com a religiosidade, com o Estado e com a cultura patriarcal. Desta forma, induz-se que a maternidade é algo intrínseco à mulher, que todas possuem um instinto materno inato e que, conseqüentemente, facilita o cuidado e o amor das mulheres para com seus filhos, ao contrário dos homens, como provedores da família, os quais não têm obrigação e “talento” na criação. Portanto, a maternidade ainda é considerada compulsória, o que faz com que mulheres sem filhos sejam questionadas sobre as suas escolhas. (Costa; Soares, 2022, p. 370.)

Nesse sentido, as mulheres são socializadas a valorizar a maternidade como a principal realização de suas vidas. Essa pressão se manifesta de várias formas, desde mensagens subliminares em mídias e publicidade até expectativas explícitas de familiares e amigos. Desse modo, aquelas que optam por não ter filhos frequentemente enfrentam estigmatização e questionamentos sobre sua feminilidade e realização pessoal.

Ademais, sempre existirá uma forma de condenar a mulher por suas escolhas reprodutivas, independentemente de quais sejam elas. São culpadas se engravidam cedo ou tarde, se escolhem métodos contraceptivos ou não, se priorizam a carreira ou a família. Essa culpabilização reforça a ideia de que o valor de uma mulher está intrinsecamente ligado à sua capacidade de ser mãe e cuidar dos filhos, uma expectativa que não é imposta com a mesma intensidade aos homens.

Nesse contexto, o site G1 fez uma reportagem em 12 de março de 2023, anunciando a mudança legislativa representada pela Lei 14.443/22. Ao longo da matéria há relatos que

algumas mulheres que passaram por uma série de dificuldades ao tentar ter acesso ao procedimento. Uma delas foi a professora Fabiane Pereira que esperou seis anos até conseguir realizar a cirurgia, em novembro de 2020.

Ouvi todas aquelas frases clichês: 'você vai se arrepender', 'você é muito nova', '**e se um dia o seu marido quiser ter filhos?**' Ou seja, minha vontade nunca foi importante. **Já ouvi de uma médica ginecologista que a mulher que não quer ter filhos é incompleta** (Pagno, 2023. Grifou-se.)

Essa fala ressalta o quanto a maternidade é imposta às mulheres, até mesmo por outras mulheres e por profissionais de saúde, que deveriam apoiar e orientar suas escolhas individuais. Além disso, reflete a visão de boa parte da sociedade da posição da mulher perante o homem, de acatar suas vontades e realizar seus desejos, mesmo que seja uma decisão definitiva de trazer uma nova vida, não desejada por uma das partes, ao mundo.

Essa realidade também pode ser ilustrada a partir de casos de repercussão midiática. Um bom exemplo é o caso da jornalista e apresentadora Ana Paula Padrão, de 58 anos, que decidiu não ter filhos e sempre foi muito criticada por isso. Em entrevista para o podcast Mil e Uma TrETAS, a apresentadora destacou “Faço questão de dizer isso, porque tem um monte de meninas mais novas que olham para mim e falam: ‘se ela, com 57 anos, está dizendo que é uma mulher muito feliz e não teve filhos, dá para ser’. e sim, dá pra ser!”, ressaltando como sua voz pode ser inspiradora para outras mulheres que, assim como ela, tomaram essa decisão e são criticadas e fadadas à infelicidade e à não realização pessoal pela sociedade.

Coadunando com a situação, o jornalista Gabriel Mota (2023) fez para o site “Contigo!” uma matéria a respeito da entrevista dada pela apresentadora ao podcast, que tem como título e subtítulo: “Ana Paula Padrão se justifica após decisão polêmica de não ter filhos: ‘Não quero’. Apresentadora Ana Paula Padrão se justifica em entrevista ao falar sobre sua decisão de não ter filhos que sempre dá o que falar”. Somente analisando esse trecho, nota-se como é exigido uma “justificativa” para a tal decisão “polêmica”, que deveria ser a simples constatação de que uma mulher não quer ter filhos e está feliz com essa escolha.

Em contrapartida, o apresentador Fábio Porchat anunciou em seu Instagram, @fabioporchat, em 13 janeiro de 2023, o término do seu relacionamento com a produtora Nataly Mega, que ocorreu pelo fato de Fábio não querer ter filhos enquanto a ex-esposa tem esse desejo. A repercussão do caso foi muito diferente e focou muito mais no término do relacionamento do que na decisão individual de cada um dos envolvidos, e os comentários

negativos questionavam, em geral, se aquele havia de fato sido o motivo do término ou se já existiam terceiros envolvidos. Abaixo a transcrição de alguns comentários:

Comentário 1: Você não tem vergonha de vir jogar esse papo furado no Instagram já estando com outra não? Melhore Porchat!!!!

Comentário 2: Maturidade é levar a outra para o Cruzeiro? Dando aulas de como ser macho né... Tenha vergonha! Realmente foi ótimo o término, pq mulher nenhuma precisa de um homem ao lado dela como você.

Comentário 3: Sei lá. Eu acho tudo tão solúvel, de repente outra...

Comentário 4: Passa dois meses já está com outra. Que amor é esse. Eu não quero pra 'me' nem pra ninguém.

Comentário 5: Só esquece de falar que tem outra na história

Comentário 6: Nem esfriou a poltrona... (Porchat, 2023)

Além disso, as notícias feitas, em geral, também giram em torno do término e não da escolha de Fábio Porchat. Uma exceção foi a matéria do site “Istoé - Gente”, de 28 de março de 2023, que teve como título “Além de Fábio Porchat, veja famosos que não querem ter filhos”. A notícia reproduz trechos do texto que Fábio fez para anunciar o término do casal e, conseqüentemente, sua opção. Além disso, traz uma lista de famosos que também não desejam ter filhos, composta por: Ana Paula Padrão, Jennifer Aniston, Maju Coutinho e Patrícia Pillar. Ou seja, apesar do tema principal da notícia ser um homem que não deseja a paternidade, todos os exemplos midiáticos são de mulheres que não pensam em ser mães, ressaltando o quanto o assunto é muito mais polêmico, chama mais atenção, quando se trata de negar a maternidade.

Esses exemplos são dois entre muitos que poderiam ser citados para evidenciar tal discrepância na percepção das escolhas reprodutivas entre homens e mulheres, mostrando a pressão desproporcional enfrentada pelas mulheres quando optam por não ter filhos.

Nesse contexto, entra a imposição de que uma jovem de 18 anos, com capacidade civil plena, tenha ao menos dois filhos para realizar a laqueadura. Afinal, se a sociedade preza tanto que a mulher ocupe esse papel, não pode uma jovem, que ainda não passou pela experiência, decidir nunca vivenciar. Tal como supracitado, dentro dessa mentalidade, essa decisão geraria inevitável frustração e arrependimento, necessitando que o Estado aja como protetor desta mulher, que não tem discernimento suficiente para decidir não ser mãe.

Em contrapartida, a lei civil brasileira é incoerente ao permitir que uma pessoa maior de dezoito anos adote uma criança, reconhecendo sua maturidade para assumir a paternidade,

conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu art. 42, que define que “podem adotar os maiores de 18 (dezoito) anos, independentemente do estado civil”.

No entanto, essa mesma pessoa não possui a autonomia para optar pela esterilização voluntária até os 21 anos. Esse paradoxo legal evidencia um paternalismo que limita a liberdade reprodutiva das mulheres, forçando-as a justificar suas escolhas de não ter filhos enquanto a opção de ser mãe é automaticamente validada e até incentivada.

Ressalta-se que a possibilidade de arrependimento não justifica a diferença de tratamento entre a decisão de ter filhos e a de não ter, uma vez que, analisando cuidadosamente, a decisão de ter filhos é muito mais definitiva, pois, uma vez que uma pessoa se torna mãe ou pai, biológica ou adotivamente, não há como voltar atrás. Por outro lado, a escolha de não ter filhos, inclusive por meio de uma laqueadura, ainda deixa abertas outras opções, como a adoção, a cirurgia de reversão da laqueadura ou a fertilização in vitro.

No entanto, o Estado parece expressar maior preocupação com a possibilidade de arrependimento daqueles que optam pela esterilização, ignorando que o arrependimento de ter filhos é igualmente, se não mais, definitivo e impactante. Essa discrepância revela um viés paternalista que subestima a capacidade das mulheres de tomarem decisões informadas sobre seus corpos e suas vidas, perpetuando a maternidade compulsória e restringindo a autonomia reprodutiva feminina.

Dessa forma, embora a lei tenha avançado no sentido de diminuir a idade mínima para vinte e um anos, pecou ao não seguir a lógica sistemática da capacidade civil, e estabelecer uma capacidade específica para realização de laqueadura. (...) A análise histórica da cultura ocidental demonstrou que o casamento com função procriativa ainda é muito enraizado na sociedade. Com isso, verifica-se uma dificuldade muito grande dos parlamentares em se abster de estabelecer normas neutras, que deixem a cargo do indivíduo refletir sobre a melhor escolha (Cunha, 2022, p. 117-118)

Desse modo, a maternidade compulsória não é apenas uma questão de expectativa social, mas também uma questão de direitos e justiça reprodutiva. Para superar essa imposição, é necessário reconhecer e valorizar a autonomia das mulheres, permitindo que escolham livremente se desejam ou não se tornar mães, sem enfrentarem barreiras legais ou sociais. A desconstrução da maternidade compulsória é fundamental para a promoção de uma sociedade mais justa e equitativa, onde as mulheres possam exercer plenamente seus direitos reprodutivos, de maneira informada, e desenvolverem suas identidades de acordo com suas próprias escolhas e valores.

3.3 Ação Direta de Inconstitucionalidade 5911

Nesse contexto foi apresentada, em 08 de março de 2018, a ADI 5911, de autoria do Partido Socialista Brasileiro (PSB), que visava analisar a constitucionalidade de dispositivos da Lei do Planejamento Familiar, Lei 9.263/1996. A ação trouxe em seu bojo críticas a respeito da idade mínima, inicialmente definida em 25 anos, da necessidade de consentimento do cônjuge e da proibição da realização do procedimento logo após o parto.

Contudo, antes que a ação fosse julgada, foi sancionada a Lei 14.443/2022, que, como foi dito anteriormente, revoga ou modifica boa parte desses institutos. Porém, mesmo com tais alterações, que já trazem grande avanço para a regulamentação do planejamento familiar, ainda restam pontos controversos, supracitados, especialmente no que tange à idade mínima estabelecida em 21 anos para pessoas sem filhos. É o que sustentou a representante do PSB, Ana Letícia da Costa Bezerra, a advogada Nara Ayres Britto, do Centro Acadêmico de Direito da Universidade de Brasília, a advogada Lígia Ziggotti de Oliveira, do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM), Francielle Elizabet Nogueira Lima, da Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal do Paraná, e a defensora pública Tatiana Melo Aragão Bianchini, pela Defensoria Pública da União (DPU), de acordo com uma matéria divulgada no site do Supremo Tribunal Federal (STF), nos seguintes termos:

Da tribuna, a representante do PSB, Ana Letícia da Costa Bezerra, afirmou que, mesmo após a alteração legislativa, persistem requisitos limitadores e arbitrários para a realização de cirurgia de esterilização voluntária, que violam os princípios da dignidade humana, autonomia e liberdade individual. Para o partido, não há fundamento ou justificativa jurídica ou científica para impedir o poder de escolha de pessoas entre 18 e 21 anos que não têm filhos.

Nessa linha, a advogada Nara Ayres Britto, do Centro Acadêmico de Direito da Universidade de Brasília, defendeu que a idade de 18 anos é o paradigma constitucional da autonomia da vontade do indivíduo e só pode sofrer restrição por garantia da Constituição.(...)

Para a advogada Lígia Ziggotti de Oliveira, do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM), um Estado que seja democrático de direito não pode limitar o exercício de liberdade partindo da premissa de que a opção de não engravidar, feita por uma mulher civilmente capaz, é duvidosa. De acordo com a representante da IBDFAM, o papel do Estado deve ser o de fornecer saúde pública, gratuita e de qualidade para que a mulher civilmente capaz, quando expressar seu desejo de não engravidar, seja devidamente escutada.

Para Francielle Elizabet Nogueira Lima, da Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal do Paraná, a exigência alternativa de dois filhos vivos está pautada em um poder não respaldado de procriação e viola tratados e convenções de Direitos Humanos que afirmam ser dever do Estado prover o direito de livre decisão sobre a reprodução. (...)

A defensora pública Tatiana Melo Aragão Bianchini, pela Defensoria Pública da União (DPU), afirmou que, embora a disposição legislativa seja dirigida a todos os

sexos, as restrições atingem de forma mais intensa as mulheres, uma vez que, historicamente, compete a elas o dever de evitar a concepção. (...) (Supremo Tribunal Federal, 2024)

Além dessas profissionais, outros também se pronunciaram na sessão plenária, que ocorreu dia 17 de abril de 2024, são eles: o defensor público Rafael Munerati, do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres da Defensoria Pública de São Paulo; a advogada Simone Andréa Barcelos Coutinho, pela Associação Movimento Brasil Laico, a advogada Vitória de Macedo Buzzi, da Clínica Jurídica de Direitos Humanos e Direitos Sexuais e Reprodutivos (Cravinas), e o médico Luiz Gustavo de Andrade, representante do Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná. Todos se posicionaram a favor da inconstitucionalidade dos requisitos ainda impostos pela Lei 14.443/2022.

Os jornalistas Constança Rezende e José Marques (2024), em matéria para a Folha de São Paulo sobre o tema, publicada no dia sessão plenária, ressaltam uma fala muito contundente do defensor público Rafael Munerati: "Por que 21 anos? Por que não 25, como era antes e mudou? Por que não 19? Por que não três filhos ou um filho? Para se evitar essa verdadeira casuística restritiva, nada mais justo e correto do que se adotar apenas o conceito de capacidade civil plena", disse o jurista. A fala ressalta o quão arbitrário e sem embasamento é o requisito, defendendo a alteração do requisito para os 18 anos, sem a necessidade de descendentes, em prestígio à capacidade civil plena atribuída pelo Código Civil.

Ademais, em outra matéria, anunciando o recebimento da ADI, o site do Tribunal relata que

A ADI cita pesquisa realizada em seis capitais brasileiras (Palmas, Recife, Cuiabá, Belo Horizonte, São Paulo e Curitiba), que acompanhou homens e mulheres que buscavam a esterilização cirúrgica junto ao SUS, e verificou que após um período de cerca de 6 meses, apenas 25,8% das mulheres e 31% dos homens que demandaram a cirurgia haviam obtido sucesso. O partido destaca ainda o fato de que 8% das mulheres engravidaram durante o período de espera pela esterilização. (Supremo Tribunal Federal, 2018)

O Partido também questiona no texto da ADI 5911 o uso do termo “desencorajar a esterilização precoce” no art. 10º da Lei 14.443/2022, que aparece no seguinte contexto

Art. 10, I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a **desencorajar a esterilização precoce**. (Brasil, 2022. Grifou-se)

O PSB considera que existe uma subjetividade no conceito de “precoce” que é inapropriada para o texto legal e que não é função da equipe multidisciplinar 'desencorajar' o exercício de uma prerrogativa legal. No entendimento do partido o prazo de 60 dias e o acompanhamento multidisciplinar deve servir apenas para que as pessoas que pretendem realizar a esterilização tenham acesso às informações necessárias, especialmente no que tange às características do procedimento e às demais alternativas de contracepção.

