



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**MARIA FERNANDA GONÇALVES DA SILVA ROCHA**

DIREITOS REPRODUTIVOS E AS REPERCUSSÕES DAS NOVAS REGRAS  
LEGAIS PARA A LAQUEADURA TUBÁRIA NAS REGIÕES DE SAÚDE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2025

MARIA FERNANDA GONÇALVES DA SILVA ROCHA

DIREITOS REPRODUTIVOS E AS REPERCUSSÕES DAS NOVAS REGRAS  
LEGAIS PARA A LAQUEADURA TUBÁRIA NAS REGIÕES DE SAÚDE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Monografia apresentada ao Instituto de  
Estudos em Saúde Coletiva, da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro,  
como requisito parcial para a obtenção do  
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Miriam Ventura da Silva

Rio de Janeiro

2025

## FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIA FERNANDA GONÇALVES DA SILVA ROCHA

DIREITOS REPRODUTIVOS E AS REPERCUSSÕES DAS NOVAS REGRAS  
LEGAIS PARA A LAQUEADURA TUBÁRIA NAS REGIÕES DE SAÚDE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Monografia apresentada ao Instituto de  
Estudos em Saúde Coletiva, da  
Universidade Federal do Rio de Janeiro,  
como requisito parcial para a obtenção do  
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 11 de fevereiro de 2025.

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Miriam Ventura da Silva (Orientadora)  
IESC/UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Fernanda de Carvalho Vecchi Alzuguir  
IESC/UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Rejane Sobrino Pinheiro  
IESC/UFRJ

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço intensamente a minha mãe Débora, minha fonte de inspiração e minha heroína. Ao meu irmão Leonardo Henrique que sempre me estimulou a ler e aprender. E, em especial, ao meu querido avô Aderito, que hoje é a estrela mais brilhante no céu. Se eu cheguei até aqui é graças a vocês.

Ao meu querido namorado Caio e à minha amiga Juliane. Cada momento com vocês foi uma benção e alegria, vocês marcaram minha vida com muito carinho. Estou sempre torcendo por vocês.

Agradeço também às minhas amigas de longa data que sempre me escutaram e me apoiaram no dia a dia: Ana Rita, Nathally, Sofia e Rafaela. Contra todas as adversidades sempre estivemos unidas, e isso vale mais que tudo nesse mundo. Também ao meu querido amigo Giovanni, pedi a Deus por um irmão mais novo e ele me deu você. Amo todos vocês do fundo do meu coração.

Não poderia esquecer os agradecimentos a professora Miriam Ventura, obrigada por ter aceitado me orientar nesse trabalho de pesquisa, me estimulando a aprofundar nesse tema tão lindo e importante na saúde.

À Dra. Alessandra Nascimento e a toda a equipe da Coordenadoria de Saúde e Tutela Coletiva (Jéssica, Melina, Laura e Fabiane) por ter me proporcionado essa experiência rica e a todo suporte para a elaboração deste trabalho. E a toda equipe do IESC, obrigada por ser esse local acolhedor.

Por fim, agradeço a Deus por todas as oportunidades.

## RESUMO

ROCHA, Maria Fernanda Gonçalves da Silva. **Direitos reprodutivos e as repercussões das novas regras legais para a laqueadura tubária nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro**. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

A laqueadura tubária é um método contraceptivo cirúrgico definitivo, disponibilizado gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS) a todas as mulheres em idade fértil e após o parto normal ou cesariano, sendo respaldado pela Lei Federal n.º 9.263 de 1996 do Planejamento Familiar. Após as alterações introduzidas pela Lei Federal n.º 14.443 de 2022, houve uma ampliação legal da autonomia feminina, considerando que foi revogada a exigência legal de consentimento dos cônjuges para que um deles realizasse o procedimento de esterilização (art. 10, §5º); reduzida a idade mínima para a realização da laqueadura de 25 anos para 21 anos (art. 10, I) e permitida a realização de laqueadura durante o parto, por solicitação da mulher no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do parto (art. 10, §2º). O objetivo deste estudo é analisar o acesso à laqueadura tubária na rede do SUS, no Estado do Rio de Janeiro (RJ), no período de 2018 a 2024, à vista das alterações legais vigentes a partir de 02 de março de 2023. Adotou-se a abordagem mista qualitativa e quantitativa, combinando-se análise documental sobre a atuação da Coordenadoria de Saúde da -Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (COSAU/DPGE/RJ) junto às Secretarias Municipais de Saúde do Estado do RJ quanto à implementação das novas regras legais; pesquisa bibliográfica referente à mudança dos critérios na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e análise quantitativa dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) entre os anos de 2018 a 2024, para observar se houve aumento das taxas dos procedimentos de laqueadura tubária após a vigência das mudanças legais. Os principais resultados apontaram aumento significativo no número de cirurgias de esterilização feminina feitas nas Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro posteriormente à alteração legal, e que os municípios do RJ em sua maioria, segundo informação prestada à COSAU/DPGE-RJ nos autos do inquérito, estão se adequando com as novas regras legais vigente. Conclui-se, mesmo considerando a limitação metodológica em relação ao curto período observado e a impossibilidade de análise de conteúdo das respostas dos ofícios dos Municípios fluminenses, observa-se importância da atuação da COSAU/DPGE-RJ e das regras legais para o acesso à LT, com incremento significativo do acesso ao procedimento no SUS. Aspectos qualitativos relativos à garantia da autonomia feminina na decisão e na oferta de outros métodos não foram possíveis de serem observados. Mesmo considerando o resultado positivo do estudo quantitativo realizado que aponta o incremento do acesso a LT no SUS, a escassez de pesquisas sobre o perfil sociodemográfico das mulheres fluminense e qualitativas relacionadas às escolhas contraceptivas (autonomia reprodutiva) considerando as inúmeras violações históricas à autonomia reprodutiva das mulheres no acesso à

contracepção apontada nos estudos, não permite concluir que os direitos reprodutivos das mulheres, foram integralmente garantidos, mas pode-se apontar, a perspectiva positiva da atuação positiva do COSAU/DPGE-RJ como órgão de justiça no monitoramento do acesso à saúde e ao direito das mulheres observando cuidadosamente os fluxos e procedimentos pós reforma legal.

Palavras-chave: direitos sexuais e reprodutivos; esterilização tubária; saúde pública.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da busca de artigos.....	35
Figura 2 - Quantitativo de procedimentos de laqueadura tubária em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por faixa etária de 2018 a 2024 .....	53
Figura 3 - Quantitativo de procedimentos de laqueadura tubária por número de filhos em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro de 2018 a 2024 .....	55
Figura 4 - Quantitativo de procedimentos de laqueadura tubária em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por raça/cor de 2018 a 2024 .....	56
Figura 5 - Quantitativo de procedimentos de parto cesariano com laqueadura em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por faixa etária de 2018 a 2024 .....	58
Figura 6 - Quantitativo de procedimentos de parto cesariano com laqueadura em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por número de filhos de 2018 a 2024 .....	59
Figura 7 - Quantitativo de procedimentos de parto cesariano com laqueadura em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por raça/cor de 2018 a 2024. ....	60
Figura 8 - Quantitativo de procedimentos de laqueadura na mesma internação de parto normal em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por faixa etária em 2024.....	62
Figura 9 - Quantitativo de procedimentos de laqueadura na mesma internação de parto normal em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por raça/cor em 2024.....	63
Figura 10 - Mapa do Fluxo de Internações para Laqueadura Tubária, Parto Cesariano com Laqueadura Tubária e Laqueadura Tubária na mesma Internação de Parto normal no Estado do Rio de Janeiro, segundo Região de Saúde em 2024 .....	64
Figura 11 - Taxa de laqueadura tubária segundo Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro de residência de 2018 a 2024 por mil mulheres em idade fértil residentes das RS .....	65

Figura 12 - Taxa de laqueadura com parto cesariano segundo Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro de residência de 2018 a 2024 por 100 partos .....	66
Figura 13 - Taxa de procedimentos de laqueadura na mesma internação de parto normal segundo Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro de residência de em 2024 por 100 partos .....	67

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - <i>Palavras-chave selecionadas para a pesquisa</i> .....	32
Quadro 2 - Número de artigos encontrados segundo descritor.....	33
Quadro 3 - Regiões de Saúde do Rio de Janeiro.....	37
Quadro 4 - Quantitativo de respostas das Secretarias Municipais de Saúde segundo Região de Saúde.....	42
Quadro 5 - Respostas dos gestores dos municípios segundo Região de Saúde sobre número de hospitais que realizam LT e planos locais de ampliação da oferta .....	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de procedimentos de laqueadura na mesma internação de parto normal em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por número de filhos em 2024 .....	62
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI	Ações Diretas de Inconstitucionalidade
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APMIR	Associação de Proteção à Maternidade e a Infância de Resende
APS	Atenção primária à saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEDAW	Coordenação Geral de Atenção à Saúde das Mulheres
CF	Constituição Federal
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CISMU	Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher
CN	Congresso Nacional
CNPM	Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSAU	Coordenadoria de Saúde e Tutela Coletiva
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DPGE/RJ	Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro
HMNSN	Hospital Municipal Nossa Senhora de Nazareth
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
LT	Laqueadura Tubária
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RS	Regiões de Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SER	Sistema de Regulação
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SIH/SUS	Sistema de Informações hospitalares do SUS
SNPM	Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres

SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
2.1 DIREITOS REPRODUTIVOS E A SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER .....	18
2.2 POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL.....	20
2.3 DIREITO À SAÚDE REPRODUTIVA, PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E A LAQUEADURA TUBÁRIA COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO.....	24
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>31</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	31
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>32</b>
4.1 TIPOS DE ESTUDO.....	32
4.2 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	32
<b>4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	<b>34</b>
4.3 PESQUISA DOCUMENTAL .....	35
4.4 ANÁLISE DE BANCO DE DADOS PÚBLICOS (DATASUS) - ESTATÍSTICA DESCRITIVA.....	38
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>40</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>41</b>
6.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	41
6.2 PESQUISA DOCUMENTAL .....	41
6.3 ANÁLISE DE BANCO DE DADOS PÚBLICOS (DATASUS) - ESTATÍSTICA DESCRITIVA.....	52
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>73</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>79</b>
APÊNDICE A – OFÍCIO ENCAMINHADO ÀS 92 SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE .....	80
<b>ANEXO</b> .....	<b>82</b>

ANEXO A – MODELO DE REGISTRO DE EXPRESSA MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA .....	83
ANEXO B – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA.....	84
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA - RIO DE JANEIRO .....	85

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a lei constitucional artigo 226, §7º regulamentado pela lei federal nº 9.263/96 garante a todo cidadão o planejamento familiar de maneira livre, baseado na decisão da pessoa, reconhecido como um direito fundamental fundado no princípio da dignidade humana e nas convenções e pactos internacionais de direitos humanos. A legislação brasileira determina que é responsabilidade do Estado fornecer recursos de informação e atenção à saúde sexual e reprodutiva, incluindo a disponibilidade de métodos contraceptivos, entre eles a laqueadura tubária para as mulheres, para um satisfatório planejamento reprodutivo.

Em 1º de março de 2023, entrou em vigor a alteração desta lei, através da Lei nº 14.443/2022, que alterou a Lei 9.263/1996, estabelecendo novas diretrizes e regras para o acesso à contracepção por laqueadura tubária. Basicamente foram introduzidas duas importantes alterações relativas ao acesso à esterilização cirúrgica: 1. revogada a exigência legal de consentimento dos cônjuges para que um deles realize o procedimento de esterilização (art. 10, §5º), 2. A idade mínima para a realização do procedimento passou de 25 anos para 21 anos (art. 10, I), mantendo-se a exigência de, pelo menos, dois filhos vivos e 3. permitiu-se a realização de laqueadura durante o parto por solicitação da mulher no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do parto (art. 10, §2º). Importante ressaltar que a realização da laqueadura durante o parto no caso de comprovado risco para mulher de uma nova gestação permanece válida e sem as limitações previstas anteriormente, pois trata-se de intervenção médica necessária à saúde e vida da gestante sob risco.

Ao direcionar a escolha da prole à pessoa, mesmo com as limitações apontadas, a alteração da lei do planejamento familiar, após 26 anos da lei que introduziu o direito ao planejamento reprodutivo, aponta avanços, especialmente, em relação à luta pela autonomia reprodutiva e sexual das mulheres no Brasil, reconhecendo e garantindo seu direito de escolha sobre o próprio corpo concomitante aos deveres do Estado Brasileiro de fornecer informações e outros recursos contraceptivos para a decisão plenamente autônoma e sem restrições de natureza social ou subjetivas relativas à escolha pela LT (Barros, 2024).

Dentre os métodos contraceptivos temos os métodos comportamentais, de barreira, anticoncepcionais-hormonais e os métodos de esterilização cirúrgica. Em relação aos métodos cirúrgicos, destaca-se a laqueadura tubária (LT), método

contraceptivo definitivo, com baixo risco cirúrgico e irreversível, com finalidade de bloquear ou cortar os ductos que ligam os ovários ao útero das mulheres para evitar a gravidez (Paula, 2023). É oferecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para todas as mulheres acima de 21 anos e mulheres com pelo menos 2 filhos, independente da idade. É um procedimento com alta eficácia, apresentando uma falha de 0,5 para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (Ministério da Saúde, 2013).

O procedimento da LT pode ser realizado em qualquer momento da vida reprodutiva da mulher, também pode ser oferecido após o parto cesariano e, com menor frequência, na mesma internação de parto vaginal, por meio de minilaparotomia com incisão periumbilical (OMS, 2007). No Brasil, as limitações em relação à idade, número de filhos e ao pleno consentimento livre e esclarecido da mulher, como visto, é determinado na lei constitucional e ordinária, sem obstruir o acesso nos casos do uso da LT em casos de risco gravídico em qualquer idade. A LT é um recurso de saúde importante para a redução da mortalidade materna e na prevenção do aborto nos casos de gestações indesejadas e não planejadas (Barros, 2024).

Apesar da importância do acesso à contracepção para saúde da mulher registra-se, além de outras barreiras, a restrita oferta do procedimento da laqueadura, e a outros métodos no SUS, a desinformação sobre o procedimento ser de caráter irreversível, a oposição de profissionais de saúde na realização deste método, assim, dificultando o acesso e promovendo uma barreira na autonomia dos corpos femininos (Oliveira, 2024).

Ademais, a interseccionalidade<sup>1</sup> é um fator que influencia nas barreiras de acesso aos serviços de saúde. Os marcadores cruzados entre gênero, raça, classe e outras características do indivíduo podem impactar, privilegiar ou oprimir o acesso à saúde, ao planejamento reprodutivo, à contracepção e a informações precisas a um seleto grupo de mulheres (Ventura; Goés; Galli, 2024). A justiça reprodutiva é um conceito que propõe a garantia dos direitos reprodutivos de forma livre e a disposição de recursos e tecnologias adequadas para a tomada de decisões reprodutivas

---

<sup>1</sup> A interseccionalidade é uma ferramenta de estudo criado por movimentos de feministas negras com o intuito de compreender a perspectiva interligada de dominação, desigualdade e opressão que se relacionam a marcadores cruzados entre gênero, raça, identidade de gênero, orientação sexual, classe e outros marcadores sociais que afetam simultaneamente um indivíduo e/ou população (Brandão; Alzuguir, 2022).

seguras, principalmente para aquelas marginalizadas pela sociedade, como as mulheres pobres, negras e com baixa escolaridade (Bianchini; Marcandeli; Santos, 2024). Porém, de acordo com Ventura (2024), ainda existe uma diferença de acesso à contracepção entre mulheres brancas e negras:

Se é verdade que o acesso à contracepção é precário e que o aborto é ilegal, também é verdade que as mulheres brancas e ricas ainda assim têm acesso a alternativas contraceptivas e a abortos seguros, enquanto às negras, em situação de vulnerabilidade e periféricas são negados os recursos necessários para o exercício da autonomia reprodutiva, a partir da ideia da concepção da interseccionalidade, que revela as relações de poder e dominação que afetam as relações e os direitos das pessoas” (Ventura; Goés; Galli, 2024, p. 54).

No estado do Rio de Janeiro, em 8 de março de 2023 foi lançado o “Programa Estadual de Laqueadura Tubária”, assim como o lançamento da “Nota técnica sobre os procedimentos de esterilização feminina”, tornando o primeiro estado do Brasil a regulamentar as mudanças na legislação. Esta nota ressalta que o método é aplicado a gestante que manifestar interesse no caso de parto via vaginal ou cesárea.

Apesar disso, houve denúncia de usuária do SUS de descumprimento desta lei no município de Rio Bonito, com base na recusa da realização da laqueadura em parto vaginal. Por conta da denúncia de recusa de realização de prestação de saúde pelo SUS municipal, a Coordenadoria de Saúde e Tutela Coletiva da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro COSAU/DPGE/RJ iniciou a investigação sobre as circunstâncias da recusa e, em perspectiva de tutela coletiva, também investigar o cumprimento das novas regras para o acesso à LT nos Municípios fluminense, no âmbito do Procedimento de Instrução (PI) que trata da Rede Cegonha, atualmente, Rede Alyne, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, no SUS.

Importante destacar que a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPGE/RJ) é uma entidade estatal cujo objetivo é de garantir assistência jurídica gratuita aos cidadãos em situação de vulnerabilidade, assegurando a defesa dos direitos individuais e coletivos. Instituída pela Emenda nº 37/87 à Constituição Estadual, a organização da DPGE/RJ foi formalizada pela Lei Estadual nº 1.490, de 30 de junho de 1989, e regulamentada pelo Decreto nº 13.351, de 15 de agosto de 1989 (Rio de Janeiro, 2022).

Por meio da Resolução DPGE nº 783 de 6 de maio de 2015, foi criada a Coordenadoria de Saúde e Tutela Coletiva (COSAU), com a atribuição principal de fomentar a interiorização das ações coletivas e fortalecer a integração da Defensoria Pública no tema da saúde, fomentando ações de garantia da defesa e promoção do direito à saúde e à vida. A abertura de procedimento de instrução e o mecanismo processual de atuação da COSAU junto aos Municípios do Estado do Rio de Janeiro para averiguação do cumprimento das leis e implementação de políticas públicas fundamentais à saúde da população, com especial atenção em relação ao acesso igualitário e universal aos serviços, buscando reduzir as iniquidades.

O presente trabalho tem como propósito investigar a problemática da implementação das novas regras da lei do planejamento reprodutivo, especialmente, no que se refere às alterações vigentes a partir de 2023, relativas à laqueadura tubária, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Para tanto, foi realizada pesquisa no banco de dados nacional do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), pesquisa bibliográfica da literatura e documental com base no procedimento de instrução, onde foi formulado um inquérito encaminhado aos municípios do estado do Rio de Janeiro, separados em Região de Saúde. Por meio desses dados, foi possível analisar os efeitos da ampliação das regras para o acesso à laqueadura tubária nas Regiões de Saúde introduzidas pela Lei nº 14.443/2022.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 DIREITOS REPRODUTIVOS E A SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER

A luta de grupos feministas em prol do controle de sua função reprodutiva é antiga. Segundo Corrêa e Petchesky (1996), o termo “direitos reprodutivos” é recente, mas a premissa do direito de “decidir se, quando e como querem ter seus filhos” teve origem nos movimentos feministas socialistas ingleses aproximadamente em 1830, que discutiam sobre o controle de natalidade, com o objetivo de conseguir a autonomia de seus corpos e o conhecimento sobre questões sexuais e de sexualidade. Enquanto as mulheres brancas europeias e norte-americanas debatiam sobre esses assuntos, na América Latina, Ásia e África do Norte, as mulheres debatiam sobre o direito de não engravidar e recusar o sexo (Corrêa; Petchesky, 1996). Nessa perspectiva, mulheres de todo o globo debatiam em prol da saúde sexual e reprodutiva integral que abrange, mas não exclui outros, o direito de decidir e ter acesso a procedimentos e insumos de saúde indispensáveis para esse controle, como os contraceptivos orais, camisinha, LT e outros. O movimento de mulheres em todo mundo demonstra as desigualdades históricas entre os gêneros no âmbito reprodutivo e no acesso à saúde e recursos contraceptivos. O impedimento legal ao aborto para interrupção voluntária da gravidez é o exemplo mais claro e objetivo da limitação a decisão reprodutiva das mulheres, imposta nas leis de diferentes países, incluindo o Brasil. A ideia central das discussões é sintetizada por Corrêa e Petchesky (1996):

Para que as mulheres atingissem uma posição igual à dos homens na sociedade, deveriam ser respeitadas como agentes morais ativos, com projetos e objetivos próprios; elas mesmas deveriam determinar os usos — sexuais, reprodutivos ou outros — de seus corpos (Corrêa; Petchesky, 1996, p. 152).

As discussões sobre direitos das mulheres e saúde reprodutiva seguem como objeto de discussões, estudos e de controle dos Estados por meio de leis nacionais, especialmente no cenário do século XX de alto crescimento demográfico. Atualmente, com o novo cenário de redução acentuada desse crescimento demográfico com a redução dos nascimentos, novos desafios se apresentam, mas ambos implicam na discussão sobre a autonomia reprodutiva feminina.

No cenário de alto crescimento demográfico, destacou-se a defesa da redução da fecundidade por meio de estímulos à utilização de métodos contraceptivos como forma de impedir o aumento, tendo como público-alvo as mulheres, especialmente as mulheres pobres e negras (Corrêa; Alves; Januzzi, 2006). A teoria proposta pelo economista britânico Thomas Malthus possibilitou que países europeus condenassem e associassem as atividades sexuais de homens e mulheres pobres ao crescimento descontrolado da população, direcionando seus recursos a políticas e ações de controle aos corpos femininos (Brandão; Alzuguir, 2022).

Com isso, a mobilização por direitos reprodutivos das mulheres ganharam os fóruns internacionais. Destaca-se aqui o ciclo de conferências dos anos 90 com as Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento e das Mulheres onde os países se reuniram para debater temáticas de direitos humanos.

Em 1994 ocorreu a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) na cidade do Cairo. Esta Conferência inclui como temáticas o desenvolvimento dos países, o crescimento populacional e controle demográfico, o planejamento familiar, as desigualdades entre os gêneros e o meio ambiente como questões de direitos humanos. Os debates propiciaram avanços nos temas de direitos humanos, igualdade entre os gêneros e os direitos sexuais e reprodutivos, vedando os países a adotarem políticas coercitivas de controle de natalidade, além de ressaltar a importância do papel da mulher e de sua autonomia reprodutiva para o desenvolvimento dos países (Corrêa; Alves; Januzzi, 2006). Sendo assim, é reconhecida como um marco político para a proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e a adoção de uma perspectiva de gênero. A CIPD declarou no capítulo VII, parágrafo 7.3, os direitos reprodutivos:

Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (FNUAP, 1995).

No ano seguinte, avançou-se na IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995) que teve como tema central “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”, na China, Cidade de Pequim. A Plataforma de Ação de Pequim afirma os direitos das mulheres como direitos humanos e comprometidos com ações

específicas para garantir o respeito a esses direitos. Define o conceito de gênero para a agenda internacional, empoderamento das mulheres e transversalidade das políticas públicas com a perspectiva de gênero (Ventura, 2009, p. ).

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem se verem sujeitas à coerção, à discriminação ou à violência.