Contudo, logo após as sustentações orais, o julgamento da Ação foi suspenso pelo presidente da corte, Luís Roberto Barroso. O julgamento deve ter continuidade nos próximos meses e os ministros devem realizar a votação, contudo, não há data prevista para retomada.

Com a suspensão do julgamento da ADI 5911, o debate em torno da regulamentação da esterilização voluntária no Brasil permanece em aberto. A expectativa é de que o STF considere a relevância dos argumentos apresentados, que enfatizam a necessidade de alinhar a legislação aos princípios constitucionais de autonomia e dignidade da pessoa humana. A definição de uma idade mínima superior à maioridade civil para a realização de procedimentos de esterilização e a exigência de descendentes são vistas por muitos especialistas e instituições como medidas arbitrárias e discriminatórias, que limitam injustificadamente os direitos reprodutivos dos indivíduos. Assim, a decisão do STF será crucial para garantir que a legislação brasileira esteja em conformidade com os direitos fundamentais e assegure a plena autonomia reprodutiva das mulheres no país.

4. MANIPULAÇÕES DEMOGRÁFICAS: O CORPO FEMININO COMO “MARIONETE” ESTATAL

Contudo, é importante ressaltar que tal autonomia não está ao alcance de todos e, para os que detém o poder, nem sempre é interessante que esteja. O relatório do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) sobre autonomia corporal (2021, p. 26) ressalta que “as normas de gênero normalmente atribuem às mulheres a responsabilidade exclusiva pela saúde reprodutiva, mas, ao mesmo tempo, negam a elas o poder de tomada de decisão”. É justamente dessa relação que surgem as manipulações demográficas, encabeçadas pelo Estado, que atingem principalmente a autonomia reprodutiva feminina.

As manipulações demográficas representam uma prática histórica e contínua de controle estatal sobre a reprodução humana, visando atender interesses políticos, econômicos e sociais específicos. Desse modo, ao longo da história, diferentes regimes políticos têm instrumentalizado o corpo feminino para atender aos seus interesses, ignorando a dignidade e os direitos individuais dessas mulheres. Essa manipulação estatal não apenas viola princípios fundamentais de liberdade e autonomia, mas também revela um profundo desrespeito pela individualidade e pelas escolhas pessoais das mulheres.

Nesse sentido, dois fatos históricos merecem ser mencionados: a Política do Filho Único, na China, e o intenso estímulo à reprodução da “Raça Ariana” na Alemanha Nazista.

A política do filho único, implementada pela República Popular da China no final dos anos 1970, é um exemplo paradigmático de controle estatal sobre a reprodução. Nas palavras de Cunha

No final dos anos 70, a República Popular da China também estabeleceu uma política de planejamento familiar coercitivo, a chamada “política do filho único”, que estabeleceu a obrigatoriedade de que as pessoas casadas tivessem apenas um filho. Na prática, a política também era chamada de “política do filho único e meio”, pois **nas comunidades rurais, os casais eram permitidos a terem um segundo filho, caso o primeiro nascesse mulher. O descumprimento da norma, gerava a penalização dos casais desde multa até esterilizações e abortos forçados.** O seu revés, ou seja, o cumprimento da norma, por sua vez, era recompensado com incentivos financeiros e benefícios sociais. Devido a isso, embora o **aborto por seleção de sexo tenha sido proibido em 1994, a prática ainda é muito praticada no Estado Chinês, o que resultou um enorme desequilíbrio na proporção dos sexos no país.** (Cunha, 2022, P. 22. Grifou-se)

Ou seja, tal medida, além de não levar em consideração a dignidade singular de cada indivíduo, ainda era extremamente discriminatória. Tais penalizações por descumprimento recaem sobre as mulheres, na forma de esterilização e abortos forçados, além da prática do

aborto seletivo ter acontecido com frequência. Tal prática é comum no continente asiático, onde as famílias dão clara prioridade pro nascimento de homens.

A Rádio França Internacional (RFI) publicou no portal de notícias G1 - Ciência e Saúde (2019) uma matéria sobre o tema que diz que e segundo estudo realizado pela Universidade Nacional de Singapura, publicado pela revista Proceedings of the National Academy of Sciences, “a preferência das famílias por filhos homens fez com que 23,1 milhões de mulheres deixassem de nascer nos últimos 50 anos” (RFI, 2019).

Essa abordagem coercitiva trouxe consequências demográficas e sociais significativas, como um enorme desequilíbrio na proporção de sexos no país e uma redução drástica nas taxas de fertilidade, de 5,6 filhos por mulher em 1970 para 1,3 em 2020 (Cunha, 2022).

Tal realidade é abordada pelas jornalistas Jessie Yeung e Nectar Gan, em matéria para a CNN

Mas, na última década, a China mudou completamente de rumo ao começar a avaliar as consequências de sua política de filho único – **uma população que envelhece rapidamente com uma força de trabalho encolhendo ameaçam o crescimento econômico do país.**

Para aumentar sua taxa de fertilidade em queda livre, a China promulgou a política de dois filhos em 2016 e, em seguida, a política de três filhos em agosto deste ano.

O governo também lançou uma campanha de propaganda agressiva pedindo para que as mulheres tenham mais filhos, com algumas autoridades locais até oferecendo incentivos financeiros para as famílias. (Yeung; Gan, 2021. Grifou-se)

Esse declínio exacerbado criou uma crise demográfica, evidenciando que o controle coercitivo sobre a reprodução pode ter efeitos contraproducentes a longo prazo. Nesse contexto, a estratégia do Estado foi traçar políticas para incentivar as mulheres a terem mais filhos, tratando-as novamente como ferramentas das suas estratégias de diminuição e de aumento populacional.

Outra situação importante de ser mencionada se deu na década de 1930, na Alemanha nazista, quando foi implementada uma política agressiva de natalidade para aumentar a população Ariana, a partir da ideia de que a procriação era um dever patriótico e racial da mulher, enquanto o dos homens era alistar-se ao exército. Nesse contexto, foi criada uma premiação às mulheres que tinham muitos filhos, a Mutterkreuz, ou Cruz das Mães, concedida às “arianas” que tivessem pelo menos 4 “rebetos”, como define o jornalista Eduardo Szklarz em matéria para a revista Super Interessante

A honraria era concedida de acordo com o número de filhos tidos pela homenageada: 4 ou 5 crianças valiam uma medalha de bronze; 6 ou 7 correspondiam à medalha de prata; e 8 ou mais rebentos significavam uma cruz de ouro. A política era retroativa – quem já tivesse batalhões de filhos também era condecorado. (Szklarz, 2018)

Essa manipulação demográfica buscava a expansão de um grupo étnico específico para o fortalecimento do regime estatal, ignorando novamente a autonomia das mulheres sobre seus corpos e suas escolhas reprodutivas.

Tal cenário de uso da reprodução humana como mero meio para atingir fins políticos ou estatais revela um desrespeito profundo pelos direitos individuais e pela dignidade humana, como ressalta Cunha

O princípio fundamental da dignidade da pessoa humana proíbe que o indivíduo seja utilizado como meio para que fins alheios a ele sejam alcançados. (...) A lógica por trás desse raciocínio é a busca pela não instrumentalização da pessoa, que tem o direito de, em nome da dignidade humana, ser reconhecida como fim em si mesmo. (p. 25-26)

(...)

A instrumentalização da mulher para servir a propósitos comunitários, como a manutenção e equilíbrio populacional do Estado, também implica na sua desumanização, uma vez que ela é objetificada, e utilizada a servir propósitos alheios ao seu próprio ideal de vida. (Cunha, 2022. p 40. Grifou-se)

Nesse contexto fica clara que a instrumentalização do ser humano, para quaisquer fins alheios a ele próprio, é contrária ao compromisso que o Estado brasileiro assume ao considerar os Direitos Fundamentais como a base do seu ordenamento jurídico. Desse modo, faz-se importante pensar na realidade brasileira desse contexto.

4.1 Manipulações demográficas no cenário brasileiro

Tal instrumentalização dos corpos femininos para reprodução, infelizmente, não reside como um simples fato histórico isolado nos casos relatados acima, nem se restringe ao cenário internacional, estando presente por diversas vezes no contexto brasileiro.

Segundo Costa (2009), essa política teve início de forma mais direta no Brasil em 1952, quando Margaret Sanger criou, com sede em Londres, uma instituição interessada em estimular o planejamento familiar, visando o controle demográfico. A base ideológica dessa fundação eram as teorias Malthusianas de que o crescimento populacional não estava sendo acompanhado pelo crescimento da produção de alimentos. Tal fundação financiou

diversas entidades e instituições que realizavam ações de planejamento familiar no Brasil, chamando atenção para esse tópico, focando especialmente em esterilizações femininas.

A autora ressalta ainda que por volta de 1964 havia um grande acirramento de ideias entre aqueles que defendiam um viés controlista e os anti controlistas

A argumentação favorável ao controle demográfico **sustentava que o crescimento econômico e o próprio desenvolvimento só seriam possíveis com intervenções dirigidas à redução do ritmo do crescimento demográfico.** Movimentos sociais, partidos políticos clandestinos e outros setores da sociedade progressista indignaram-se com os princípios defendidos pelos controlistas, fundamentados na **denúncia do avanço imperialista na extensão do território nacional, na baixa densidade demográfica e na necessidade de sua ocupação como estratégia de autonomia e soberania nacional.** (Costa, 2009. P. 4. Grifou-se.)

Nesse contexto, o uso político da esterilização voluntária, tal como supracitado no tópico de Análise Legislativa, acabou sendo difundido e banalizado, tendo sido, inclusive, alvo de CPMI, anterior às leis aqui analisadas, na qual foram constatadas diversas irregularidades que desrespeitam à autonomia reprodutiva feminina, como esterilizações forçadas, especialmente de mulheres negras, e o uso eleitoreiro do procedimento.

Por essa razão, um dos pontos mais essenciais que foram trazidos pela Lei 9.263/96, mantido pela Lei 14.443/22, foi a vedação à utilização do planejamento familiar como arma de controle demográfico, nos termos abaixo

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.
Parágrafo único - **É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.** (Brasil, 1996. Grifou-se)

Tal proibição vem com o objetivo de coibir o uso das ações de planejamento familiar das maneiras supracitadas, visando promover a autonomia dos indivíduos.

Contudo, todo arcabouço legal, para atingir seu objetivo, deve vir em conjunto com políticas públicas, que nesse caso devem investir principalmente em informar a população dos seus direitos e alternativas, visando a tomada de decisão consciente.

4.2 O poder de dizer sim, o direito de dizer não: a informação como principal arma para a tomada de decisão consciente.

Desse modo, à luz dos fatos elencados neste capítulo, é preciso pensar meios para que tal conjuntura não se perpetue e para criar um ambiente em que as pessoas possam decidir

livremente sobre seu planejamento familiar. Para isso a Lei 9.263/96 já trazia a obrigação essencial do Poder Público de informar e de educar a população, nos seguintes termos

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por **ações preventivas e educativas** e pela **garantia de acesso igualitário a informações**, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, **promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.** (Brasil, 1996. Grifou-se)

À luz de todas as informações supracitadas, especialmente do contexto de maternidade compulsória e instrumentalização dos corpos femininos que a sociedade está inserida, fica evidente que a única forma de promover uma real tomada de decisão informada é a partir de uma política de educação sexual, que agregue informações de forma clara e acessível, permitindo o empoderamento reprodutivo de todos os indivíduos.

Para que isso ocorra é importantíssimo que tal assunto seja incluído tanto no dia a dia do brasileiro como na rotina médica e nos procedimentos para a efetivação do planejamento familiar.

No que tange ao dia a dia é importantíssimo que a matéria seja incluída como disciplina obrigatória nas escolas, o que contribuiria não apenas para a tomada de decisão consciente em relação à contracepção, mas também ajudaria a contruir uma relação saudável com o sexo e a prevenir a gravidez precoce, a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), prevenir os casos de abuso sexual, além de promover o autoconhecimento e o empoderamento sob o próprio corpo, é o que defende o relatório da UNFPA sobre autonomia corporal, destacando que

Os que se opõem a uma educação integral em sexualidade frequentemente afirmam que ela promove a atividade sexual, mas estudos mostram que isso é incorreto. Em vez disso, as evidências indicam que essa educação, quando fornecida de acordo com os padrões internacionais, melhora o conhecimento de jovens e constitui uma estratégia crucial e economicamente eficaz para prevenir a gravidez não intencional e infecções sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV. Alguns estudos mostram que ela pode, inclusive, contribuir para retardar o início da vida sexual de adolescentes. (...) Educação integral em sexualidade também pode desempenhar um papel na prevenção da violência de gênero. Quando ensinadas de acordo com os padrões internacionais, as lições incluem mensagens sobre direitos humanos, igualdade de gênero e relações de respeito. (...) Ter informações precisas sobre o próprio corpo e a saúde é imprescindível para o exercício da autonomia corporal. (UNFPA, 2021. P. 12-14; 77)

Ademais, vale ressaltar a importância dos profissionais de saúde também serem mais abertos e claros em relação ao assunto, filtrando suas próprias concepções pessoais e

fornecendo as informações necessárias, criando as condições para que seja tomada uma decisão autônoma e consciente.

Nesse contexto, uma das decisões mais acertadas da Lei 14.443/22 foi a manutenção do prazo de 60 dias entre a manifestação de vontade e a realização do procedimento de esterilização, nos termos abaixo

Art. 10, I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce.
(Brasil, 2022. Grifou-se)

Desse modo, evita-se decisões geradas por impulso que, por vezes, são precipitadas. A redação legal ainda chama atenção para um dos aspectos mais importantes para essa tomada de decisão informada: o aconselhamento por equipe multidisciplinar. Cunha coaduna com essa ideia

O estabelecimento de um período razoável, conjugado com a disponibilização de informação ao interessado sobre a esterilização e sobre a disponibilização de outros métodos contraceptivos, permite que o sujeito tome uma decisão mais consciente e informada, muito próximo a tese estabelecida pelo paternalismo libertário. Entretanto, para que tal medida seja efetiva, é necessário que as informações de fato sejam disponibilizadas ao interessado, de maneira neutra e efetiva, com o único intuito de informar, e não de apenas dissuadir o interessado em realizar o procedimento. (Cunha, 2022. P. 118)

É de suma importância, portanto, que haja uma atenção especial do Estado para como essa informação chega até as mulheres, especialmente considerando o paternalismo médico, que é muito presente no cotidiano brasileiro.