Nesse sentido, se afirma internacionalmente a definição de direitos reprodutivos como o direito de todo homem e mulher de decidir de forma livre e individual sobre sua sexualidade e reprodução. Estes direitos são reconhecidos como direitos humanos e estão legitimados na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, na Convenção Internacional de Direitos da Mulher (CEDAW) e nos planos das CIPD e das Mulheres, que garantem o desenvolvimento de direitos no plano nacional e obriga aos governos ações e políticas que visem a defesa das decisões reprodutivas, acesso e disponibilização de métodos contraceptivos e intervenções para a redução das iniquidades de gênero e raça no que se refere às questões reprodutivas.

Os acordos internacionais firmados pelos países no âmbito das Nações Unidas sobre o tema impuseram medidas internas de reformulação das políticas públicas, principalmente, as políticas de saúde reprodutiva, enfatizando-se a importância da perspectiva de gênero ou, em outras palavras, que considerem as desigualdades presentes entre homens e mulheres no âmbito reprodutivo e mesmo entre mulheres, considerando as interseccionalidades observadas.

## 2.2 POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

No Brasil, no início do século XX, a política nacional passou a contemplar a saúde da mulher, porém, com uma visão restrita ao período gravídico-puerperal, ou seja, a saúde feminina era reconhecida somente em seu caráter de procriação (Costa, 2020).

Os programas focados em ações de proteção à saúde materno-infantil foram criticados pelo movimento de mulheres por acentuar o enfoque reducionista do programa de saúde, que reduzia os serviços e assistência à saúde apenas às

questões envolvendo ao parto e a gravidez, ignorando fatores de saúde-doença particulares as mulheres (Brasil, 2004).

Diante disso, o Ministério da Saúde, juntamente com o movimento feminista da época, formulou e implementou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo reconhecido como um marco nas políticas públicas de assistência à saúde da mulher por romper com a antiga visão médica de cuidado à saúde feminina e, assim, contemplar todo o ciclo de vida feminino. Este novo programa, publicado e consolidado em 1984, criou a área técnica de saúde da mulher e incluiu um conjunto de ações e atividades educativas, de diagnóstico, tratamento, recuperação ou preventivas às usuárias femininas (Brasil, 2004).

No âmbito da contracepção, o PAISM foi de grande importância por defender os direitos individuais e sociais na decisão pessoal de ter ou não filhos, disponibilizando métodos contraceptivos de acordo com a vontade do indivíduo (Barros, 2024). Foi nesse primeiro momento que o Estado participou na temática do planejamento familiar (Costa; Bonan; Rodrigues, 2024).

Com a criação do SUS e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima de participação social do SUS, criou-se outra instância política importante: a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU). A comissão tem como propósito o monitoramento das políticas de saúde voltadas às mulheres, sendo composta por conselheiras e representantes do movimento feminista. A CISMU participou da importante reestruturação do PAISM no ano de 2004, referida anteriormente, construindo um documento com os princípios e diretrizes de uma nova proposta, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), no âmbito do Ministério da Saúde (Souto; Moreira, 2021). A política, apresentada ao MS no ano de 2004, foi aprovada apenas no ano de 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Souto; Moreira, 2021). De acordo com Bonan, 2024, a política aperfeiçoa o PAISM, mas segue com o mesmo tema: “a integralidade, a autonomia, a cidadania das mulheres”.

A PNAISM constitui um arcabouço de diretrizes e objetivos que orientam a humanização e a qualidade na assistência à saúde, nos cuidados e na promoção da saúde da mulher. Com esse enfoque, é possível garantir e proporcionar melhores meios de acesso a serviços e ações de saúde, acesso e disponibilidade de métodos contraceptivos e melhoria no vínculo institucional entre profissionais-usuárias.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a humanização e a qualidade são de suma importância por promover:

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar (Brasil, 2011, p. 59).

Nesse sentido, é possível compreender que a política reconhece as desigualdades no acesso à saúde, mas que também propiciam dificuldades na garantia dos direitos e das políticas de saúde feminina, barreiras programáticas que devem ser eliminadas para o acesso equitativo à saúde reprodutiva. É fundamental considerar-se as diferenças nos perfis epidemiológicos da população feminina, observando as especificidades das características raciais, sexuais, ambientais, sociais e culturais que impactam a perspectiva de saúde-doença dessa comunidade, incluindo à saúde reprodutiva.

Sendo assim, foram pensadas estratégias de ações em saúde para mulheres negras, lésbicas, indígenas, privadas de liberdade, com deficiência, residentes em áreas rurais, portadoras de AIDS/HIV/DST, em situação de risco ou em vulnerabilidade e outras necessidades (Brasil, 2004). Essa proposta possibilita um maior enfoque ao acesso igualitário e equitativo à atenção à saúde integral de cada mulher.

A PNAISM faz parte do Plano Plurianual da União e do Plano Nacional de Saúde. No Ministério da Saúde, a Coordenação Geral de Atenção à Saúde das Mulheres (CGESMU), integrante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), trabalha no fortalecimento e na garantia da política.

Em consonância com os avanços da PNAISM, no território brasileiro iniciou-se uma série de Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (CNPM), assim como a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), reformulada em 2016 e alterada para Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SNPM), como o principal órgão de gestão das políticas voltadas à promoção dos direitos do público feminino. Em 2004, o Presidente da República convocou a I CNPM, coordenada em conjunto com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), tinha como temática: “Políticas

para as Mulheres: um desafio para a igualdade numa perspectiva de gênero”, nesta conferência, foi formulado e elaborado o primeiro Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (I PNPM).

Importante ressaltar que o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), foi criado em 1985, e os Conselhos Estaduais em 1983, que propiciaram o acompanhamento de todo o processo de redemocratização do Brasil e participaram ativamente das propostas para nova Constituição Federal Brasileira de 1988, como destacado anteriormente (Pitanguy, 2011).

O I PNPM foi formulado em quatro eixos estratégicos: i) autonomia e igualdade no mundo do trabalho e cidadania; ii) educação inclusiva e não sexista; iii) saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; iv) enfrentamento à violência contra as mulheres e tinha como princípios: igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade do Estado, participação e controle social, justiça social, transparência dos atos públicos e universalidade das políticas (Brasil, 2004). A política nacional tem como intuito proporcionar e formular ações que promovam a equidade de gênero e reconhece a participação social como um instrumento de democracia para o alcance e garantia dos direitos.

No ano de 2007, a II CNPM trouxe como tema principal os “Desafios para a construção da igualdade na perspectiva da implementação do II PNPM e avaliação das ações e políticas propostas no I PNPM”, com o objetivo de avaliar a implementação do Plano Nacional no Brasil e para debater a sua inserção em instâncias de poder (Brasil, 2023). A última CNPM foi realizada em 2016, sendo a quarta desde sua primeira aparição, cujo tema central foi “Mais direitos, participação e poder para as mulheres”. O Conselho Nacional dos Direitos da Mulheres, a partir da resolução nº 5, de 15 de dezembro de 2023, adiou a V CNPM para o ano de 2025.

É possível perceber que, entre a criação do PAISM e os avanços da instauração do PNAISM, houve desenvolvimentos de espaços (CNDM e CNS) de participação social feminina para discussão e formulação de políticas, ações e serviços que proporcionaram um maior enfoque governamental nas questões envolvendo a saúde da mulher (Souto; Moreira, 2021).

### 2.3 DIREITO À SAÚDE REPRODUTIVA, PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E A LAQUEADURA TUBÁRIA COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO

A definição de saúde reprodutiva, internacionalmente adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), afirmada no Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento - Cairo, 1994 - e reiterada pela Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher - Pequim, 1995, Ventura (2011, p. 304):

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não à simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo.

Focalizando a discussão no acesso à laqueadura tubária no Sistema Único de Saúde é importante trazer alguns antecedentes antes de localizar no SUS como se dá a assistência à mulher que deseja realizar o procedimento.

Segundo Ventura, 2011, até o ano de 1979, não era livre a regulação da fecundidade por meio de anticoncepcional ou esterilização cirúrgica, e só era possível com indicação médica que fosse atestada ser a gravidez de risco para saúde da mulher. A regulamentação do planejamento familiar como um direito do cidadão no Brasil foi impulsionada pelo movimento de mulheres, no processo pré e pós-constituente, a partir das denúncias de falta de alternativas no sistema público para o controle da fecundidade.

Como aponta Brandão e Alzuguir (2022), o corpo reprodutivo feminino sempre foi o alvo principal de interesse das intervenções médicas, sendo objeto de controle e medicalização. Essa prática insere a reprodução feminina no âmbito do saber médico, com o propósito de disciplinar e regular as capacidades reprodutivas, induzindo-as à conformidade das normas sociais.

Historicamente, a feminilidade era representada através do papel de mãe, de esposa, associados às qualidades de gentileza, docilidade e passividade. No entanto, estas também eram vistas como uma ameaça à estabilidade moral e social, por causa de fenômenos como a menstruação e o desejo sexual, que muitas vezes eram equiparados a enfermidades (Vieira, 2002). Essa concepção reforçou a ideia de que

as mulheres, supostamente propensas a desordens mentais, não tinham controle suficiente sobre seus próprios corpos (Costa, *et al.*, 2006). Assim, conforme as mulheres no século XIV iniciam os debates dos seus direitos, como os sexuais e reprodutivos, criaram, para os médicos da época, uma necessidade maior de controle, por estarem se desvinculando do seu papel passivo e dócil (Costa, *et al.*, 2006). Com isso, a medicalização da contracepção era essencial, segundo a visão da época, para evitar o agravamento de desordens sociais e combater as doenças relacionadas à natureza feminina.

Nesse contexto, o controle da reprodução dos corpos de homens e mulheres pobres por meio da esterilização foi uma estratégia adotada inclusive por países ricos, principalmente aqueles situados no norte, como uma forma de dominância e poder (Brandão; Alzuguir, 2022). Na visão desses países, o crescimento “desenfreado” da população, principalmente dos países habitados por povos não-brancos, é indicativo a pobreza e a fome (Brandão; Alzuguir, 2022). Conforme Brandão e Alzuguir (2022), tais atos tinham como principal alvo mulheres pobres e negras:

A semelhança da doutrina malthusiana original, a ideia-chave dessas concepções situa a pobreza como decorrente do número de filhos, e não da distribuição desigual dos recursos. Tais relações de força terminam por impor lógicas autoritárias e não culturalmente situadas a países pobres e populosos. E é sobre os corpos reprodutivos das mulheres pobres e negras - alvos privilegiados dessas políticas - que tais metas de controle populacional se realizam, em uma situação de completa negação da autonomia sexual e reprodutiva dessas mulheres (Brandão; Alzuguir, p. 102-103).

No Brasil, sob orientação do país norte-americano, os programas de natalidade forçaram mulheres de baixa renda à cirurgia de esterilização, promovendo intervenções que carecem de um olhar social e educativo por parte dos profissionais, afetando a escolha individual das usuárias sobre o método contraceptivo de escolha (CN, 1993). Assim, a esterilização feminina foi utilizada durante a ditadura militar como uma ferramenta de controle dos corpos de mulheres negras e indígenas das regiões periféricas do país (Cunha; Carvalho; Lardosa, 2018).

Somente em 1996 que o parágrafo constitucional é regulamentado, como destaca Pitanguy (2011), tanto a inclusão na Constituição Federal brasileira como a regulamentação da lei são exemplos bem sucedidos de advocacy no campo da saúde reprodutiva, na qual o feminismo teve papel fundamental.

Interessante observar que o debate sobre a esterilização feminina, adquiriu grande visibilidade no início dos anos 1990, com uma CPI instalada no Congresso Nacional (CN) por denúncias de abuso por parte de setores controlistas favoráveis ao uso indiscriminado deste procedimento, principalmente, mulheres afrodescendentes e de baixa renda. Nesse sentido, um grupo de ativistas feministas, no ensejo deste debate, optou por advogar pelo direito à esterilização voluntária e pela regulamentação do artigo 226, parágrafo 7º, da Constituição, que assegurava o direito de livre escolha quanto ao número de filhos. A comissão conseguiu comprovar que o alvo principal das ações de esterilização forçadas eram mulheres negras, no qual clínicas com viés controlista e racista apresentavam às mulheres a esterilização como o único método contraceptivo, não sendo esclarecido o caráter irreversível do procedimento (CN, 1993).

Essas práticas reforçaram a necessidade de medidas regulatórias, que, somadas à criação do SUS pela Constituição Federal (CF) de 1988, estimularam discussões sobre o direito ao planejamento familiar durante a Assembleia Constituinte em 1988, onde as entidades: Conferência Nacional de Bispos do Brasil, Organizações Privadas representadas pelo Bem Estar da Família no Brasil e o CNDM aprovaram o “Capítulo VII - Da Família, Da Criança, Do Adolescente e do Idoso” (Souza; Moura, 2020). Dentro deste capítulo é registrado o artigo 226, o qual categoriza a família como base da sociedade, sendo o Estado responsável por protegê-la. Nesse artigo, o parágrafo 7 apresenta o planejamento familiar:

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

Assim, a partir das discussões na CPI e dos movimento feministas, a Lei 9.263/1996 do Planejamento Familiar é criada com o intuito de regular o parágrafo 7, sendo aprovada na Câmara dos Deputados em um contexto internacional de garantia de direitos reprodutivos, a partir dos compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro na Conferência da ONU de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994.

A Lei brasileira do planejamento familiar reafirma o direito de mulheres e homens de livre decisão reprodutiva e define em seu art. 2º como:

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.

Esta Lei dispõe sobre um conjunto de dispositivos legais que orientam ações preventivas e educacionais, sob responsabilidade do Estado e do SUS, para promover e assegurar o exercício livre e igualitário do planejamento familiar. Principalmente, é a partir desta Lei que os métodos contraceptivos são regulamentados, como a laqueadura tubária.

Outrossim, a Lei determina às instâncias gestoras do SUS a obrigatoriedade de garantir, em suas redes de serviços, programa de atenção integral à saúde para mulheres, homens e ao casal (Souza; Moura, 2020). Como atividades básicas desse programa, citam-se: assistência à concepção e contracepção, assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o atendimento pré-natal, o controle das doenças sexualmente transmissíveis e prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis (Brasil, 1996). Outra responsabilidade direcionada ao SUS é a promoção do treinamento de profissionais de saúde, com o intuito de promover ações de atendimento à saúde reprodutiva (Brasil, 1996).

Em 1997 o Ministério da Saúde publica a Portaria nº144/97, na qual inclui a laqueadura tubária e a vasectomia no grupo de procedimentos de cirurgia de trompas no âmbito do SUS, sendo ofertado a esterilização nas situações previstas na Lei federal: i) homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade, ou pelo menos, com dois filhos vivos; ii) nos casos da pessoa casada ou em união estável, deve-se possuir o consentimento expresso de ambos os cônjuges; iii) para gestantes, apenas em casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou seja, dois ou mais partos cesarianos anteriores. Ademais, o usuário interessado em realizar o procedimento deveria expressar sua vontade sessenta dias antes da cirurgia e, após comunicado, a equipe multidisciplinar seria responsável por aconselhar o indivíduo a prosseguir com sua escolha e, em caso de esterilização precoce, o desencorajar.

Os obstáculos legais, em especial o de dependência da autorização do cônjuge em interferir nas intervenções médicas são criticados pelos movimentos feministas e por associações por violar a dignidade da pessoa humana, dignidade da autonomia corporal e reprodutiva das mulheres e a liberdade individual na escolha individual de

suas atividades reprodutivas (Souza; Moura, 2020). É importante destacar que, em caso de desacordo com a Lei, os profissionais de saúde e as pessoas submetidas ao procedimento poderiam ser penalizadas a pagar uma multa e/ou pena de seis meses a dois anos.

Em consequente, são propostas duas ações diretas de inconstitucionalidade (ADI): 5.097/2014, pela Associação Nacional dos Defensores Públicos, e 5.911/2018, proposta pelo Partido Socialista Brasileiro. Em ambas, é alegada a inconstitucionalidade parcial do art. 10 inciso I — referente à idade superior de 25 anos ou a existência de dois filhos vivos — e a inconstitucionalidade total do parágrafo 5º do art. 10 — a exigência de autorização conjugal.

No entanto, a lei só seria alterada no ano de 2022, 26 anos após a sua criação, através da Lei 14.443/2022, eliminando as restrições conjugais e para gestantes, diminuindo a idade mínima para realização da cirurgia e também o momento para a sua realização. Assim, de acordo com a referida Lei, art. 10, o acesso aos procedimentos de esterilização voluntária se dá:

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;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

...

§ 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.

...

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

Dessa forma, o conteúdo necessário para o acesso ao procedimento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) foi alterado em todo o território brasileiro, necessitando a reorganização dos serviços de saúde para entrar em conformidade. Os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal foram orientados por meio da

publicação do Ministério da Saúde na Nota Técnica 34/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS para atender os/as usuários/as. De acordo com a nota técnica, o processo para realização da esterilização voluntária inicia-se com a manifestação expressa da vontade do indivíduo, formalizada por meio de documento específico (Anexo A), iniciando o período obrigatório de 60 dias entre o registro da vontade e a realização da cirurgia. Durante esse intervalo de tempo, é realizado o acompanhamento do/a usuário/a por uma equipe multiprofissional, garantindo cuidado integral e transdisciplinar, com avaliação dos riscos e benefícios de cada método contraceptivo. A equipe é orientada, com base no inciso I, art. 10 da Lei 14.443/22, a desencorajar a esterilização precoce.

Caso a decisão seja mantida após essa etapa de aconselhamento, é necessário a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B), uma via é entregue ao usuário/a e outra anexada ao prontuário. O termo contém uma redação informando a pessoa que o método de esterilização definitivo não previne infecções sexualmente transmissíveis (IST), enfatizando a importância do uso de preservativos, que podem ser obtidos no SUS.

A nota também enfatiza que, nos momentos do parto, seja vaginal ou cesariana, é propício a realização do procedimento contraceptivo, desde que as condições clínicas dos pacientes permitam, sendo necessário manifestar sua vontade em um período de 60 dias.

No estado do Rio de Janeiro, a linha de cuidado atualizada foi publicada em 8 de março de 2023, intitulada “Nota Técnica sobre os procedimentos de esterilização feminina”. De forma a orientar os gestores municipais, foi realizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) um webinar com as áreas técnicas (SES, 2023).

O fluxograma de atendimento se dá, inicialmente, pela manifestação da vontade do/a usuário/a por um método contraceptivo cirúrgico durante a consulta médica ou de enfermagem na atenção primária à saúde (APS) e, assim, este irá passar por acompanhamento pela equipe multiprofissional, que terá como objetivo informar ao indivíduo sobre os riscos e benefícios dos métodos contraceptivos definitivos, enfatizando o caráter de limitação na reprodução nos casos de reversibilidade.

Após o decurso desde a solicitação inicial e a confirmação da decisão pelo/a usuário/a, procede-se à assinatura do TCLE (Anexo C). A equipe, então, encaminha

o pedido para o serviço de saúde para agendamento da cirurgia em uma unidade executante, respeitando o intervalo de sessenta dias entre a assinatura do TCLE e a execução da cirurgia. Logo após a cirurgia, em um período de 7 a 14 dias, o indivíduo deverá retornar a APS ou unidade hospitalar, para continuação da linha do cuidado.

Além disso, o MS alterou em 8 de maio de 2023 os atributos dos procedimentos do SUS relacionados a esterilização voluntária feminina e masculina por meio da Portaria nº 405, de 8 de maio de 2023, assim, reformulando a seguinte modalidade de LT: Laqueadura Tubária (Código: 04.09.06.018-6) e adicionando a categoria: Parto Cesariano com Laqueadura Tubária (Código: 04.11.01.004-2). Em seguida, um ano depois, em 22 de março de 2024, publicou a Portaria nº 1.549 para incluir a categoria Laqueadura Tubária na mesma internação de Parto Normal (Código: 04.09.06.031-3).

Resta claro que em sentido amplo e contemporâneo, saúde é sobretudo uma questão de cidadania, e não um estado biológico independente do social, neste sentido a garantia de direitos legais ao acesso à saúde ganha importância internacional, como instrumento importante para garantir a implementação de políticas públicas direcionados às realidades sociais e que deem efetividade aos direitos (Ventura, 2009).

Daí a importância da nova Constituição Federal Brasileira de 1988 ao incluir no parágrafo 7º do art. 226 “o direito ao acesso aos recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento familiar”. Mesmo que o parágrafo esteja inserido em capítulo da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso e não no capítulo da Saúde, demonstrando o apego à tradição de regular temas relativos à reprodução e à sexualidade no contexto familiar, tem sido possível garantir-se amplamente o planejamento reprodutivo para mulheres e homens no território nacional, independente, de sua condição familiar (Ventura, 2009).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso à laqueadura tubária na rede do SUS, no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2024, à vista das alterações da lei de planejamento familiar que ampliou as possibilidades para o acesso à esterilização cirúrgica a partir de 02 de março de 2023.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Rever a literatura no âmbito da Saúde Coletiva sobre o acesso à laqueadura tubária no Sistema Único de Saúde (SUS) na última década;
- Examinar as principais mudanças dos critérios para o acesso à laqueadura tubária no âmbito da lei de planejamento familiar no ano de 2022, suas motivações e atores mobilizadores das mudanças;
- Descrever as iniciativas da COSAU/DPGE/RJ sobre o monitoramento no âmbito da Rede Cegonha no que se refere ao acesso à laqueadura tubária nas região de saúde do Estado do Rio de Janeiro, à vista das novas regras legais;
- Analisar as taxas e quantitativos de laqueaduras antes e após a implementação das alterações na legislação sobre planejamento familiar por município e regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, com base no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde no DataSus.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPOS DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de análise documental e bibliográfica combinada com análise estatística sobre a laqueadura tubária no SUS no parto normal, na cesárea e em mulheres em idade fértil em outros momentos de sua vida reprodutiva.

### 4.2 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa bibliográfica é caracterizada pela procura e análise de documentos de variados formatos, tais quais livros, teses, dissertações e artigos científicos com o fim de auxiliar na compreensão da temática de um trabalho (Cavalcante, 2020).

Para a elaboração deste trabalho, a estratégia de pesquisa foi por meio das bases de dados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no dia 22 de outubro de 2024. A BVS é um projeto de veiculação de publicações de trabalhos em saúde, com o objetivo de divulgação da informação em saúde para os profissionais em saúde e estudiosos da área (BVS, 2019).

No quadro abaixo é apresentado as expressões de busca utilizadas para a pesquisa na plataforma.

**Quadro 1 - Palavras-chave selecionadas para a pesquisa**

	<b>Palavras-chave</b>
1	Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária
2	Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária AND Planejamento Familiar
3	Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária AND Direitos Sexuais
4	Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária AND Direitos Reprodutivos
5	Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária AND Saúde da Mulher
6	Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária AND Legislação

Fonte: Elaboração própria.

Para a pesquisa dos artigos, os termos booleanos “AND” e “OR” foram aplicados para combinação das palavras-chaves. O descritor “Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária” foi escolhido por sugestão da plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DECS) por serem termos alternativos. Os seguintes termos: planejamento familiar, direitos sexuais, direitos reprodutivos, saúde da mulher e legislação são termos livres empregados na pesquisa com o intuito de facilitar a localização de artigos relacionados ao tema.