Nesse ponto é importante ressaltar que o termo “desencorajar a esterilização precoce”, que vem na Lei 14.443/22 como objetivo, é inapropriado, uma vez que não direciona a equipe para que seja feita uma orientação de forma técnica e imparcial, fornecendo apenas as informações necessárias, especialmente para mulheres mais jovens. O termo, inclusive, foi questionado pelo PSB na ADI 5911, conforme mencionado anteriormente.

Ressalta-se ainda que esse acompanhamento multidisciplinar não deve se apresentar na forma de uma complexa burocracia que dificulte o acesso ao procedimento, devendo ser organizado na forma que melhor facilite a logística da Unidade Básica de Saúde e das gestantes.

4.2.1. Alternativas para a padronização do aconselhamento multidisciplinar

Portanto, seria interessante que esse acompanhamento multidisciplinar fosse melhor regulamentado e supervisionado pelas instituições competentes. Atualmente não existe um protocolo específico que deva ser seguido para esse aconselhamento, ou uma cartilha desenvolvida que possa ser distribuída, com informações claras e objetivas, sem o intuito de convencer ou dissuadir o leitor, apenas de viés informativo, que auxilie a transmissão de informação e embase a tomada de decisão do indivíduo.

Com o intuito de ilustrar a alternativa proposta, o Anexo 1 deste trabalho traz um modelo de cartilha, voltada às pessoas que buscam escolher seu método contraceptivo, conseqüentemente indicado para quem tem interesse em laqueadura, público alvo deste estudo, com algumas informações chaves que deveriam ser repassadas a todas as pessoas que manifestem esse interesse, de forma considerada neutra, apenas informativa. Esse modelo foi inspirado em uma cartilha que foi distribuída na Unidade Básica de Saúde nº 1 de Planaltina do Distrito Federal, produzida pela médica Ana Verônica de Sá Resende (S.D.) e usa muitos dos textos originais da cartilha, tendo alterações principalmente na área destinada à esterilização.

Nesse contexto, a American College Of Obstetricians And Gynecologists ressalta a importância da acessibilidade da informação e do procedimento necessário para a realização da laqueadura

As políticas e formulários de esterilização devem ser modificados para criar acesso justo e equitativo para os indivíduos, independentemente do status ou tipo de seguro, ao mesmo tempo em que permanecem sensíveis ao contexto histórico em que a reprodução de mulheres com baixa renda e mulheres de minorias foi estereotipada negativamente e sua fertilidade menos valorizada do que outras mulheres. **Medidas para promover a tomada de decisão informada sobre esterilização e reduzir restrições incluem o desenvolvimento de uma ferramenta padronizada e validada de suporte à decisão, ou o redesenho do formulário existente para incluir conteúdo mais compreensível para indivíduos com baixa alfabetização em saúde** (ACOG, 2021. P. e174. Tradução livre. Grifou-se)

É evidente que essa ideia não substitui o acompanhamento com a equipe multidisciplinar, mas serve como um bom ponto de partida.

Médicos e pacientes devem ter uma discussão abrangente, precisa, imparcial e centrada no paciente sobre esterilização com tomada de decisão compartilhada e consentimento informado. **Os componentes do aconselhamento pré-esterilização devem incluir uma discussão sobre os desejos reprodutivos do paciente, detalhes do procedimento em si, riscos e benefícios específicos do procedimento cirúrgico e uma revisão de todas as alternativas à esterilização, incluindo anticoncepcionais reversíveis de longa duração e esterilização masculina.**

Ênfase particular deve ser colocada na permanência do procedimento, porque isso pode não ser totalmente compreendido por alguns pacientes ou pode ser subestimado por alguns clínicos. É importante também tranquilizar os pacientes de que sua assinatura no formulário de consentimento não é vinculativa e que eles podem mudar de ideia a qualquer momento após preencher o formulário.

O aconselhamento deve ser realizado de forma empática, imparcial e sem julgamentos. Os médicos devem estar cientes das suposições não ditas e dos preconceitos implícitos que eles mantêm, o que pode resultar em **diferentes estratégias de aconselhamento para indivíduos de diferentes origens.** Mulheres de cor, em particular, historicamente têm sofrido coerção contraceptiva e esterilização forçada resultantes de tentativas de limitar a fertilidade daquelas cuja gravidez foi menos valorizada. **Os médicos devem procurar entender os valores que seus pacientes mantêm em relação à fertilidade, cirurgia, esterilização e métodos contraceptivos não permanentes.** A **integração dessa abordagem ao treinamento médico** ajudará a garantir a consideração precoce da autonomia do paciente na tomada de decisão reprodutiva. (ACOG, 2021. P. e171. Tradução livre. Grifou-se)

Nesse contexto, tais requisitos para o acompanhamento multidisciplinar seriam em parte supridos pela cartilha em questão, o que já auxiliaria na busca pela imparcialidade. Caberia, portanto, aos profissionais de saúde explicar o que for necessário, tirar as dúvidas remanescentes, além de acolher e analisar as possíveis peculiaridades presentes nos casos concretos.

Como supracitado, a cartilha foi inspirada em um modelo que fora distribuído em Brasília, contudo o projeto foi restrito à região e não há registro de planos de expansão e uniformização em nível nacional.

Ressalta-se que um material como esse não teria custos expressivos para o Estado e poderia, inclusive, ser distribuído de forma digital para as pessoas que possuem acesso a *smartphones* e computadores e já seria de enorme contribuição na disseminação do conhecimento necessário.

Também é válido salientar a importância de que seja realizado um treinamento com os profissionais de saúde para que estes saibam a maneira apropriada de conduzir a situação. Ademais, é importante que esse acompanhamento seja organizado, por exemplo, na forma de reuniões mensais, onde as interessadas possam ter a explicação da cartilha e as principais dúvidas sejam tiradas, sempre com a possibilidade de agendar o atendimento individual quando necessário. Uma logística como essa facilitaria o processo para ambas as partes, sem prejudicar a transmissão de informação.

5. ANÁLISE EMPÍRICA DOS EFEITOS DA LEI 14.443/22

Para analisar os efeitos práticos das alterações trazidas pela Lei 14.443/22 foram realizadas uma série de entrevistas com os profissionais de saúde que participam dos procedimentos necessários para realizar laqueaduras pelo SUS, desde a manifestação de vontade, que normalmente ocorre nos Postos de Saúde, até a efetivação dos procedimentos que ocorrem nas maternidades.

Foram ouvidos médicos, enfermeiras e assistentes sociais e coordenadores dos postos de saúde Hélio Goes Ferreira, localizado no bairro Sapiranga, e Humberto Bezerra, localizado no bairro Antônio Bezerra. Por ausência de profissional nos postos de saúde onde foram feitas as entrevistas, não foram ouvidos psicólogos que, via de regra, também devem participar do processo.

Além disso, participaram da pesquisa um médico e uma enfermeira do Hospital São Camilo, que faz parte da rede de hospitais privados que realizam atendimentos pelo SUS.

Todos os participantes da pesquisa participaram de forma livre e esclarecida e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que consta no Anexo 2 deste trabalho.

5.1 Impressões gerais

Primeiramente é válido ressaltar que a Lei 14.443/22, no geral, foi elogiada e considerada um grande avanço por todos os profissionais de saúde ouvidos.

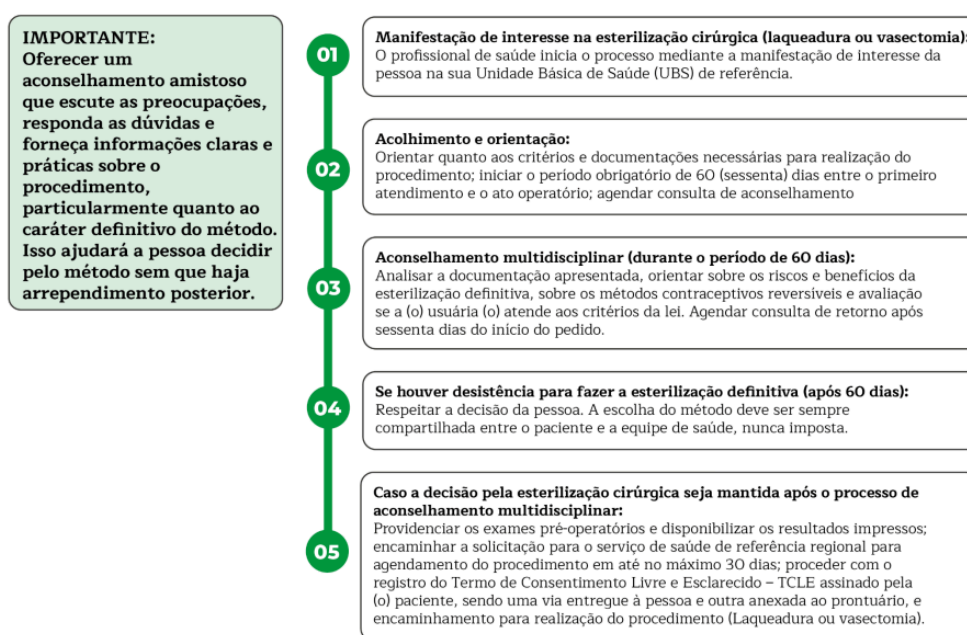
Todos ressaltam que antes da referida mudança legislativa não existia um procedimento padrão a ser seguido, que cada Unidade Básica de Saúde (UBS) definia qual procedimento estabelecia, o que muitas vezes não cumpria as exigências da maternidade, que também estabelecia internamente o que exigiria. Isso fazia com que muitas mulheres não conseguissem realizar o procedimento no ato do parto e, na maioria das vezes, acabavam desistindo de fazer em momento posterior.

Após a mudança legislativa as Secretarias de Saúde Municipal e Estadual regulamentaram o procedimento a partir de uma nota técnica e de um livro eletrônico que contém diretrizes de cuidado à saúde reprodutiva, respectivamente, ambas direcionadas aos profissionais de saúde.

A Nota Técnica XX/2023, emitida pela Secretaria de Saúde de Fortaleza, Anexo 3 deste trabalho, foi essencial em termos de regulamentar o procedimento padrão para acesso à laqueadura. Nela consta um resumo da Lei 9263/96 e das alterações trazidas pela Lei 14443/22, explicação do que se trata o procedimento, quais os critérios legais para a realização, quais os documentos necessários para a solicitação, qual fluxo a ser seguido, por gestantes e por não gestantes, além disso traz uma série de recomendações a serem seguidas e determina as informações que devem ser passadas no momento do aconselhamento. Além disso, traz a lista de exames necessários para realizar o procedimento, a ficha de encaminhamento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Já o Livro Digital de Diretrizes em Cuidado à Saúde Reprodutiva, emitido pela Secretaria de Saúde do Ceará, fala sobre saúde reprodutiva, os marcos legais do tema, planejamento familiar, define detalhadamente cada um dos métodos contraceptivos disponíveis, medicamentos e insumos para saúde reprodutiva. Ademais também traz ações preventivas de saúde das pessoas com IST's e uma série de orientações destrinchadas por grupos específicos, abordando: jovens e adolescentes, homens, pessoas LGBTQIA+, pessoas privadas de liberdade e mulher adulta, no Climatério, Negra, Indígena e com Deficiência. Além disso, o documento explica detalhadamente como deve ser o procedimento de esterilização cirúrgica, apresentando o seguinte fluxograma:

FIGURA 1 - Fluxograma para a realização do procedimento de esterilização cirúrgica



Tal regulamentação foi de grande valia para a concretização do direito ao acesso à laqueadura, uma vez que padronizou os procedimentos e documentações necessários, o que fez com que muitas mulheres que antes não conseguiriam concretizar sua vontade agora consigam fazer a cirurgia.

Ressalta-se que nenhum dos locais onde foram realizadas as entrevistas quantifica a quantidade de mulheres interessadas no procedimento nem fazem um acompanhamento posterior que permita aferir quantas de fato conseguem realizá-lo. Também não existem dados em relação à faixa etária, raça ou escolaridade dessas mulheres.

Nos tópicos abaixo estará o relato com os pontos mais importantes das entrevistas realizadas nos equipamentos de saúde pública supramencionados.

5.2 Entrevistas no posto de saúde hélio goes ferreira

Na primeira UBS, foram feitas entrevistas com o coordenador da equipe e com um médico da família.

O coordenador do posto relatou que existe uma alta demanda pelo procedimento. Ressaltou que a maior dificuldade que persiste após a lei é em relação à estrutura das maternidades para realizar o procedimento no ato do parto. Muitas mulheres saem do posto com toda a documentação necessária, cumprindo todos os requisitos, mas retornam após o parto relatando que a maternidade mandou que elas voltassem quarenta e cinco dias depois para realizar o procedimento de forma autônoma. O entrevistado ainda disse que a minoria dessas mulheres de fato retornam para realizar o procedimento quando não conseguem fazer no ato do parto.

Nesta unidade básica de saúde não são realizadas sessões de aconselhamento com psicólogos e assistentes sociais, essas informações são repassadas diretamente pelo médico(a) e o enfermeiro(a) responsável pelo pré-natal.

Já o médico entrevistado diz que, de acordo com sua experiência pessoal, diria que a média de pacientes interessadas é entre vinte e cinco e trinta anos que já têm mais de dois filhos, diz que não recebe uma quantidade expressiva de mulheres com menos de vinte e um anos interessadas em realizar o procedimento.

O profissional relatou que o fato do processo ser muito “físico” uma vez que todos os termos, exames e documentos são impressos, às vezes atrapalha o procedimento, uma vez que as interessadas muitas vezes perdem os papéis ou, por estarem com pressa devido ao trabalho de parto, acabam esquecendo de levar para a maternidade.

Ademais, fez a ressalva de que a maioria dos partos são feitos por via vaginal e que, por conta disso, a maioria das mulheres acabam não conseguindo fazer o procedimento no ato do parto e são orientadas a retornar após quarenta e cinco dias para fazer o procedimento. Disse que a maioria não retorna por não querer passar por outra recuperação, principalmente enquanto cuida do filho recém-nascido.

5.3 Entrevistas no posto de saúde humberto bezerra

Já na segunda UBS, foram feitas entrevistas com um médico da família, uma assistente social e uma enfermeira.

Todos afirmaram que o perfil das interessadas é bem diversificado. Disseram que após a lei uma quantidade maior de mulheres mais jovens e sem filhos buscaram o procedimento, mas que o número não é expressivo. Dizem que a maior parte das mulheres têm entre vinte e cinco e trinta e cinco anos e possuem mais de três filhos. Além disso, relataram que a maioria das interessadas estão grávidas, mas que a quantidade de mulheres não grávidas aumentou após a nova Lei.