Na primeira busca na base eletrônica, encontrou-se 5.778 artigos correspondentes. Assim, para evitar dispersão de informação e delimitar o encontro de artigos dentro da temática da pesquisa, foi utilizado como filtro artigos de acesso livre, completos em português na última década (2014-2024). O quadro 2 apresenta o número de artigos encontrados em cada busca na BVS.

**Quadro 2 - Número de artigos encontrados segundo descritor**

<b>Termos</b>	<b>Resultados Coleção Completa da BVS, busca sem aplicação de filtro</b>	<b>Resultados Coleção Completa da BVS com aplicação do filtro</b>
Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária	4.997	18
Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária AND Planejamento Familiar	472	4
Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária AND Direitos Sexuais	12	1
Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária AND Direitos Reprodutivos	13	1
Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária AND Saúde da Mulher	128	3

Laqueadura Tubária OR Esterilização Tubária AND Legislação	156	1
Total	5.778	28

Fonte: Elaboração Própria.

Os 28 artigos foram reunidos e armazenados no software Mendeley. O Mendeley é um gerenciador de referências gratuito que facilita a organização de dados e referências de pesquisa, sendo uma ferramenta para o gerenciamento de artigos acadêmicos. O software proporcionou maior flexibilidade na análise dos textos, pois este conseguiu identificar e ordenar em uma planilha no Microsoft Excel os autores, título, ano de publicação, revista de publicação, palavras-chaves e resumo dos documentos importados. Além disso, também identificou duplicatas, facilitando a exclusão de 12 artigos.

Iniciou-se a análise dos 16 artigos restantes para ser aplicado o critério de inclusão e exclusão dos artigos, sendo estes exportados a uma planilha no Microsoft Excel para leitura dos resumos.

Ademais, foram analisados livros, portarias, notas técnicas, matérias de jornais e a legislação referente ao tema para agregar o conhecimento à temática.

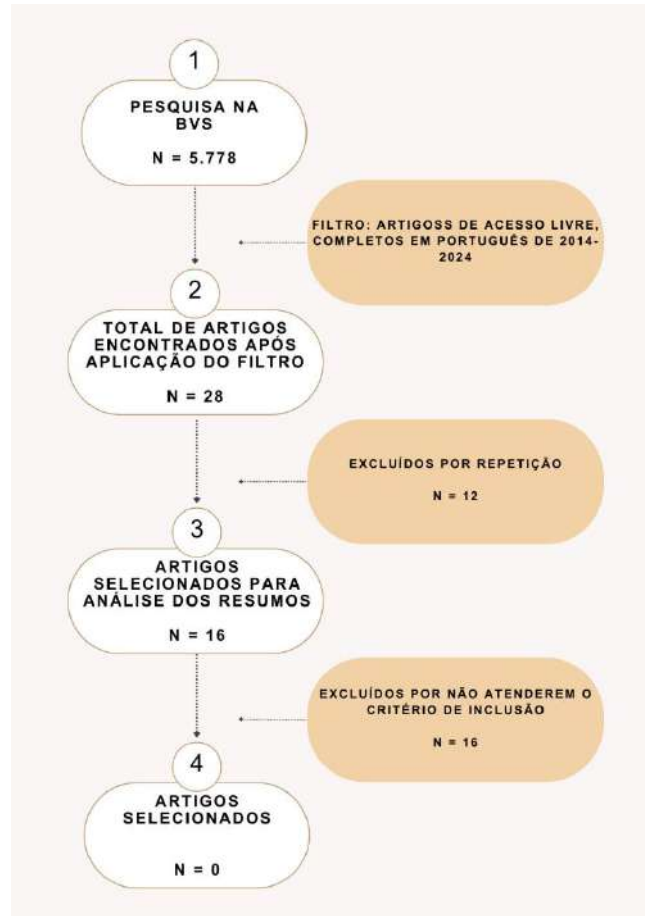
#### **4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão**

Na presente pesquisa, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para garantir a qualidade das fontes utilizadas. Os critérios de inclusão abrangeram artigos que discutem a necessidade de mudança nos dispositivos de acesso à laqueadura tubária, com foco no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sobre os critérios de exclusão, todos os artigos que não abordassem diretamente a necessidade de mudanças nos dispositivos de acesso à laqueadura tubária no SUS foram eliminados, ou seja, todos aqueles que não aludisse sobre o assunto ou dialogassem sobre o acesso ao procedimento por meio da rede privada de saúde foram excluídos.

Conforme indicado na figura 1, não foram encontrados artigos que estejam de acordo com os critérios estabelecidos.

**Figura 1 - Fluxograma da busca de artigos**



Fonte: Elaboração Própria.

#### 4.3 PESQUISA DOCUMENTAL

A análise documental é um procedimento metodológico de coleta, compreensão e leitura de documentos que não receberam tratamento analítico, como relatórios, filmes, reportagens, fotografias e cartas (Sá-Silva, *et al.*, 2009). Neste caso, a fonte primária é o conjunto das respostas dos gestores das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro aos documentos dos órgãos encaminhados pela DPGE/RJ, que busca investigar como vem se dando a implementação das alterações na legislação sobre planejamento familiar (Apêndice A).

Primeiramente, a Defensoria, por meio de uma denúncia, descobriu a situação de Rio Bonito acerca da não condução da prática de esterilização cirúrgica na mesma internação de parto normal. Justificado pela denúncia, a COSAU inicia sua proposta de monitoramento — tutela coletiva da saúde — para investigar o cumprimento das

novas regras relativas ao acesso a LT no Estado do Rio de Janeiro, no âmbito do procedimento que monitora a Rede Cegonha, atual Rede Alyne. Assim, iniciou-se com o encaminhamento de ofícios aos gestores municipais de saúde em junho de 2024 para todas as 92 SMS do estado do RJ solicitando informações sobre as medidas tomadas em cada localidade desde a alteração das regras legais.

Importante ressaltar a formulação dos quesitos a serem respondidos pelo município que embasado em literatura científica e na experiência das Defensoras Públicas que atuam na Saúde. No âmbito da construção deste trabalho no ano de 2024, por meio do acordo institucional entre o IESC e a COSAU, atuei na formulação do inquérito e na procura de dados complementares para a análise deste por meio do DataSUS. Através da situação-problema, iniciou-se consulta da legislação e materiais normativos, como notas técnicas e manuais de saúde. Complementarmente, incorporou-se a análise dos dados do SIH/SUS, considerando que a laqueadura é um objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. Desse modo, o ofício foi construído.

Em seguida, conforme eram obtidas as respostas dos municípios, estas eram armazenadas no PI da Rede Cegonha no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) para análise em formato portátil de documento (PDF). Segundo o Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos, o SEI é um instrumento de gestão de documentos e processos, desenvolvido com o objetivo de promover a eficiência administrativa.

Dessa forma, para a pesquisa documental foram selecionados e realizada análise do conteúdo dos documentos enviados pelas SMS à COSAU/DPGE/RJ até o dia 16 de novembro de 2024. Assim, foi criada uma planilha em formato de EXCEL para sistematizar as principais informações contidas nas respostas dos municípios sobre cada questão levantada, a fim de compreender o atual cenário da implementação da Lei nº14.443/22. Lamentavelmente, a demora nas respostas e o prazo estabelecido para a realização do projeto de TCC impossibilitaram a análise de conteúdo das respostas dos ofícios dos Municípios fluminenses, permitindo um limitado levantamento de alguns elementos das respostas que se mostraram úteis para a compreensão dos dados quantitativos e bibliográficos.

Para melhor compreensão dos resultados, os municípios foram separados de acordo com a Região de Saúde pertencente. O estado do Rio de Janeiro está dividido em 9 Regiões de Saúde (RS), agrupando 92 municípios, com o objetivo de

contribuir para a organização regional dos serviços e ações de saúde. Segundo o Decreto 7.508, que regulamenta a lei Orgânica da Saúde, considera-se região de saúde um espaço geográfico contínuo composto por grupos de municípios vizinhos, delineado com base em características culturais, econômicas e sociais compartilhadas, além de redes de comunicação e infraestrutura de transporte em comum. As RS do estado são a Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Centro Sul, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana (Secretaria de Saúde, 2018). O quadro 3 apresenta os municípios correspondentes de cada RS.

**Quadro 3 - Regiões de Saúde do Rio de Janeiro**

<b>Região de Saúde</b>	<b>Municípios</b>
Baía da Ilha Grande (3)	Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty.
Baixada Litorânea (9)	Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema.
Centro-Sul (11)	Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios, Vassouras e Paracambi.
Médio Paraíba (12)	Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.
Metropolitana I (12)	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica.
Metropolitana II (7)	Itaboraí, Maricá, Niterói, São Gonçalo, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim.
Noroeste (13)	Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Italva, Itaocara, Itaperuna Laje de Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Stº Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre e Sai.
Norte (9)	Campos de Goytacazes, Carapebus,

	Cardoso Moreira, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra.
Serrana (15)	Bom Jardim, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Stª Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes, Cachoeiras de Macacu e Guapimirim.

Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro.

#### 4.4 ANÁLISE DE BANCO DE DADOS PÚBLICOS (DATASUS) - ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Para subsidiar a análise das respostas dos Municípios e cotejar com os resultados do item 3 do inquérito foi realizado um estudo descritivo estatístico de análise dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) Reduzidos no campo dos procedimentos realizados de laqueadura tubária (Código: 04.09.06.018-6), laqueadura tubária na mesma internação de parto normal (Código: 04.09.06.031-3) e parto cesariano com laqueadura tubária (Código: 04.11.01.004-2) em mulheres em idade fértil dos 20 a 49 anos, residentes das RS do Estado do Rio de Janeiro no período de internação de 2018 a 2024.

Importante salientar que a esterilização cirúrgica — LT ou vasectomia — é objeto de notificação compulsória à direção do SUS (art. 11 da Lei 9.263/96) dessa forma a análise permitiria verificar o número de LT realizadas no SUS e na rede privada de saúde. Neste sentido, a análise estatística empreendida no DataSUS é importante, necessária mas não suficiente para que a COSAU/DPGE/RJ analise a implementação das novas regras pelos gestores municipais do SUS.

Para análise do perfil epidemiológico das mulheres laqueadas, foram selecionadas as seguintes variáveis no SIH/SUS: região de saúde de residência, faixa etária, raça/cor, ano de internação e número de filhos. Durante a coleta desses dados, verificou-se a presença de dados ausentes (*missings*) nos campos referentes a raça/cor. Ao todo, foram 7182 dados em relação aos procedimentos realizados de parto cesariano com laqueadura tubária, %16 da totalidade dos resultados nessa

categoria, e 1855 de laqueadura tubária em formato eletivo, correspondente a %8,6. Os *missings* serão discutidos posteriormente na seção de Resultados e Discussões com o intuito de explorar e debater sobre as possíveis razões para a falta desses números no sistema de informação.

Para o cálculo das taxas de laqueadura tubária em formato eletivo, por mil mulheres em idade fértil nas Regiões de Saúde, utilizou-se como numerador o número de procedimentos de laqueadura tubária fora do período gravídico e para o denominador foi consultado as estimativas de Indicadores Demográficos segundo a região de saúde do estado, disponibilizadas pela Secretaria Estadual de Saúde do RJ. A estimativa é disponibilizada até o ano de 2023. Foram selecionados apenas a estimativa de residentes femininas das RS com faixa etária dos 20 anos até os 49 anos.

Enquanto para o cálculo das taxas de parto, o numerador aplicado foi o parto cesariano com laqueadura tubária e o denominador as internações de parto cesariano (Código: 04.11.01.003-4), por 100 partos. Em relação ao parto normal, os procedimentos de laqueadura tubária na mesma internação de parto normal foi utilizado como numerador e para o denominador, foi usado as internações de parto normal (Código: 03.10.01.003-9) no SIH/SUS. Os dados de partos no SIH/SUS estão disponíveis até o ano de 2024, por conta disso, as taxas que envolvem cesárea e parto normal estão até esta referida data.

As informações foram consultadas pelo sistema de tabulação TABWIN no dia 15 de dezembro de 2024. O processamento de todos os dados foi realizado através do sistema TABWIN, programa desenvolvido pelo DATASUS.

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi construída na Coordenadoria de Saúde e Tutela Coletiva (COSAU) da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPGE/RJ), órgão do sistema de justiça, baseado em acordo interinstitucional para ensino, extensão e pesquisa com o IESC/UFRJ, visando ampliar os campos de atuação dos sanitaristas. Este acordo foi publicado por meio de um instrumento formal nº1.221.243/2023 no Processo nº E-20/001.012634/2022 com o objetivo de instituir um vínculo cooperativo científico e tecnológico entre as instituições. O presente estudo foi realizado no âmbito deste acordo de Cooperação, com ciência da Defensora Alessandra Nascimento Rocha Glória, que autorizou o acesso aos dados do inquérito, de natureza pública, mas cujo acesso deve se dar com autorização do serviço, ou seja, dados públicos de acesso restrito.

Ademais, segundo a Resolução CNS nº510/2016 não é necessário a apreciação pelo sistema CEP-CONEP, considerando que este estudo utiliza informações públicas nos termos da Lei nº 12.527/2011 e de bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual; e exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura acadêmica.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 6.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Na literatura encontrada na base de informação BVS, não foram identificados estudos que dialogassem sobre os efeitos da alteração dos dispositivos legais da Lei 14.443/22 sobre o acesso à laqueadura no âmbito do SUS. Ademais, nenhum dos achados foram publicados no ano acima de 2020, não sendo possível encontrar debates sobre a alteração na Lei do planejamento reprodutivo.

A ausência de achados durante a revisão de literatura evidencia uma lacuna na plataforma BVS sobre as discussões sobre as mudanças legais relativas à laqueadura tubária no território brasileiro, restringiu a discussão deste estudo e limitou suas conclusões.

Tais mudanças se revelam importantes no estudo da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da população feminina, especialmente, para a autonomia das mulheres mais pobres, sem recursos para obter o procedimento na rede privada, e sua ausência pode implicar em prejuízo para a adequada implementação da política de saúde da mulher e suas implicações.

### 6.2 PESQUISA DOCUMENTAL

O ofício foi encaminhado aos 92 secretários em junho de 2024, sendo a última contabilização dos documentos em 16 de novembro, totalizando 55 respostas (Quadro 4).

A remessa dos ofícios no âmbito do processo de instrução que monitora o funcionamento da Rede Cegonha no Estado do Rio de Janeiro teve como intuito acompanhar a implementação das novas regras, à vista da denúncia referida de não cumprimento pelo Município de Rio Bonito. Foram solicitadas aos Secretários de Saúde Municipais as seguintes informações para acompanhamento pela COSAU/DPGE/RJ:

- 1) Relação dos hospitais que compõem a rede credenciada municipal para a realização do procedimento de laqueadura. Informar se houve ampliação (novos credenciamentos) a partir de março de 2023;

- 2) Planos locais para ampliação da capacidade de oferta de laqueadura ou se a gestão considera adequada a atual capacidade frente à demanda local das mulheres;
- 3) Série histórica anual do quantitativo de procedimentos de laqueadura realizados no período de 2018 a 2024, além do quantitativo, também fornecer as taxas de cesárea, taxas de partos vaginais, taxas de laqueadura pós cesárea e o perfil das mulheres (idade, escolaridade, número de filhos);
- 4) Regulamentações específicas (norma técnica/protocolo/fluxo) sobre o acesso à laqueadura tubária a partir de março de 2023. Em caso positivo, enviar cópia. Em caso negativo, descrever como se dá o acesso à laqueadura durante o parto cesáreo, vaginal e o ocorrido fora do período gestacional.

Segundo Região de Saúde, os municípios que responderam ao inquérito foram:

**Quadro 4 - Quantitativo de respostas das Secretarias Municipais de Saúde segundo Região de Saúde**

<b>Região de Saúde</b>	<b>Número de municípios pertencentes a RS</b>	<b>Número total de respostas</b>	<b>SMS que responderam ao inquérito</b>
Baía da Ilha Grande	3	1	Angra dos Reis.
Baixada Litorânea	9	5	Casimiro de Abreu, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Rio das Ostras e Saquarema.
Centro-Sul	11	3	Vassouras, Paraíba do Sul e Sapucaí.
Médio Paraíba	12	7	Porto Real, Resende, Pinheiral, Rio Claro, Volta Redonda, Piraí e Valença.

Metropolitana I	12	7	Nova Iguaçu, Seropédica, Japeri, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Duque de Caxias e Magé.
Metropolitana II	7	6	Rio Bonito, Silva Jardim, Tanguá, Maricá, Itaboraí e São Gonçalo.
Noroeste	13	10	Cambuci, Natividade, Itaocara, Varre-Sai, Santo Antônio de Pádua, Miracema, Porciúncula, Bom Jesus do Itabapoana, Italva e Cardoso Moreira.
Norte	9	5	São Fidélis, Quissamã, Carapebus, Macaé e Campos dos Goytacazes.
Serrana	15	11	Nova Friburgo, Petrópolis, Trajano de Moraes, Cachoeiras de Macacu, Carmo, Cordeiro, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Macuco, Bom Jardim e Cantagalo.

Fonte: Elaboração Própria.

**Quadro 5 - Respostas dos gestores dos municípios segundo Região de Saúde sobre número de hospitais que realizam LT e planos locais de ampliação da oferta**

<b>Informações dos gestores das RS</b>		
<b>Região de Saúde</b>	<b>Número de hospitais na Região que realizam o procedimento</b>	<b>Há planejamento para ampliação?</b>
Baía da Ilha Grande	1	Não, o hospital possui capacidade para atender o número de pedidos
Baixada Litorânea	7	Não há planejamento, os municípios relataram que os hospitais conseguem atender a demanda.
Centro-Sul	2 hospitais habilitados, 1 em aguardo da habilitação	A atual demanda é considerada adequada pelos gestores
Médio Paraíba	8	Informado por 2 gestores que existe possibilidade a depender de análise futuras. Uma prefeitura relatou ter planejamento. O restante considera a atual capacidade adequada.
Metropolitana I	26	Três SMS planejam ampliação do serviço, três consideram que a oferta atual é atendida e uma aponta necessidade de ampliação.
Metropolitana II	5	Os gestores consideram a atual demanda adequada, sem necessidade de planejamento para ampliação do serviço. Outros dois municípios comunicaram estar em processo de ampliação do serviço.

Noroeste	8	A maioria das SMS considera a atual demanda do procedimento adequada. Apenas uma sinalizou necessidade de planejamento para ampliação.
Norte	6	Todos responderam que o hospital atende a demanda dos procedimentos.
Serrana	7	A maior parte dos gestores responderam que não há planejamento para ampliação por considerarem que os hospitais conseguem atender a demanda do serviço.

Fonte: Elaboração Própria.

#### Baía da Ilha Grande:

Dos 3 municípios oficiados da RS Baía da Ilha Grande, somente o Município de Angra dos Reis respondeu ao inquérito, o que representa 33% do total dos municípios da Região. O município respondente possui apenas uma Rede Hospitalar, o Hospital Maternidade Angra dos Reis, que, de acordo com o gestor, atende a demanda local.

Os dados informados eram advindos do DATASUS, apesar do ofício encaminhado às SMS solicitar informações sobre os procedimentos de ligadura tubária, a resposta agregava o quantitativo de laqueadura, sem a separação das diferentes modalidades ofertadas pelo SUS. Com isso, apresentando uma resposta incompleta que dificultava a análise da oferta ao procedimento, não informando por categoria de parto cesáreo, vaginal ou ocorrido fora do período gestacional.

### Baixada Litorânea:

Dos nove municípios que compõem a região, apenas 5 responderam (55%), sendo estes: Casimiro de Abreu, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Rio das Ostras e Saquarema. Na região, a rede hospitalar é composta pelo Hospital Municipal Angela Menezes (Casimiro de Abreu), Hospital Municipal de Casimiro (Casimiro de Abreu), Hospital Geral de Arraial do Cabo (Arraial do Cabo), Hospital Municipal Naelma Monteiro (Rio das Ostras), Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (Saquarema) e o Hospital Municipal Nossa Senhora de Nazareth (HMNSN) de Saquarema. O HMNSN foi inaugurado em 2023 com o intuito de ofertar o procedimento de LT e vasectomia aos usuários.

O município de Casimiro de Abreu informou que há planejamento para ampliação e capacitação de profissionais, enquanto Saquarema ampliou a oferta a partir do ano de 2023 e Arraial do Cabo não acredita haver necessidade de ampliação. Rio das Ostras e Cabo Frio não responderam o item 2.

A maioria dos municípios enviou dados advindos do DATASUS, informando a série histórica de 2018 a 2024 com dados referentes a laqueadura tubária e parto cesariano com laqueadura tubária, não apresentando o perfil das mulheres. A respeito da região de Cabo Frio, que retirou as informações do Hospital da Mulher. No que se concerne a região de Saquarema respondeu incompleto, sem a separação sobre a forma de procedimento de LT. A cidade de Rio das Ostras informou que iria enviar as respostas em um documento posteriormente, mas até o momento de construção deste documento não houve resposta.

### Centro-Sul:

Somente três (33%) dos onze municípios da região responderam, a saber: Vassouras, Paraíba do Sul e Sapucaí. Em relação ao item 1, há o Hospital Universitário de Vassouras (Vassouras), Hospital Escola de Valença (Valença) e o Hospital Nossa Senhora da Piedade (Paraíba do Sul), que está aguardando habilitação. A demanda atual é adequada para os gestores de Vassouras e Sapucaia, não havendo necessidade de ampliação, com exceção do município de Paraíba do Sul, que não informou.

No tocante ao item 3, Vassouras apresentou o quantitativo advindo do DATASUS sobre os partos normais e cesarianos, os procedimentos de LT e parto cesariano com LT de 2018 a 2024. O município de Sapucaia informou a série histórica no período de 2018 a 2024, com dados referentes ao quantitativo de parto vaginal, parto cesariano, laqueadura tubária durante o parto das gestantes acompanhadas pelo pré-natal de alto risco do Centro de Ação à Saúde da Mulher (CASM) e o perfil das mulheres que realizaram o procedimento, retirados do DATASUS e do CASM. A cidade de Paraíba do Sul não respondeu a pergunta sobre o número de procedimentos.

#### Médio Paraíba:

De um total de doze municípios na região, somente sete (58%) deram retorno, sendo estes: Porto Real, Resende, Pinheiral, Rio Claro, Volta Redonda, Piraí e Valença. A Rede Hospitalar é composta pelo Hospital Geral Municipal São Francisco de Assis (Resende), Hospital Municipal Prefeito Aurelino Gonçalves Barbosa (Pinheiral), Hospital Nossa Senhora da Piedade (Rio Claro), Hospital Maternidade Theresa Sacchi de Moura (Barra Mansa), Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (Volta Redonda), Hospital São João Batista (Volta Redonda), Hospital Flávio Leal (Piraí) e Hospital Escola de Valença (Valença).

A cidade de Rio Claro informou que há planejamento para ampliação, três (Piraí, Valença e Pinheiral) informaram que a atual demanda é adequada, duas (Porto Real e Rio Claro) informaram que estão analisando a possibilidade, Volta Redonda relatou ter confeccionado um planejamento de ampliação e Resende não apresentou a resposta.

O quantitativo de procedimentos foi retirado do DATASUS, pela Coordenação Maternidade do hospital Municipal Prefeito Aurelino Gonçalves Barbosa e da Associação de Proteção à Maternidade e a Infância de Resende (APMIR). As informações continham o quantitativo e a taxa de partos cesarianos e vaginais, assim como cesariana com LT. Com exceção de Volta Redonda, Piraí e Valença que forneceu o número de procedimentos de LT eletivo. Volta Redonda foi o único município a fornecer o perfil de mulheres que realizaram LT.