Todos também foram unânimes ao afirmar que após a lei houve um aumento considerável na quantidade de laqueaduras realizadas. Além disso, quando questionados sobre o direito da gestante sobre escolher sua via de parto, especialmente em situações de interesse pela realização da laqueadura, relataram que na prática essa escolha é do médico, que sempre prioriza o parto vaginal.

Ademais, nos casos em que a mulher não consegue fazer o procedimento no ato do parto, elas precisam passar pelo processo de aconselhamento novamente e colher as assinaturas. Contudo, não é mais necessário aguardar os sessenta dias, uma vez que a primeira data da manifestação de vontade é válida para cumprir os requisitos da Lei. Normalmente a maternidade só deixa marcar o procedimento após quarenta e cinco dias, devido ao período de resguardo.

O processo de aconselhamento dessa unidade se dá em reuniões em grupo, que ocorrem uma vez por mês. Essa prática começou após a entrada em vigor da nova Lei e participam da reunião a enfermeira, a assistente social e a psicóloga do posto. Segundo a enfermeira e a assistente social, que foram entrevistadas para para essa pesquisa, na reunião é explicado, detalhadamente, o que é a laqueadura e a vasectomia, inclusive se só tiver mulheres presentes. Isso é feito para tentar sensibilizar as pessoas de que a responsabilidade de contracepção não é apenas da mulher, que o homem também pode fazer a vasectomia que, inclusive, é procedimento mais simples, com menos risco e que tem uma taxa de efetividade maior. Além disso, elas destacam que mitos são desmistificados, especialmente um muito comum de que a vasectomia causa impotência sexual.

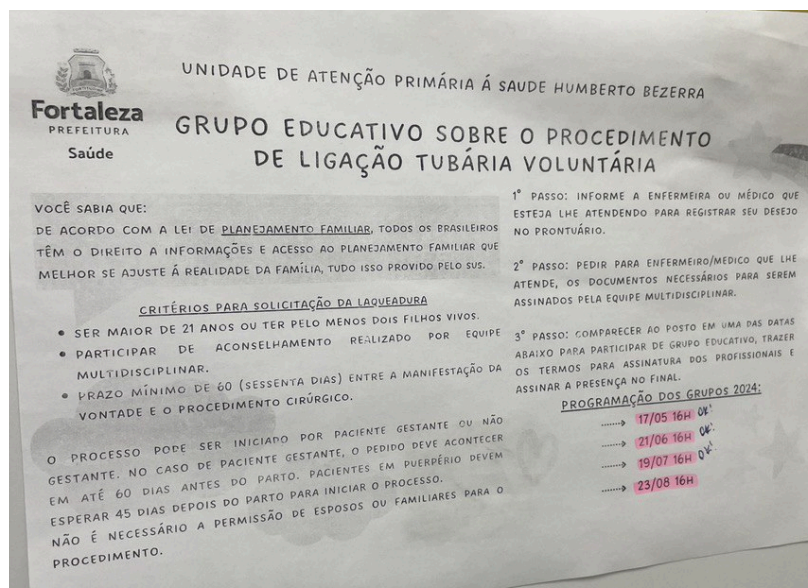
Ademais são explicados todos os métodos contraceptivos, expondo os níveis de eficácia, disponibilidade no SUS, vantagens e desvantagens, destacando quais são os reversíveis. Também são informados todos os documentos e exames necessários e tudo que a pessoa já tem em mãos é conferido, sendo feita uma lista do que ainda é necessário ser feito ou corrigido, diminuindo a possibilidade de insucesso por erro documental.

Ressalta-se que é um procedimento cirúrgico, que tem riscos e que, apesar de estar com toda a documentação necessária e cumprir todos os requisitos, especialmente em casos de laqueadura imediatamente pós-parto, podem haver complicações que contra indiquem a realização do procedimento, o que faz com que elas não consigam fazer a esterilização naquele momento.

Além disso, elas destacam que o procedimento não protege contra IST's e que é necessário continuar usando preservativo para prevenir contra essas infecções. O momento também é de tirar dúvidas remanescentes, esclarecendo tudo que é necessário para que a mulher tome a decisão que melhor se encaixe na sua realidade, de maneira informada. Caso necessário, podem ser marcadas sessões individuais com as profissionais, que farão um aconselhamento personalizado.

As pessoas interessadas em fazer o procedimento manifestam sua vontade para o médico(a) ou enfermeiro(a) que esteja lhe acompanhando, recebem os documentos necessários e são avisadas das datas da próxima reunião. Na parede da UBS tem o seguinte informativo fixado:

FIGURA 2 - Informativo a respeito das reuniões mensais de aconselhamento em grupo



FONTE: ARQUIVO PESSOAL

Nesse contexto, o médico entrevistado ressaltou que antes da lei eles registravam o interesse e informaram para o ambulatório de planejamento familiar. Após isso, tinham que aguardar uma resposta com a autorização, que na maioria das vezes não chegava antes do parto. Disse que esse era o procedimento seguido naquele posto, mas que não sabia informar se era algo unificado. Por isso, muitas vezes só conseguia fazer a laqueadura quem tinha um “contato privilegiado”. Ressaltou que isso era muito utilizado em período eleitoral, que muitos vereadores conseguiam esterilização para mulheres em troca de votos. Em contrapartida, disse que hoje não ver mais isso acontecendo, pois como tem um procedimento, que funciona, a ser seguido, elas não precisam mais se submeter a isso.

5.4. Entrevistas no hospital são camilo

Por fim, foram realizadas entrevistas com uma enfermeira e um médico no hospital São Camilo.

Ambos os profissionais afirmam que a maior parte das mulheres que realiza a laqueadura tem entre trinta e trinta e cinco anos e mais de dois filhos. Relatam que todo o processo ocorre no posto de saúde e elas apenas levam tudo, no dia do parto ou do procedimento, para o hospital. São exigidos documentos pessoais, exames e o

encaminhamento para a realização do procedimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quando questionados sobre a quantidade de mulheres que consegue fazer o procedimento pós parto vaginal ambos disseram que a minoria consegue, por desconhecimento do médico plantonista sobre a técnica periumbilical, escolhida pela Secretaria de Saúde de Fortaleza como técnica adequada, conforme nota técnica constante no Anexo 3 deste trabalho. A enfermeira ressaltou que depende do plantonista disponível no dia do parto, se ele souber fazer e estiver tudo certo com a documentação o procedimento é feito, caso contrário, não é.

Já em relação ao parto cesáreo, ambos afirmaram que a maioria consegue fazer, a não ser que levem os documentos necessários ou o termo tenha sido assinado a menos de sessenta dias.

No que tange à via de parto, ambos disseram que a escolha final deve ser da gestante, mas o parto vaginal é incentivado. O médico ressaltou que, em decorrência da nova Lei, o número de partos cesáreos aumentou muito, pois as parturientes preferem passar pelo parto cirúrgico do que parir por via vaginal e se submeter posteriormente a um procedimento cirúrgico. O profissional ressaltou que considera essa situação lamentável pois vai contra as diretrizes do SUS e as políticas de saúde da mulher, que prezam pelo parto normal.

5.5. Resultados e discussões

Primeiramente é interessante constatar que o aumento notado pelos profissionais no número de laqueaduras realizadas se confirma quando confrontado com os dados levantados pelo Ministério da Saúde, que apontam um aumento de 80,77% no número de laqueaduras e de 40,63% no número de vasectomias se comparado o ano de 2023, primeiro ano de vigência da Lei, com o ano de 2022 (Pereira, 2024). Tal aumento tão expressivo mostra o quanto essas cirurgias estavam represadas, o que revela o cerceamento da autonomia reprodutiva dessas mulheres.

Além disso, ao longo das entrevistas ficou bem claro que os profissionais de saúde têm uma visão positiva da mudança legislativa, que consideram que ajudou bastante a concretizar a autonomia reprodutiva de mulheres que têm interesse em fazer a laqueadura.

Com certeza o maior destaque positivo, especialmente nas entrevistas nos postos de saúde, foi o fato de ter havido a padronização do procedimento. É unânime que, apesar de a Lei 14.443/22 não estabelecer essa obrigação, as Secretarias de Saúde, se viram obrigadas a não só informar das mudanças, mas também regulamentar o trâmite, o que foi um efeito colateral muito positivo.

Além disso, a prática das reuniões em grupo por algumas UBS foi um destaque muito positivo na pesquisa. Contudo, vê-se a necessidade de maior difusão da prática. Além disso, faz-se necessária a distribuição de um material de apoio, como o Anexo 1 deste trabalho, que as mulheres possam levar para casa e refletir sobre sua tomada de decisão, uma vez que se tratam de muitas informações, por vezes complexas, que demandam uma atenção maior, tendo em vista a importância da escolha.

Uma ressalva importante a ser feita é que a reunião do mês de agosto não ocorreu, uma vez que a psicóloga da unidade foi desligada. Tal fato chama atenção da necessidade de que haja um compromisso com a realização de tais reuniões, para que não haja um atraso no processo das interessadas. Ressalta-se que a participação das três profissionais não é obrigatória, caso não estejam disponíveis duas profissionais já seriam o suficiente para realizar o aconselhamento.

Já no que tange às dificuldades, foi muito frisado que durante partos vaginais é muito baixo o número de mulheres que conseguem realizar o procedimento. Certamente o método pós cesária, ou a partir de um corte muito semelhante ao de uma cesárea, é a técnica mais difundida entre os obstetras, que não costumam dominar a técnica periumbilical, definida pela Secretaria de Saúde de Fortaleza como a técnica adequada pós parto vaginal.

Tal situação precisa urgentemente de uma intervenção, seja no sentido de treinamento dos especialistas para a realização da técnica prescrita ou na mudança da escolha pelo método umbilical. O fato é que a situação atual faz com que muitas mulheres tenham seu direito de realizar a laqueadura no pós parto imediato tolhido, o que não pode ocorrer.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser mãe certamente é uma das experiências mais transformadoras da vida de uma mulher, mudando radicalmente seus costumes, sua forma de ver o mundo e sua rotina. É também uma das maiores responsabilidades que alguém pode assumir: a de criar um novo ser humano, que vai crescer e impactar a sociedade. Portanto, cabe apenas a ela decidir se quer, ou não, passar por todas essas mudanças, assumir essas responsabilidades e viver essa experiência, não sendo justo que exista tamanha pressão social e empecilhos jurídicos e médicos para exercer esse direito: o de ter autonomia sob o próprio corpo e a própria vida.

Ao longo desta monografia, buscou-se analisar os efeitos da Lei 14.443/2022 na autonomia reprodutiva feminina, com foco no processo de esterilização voluntária. A pesquisa revelou que, embora a referida lei tenha trazido avanços significativos, ainda há desafios a serem enfrentados.

Foi feita uma análise crítica de como foi tratada a esterilização voluntária no Brasil, desde antes da promulgação da Lei 9.263/96, durante o seu vigor e após a promulgação da Lei 14.443/22. Destaca-se que a primeira lei veio como um grande avanço, tendo em vista a banalização e a utilização política da prática da laqueadura que se fazia muito presente na realidade brasileira. Contudo, sofreu inúmeras críticas, especialmente no que tange à requisição de autorização do cônjuge, à idade mínima de vinte e cinco anos, à exigência de dois filhos vivos e à vedação de realização do procedimento no ato do parto. Nesse contexto, foi promulgada a nova lei, que alterou todos esses pontos.

Indubitavelmente a retirada da exigência de autorização do cônjuge representou um grande avanço em termos de autonomia, uma vez que centra a discussão sobre o corpo da mulher na sua própria decisão, sem vinculá-la à autorização de um terceiro.

Além disso, a nova lei também foi muito precisa ao permitir a realização do procedimento no ato do parto, vinculando a possuir sessenta dias de antecedência em relação à manifestação de vontade e exigindo um acompanhamento multidisciplinar. Desse modo evita-se decisões de impulso e são dados meios próprios para que a mulher tenha as informações necessárias para que ela exerça sua autonomia e tome uma decisão informada.

Contudo, entende-se que a redução da idade mínima não foi suficiente, uma vez que a definição em vinte e um anos não acompanhou a maioria civil, como deveria ocorrer, e nem veio acompanhada de uma justificativa científica plausível para essa definição.

Entende-se, portanto, que a decisão foi motivada pela presença marcante dos ideais de paternalismo estatal e maternidade compulsória, muito presentes em nossa sociedade e nas esferas decisórias do país, majoritariamente compostas por homens. Ressalta-se que atualmente a Ação Direta de Inconstitucionalidade 5911, que versa sobre o tema, está aguardando julgamento e pode traçar novos rumos para a lei, especialmente em relação à tal definição de idade.

Nesse contexto, destaca-se que a banalização da esterilização voluntária é um fenômeno perigoso, pois a decisão de se submeter a esse procedimento envolve uma complexa intersecção de fatores como gênero, classe, raça e deficiência. Essas variáveis influenciam profundamente as experiências e escolhas das mulheres, tornando-as alvos potenciais de políticas de controle reprodutivo que não consideram suas particularidades.

No entanto, a solução para combater essa banalização não deve ser a restrição da escolha dessas mulheres, como se elas, principalmente as que estão em situação de vulnerabilidade, não possuíssem discernimento suficiente para tomar decisões sobre seus próprios corpos. A possível solução reside em garantir que essas mulheres sejam devidamente informadas sobre seus direitos e as diversas opções contraceptivas disponíveis, para que possam fazer escolhas reprodutivas autônomas e conscientes. A atual legislação, de fato, prevê essa abordagem informativa, mas, na prática, a aplicação desse princípio muitas vezes é negligenciada.

Destaca-se também sobre as manipulações demográficas, muito presentes no cenário mundial e brasileiro, indo contra o compromisso com os Direitos Fundamentais, que prezam pela autonomia reprodutiva do ser humano. Nesse sentido, a vedação legal à utilização da laqueadura como meio de controle demográfico é essencial para evitar que essa manipulação ocorra.

Contudo, para que a autonomia seja, de fato, concretizada, só existe uma forma: informar as mulheres dos seus direitos, dos métodos contraceptivos possíveis e de todas as informações necessárias sobre a laqueadura, para que elas sejam capazes de tomar uma decisão informada e consciente sobre a realização da cirurgia, sem que o Estado e os profissionais de saúde façam essa escolha por elas.

Para que tal informatização ocorra são sugeridas duas vias, que devem ser usadas de forma concomitante. A primeira é a entrega de cartilhas informativas, para evitar que as

informações essenciais sejam passadas enviesadas e para que elas possam levar para suas casas, reler e refletir sobre as informações ali contidas. A segunda solução já é realizada em algumas UBS, mas precisa ser difundida, que é a realização de reuniões em grupo de explicação e aconselhamento sobre o tema. Nessa reunião a cartilha seria explicada e as dúvidas seriam esclarecidas.