### Metropolitana I:

Entre as doze cidades que fazem parte da RS, somente sete responderam (58%), são eles: Nova Iguaçu, Seropédica, Japeri, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Duque de Caxias e Magé. Sobre as informações da Rede Hospitalar, esta é a Região com o maior número de hospitais que realizam o procedimento, sendo estes: Maternidade Municipal Mariana Bulhões (Nova Iguaçu) — somente em casos de pós-parto imediato —, Hospital Maternidade de Seropédica (Seropédica), Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo (Duque de Caxias) — eletiva em não gestantes —, Maternidade Municipal Santa Cruz da Serra (Duque de Caxias) — apenas para gestantes —, Maternidade do Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes (Duque de Caxias) — somente durante o parto normal e cesariano —, Hospital Materno Infantil Vereador Hugo Braga (Magé). Os seguintes hospitais são credenciados a cidade do Rio de Janeiro: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, IFF Fiocruz, Maternidade Escola Da UFRJ, MS Hospital Geral De Bonsucesso, SMS Hospital Municipal Albert Schweitzer Área de Planejamento AP 5.1, SMS Hospital Municipal Da Piedade AP 3.2, SMS Hospital Municipal Francisco Da Silva Telles AP 3.3, SMS Hospital Municipal Lourenço Jorge AP 4.0, SMS Hospital Municipal Miguel Couto AP 2.0, SMS Hospital Municipal Pedro II AP 5.3, SMS Hospital Municipal Rocha Faria AP 5.2, SMS Hospital Municipal Ronaldo Gazolla AP 3.3, SMS Maternidade Alexander Fleming AP 3.3, SMS Maternidade Carmela Dutra AP 3.2, SMS Maternidade da Mulher Mariska Ribeiro AP 5.1, SMS Maternidade Fernando Magalhães AP 1.0, SMS Maternidade Herculano Pinheiro AP 3.3, SMS Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda AP 1.0, SMS Maternidade Paulino Werneck AP 3.1 e SMS Maternidade da Rocinha AP 2.1. Esta é a região com o maior número de nosocômios que ofertam o procedimento de LT.

Dos 7 municípios, 3 (Japeri, São João de Meriti e Magé) sinalizaram planejamento para ampliação do serviço e 2 consideram adequada a atual demanda (Seropédica e Duque de Caxias). A cidade de Magé informou que há necessidade de ampliar a oferta do serviço, enquanto o município do Rio de Janeiro considera adequado após ampliação de 50 vagas mensais no ano de 2023.

As cidades da Metropolitana I utilizaram o DATASUS como fonte de dados, com exceção de Japeri, que forneceu dados advindos do Complexo Municipal de Regulação de Japeri e Magé, do Hospital Vereador Hugo Braga. Com base nessas

fontes, foi apresentado uma série histórica de 2018 a 2024 de parto cesariano, parto normal e dos procedimentos de LT fora do período gestacional, parto cesariano com laqueadura tubária. Além de responder ao ofício com essas informações, o município do Rio de Janeiro também inseriu dados de LT pós parto normal. A cidade de Japeri apenas informou dados de procedimentos de parto cesariano com laqueadura tubária relativos ao ano de março a dezembro de 2023. Os municípios de Magé e São João de Meriti apresentaram incompletude nas informações, respectivamente, Magé não indicou a modalidade do procedimento de LT, enquanto São João apenas forneceu uma série histórica no período de 2018 a 2023 em relação às taxas de parto via baixa e cesariana.

### Metropolitana II:

Dos sete municípios que integram a RS, apenas seis (86%) responderam. Esses municípios são: Rio Bonito, Silva Jardim, Tanguá, Maricá, Itaboraí e São Gonçalo. As redes credenciadas da região são Hospital Regional Darcy Vargas (Rio Bonito) — somente em casos de parto normal ou cesariano -, Maternidade Doutor Mário Nijjar (São Gonçalo), Hospital Desembargador Leal Júnior (Itaboraí), Hospital Municipal Conde Modesto Leal (Maricá) — apenas em casos de mulheres que já tiverem filhos ou no momento do parto — e Hospital Municipal Dr. Ernesto Che Guevara (Maricá) — em caso eletivo, fora do período gestacional. O município de Silva Jardim informou que não compõem de redes credenciadas, as usuárias são inseridas no Sistema de Regulação (SER) para serem referenciadas aos hospitais estaduais de referência.

Em relação ao planejamento de ampliação, dois (Silva Jardim e Maricá) municípios consideram a demanda adequada, Rio Bonito comunicou que não há planejamento para ampliação, dois (Tanguá e São Gonçalo) informaram que estão em processo de ampliação para laqueadura em casos eletivos e Itaboraí não respondeu.

Sobre o item 3, a maioria dos dados são advindos dos sistemas hospitalares da região. Os municípios em sua maioria forneceram dados a respeito dos partos, LT pós parto, laqueadura tubária de forma eletiva e parto cesariano com LT. Silva Jardim foi o único município a conceder o perfil das mulheres laqueadas. A cidade de São Gonçalo forneceu apenas a série histórica de 2021 a 2024, sendo seus dados

retirados da gerência de enfermagem da Maternidade Mario Nijar. No município de Maricá não foi possível a análise por conta do documento enviado estar com frases cortadas e apagadas.

Noroeste:

Dos 13 municípios pertencentes à região, dez (77%) enviaram suas respostas: Cambuci, Natividade, Itaocara, Varre-Sai, Santo Antônio de Pádua, Miracema, Porciúncula, Bom Jesus do Itabapoana, Italva e Cardoso Moreira. Sobre os hospitais credenciais, há o Hospital de Miracema (Miracema) — apenas em gestantes que manifestarem interesse -, Hospital Municipal São Sebastião de Varre-Sai (Varre-Sai), Hospital Municipal Moacyr Gomes de Azevedo (Cambuci), Hospital Carangola (Porciúncula), Hospital Municipal Hélio Montezano de Oliveira (Santo Antônio de Pádua), Hospital Municipal de Itaocara (Itaocara). Existe convênio para referenciamento das usuárias ao Hospital São Vicente de Paulo (Bom Jesus do Itabapoana/RJ) e, em casos de urgência, o Hospital São José do Avaí (Itaperuna/RJ).

Cinco municípios (Cambuci, Natividade, Santo Antônio de Pádua, Itaocara, Porciúncula e Cardoso Moreira) sinalizaram que a demanda do procedimento é adequada, Varre-Sai informou não possuir demanda, o município de Italva respondeu que não há planejamento e o município de Miracema comunicou necessidade de ampliação de vagas para gestantes, pois muitas não conseguem realizar o procedimento fora do município.

Em relação ao quantitativo de partos e cirurgia de esterilização, os municípios de Cambuci e Natividade informaram que, de 2018 a 2024, não houve nenhum procedimento de LT. Enquanto Itaocara, Porciúncula e Varre-sai apresentaram a série com dados referentes à laqueadura tubária pós parto cesariano e parto cesariano com laqueadura tubária, sem registros de laqueadura fora do período gestacional. Em Bom Jesus do Itabapoana, o hospital São Vicente de Paula, hospital de referência para a maioria das usuárias da região, apenas informou o quantitativo de atendimentos de planejamento familiar de 2022 a 2024, comunicando que é necessário entrar em contato com outro setor para demais informações.

### Norte:

De um total de nove municípios na RS, somente cinco (55%) deram retorno, sendo estes: São Fidélis, Quissamã, Carapebus, Macaé, Campos dos Goytacazes. Em relação às informações sobre as redes hospitalares credenciadas, há a Associação Hospitalar Armando Vidal (São Fidélis), Maternidade do Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus (Quissamã), Hospital Público de Macaé (Macaé) — LT pós parto -, Hospital Público de Macaé (Macaé) — ligadura tubária eletiva —, Hospital Dos Plantadores De Cana (Campos dos Goytacazes) e Hospital Sociedade Portuguesa De Beneficência de Campos (Campos dos Goytacazes). As usuárias do município de Carapebus são referenciadas ao Hospital São Vicente de Paulo (Bom Jesus do Itabapoana/RJ).

Todos os municípios responderam que o hospital atende a demanda dos procedimentos, não havendo necessidade de ampliação.

Os municípios da Região Norte apresentaram série histórica do quantitativo de partos normais e cesarianos e de laqueadura tubária, laqueadura pós cesária e parto cesariano com laqueadura tubária de 2018 a 2024, com dados advindos do DATASUS. A cidade de Campos dos Goytacazes foi a única a apresentar a taxa de laqueadura tubária. Apenas o município de São Fidélis não respondeu a pergunta.

### Serrana:

Dos quinze municípios que integram a região, dez (66%) responderam: Nova Friburgo, Petrópolis, Trajano de Moraes, Cachoeiras de Macacu, Carmo, Cordeiro, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Macacu, Bom Jardim e Cantagalo. Em relação aos hospitais credenciados, há o Hospital Alcides Carneiro (Petrópolis), Hospital Francisco Limongi (Trajano de Moraes), Hospital Municipal Dr. Celso Martins de Cachoeiras de Macacu (Cachoeiras de Macacu), Hospital Nossa Senhora do Carmo (Carmo), Hospital de Cordeiro (Cordeiro), Hospital São Sebastião (São Sebastião do Alto) e Santa Casa de Caridade de Cantagalo/Hospital de Cantagalo (Cantagalo). Existe um hospital ainda não credenciado em São José do Vale do Rio Preto. O município de Nova Friburgo não informou o hospital da região.

Dos dez municípios, seis (Petrópolis, Trajano de Moraes, Cachoeiras de Macacu, Cordeiro, São Sebastião do Alto e Bom Jardim) informaram que a demanda

é adequada, São José do Vale do Rio Preto sinalizou o planejamento de contratação de mais médicos para ampliar a oferta do serviço, Nova Friburgo considera a demanda adequada para os casos de LT em parto, Cantagalo está avaliando a necessidade de ampliação e Carmo respondeu que o planejamento é exclusivo da rede municipal, não fornecendo a informação.

As cidades apresentaram a série histórica de 2018 a 2024 com dados referentes ao quantitativo de cesárea e parto normal e laqueadura tubária, laqueadura tubária pós cesária e parto cesariano com laqueadura tubária, com exceção de Cachoeiras de Macacu, que apenas apresentou dados de 2021 a 2024, por conta dos dados dos anos anteriores não estarem presentes nos documentos dos sistemas.

Reitera-se que considerando o volume de material no inquérito e o tempo para a realização do TCC, não foi realizada análise documental em profundidade, que exigia digitalização de todos os dados e outras análises que permitissem correlacionar os dados quantitativos e conferir e analisar, p.ex. documentos juntados com outras informações. A situação citada inicialmente — que impulsionou a formulação de um inquérito por parte da COSAU — a recusa do município de Rio Bonito a executar o procedimento de LT em casos de parto normal, neste momento foi regularizada pelo serviço, que agora oferta a modalidade.