Nesse contexto, para analisar com maior profundidade o tema, foram feitas entrevistas com uma série de profissionais de saúde. No geral a Lei 14.443/2022 foi muito elogiada e o avanço proporcionado por ela foi reconhecido, merecendo destaque o efeito colateral da lei de ter feito com que as Secretarias de Saúde regulamentassem o procedimento burocrático necessário para realizar a laqueadura, o que foi um dos fatores que mais contribuiu para a melhora sentida após a Lei.

Porém, é importante destacar que muitas mulheres ainda não conseguem efetivar seu direito, especialmente por dois motivos: o paternalismo médico e a baixa difusão da técnica definida pelos órgãos competentes para a realização de laqueadura pós parto vaginal.

No que tange ao paternalismo médico, especialmente na objeção de consciência muitas vezes consequência disso, faz-se necessária a atenção do CFM para regulamentar a transferência obrigatória da paciente para médicos que aceitem realizar o procedimento e para treinar os médicos no que concerne à prática ética da profissão de maneira a não tentar impor concepções pessoais a seus pacientes e a passar as informações necessárias da forma mais imparcial possível, respeitando a decisão tomada pela mulher.

Já no que tange ao método escolhido, é necessária uma análise técnica quanto a isso. Várias podem ser as soluções, como a atuação na difusão da técnica escolhida ou a mudança da escolha da técnica. Porém não se pode manter a situação como está, ignorando o fato de atualmente ser um empecilho à realização do procedimento, o que não deveria ocorrer.

Em conclusão, a Lei 14.443/22 traz avanços importantes na proteção dos direitos reprodutivos no Brasil, representando mais do que apenas um ajuste na legislação, mas também um avanço social na compreensão e promoção da igualdade de gênero e da autonomia pessoal na tomada de decisões reprodutivas, fortalecendo a autonomia das mulheres e ampliando suas opções em relação ao planejamento familiar. No entanto, os desafios persistem, especialmente na busca por um equilíbrio adequado entre proteção legal e garantia plena dos direitos individuais.

REFERÊNCIAS

ACOG - American College Of Obstetricians And Gynecologists. **Access to Postpartum Sterilization**. *Obstetrics & Gynecology*, [S.L.], v. 137, n. 6, p. e169-e176, 24 mar. 2021. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2021/06000/access_to_postpartum_sterilization__acog_committee.41.aspx>. Acesso em: 18 de agosto de 2024.

AGUIAR, Valéria. **Censo 2022: mulheres são maioria em todas as regiões pela primeira vez**. Agência Brasil. 2023. Disponível em: <[https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-10/censo-2022-mulheres-sao-maioria-em-todas-regioes-pela-primeira-vez#:~:text=N%C3%A3o%20falta%20mais%2C%20segundo%20o,48%2C5%25\)%%20s%C3%A3o%20homens.>](https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-10/censo-2022-mulheres-sao-maioria-em-todas-regioes-pela-primeira-vez#:~:text=N%C3%A3o%20falta%20mais%2C%20segundo%20o,48%2C5%25)%%20s%C3%A3o%20homens.>)>. Acesso em: 14 de junho de 2024.

BRANDELLI, Isadora Laís. **Aqui Mora O Amor**. 2019. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Aqui-Mora-Amor-Isadora-Entende-ebook/dp/B07NGZHF99>. Acesso em: 29 de agosto de 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 de maio de 2024.

BRASIL. **Estatuto da criança e do Adolescente: LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990**. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em 18 de agosto de 2024.

BRASIL. **Lei Maria da Penha: LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006**. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em 14 de julho de 2024.

BRASIL. **Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. Lei Nº. 10.406, 10 de janeiro de 2002. Institui o **Código Civil**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. **Lei Nº 14.443, de 2 de setembro de 2022**. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qice.def>. Acesso em: 23 de agosto de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde do. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais: Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. Caderno nº 2 nº 2. Brasília: Secretaria de atenção à saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 28 de maio de 2024.

CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado do. **Diretrizes para o cuidado à saúde reprodutiva**. 2024. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/05/Diretrizes_Cuidado_Saude-Reprodutiva_-_Ficha_Catalografica.pdf. Acesso em: 24 de agosto de 2024.

CFM - Conselho Federal de Medicina. CEM - **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf> Acesso em: 18 de agosto de 2024.

CFM - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.284, de 24 de maio de 2021. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2284_2020.pdf Acesso em: 22 de agosto de 2024.

CREMEC - Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. Parecer CREMEC n.º 4/2023, de 8 de maio de 2023. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/CE/2023/4_2023.pdf Acesso em: 22 de agosto de 2024.

CONGRESSO NACIONAL. **Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito**. Brasília, 1993. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/RF_CPMI_esterilizacao_mulheres_1993.pdf?sequence=7&isAllowed=y. Acesso em: 28 jul 2024.

COSTA, Ana Maria. **Vista do Planejamento Familiar no Brasil**. 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/416. Acesso em: 04 de julho de 2024.

COSTA, Marli Marlene Moraes da; SOARES, Etyane Goulart. **BIOPOLÍTICA E CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS: um debate sobre maternidade compulsória e aborto**. Revista Húmus, v. 12, n. 35, 12 mai 2022. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/17717>. Acesso em: 24 jul 2024.

CUNHA, Beatriz Andrade Gontijo da. **O direito ao próprio corpo no procedimento de laqueadura como expressão do livre desenvolvimento da personalidade e autonomia privada**. 2022. 137 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/37553/1/DireitoPr%c3%b3prioCorpo.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2024

FOGAÇA, Fernando de Lima; VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Apontamentos Acerca da Lei de Esterilização Voluntária no Brasil**. 2023. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/arquivos/2024/4/384BD0963A3E94_artigoFernandoFogacaedraTereza.pdf. Acesso em: 18 de junho de 2024.

GALLI, Beatriz ; ROCHA, Helena. **Direitos Sexuais e Reprodutivos, Autonomia Reprodutiva, Política e (des) respeito ao Princípio da Laicidade**. São Paulo, 2014. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8307382/mod_resource/content/1/GALLI%20e%20ROCHA_DS%20e%20DR_politica%20principio%20laicidade.pdf. Acesso em: 28 de maio de 2024.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

MAINENTI, Mariana. **Justiça em Números aponta sub-representação feminina e de pessoas negras na magistratura** - Portal CNJ. 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/justica-em-numeros-aponta-sub-representacao-feminina-e-de-pessoas-negras-na-magistratura/#:~:text=Em%20um%20paralelo%20com%20a,magistratura%2C%2059%2C7%25.>>. Acesso em: 14 de junho de 2024.

MARTINS, J. R. .; COSTA , J. C. L. .; MANTOVANI, E. R. **Elective cesarean section and adverse effects for the neonate**. Research, Society and Development, [S. l.], v. 12, n. 7, p. e2412742324, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i7.42324. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42324>. Acesso em: 19 de agosto de 2024.

MOEN, Elizabeth. **Women's Rights and Reproductive Freedom**. *Human Rights Quarterly*, vol. 3, no. 2, 1981.

MORI, Natalia. **Como fica a representação feminina no Congresso Nacional a partir de 2023?**. Brasil de Fato. 2022. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2022/10/05/como-fica-a-representacao-feminina-no-congresso-nacional-a-partir-de-2023>>. Acesso em: 14 de junho de 2024.

MOTTA, Gabriel. **Ana Paula Padrão se justifica após decisão polêmica de não ter filhos: “Não quero”**. 2023. Contigo! Disponível em: <<https://contigo.com.br/noticias/famosos/ana-paula-padrao-se-justifica-apos-decisao-polemica-de-nao-ter-filhos-nao-quero.phtml>>. Acesso em: 24 jul. 2024.

NOVO, Benigno Núñez. **Dignidade da pessoa humana: em que consiste?**. Disponível em: <<https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/direito/dignidade-da-pessoa-humana-em-que-consiste.htm>>. Acesso em: 28 de maio de 2024.

OLIVEIRA, Geovana. **Mulheres enfrentam recusas médicas para fazer laqueadura**. Folha de S.Paulo. 2024. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2024/04/medicos-discordam-da-lei-e-se-recusam-a-fazer-laqueadura-em-mulheres-com-mais-de-21-anos.shtml>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

PAGNO, Marina. **SUS faz 300 mil laqueaduras em 4 anos, mas mulheres citam dificuldades e falta de apoio**; nova regra diminui exigências. G1. Disponível em: <<https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/03/12/sus-faz-300-mil-laqueaduras-em-4-anos-mas-mulheres-citam-dificuldades-e-falta-de-apoio-nova-regra-diminui-exigencias.ghtml>>. Acesso em: 26 jul. 2024.

PAULA, Ana Carolina de Souza; FERREIRA, Isabella Venturini de Abreu; REQUEIJO, Márcio José Rosa. **Nova Lei sobre laqueadura tubária no Brasil e seus efeitos sociais: uma revisão de literatura**. Research, Society and Development, [S. l.] , v. 6, pág. e12112642132, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i6.42132. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/42132>>. Acesso em: 18 de junho de 2024.

PEREIRA, Raquel. “Sempre soube que não queria ser mãe”, diz jovem de 22 anos laqueada; esterilização voluntária entre mais novos cresce no Brasil. O Globo. 2024. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2024/07/17/cresce-no-brasil-a-procura-de-jovens-para-laqueadura-e-vasectomia-afirmam-medicos-entenda.ghtml>>. Acesso em: 24 ago. 2024.

PILAR, Ana Flávia. **Parto normal: taxa de cesáreas segue em alta no Brasil, entenda os motivos**. O Globo. 2024. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2024/05/06/parto-normal-taxa-de-cesareas-segue-em-alta-no-brasil-entenda-os-motivos.ghtml>>. Acesso em: 22 ago. 2024.

PORCHAT, Fábio. **Para uma relação amorosa ser boa ela não precisa ser pra sempre (...)**. Instagram. 2023. Disponível em <<https://www.instagram.com/p/CnXpPg2tSa2/>>. Acesso em 18 de agosto de 2024.

RESENDE, Ana Verônica de Sá. **Cartilha de Métodos Contraceptivos** da Unidade Básica de Saúde nº 1 de Planaltina do Distrito Federal. [s.d.]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/177964/Cartilha-sobre-M%C3%A9todos-Contraceptivos_UBS-1-Planaltina-DF.pdf. Acesso em: 19 de agosto de 2024.

REZENDE, Constança ; MARQUES, José. **STF suspende julgamento sobre vasectomias e laqueaduras voluntárias logo após o início; não há data para retomar**. Folha de S.Paulo, 2024. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2024/04/stf-inicia-julgamento-sobre-regras-para-vasectomias-e-laqueaduras-voluntarias.shtml>. Acesso em: 28 jul. 2024.

RFI. **Abortos seletivos impediram o nascimento de 23,1 milhões de mulheres desde os anos 70**. G1- Ciência e Saúde. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/04/25/abortos-seletivos-impediram-o-nascimento-de-231-milhoes-de-mulheres-desde-os-anos-70.ghtml>. Acesso em: 2 ago. 2024.

SANTOS, Franciele Barbos; OLIVEIRA, Lillian Zucolote de; OLIVEIRA, Lourival José de. **Violação a autonomia corporal e reprodutiva da mulher no Brasil: necessidade de reforma da Lei n. 9.263/96**. Conhecimento & Diversidade, Niterói, v. 13, n. 31, p. 42–54 set./dez. 2021. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/conhecimento_diversidade/article/view/8130. Acesso em: 11 de junho de 2024.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da Pessoa Humana**. Belo Horizonte: Editora Fórum. 2016.

SENA, Letícia. **Além de Fábio Porchat, veja famosos que não querem ter filhos**. ISTOÉ Independente. Disponível em: <https://istoe.com.br/alem-de-fabio-porchat-veja-famosos-que-nao-querem-ter-filhos/>. Acesso em: 24 jul. 2024.

SILVA, Sabrina Cristina Queiroz. **Planejamento Familiar ou Esterilização em Massa de Mulheres Negras?: O Relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) de 1993**. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade de Brasília. Brasília, 2018. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/22865/1/2018_SabrinaCristinaQueirozSilva_tcc.pdf. Acesso em: 28 jul. 2024.

SIQUEIRA, Carol. Agência Câmara de Notícias. **Bancada feminina aumenta 18,2% e tem duas representantes trans**. Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/911406-bancada-feminina-aumenta-18-e-tem-2-representantes-trans/>. Acesso em: 14 de junho de 2024.

STABILE, Amanda. **Quem são as mulheres submetidas a laqueadura no Brasil?** Estadão Expresso. 2022. Disponível em:

<<https://expresso.estadao.com.br/naperifa/quem-sao-as-mulheres-submetidas-a-laqueadura-no-brasil/>>. Acesso em: 19 jun. 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **STF recebe nova ação contra dispositivo da Lei do Planejamento Familiar.** Portal STF, 2024. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=375595>>. Acesso em: 28 jul. 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **STF começa a julgar lei que impõe condições para esterilização voluntária.** Portal STF, 2024. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=532534&ori=1>>. Acesso em: 28 jul. 2024.

SZKLARZ, Eduardo. **Nazistas davam medalhas às mulheres que tivessem muitos filhos.** Super Interessante. 2018. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/historia/nazistas-davam-medalhas-as-mulheres-que-tivessem-muitos-filhos>>. Acesso em: 17 de agosto de 2024.

UNFPA. **Meu Corpo me Pertence: Reivindicando o Direito à Autonomia e à Autodeterminação.** Portugal, 2021. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2021-report-br_web_0.pdf. Acesso em 22 de agosto de 2024.

YEUNG, Jessie ; GAN, Nectar. **China diz que está restringindo abortos para promover igualdade de gênero.** CNN Brasil. 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/china-diz-que-esta-restringindo-abortos-para-promover-igualdade-de-genero/>>. Acesso em: 2 ago. 2024.

#27 - **NÃO QUERO SER MÃE**, com Ana Paula Padrão e Thalita Rebouças. Apresentado por: Júlia Faria, Thaila Ayala. Podcast Mil e uma TrETAS, 4 de setembro de 2023. Spotify. Disponível em: <<https://open.spotify.com/episode/27VIIJXMH6JyFKTI6udA64?si=INkkCddETtempKQWIDgsHQ>>. Acesso em: 24 jul 2024.

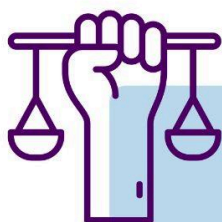
ANEXO 1 - Modelo de cartilha informativa

Guia prático sobre
MÉTODOS
CONTRACEPTIVOS



Apresentação

Planejar se quer ter e quando ter filhos é importante para a saúde e o bem-estar de todos. Esta cartilha ajuda a entender os diferentes métodos para evitar gravidez, os chamados métodos contraceptivos, suas vantagens, desvantagens, possíveis efeitos colaterais e taxa de falha.



IMPORTANTE!

É um direito básico ter acesso à informação sobre como ter ou evitar filhos, sem sofrer discriminação, violência ou constrangimento. **Esteja sempre atento e cobre o acesso aos seus direitos!**



Para começo de conversa...

Quais os tipos de método contraceptivo?

Em relação à permanência

1.

- Reversíveis: A qualquer momento seu uso pode ser interrompido.
- Definitivos: São permanentes e dependem de cirurgia

2.

Em relação ao modo de uso ou meio de ação

- Barreira: Impedem que o espermatozoide entre no útero, formando uma barreira física.
- Hormonais: Alteram os níveis hormonais para prevenir a ovulação e alterar o ambiente do útero.
- Intrauterinos: Dispositivos colocados dentro do útero que liberam hormônios ou usam cobre para impedir a fertilização.
- Naturais: Baseiam-se no cálculo ou observação dos ciclos naturais do corpo para evitar a gravidez.
- Emergência: Usados após uma relação sexual desprotegida para prevenir a gravidez.

Índice de Pearl

Além disso é importante saber que existem estudos que indicam a **taxa de falha** de cada um dos métodos. Atualmente o indicador mais aceito é o Índice de Pearl. Esse índice “mostra a quantidade de pessoas, dentro de um grupo de 100 indivíduos, que engravidaram usando o método indicado na tabela durante 1 ano” (RESENDE, SD. P. 2). **Quanto menor o índice mais efetivo é o método, quer dizer que uma quantidade menor de pessoas engravidou acidentalmente enquanto fazia uso.** Durante a exposição dos métodos contraceptivos a seguir a “taxa de falha” será representada por esse índice.

ANTICONCEPCIONAL	USO		
	Perfeito ou correto	Habitual ou comum	Continuidade (%)
MUITO EFETIVOS			
Implante	0,05	0,05	78
Vasectomia	0,1	0,15	100
Sistema intrauterino de LNG	0,2	0,2	81
Esterilização feminina	0,5	0,5	100
DIU de Cobre	0,6	0,8	78
EFETIVOS			
Lactação e Amenorréia	0,9	2,0	(*)
Injetáveis mensais	0,3	3	56
Pílulas combinadas	0,3	3	68
Pílulas progestagênicos	0,3	3	68
Anél vaginal	0,3	3	68
Adesivo	0,3	3	68
MODERADAMENTE EFETIVOS			
Condom masculino	2	16,0	53
Abstinência períodos férteis	2 a 5	(*)	51
Diagrama <i>o</i> espermicida	6	16	(*)
POUCO EFETIVOS			
Coito interrompido	4	27	42
Espermicida isolado	18	29	

Fonte: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (2009)

Referências Bibliográficas: 1.WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4ª ed, 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publication/2009/9789241563888_eng.pdf

Quais são as minhas opções?

Abaixo você vai encontrar informações sobre principais métodos contraceptivos disponíveis no SUS.

Métodos Reversíveis

PRESERVATIVO PENIANO

- **Como usar?** Deve ser colocado com o pênis ereto (duro), antes da penetração. Não pode abrir com a boca para não rasgar. Tem que desenrolar o preservativo desde a “cabeça” do pênis até a sua base, segurando a extremidade (a ponta da “camisinha”) para não entrar ar dentro dela. Imediatamente após a ejaculação, o pênis deve ser retirado da vagina ainda com o preservativo, que deverá ser removido somente depois que o pênis tiver completamente fora da cavidade vaginal ou anal.
- **Eficácia:** Índice de Pearl de 2% quando usado corretamente.
- **Como ele pode falhar?** Se não for armazenado da forma correta, se a embalagem estiver danificada, se prazo de validade tiver vencido, se a lubrificação for insuficiente ou se usar dois preservativos ao mesmo tempo.
- **Por que usar?** Protege contra doenças sexualmente transmissíveis, como HIV, HPV, sífilis, e impede gravidez não desejada ou não planejada.
- **Quando não usar?** Se tiver alergia ao material do preservativo ou dificuldade em manter a ereção.
- **Vantagens:** Prático, evita gravidez e protege contra doenças transmitidas pelo sexo.
- **Desvantagens:** Pode rasgar, deslizar para fora do pênis, retardar a ejaculação, pode causar desconforto, reação alérgica ao látex e irritar a vagina.

(RESENDE, SD. P. 3)





PRESERVATIVOS VAGINAIS

- **Como usar?** Deve ser colocado dentro da vagina, de modo que o anel móvel fica próximo ao colo do útero e o anel fixo fique para fora do canal vaginal, recobrendo a parte central da vulva. Não deve ser utilizado com o preservativo masculino, porque o atrito aumenta o risco de rasgar os dois preservativos.
- **Eficácia:** Índice de Pearl de 5% quando usado da forma correta.
- **Como ele pode falhar?** Se não for armazenado da forma correta, se a embalagem estiver danificada, se prazo de validade tiver vencido, se a lubrificação for insuficiente ou se usar dois preservativos ao mesmo tempo.
- **Por que usar?** Protege contra doenças sexualmente transmissíveis, como HIV, HPV, sífilis, e impede gravidez não desejada ou não planejada.
- **Quando não usar?** Se tiver alergia ao material do preservativo ou prolapsos genitais.
- **Vantagens:** Pode ser inserido antes do ato sexual, não depende do pênis ereto (duro), evita gravidez, protege contra doenças transmitidas pelo sexo, e não precisa ser retirado imediatamente após a ejaculação.
- **Desvantagens:** Pode ter uma falha de até 21% se for usado de forma errada, pode ser barulhento e desconfortável se não for inserido da maneira correta.

(RESENDE, SD. P. 3)



COMPRIMIDOS ANTICONCEPCIONAIS

PÍLULA ORAL COMBINADA

- **Como usar?** Devem ser tomadas no primeiro dia da menstruação e sempre no mesmo horário! Podem ser tomadas sem pausa ou com pausa de 4 a 7 dias, de acordo com o tipo de pílula que você estiver tomando. Depois desse intervalo começa uma nova cartela.
- **E se eu esquecer de tomar?** Se tiver passado menos de 24 horas, tomar imediatamente o comprimido esquecido, e o seguinte deve ser tomado no horário habitual. Após 24 horas, tomar os 2 comprimidos esquecidos e os restantes de maneira habitual. Se você tiver esquecido de tomar mais de 2 comprimidos, então precisa fazer uma pausa de 7 dias, utilizando preservativo durante esse período se tiver relação sexual, e depois tomar as pílulas restantes de forma habitual.
- **Eficácia:** Índice de Pearl de 0,2 a 3%
- **Por que usar?** Para evitar gravidez indesejada, regular o ciclo menstrual, entre outros motivos. Depende de cada pessoa e da indicação médica.
- **Quando não usar?** Se você tiver em seu histórico problemas como tromboembolismo venoso ou pulmonar, AVC, infarto do miocárdio, doença valvular complicada, trombofilia, enxaqueca com aura, câncer de mama, hepatite viral ativa, tumor hepático, tabagismo, amamentação, pressão arterial maior do que 140x90 mmHg.
- **Vantagens:** Evita gravidez, pois impede a ovulação, mesmo com doses mais baixas de estrogênio. Pode ser usada desde a adolescência.
- **Desvantagens:** Pode causar enjoo, sangramento inesperado, dor nos seios, dor de cabeça, ganho de peso, acne, redução do libido, depressão, aumenta o risco de tromboembolismo venoso, infarto do miocárdio e, em menor escala, de AVC.

(RESENDE, SD. P. 4)





PÍLULA DO DIA SEGUINTE

PÍLULA ANTICONCEPCIONAL DE EMERGÊNCIA

Como usar? É um comprimido que deve ser ingerido em menos de 72 horas após sexo desprotegido. Quanto mais rápido você tomar a pílula de emergência após fazer sexo sem proteção, melhor será o seu efeito. Isso acontece porque esse tipo de comprimido que contém altas doses de progestagênio, que impede a ovulação e causa alteração no endométrio (revestimento do útero), o que dificulta a gravidez. **NÃO DEVE SER USADO COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO REGULAR.**

Quando usar? Pode ser usado por mulheres ou homens trans se houver relação sexual desprotegida que poderia provocar uma gravidez indesejada. Este método está disponível no SUS como Levonogestrel 0,75 mg, que vem com 2 comprimidos. A dose recomendada para contracepção de emergência é de 1,5 mg de Levonogestrel.

Quando não usar? Se já houver gravidez confirmada.

Vantagens: Se tomar antes de 72 horas depois de fazer sexo desprotegido pode impedir gravidez indesejada ou não planejada.

Desvantagens: Pode causar náuseas, vômitos, dor de cabeça, dor nos seios, mudança no ciclo menstrual, e esse método se torna menos seguro quanto mais tempo você demora para usá-lo.

(RESENDE, SD. P. 5)

MINIPÍLULAS

PÍLULAS DE PROGESTAGÊNIOS

Como usar? É uma pílula só de progestagênio de dose baixa que deve ser usada diariamente, no mesmo horário, sem pausas, mesmo durante eventual sangramento parecido com a menstruação.

Eficácia: Índice de Pearl de 3% a 5% quando usada corretamente.

Quando usar? Durante a amamentação, desde que o aleitamento materno seja exclusivo e o intervalo entre as mamadas seja menor que 8 horas. Para impedir a ovulação, essa pílula atua junto com a prolactina, hormônio que o corpo libera durante a lactação. É indicada também quando a pessoa não pode usar estrogênio. No SUS a minipílula é disponibilizada como Noretisterona e a dose é de 0,35 mg/dia.

Quando não usar? Se tiver amamentando há menos de 6 semanas depois do parto. Se tiver episódio atual de trombose, câncer de mama atual ou há mais de 5 anos e sem reaparecimento, tumores no fígado, utilização de barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato ou rifampicina.

Vantagens: Pode ser usada quando não puder fazer uso de estrogênio. Diminui a cólica, os sintomas de tensão pré-menstrual (TPM), dor nos seios. Seu uso pode ser interrompido a qualquer momento, tem menor risco de trombose, infarto e acidente vascular cerebral (AVC) quando comparada aos anticoncepcionais de estrogênio.

Desvantagens: Pode mudar o ciclo menstrual, pode causar dor de cabeça, enjojo, vômitos, aumento do peso, acne e depressão.

(RESENDE, SD. P. 5)





INJEÇÃO MENSAL ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL MENSAL

Como usar? Deve ser tomada uma injeção por mês. A primeira injeção é aplicada no 1º dia da menstruação. As outras doses são aplicadas de 30 em 30 dias.

Eficácia: Índice de Pearl de 0,05%

Por que usar? Impede a ovulação, o que evita gravidez indesejada ou não planejada. É indicado para quem não quer tomar pílula todos os dias ou utilizar outros tipos de anticoncepcionais combinados. Disponível no SUS como enantato de noretisterona 50mg + valerato de estradiol 5mg.

Quando não usar? Se você tiver em seu histórico problemas como tromboembolismo venoso ou pulmonar, AVC, infarto do miocárdio, doença valvular complicada, trombofilia, enxaqueca com aura, câncer de mama, hepatite viral ativa, tumor hepático, tabagismo, amamentação, pressão arterial maior do que 140x90 mmHg.

Vantagens: : É aplicado apenas uma vez por mês, impede a ovulação, evita gravidez, diminui risco de câncer ovariano e endometrial. Seu uso pode ser interrompido a qualquer momento. Não atrapalha no prazer sexual. O estrogênio utilizado nas injeções mensais é natural diferente dos anticoncepcionais orais combinados, que contêm etinilestradiol.

Desvantagens: Não protege contra doenças transmitidas pelo sexo, pode alterar o ciclo menstrual (deixá-lo irregular, prolongar ou encurtar), pode ocasionar ganho de peso, dor de cabeça, dor nas mamas, tonturas. (RESENDE, SD. P. 6)

INJEÇÃO TRIMESTRAL ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL TRIMESTRAL

Como usar? Deve ser tomada uma injeção a cada 90 dias. A primeira injeção é aplicada no 1º dia da menstruação. As outras doses são aplicadas de 90 em 90 dias.

Eficácia: Índice de Pearl de 0,3%.

Por que usar? Impede a ovulação, o que evita gravidez indesejada ou não planejada. É indicado para quem não quer tomar pílula todos os dias ou utilizar outros tipos de anticoncepcionais combinados. Está disponível no SUS como acetato de medroxiprogesterona 150 mg.

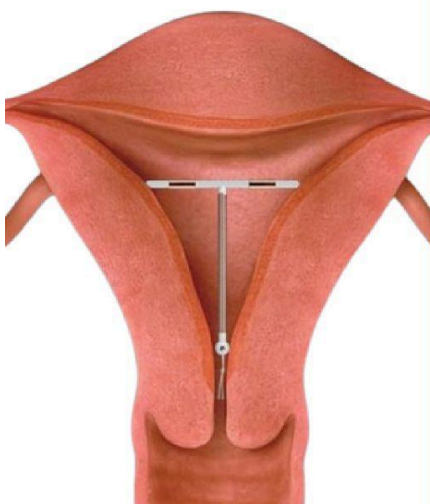
Quando não usar? Se você tiver em seu histórico problemas como tromboembolismo venoso ou pulmonar, AVC, infarto do miocárdio, doença valvular complicada, trombofilia, enxaqueca com aura, câncer de mama, hepatite viral ativa, tumor hepático, tabagismo, amamentação, pressão arterial maior do que 140x90 mmHg.

Vantagens: Contém apenas progestagênicos, que são liberados lentamente no organismo, com duração de dois a três meses. Evita gravidez, possui menor taxa de falhas, é aplicada de forma trimestral (a cada 90 dias), eficácia quase igual à da esterilização, diminui o risco de câncer endometrial, anemia ferropriva, doença inflamatória pélvica e gestação ectópica. Protege contra miomas, alivia a dor associada à endometriose, alternativa a contraindicação ao uso de estrogênio, seguro em pacientes com epilepsia.

Desvantagens: Pode causar sangramento menstrual irregular, ganho de peso, depressão, aumento da sensibilidade mamária, acne e dor de cabeça.

(RESENDE, SD. P. 6)





DIU

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

O DIU é um suporte de plástico coberto com faixas de cobre, que é inserido dentro do útero. Causa reações locais que impedem a fertilização, ou seja, o encontro do espermatozoide com o óvulo e a implantação do embrião no útero. Não é um método abortivo. Não contém hormônios e pode ser colocado em qualquer momento do ciclo menstrual, desde que não haja gravidez. É preciso fazer uma ultrassonografia transvaginal 1 mês depois de colocá-lo para ver a posição do DIU, pois nessa época o risco do corpo expulsar o dispositivo é maior.

- **Como usar?** Ele é um método que precisa ser colocado pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) da Unidade Básica de Saúde.
- **Eficácia:** Índice de Pearl de 0,6%
- **Por que usar?** Evita gravidez e é ideal para quem não pode ou não quer usar anticoncepcionais hormonais.
- **Quando não usar?** Não pode colocar se houver gravidez, doença inflamatória pélvica, doença sexualmente transmissível recorrente ou recente (nos últimos 3 meses), sepse puerperal, após aborto imediato. Também não pode ser usado se tiver algumas deformações no útero, câncer de útero (cervical ou endometrial), alergia ao cobre, sangramento vaginal inexplicado ou doença trofoblástica maligna.
- **Existe algum risco?** Sim! Em raros casos o útero pode ser perfurado durante o procedimento e o organismo pode expulsar o DIU (ocorre entre 2% a 10% das vezes, mais comum no 1º ano da colocação).
- **Vantagens:** Pode ser inserido quando quiser (desde que não haja gravidez), no pós-parto imediato ou 4 a 6 semanas depois do parto, durante a amamentação. Tem efeito duradouro (10 anos) e não tem hormônio. Assim que remove já pode tentar engravidar. Pode ser retirado a qualquer momento do ciclo menstrual, reduz risco de câncer do endométrio (camada mais interna do útero) e pode ser usado após aborto
- **Desvantagens:** Aumenta o fluxo menstrual e as cólicas menstruais, principalmente nos primeiros 6 meses de uso, mas isso costuma diminuir após 1 ano de uso. Risco do corpo expulsar, principalmente no 1º mês de uso, e de perfurar o útero durante a colocação. Não protege contra doenças transmitidas pelo sexo.
- Tem que ficar de olho: É recomendada uma consulta de acompanhamento 3 a 6 semanas após sua inserção. Depois, o acompanhamento é anual.

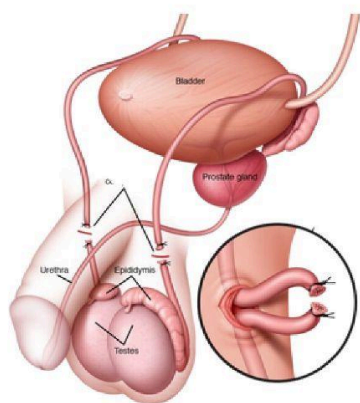
(RESENDE, SD. P. 7)

Métodos Definitivos

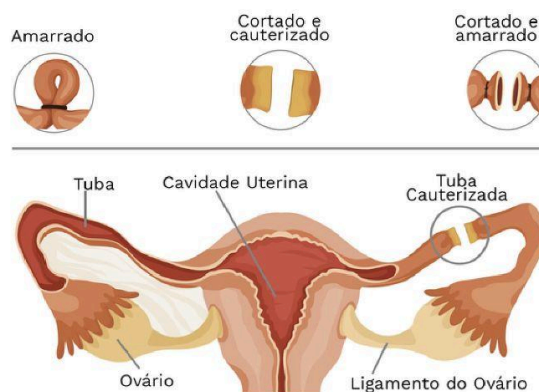
ESTERILIZAÇÃO

LAQUEADURA E VASECTOMIA

- Possível de ser realizado em mulheres ou homens que tenham plena capacidade civil, que sejam maiores de 21 anos ou, pelo menos, dois filhos. Exige um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Durante esse período a pessoa interessada tem direito a um acompanhamento com profissionais capacitados que devem tirar todas as suas dúvidas em relação ao procedimento.
- Para realizar a esterilização será necessária a assinatura de um termo de consentimento, afirmando que entende o que é a cirurgia e o fato de ser definitiva, além de garantir que está buscando por livre e espontânea vontade.
- **Eficácia:** Índice de Pearl da laqueadura é de 0,5% e o da vasectomia é de 0,1%.
- **Por que usar?** Evita gravidez e é ideal para quem não quer ter filhos ou não pretende ter mais filhos.
- **Quando não usar?** Quando houver vontade de, ou alguma dúvida sobre querer, ter filhos no futuro.
- **Existe algum risco?** Sim, como qualquer intervenção cirúrgica, as duas cirurgias apresentam risco de hemorragia, infecção ou lesões em outros órgãos internos.
- **Vantagens:** Não existe a necessidade de ter uma rotina específica para manter a contracepção, uma vez que é uma intervenção cirúrgica definitiva.
- **Desvantagens:** Por ser um método definitivo de contracepção, em caso de arrependimento, pode ser irreversível. Existem cirurgias para reverter a esterilização mas seu sucesso não é garantido.



VASECTOMIA



LAQUEADURA

Referências

RESENDE, Ana Verônica de Sá. **Cartilha de Métodos Contraceptivos** da Unidade Básica de Saúde nº 1 de Planaltina do Distrito Federal. [s.d.]. Disponível em:
https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/177964/Cartilha-sobre-M%C3%A9todos-Contraceptivos_UBS-1-Planaltina-DF.pdf. Acesso em: 19 de agosto de 2024.

REFERÊNCIAS DA CARTILHA ORIGINAL:

DUNCAN, Bruce B; SCHIMIDT, Maria Ines; GIUGLIANI, Elsa R. J. . Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. xvii, 1600p.

FINOTTI, Marta. Manual de anticoncepção / Marta Finotti. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO), 2015. 1.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface (Botucatu)* [online]. 2012, vol.16, n.40, pp.107-120. Epub Mar 06, 2012. ISSN 1414-3283. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>.

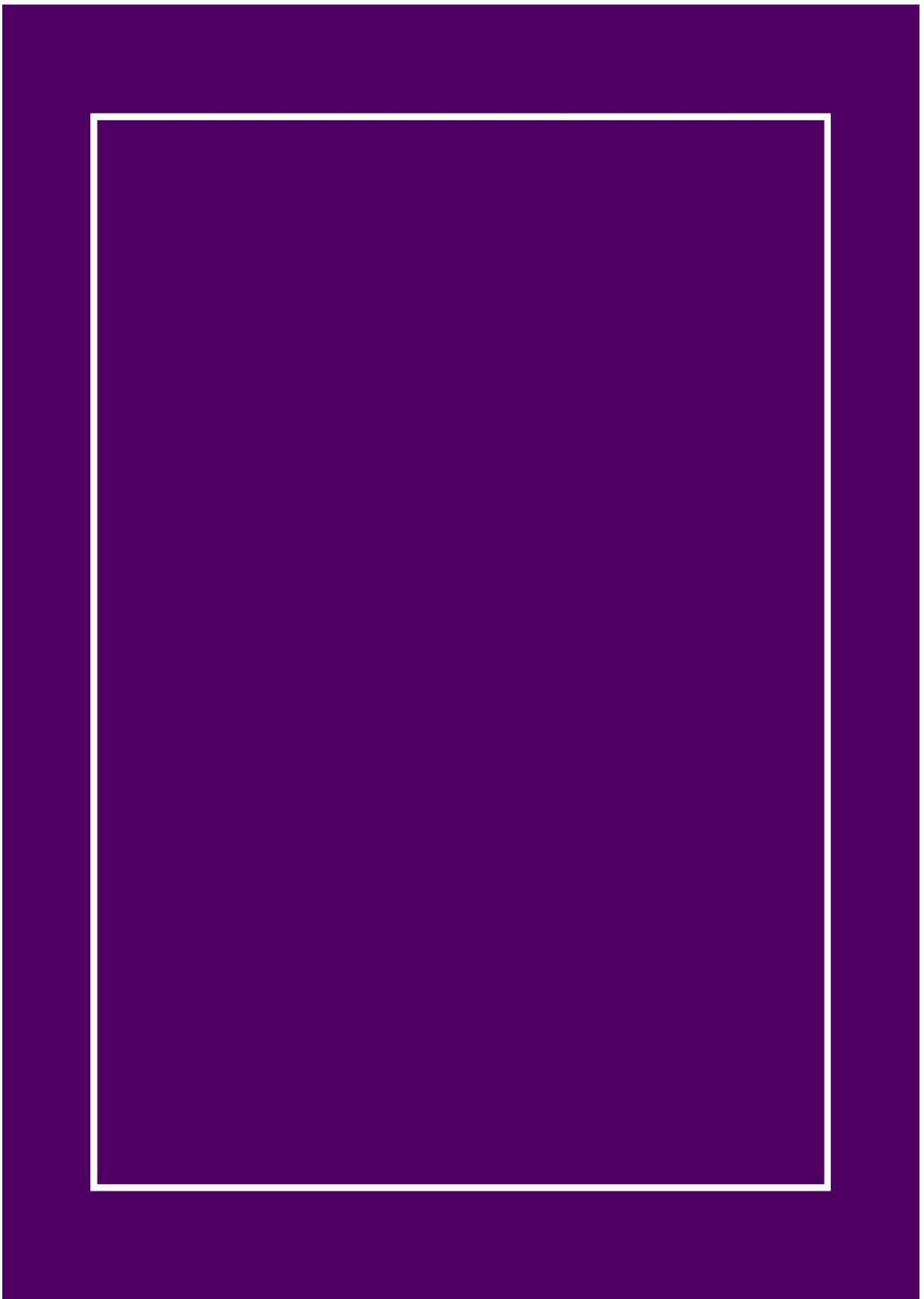
Portal da OMS:

https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Cartilha informativa sobre indicação e uso de DIU de cobre para contracepção do Ambulatório de Saúde do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde: <https://www.mulheres.org.br/cartilha-informativa-sobre-indicacao-e-uso-de-diu-de-cobre-para-contracepcao-ambulatorio-de-saude-do-coletivo-feminista-sexualidade-e-saude/>

Essa cartilha é meramente exemplificativa, para fins de compor o Trabalho de Conclusão de Curso de Carolina Xavier Regis. Foi desenvolvida como forma de atualização da Cartilha de Métodos Contraceptivos da Unidade Básica de Saúde n° 1 de Planaltina do Distrito Federal, no que tange à Esterilização, e usa muitos dos textos presentes no documento original.

REFERÊNCIA: RESENDE, Ana Verônica de Sá. Cartilha de Métodos Contraceptivos da Unidade Básica de Saúde n° 1 de Planaltina do Distrito Federal. [s.d.]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/177964/Cartilha-sobre-M%C3%A9todos-Contraceptivos_UBS-1-Planaltina-DF.pdf. Acesso em: 20 de agosto de 2024.



ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos usado para os participantes da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Os impactos da Lei 14.443/22 na autonomia reprodutiva feminina: Uma análise prática da mudança legislativa no processo de esterilização voluntária.

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido pela estudante de Direito Carolina Xavier Regis, sob responsabilidade e orientação da Prof. Dra. Márcia Correia Chagas, da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará. Trata-se do trabalho de conclusão de curso da referida aluna e possui fins exclusivamente didáticos. O presente documento contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____,
nascido em ____/____/____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo: **Os impactos da Lei 14.443/22 na autonomia reprodutiva feminina: Uma análise prática da mudança legislativa no processo de esterilização voluntária.** Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) A presente pesquisa tem como objetivo estudar a Lei 14.443/22 e seus impactos na liberdade das mulheres de decidirem sobre se querem ou não ter filhos, a quantidade desses filhos e o momento de tê-los, analisando como se dava o processo de esterilização voluntária (procedimento de



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO**

laqueadura/ligação tubária) antes da mudança legislativa e comparando com a situação atual, desde que a lei passou a valer.

- II) A legislação em questão mudou alguns dos requisitos e condições para realização de procedimentos de esterilização voluntária, em homens e mulheres. Além disso, trata também sobre alguns temas relacionados a métodos e técnicas contraceptivas, que não serão alvo do estudo.
- III) A pesquisa se justifica pela necessidade de verificar se as mudanças realizadas por essa lei de fato cumpriram seu objetivo: assegurar o direito à autonomia reprodutiva. Focamos essa pesquisa nas mulheres pois, estatisticamente, é o grupo que mais busca a esterilização voluntária. Além disso, acreditamos que esse público está sujeito a diversas vulnerabilidades/desproteções que também merecem ser analisadas.
- IV) Os possíveis benefícios dessa pesquisa partem da análise da aplicabilidade da lei, podendo gerar possíveis melhoramentos de políticas públicas a respeito desse tema. Já os possíveis riscos moram na possibilidade de algum constrangimento em relação às perguntas realizadas.
- V) Ao escolher participar da pesquisa você tem garantida sua liberdade de, a qualquer momento, desistir ou interromper sua colaboração, sem necessidade de qualquer explicação ou prejuízo.
- VI) Serão mantidos o anonimato e a privacidade dos participantes dessa pesquisa durante todas as suas fases.
- VII) Os resultados desta pesquisa serão mantidos em sigilo, exceto para fins exclusivamente didáticos e de divulgação científica, sem identificação dos participantes;
- VIII) Nenhum participante receberá pagamento pela contribuição na pesquisa.
- IX) Todos os participantes receberão uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido via e-mail. Se aceitar fazer parte como participante, você deve



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO**

salvar e/ou imprimir este documento para o caso de precisar destas informações no futuro.

Caso se sinta prejudicado(a) por participar desta pesquisa, poderá recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, bem como contactar as pesquisadoras responsáveis, por meio do endereço, e-mail carolinaxavier@alu.ufc.br e telefone (85) 98713-1619.

Atestado de interesse pelo conhecimento dos resultados da pesquisa.

- Desejo conhecer os resultados desta pesquisa
 Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Fortaleza - Ceará, _____ de _____ de _____

Participante da Pesquisa

Márcia Correia Chagas
Pesquisadora responsável
Professora orientadora responsável pela projeto

Carolina Xavier Regis
Assistente de Pesquisa
Estudante de Direito da UFC - Matrícula 476020

ANEXO 3 - Nota Técnica XX/2023



NOTA TÉCNICA Nº xx/ 2023
ORIENTAÇÕES PARA O ACESSO À LAQUEADURA TUBÁRIA NO MUNICÍPIO DE
FORTALEZA.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas pautam-se pelo respeito e garantia aos direitos humanos, dentre os quais incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. A garantia de acesso ao planejamento familiar voluntário tem o potencial de ampliar a autonomia das mulheres e, ainda, reduzir em um terço as mortes maternas e em até 20% as mortes infantis.

Apesar das inúmeras opções contraceptivas disponíveis atualmente, cerca de metade das gestações no mundo não é planejada. A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que as gestações não planejadas estão associadas a complicações materno-fetais, como abortos inseguros, mortalidade materna e neonatal/infantil e também a riscos sociais, como baixa escolaridade e desemprego.

A atenção em saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Primária à Saúde, que deve promover o acesso à oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, pautada em livre escolha informada, bem como acompanhamento posterior.

Nesse âmbito, a atuação dos profissionais de saúde deve estar pautada na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que foi alterada pela Lei nº 14.443, de dois de setembro de 2022, e regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal.

Diante disso, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza propõe o seguinte fluxo de acolhimento, orientação e acesso sistematizado à esterilização cirúrgica feminina – cirurgia de laqueadura tubária.

OBJETIVO

Orientar gestores e profissionais de saúde da rede pública sobre o acesso das mulheres e homens transexuais ao procedimento da laqueadura tubária em consonância com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, alterada pela Lei nº 14.443, de dois de setembro de 2022.

1. RESUMO DA LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996, ALTERADA PELA LEI Nº 14.443, DE 02 DE SETEMBRO DE 2022.**1.1 CAPÍTULO I – DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

- **Art. 3º** O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. (...)
- **Art. 4º** O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a



regulação da fecundidade. (...)

- **Art. 9º** Para o exercício do direito ao planejamento familiar serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção. (...)
 - § 2º A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias. "
- **Art. 10** Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
 - I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 02 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce (alterado pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022). (...)
 - § 1º É condição para que se realize a esterilização 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.
 - § 2º A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas. (alterado pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022). (...)
 - § 5º ~~Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges (REVOGADO pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022).~~
 - § 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei. (...)

1.2 CAPITULO II – DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

- **Art. 15** Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.
 - Parágrafo único** - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada: (...)
 - II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente; (...)
 - IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;
 - V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização. (...)



2. ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA

A laqueadura tubária, também conhecida como ligadura de trompas, é uma interrupção cirúrgica da via canalicular das trompas de falópio (comunicam o ovário à cavidade uterina), com a finalidade de impedir sua permeabilidade, impedindo o processo de fecundação. É um procedimento voluntário de esterilização cirúrgica da mulher.

3. CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DA LAQUEADURA

- Mulheres e homens transexuais com capacidade civil plena.
- Ser maior de 21 anos OU ter pelo menos dois filhos vivos.
- Passar por aconselhamento por equipe multidisciplinar.
- Prazo mínimo de 60 (sessenta dias) entre a manifestação da vontade e o procedimento cirúrgico.

4. DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DA LAQUEADURA

- Cópia do RG, CPF, Cartão Nacional do SUS e certidão de nascimento dos filhos (se houver).
- Autorização judicial, em caso de incapazes.
- Encaminhamento para realização de laqueadura tubária, devidamente assinado pela equipe multiprofissional.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela solicitante e pelo médico pré-natalista.

5. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA LAQUEADURA TUBÁRIA

O acesso das mulheres e homens transexuais à laqueadura tubária se dará por meio dos seguintes fluxos:

5.1. GESTANTES

- Gestante manifesta o desejo de realizar laqueadura ao profissional pré-natalista (médico ou enfermeiro) da Atenção Primária à Saúde (APS);
- O (a) profissional pré-natalista registra no prontuário eletrônico a data de manifestação da vontade por parte da gestante para realizar a laqueadura, que deve ser no mínimo com 60 dias de antecedência da data provável do parto (DPP);
- O (a) profissional pré-natalista orienta a gestante sobre métodos contraceptivos, verifica se a gestante atende aos critérios da lei (idade, número de filhos e manifestação com 60 dias de antecedência da DPP) e sobre os riscos e benefícios da esterilização definitiva;
- Caso a gestante decida NÃO fazer a laqueadura, o (a) profissional pré-natalista encaminha a mesma para acesso a outro método contraceptivo escolhido dentro de no máximo 30 dias;
- Caso a gestante decida fazer a laqueadura, o (a) profissional agenda a participação da



Saúde

mesma em sessão educativa sobre planejamento familiar.

- Será disponibilizada na agenda parametrizada dos médicos e enfermeiros duas horas para espaço de planejamento familiar, com atividade em grupo de educação em saúde, onde será realizado o aconselhamento da mulher por equipe multiprofissional da Atenção Primária. A periodicidade da agenda será a depender da demanda da unidade;
- O atendimento multiprofissional será realizado pelo médico e enfermeiro da equipe, acrescido de outros profissionais (assistente social e/ou psicólogo) disponíveis no território;
- A equipe multiprofissional da Atenção Primária realizará a sessão educativa com objetivo de aconselhamento e orientação sobre os riscos e benefícios da esterilização definitiva, para que a gestante tome uma decisão orientada;
- Após a sessão educativa, os profissionais preenchem e assinam a documentação específica: **ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** (modelos anexos) e entregam à gestante orientando-a a apresentar na maternidade de vinculação no momento da admissão para o parto;
- A maternidade poderá realizar o procedimento no momento do parto de acordo com a indicação da via de parto, conforme critérios clínicos analisados pela equipe. Se cesariana o procedimento será realizado durante o ato cirúrgico (procedimento: Parto Cesariano com Laqueadura Tubária - 04.11.01.004-2). Se parto normal, poderá realizar laqueadura tubária com incisão periumbilical (procedimento: Laqueadura Tubária – código 04.09.06.018-6).
- Caso não seja possível realizar o procedimento no momento do parto a gestante deverá ser encaminhada para o procedimento de forma eletiva após o puerpério, que poderá ser pela própria maternidade (caso disponha deste serviço) ou solicitar o devido encaminhamento no Posto de Saúde.

5.2. NÃO GESTANTES:

- Usuária (o) manifesta o desejo de realizar laqueadura tubária ao profissional da Atenção Primária à Saúde (APS);
- O (a) profissional da unidade de saúde registra no prontuário eletrônico a data de manifestação da vontade por parte da (o) usuária (o) para realizar a laqueadura, que deve ser no mínimo com 60 dias de antecedência do procedimento cirúrgico;
- O (a) profissional orienta a (o) usuária (o) sobre métodos contraceptivos, verifica se atende aos critérios da lei (idade e/ou número de filhos) e sobre os riscos e benefícios da esterilização definitiva;
- Caso a (o) usuária (o) decida NÃO fazer a laqueadura, o (a) profissional encaminha para acesso a outro método contraceptivo escolhido dentro de no máximo 30 dias;
- Caso decida fazer a laqueadura, o (a) profissional agenda a participação da (o) mesma (o) em sessão educativa sobre planejamento familiar.
- Será disponibilizada na agenda parametrizada dos médicos e enfermeiros duas horas para espaço de planejamento familiar, com atividade em grupo de educação em saúde, onde será realizado o aconselhamento da mulher por equipe multiprofissional da Atenção Primária. A periodicidade da agenda será a depender da demanda da unidade;



- O atendimento multiprofissional será realizado pelo médico e enfermeiro da equipe, acrescido de outros profissionais (assistente social e/ou psicólogo) disponíveis no território;
- A equipe multiprofissional da Atenção Primária realizará a sessão educativa com objetivo de aconselhamento e orientação sobre os riscos e benefícios da esterilização definitiva, para que a gestante tome uma decisão orientada;
- Após a sessão educativa, caso a (o) usuária (o) decida NÃO fazer a laqueadura, deve-se encaminhar para acesso a outro método contraceptivo escolhido no prazo de até 30 dias;
- Após a sessão educativa, os profissionais preenchem e assinam a documentação específica: **ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** (modelos anexos);
- Os documentos serão recolhidos pela equipe e as solicitações de laqueadura serão inseridas no sistema de regulação após 30 (trinta) dias, que juntados aos 30 dias (trinta) previstos para agendamento, completam os 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o procedimento cirúrgico. Procedimento "Gineco-obstetrícia/planejamento familiar (laqueadura)";
- O médico da equipe fará a solicitação dos exames pré-operatórios, cujos resultados deverão ser entregues à usuária para serem apresentados no serviço em que for agendado o procedimento. Lista dos exames em anexo;
- Após o procedimento ser reservado, o gestor local/NAC avisará à mulher para confirmação do mesmo e entregará a (o) usuária (o) o comprovante, orientando-a a comparecer ao hospital/serviço de planejamento reprodutivo na data agendada para a consulta, apresentando os documentos necessários;
- O Serviço de Planejamento Reprodutivo realizará o procedimento de Laqueadura Tubária, Código: 04.09.06.018-6.

6. RECOMENDAÇÕES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

- Durante o processo de aconselhamento multiprofissional, realizar atendimento psicológico quando o pedido de esterilização for solicitado por pessoa sem filhos;
- Providenciar os exames pré-operatórios para não gestantes e disponibilizar os resultados impressos para a usuária;
- Orientar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e oferecer acesso a preservativos, para uso associado e dupla proteção;
- Realizar busca ativa de pacientes em pós-operatório, orientando sobre possíveis sinais de complicação e cuidados;
- Orientar a procurar precocemente a UAPS em caso de atraso menstrual (mulheres laqueadas podem apresentar raramente gestação ectópica).
- Os técnicos de Saúde da Mulher/Regulação farão o monitoramento da fila de espera para o procedimento, com o intuito de apontar junto aos gestores situações que venham otimizar a disponibilização de vagas (gestão da fila de espera).



6.1. ACONSELHAMENTO

São recomendadas as seguintes informações e orientações que devem ser oferecidas à mulher/homem transexual, ou ao casal, no processo de discussão e decisão pré-esterilização:

- Principais vantagens da laqueadura: de todos os métodos anticoncepcionais é um dos que tem maior eficácia, ou seja, menor risco de gravidez; não interfere no ciclo menstrual e na liberação hormonal; é uma cirurgia que costuma ter recuperação tranquila, sem complicações;
- Enfatizar que a laqueadura tubária é um método permanente e definitivo de esterilização.
- Desencorajar a esterilização precoce.
- Esclarecer que a cirurgia de reversão tubária não é acessível a todos e que nem sempre alcança sucesso.
- Oferecer amplas informações sobre todos os métodos anticoncepcionais reversíveis e, segundo a legislação brasileira, também oferecer acesso a eles.
- Dar informações sobre as taxas de falha de cada método (laqueadura tubária a porcentagem de falha em torno de 0,41%)
- Informar sobre o risco de gravidez ectópica e orientar a mulher a procurar imediatamente o serviço de saúde, havendo qualquer sinal suspeito de gravidez.
- Informar que a laqueadura tubária não protege de DST/HIV/AIDS. Deve ser abordada a necessidade de dupla proteção, ou seja, o uso combinado da laqueadura tubária com a camisinha masculina ou feminina.
- Explanar sobre o procedimento cirúrgico e seus riscos, instruções pré e pós-operatórias, tipo de anestesia, tempo de recuperação e possibilidade de mudanças no padrão menstrual.
- Ler explicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

7. REFERÊNCIAS

Brasil, Cadernos de Atenção Básica Nº 2, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Ministério da Saúde, 2010.

Brasil, Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

Brasil, Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1613-por-atualizacao-da-lei-da-laqueadura-febrasgo-propoe-novo-tcle?highlight=WyJsYXF1ZWFKdXJhIiwidHVixXHUwMGUxcmlhIiwibGFxdWVhZHVhYYSB0dWJcdTAwZTFyaWEIXQ.> Acesso em 29/03/2023.

8. ANEXOS

- 8.1. Encaminhamento para Realização de Laqueadura Tubária;
- 8.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Documento de Consentimento Pós-Informado para Realização de Laqueadura Tubária.



ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Nome: _____ DN: ___/___/___ (___ anos)
 Nº de filhos vivos: ___ RG: _____ CNS: _____ CPF: _____
 Não Gestante () Gestante () G _____ P _____ (N: _____ C: _____) A: _____
 Sexo: Masculino () Feminino ()
 Estado Civil: Solteira () Casada () Viúva () Divorciada () União Estável ()
 Grau de Instrução: Analfabeta () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior
 Ocupação: _____

Profissional orientou e ofereceu métodos disponíveis no SUS:

Métodos de Barreira: <input type="checkbox"/> Preservativo Masculino <input type="checkbox"/> Preservativo Feminino	Métodos Hormonais: <input type="checkbox"/> Hormonal Oral Combinado <input type="checkbox"/> Minipílula <input type="checkbox"/> Hormonal Injetável <input type="checkbox"/> Hormonal Injetável Trimestral <input type="checkbox"/> Anticoncepção de Emergência	Métodos Comportamentais: _____ _____ <hr/> DIU T de Cobre ()
--	---	--

OUTROS: _____

Motivo da opção pela Laqueadura Tubária: _____

A Equipe Multiprofissional de referência da Unidade de Atenção Primária à Saúde _____ (nome da UAPS), constatando que a paciente tenha manifestado o desejo da laqueadura em ___/___/___ e que esteja com a capacidade de discernimento plena, é favorável à realização desta cirurgia de contracepção.

Fortaleza, ___/___/___

Assinatura e Carimbo da Equipe:

Assistente Social

Psicólogo (a)

Enfermeiro (a)

Médico (a)

OBS: Este documento deverá ser assinado por no mínimo 02 (dois) profissionais da equipe multiprofissional



Saúde

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA
TUBÁRIA**

Eu _____, portadora da cédula de identidade nº _____, inscrita no CPF sob o nº _____, residente e domiciliada na _____, atualmente com _____ anos de idade, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente e equipe multiprofissional descrita na **FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA**, manifesto o desejo de ser submetida à laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade. Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico, deverão se passar ao menos 60 dias, conforme a Lei 9263/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 e que, de acordo com a mesma lei, desde que observado esse prazo mínimo, é permitida a laqueadura durante o período do parto;

Antes da cirurgia, foi-me informado que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez;
- Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica – cirurgia realizada por meio de 3 ou 4 pequenos cortes realizados no abdome; Microlaparotomia – que é semelhante a uma cesárea; Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea); via periumbilical (logo a seguir do parto vaginal). - Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita de alguma anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo médico assistente e Serviço de Anestesia.
- Como em toda intervenção cirúrgica, a laqueadura possui riscos e possíveis efeitos colaterais, como hemorragias, lesões de órgãos e outras;
- Embora o método de laqueadura tubária esteja entre os mais efetivos dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha em torno de 0,41% que independe da paciente ou do médico e estou ciente da dificuldade de reversibilidade do método;
- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os métodos de barreira, Anticoncepção hormonal, Dispositivos intrauterinos (DIU) e Métodos naturais;
- Entendo também que o desejo de laqueadura não significa jamais a indicação absoluta de cesárea, haja vista as outras técnicas descritas para a laqueadura pós-parto que podem ser aplicadas no caso de parto via vaginal, e que é proibido pela Lei realizar cesárea para fim exclusivo de esterilização;

Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Assinatura: _____

Fortaleza, Data: ____/____/____.

Deve ser preenchido pelo (a) médico (a) pré-natalista:

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que a paciente acima referida está sujeita, à própria paciente, sobre os benefícios, riscos e alternativas. De acordo com o meu entendimento, a paciente, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura e carimbo: _____ Fortaleza, Data: ____/____/____.



RELAÇÃO DE EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS A SEREM SOLICITADOS PELO MÉDICO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA A LAQUEADURA ELETIVA

- Hemograma Completo
- Glicemia em jejum
- Uréia
- Creatinina
- Coagulograma
- Sumário de Urina
- Eletrocardiograma (ECG) apenas para as pacientes maiores de 35 anos