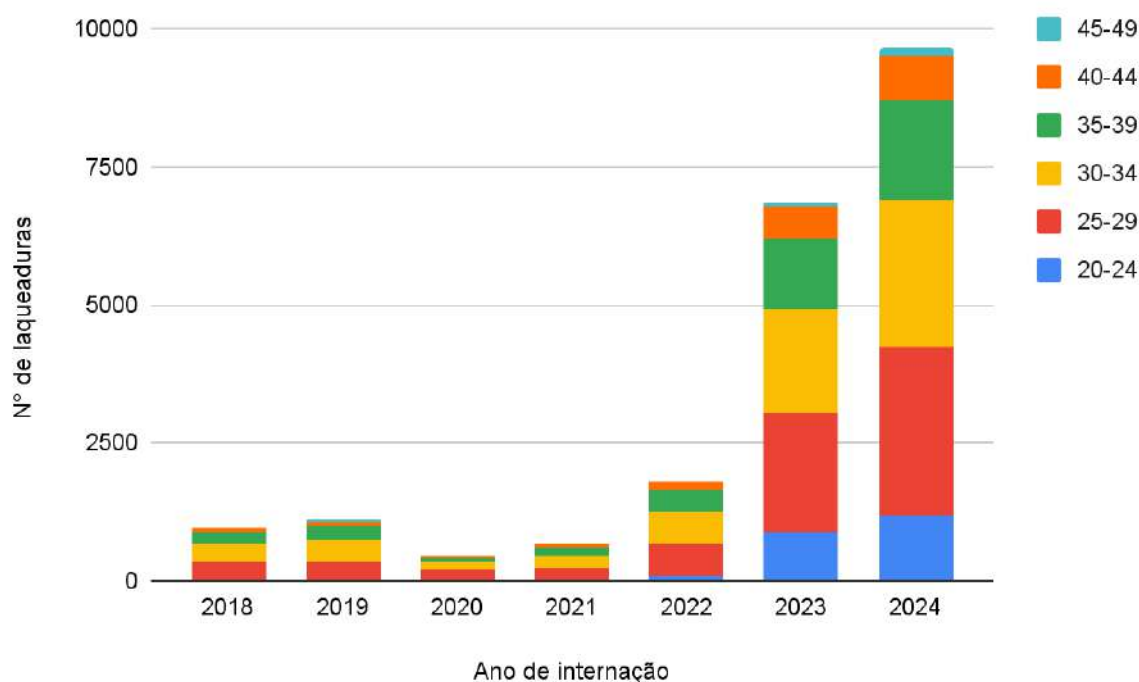
Sendo assim, o estudo de análise estatística descritiva por meio da busca nos dados do DataSUS foi feito para subsidiar o inquérito com dados gerais que permitissem a análise do perfil da LT no estado do Rio de Janeiro.

### 6.3 ANÁLISE DE BANCO DE DADOS PÚBLICOS (DATASUS) - ESTATÍSTICA DESCRITIVA

A partir da busca no banco de dados do SIH/SUS constatou-se que foram realizados 67999 procedimentos de laqueadura no estado do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2018 a outubro de 2024, sendo 44909 (66%) na modalidade de parto cesariano, 21540 (31,68%) em forma eletiva e 1550 (2,28%) na mesma internação de parto normal. A RS Metropolitana I totalizou a maior parte, realizando 41197 cirurgias em um período de 6 anos. Em todas as modalidades, o ano de 2024 possui o maior número de registros no DATASUS, totalizando 23.462 cirurgias de LT realizadas.

As alterações introduzidas pela Lei 14.443/22 impactam principalmente o acesso a cirurgia de laqueadura tubária para mulheres com capacidade civil e maiores de 21 anos, ou que possuam pelo menos dois filhos vivos, assim como a eliminação da necessidade de consentimento conjugal. Além disso, a normativa também ampliou o direito ao procedimento para gestantes, anteriormente sendo apenas disponibilizado para gestantes com sucessivas experiências de parto cesariano anteriores. A fim de avaliar os efeitos dessas mudanças, são apresentados gráficos que ilustram a evolução ao acesso da laqueadura tubária em cada modalidade após a implementação da nova lei no estado.

**Figura 2 - Quantitativo de procedimentos de laqueadura tubária em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por faixa etária de 2018 a 2024**



Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Observa-se no gráfico acima o incremento deste procedimento a partir do ano de 2023 em todas as idades, principalmente na faixa etária de 25 a 29 anos ( $n=2172$ ) e de 30 a 34 anos ( $n=1883$ ).

A partir do ano de modificação da nova lei, entre os 20-24 anos é possível perceber o aumento no número de cirurgias realizadas, passando de menos de 100

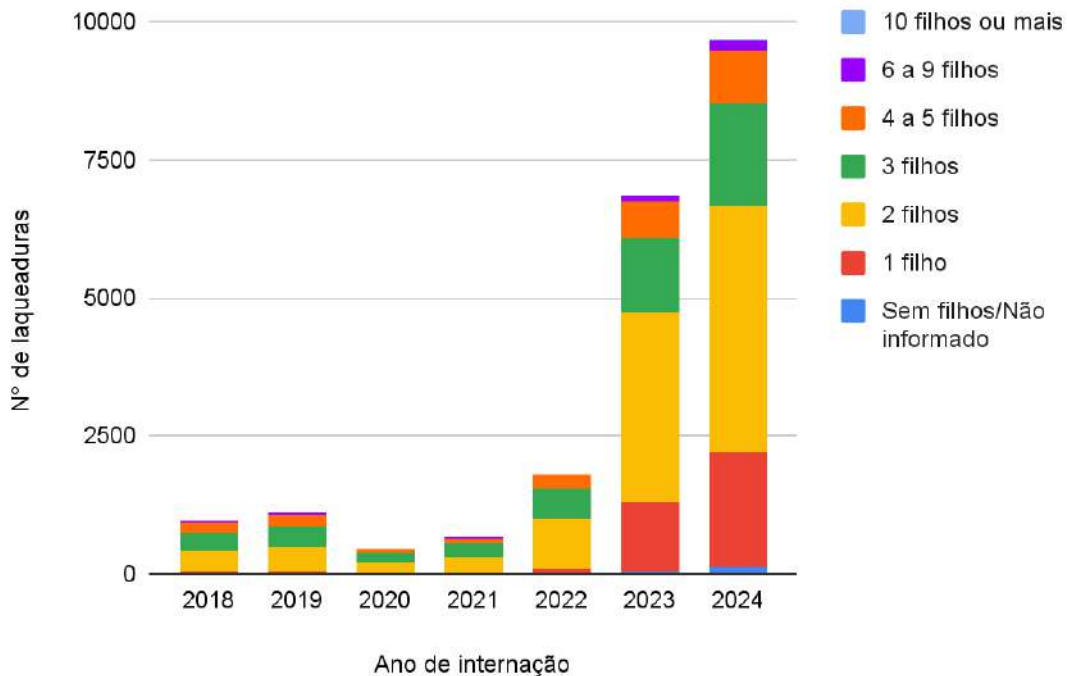
procedimentos por ano em 2018 a 2022 para 878 em 2023 e 1180 no ano de 2024. Importante destacar que na regra anterior a possibilidade de LT nesta faixa etária só era possível se a mulher tivesse dois filhos vivos ou risco gravídico. A faixa etária de 40 a 44 anos e 45 a 49 anos foram as que apresentaram os menores registros no sistema de informação.

No que tange a predominância de 31,6% das mulheres laqueadas estarem na faixa etária de 25 a 29 anos, esses dados também são evidenciados em outros estudos de perfil epidemiológico da mesma temática. No estudo publicado por Almeida *et al.* em 2021, trabalho que analisou 6 artigos de 2015 a 2020 que dialogassem sobre o perfil sociodemográfico das mulheres esterilizadas, apresentou que 35% das mulheres que optaram pelo procedimento estão nessa faixa.

O mesmo estudo apontou que apenas 6% das mulheres estavam abaixo dos 25 anos, sendo inferior aos achados encontrados na Figura 2, que apresentou que 10,5% das mulheres possuem idade inferior aos 25 anos. O dado sugere que a mudança legislativa pode estar relacionada ao aumento e discrepância entre os achados.

Ademais, o desejo de ter filhos é um fator que diminui com a idade, segundo dados do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos há uma queda de 73% entre jovens de 15 a 19 anos, para 40,2% na faixa de 25 a 29 anos, e 13%, entre 35 a 39 anos. O aumento na procura pela realização de um método contraceptivo irreversível na faixa entre 25 a 35 anos pode refletir no desejo de interromper a capacidade reprodutiva nesse período de vida.

**Figura 3 - Quantitativo de procedimentos de laqueadura tubária por número de filhos em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro de 2018 a 2024**



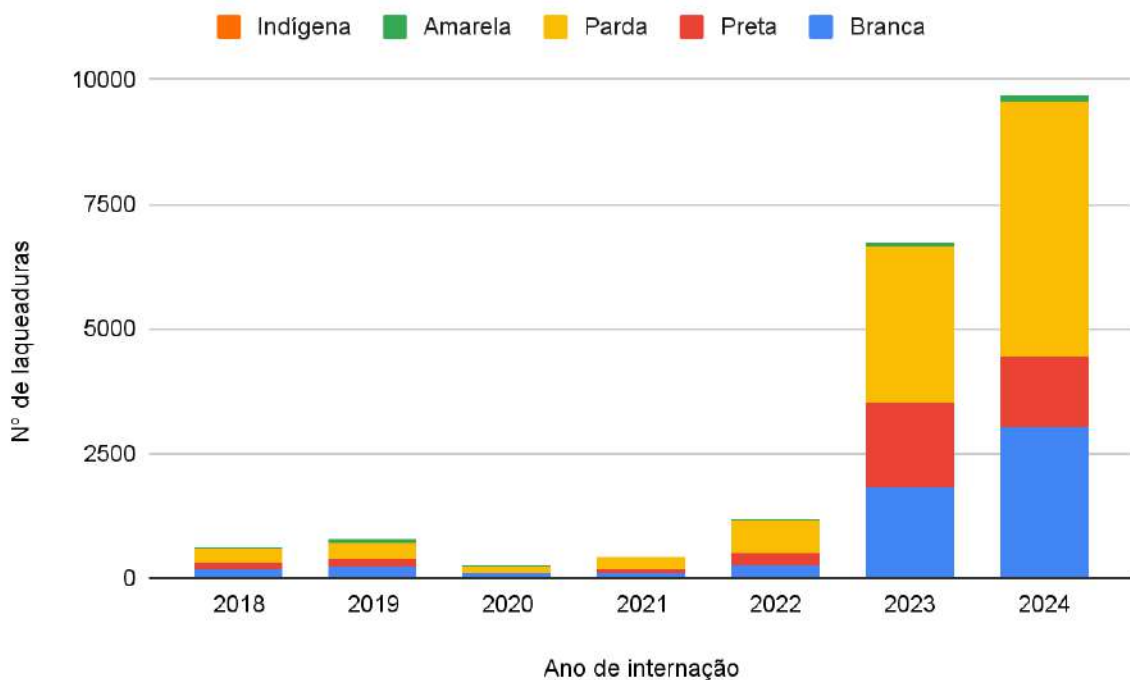
Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Com relação ao número de filhos das residentes nas RS que realizaram a LT em formato eletivo, percebe-se que, em todos os anos, a maioria das mulheres têm entre 2 a 3 filhos quando ocorreu a cirurgia, reitera-se aqui a possibilidade legal antes de 2023 de toda pessoa maior de 18 anos e com capacidade civil plena e dois filhos vivos ou maiores de 25, mesmo sem filhos, realizarem a LT. Por conta deste fator, é provável que a categoria de 2 filhos tenha o maior número de dados computados no sistema.

O ano de 2024 apresentou o maior número de registro em todas as categorias, sendo em ordem decrescente: 2 filhos (n = 4496), 1 filho (n= 2082), 3 filhos (n= 1851), 4 a 5 filhos (n= 928), 6 a 9 filhos (n= 202), sem filhos/sem informação (n= 109) e 10 filhos ou mais (n= 12). Somente em 2024 que a categoria de 1 filho passou a ser o 2º maior número de casos computados no sistema, ultrapassando a faixa de 3 filhos, o que sugere o incremento em razão da mudança da regra legal vigente em 2023.

A predominância de mulheres com dois filhos que buscam a esterilização ao longo de 2018 a 2024 está ligada ao desejo de interromper o aumento da prole e a antiga Lei 9.263/96, que regulava o acesso aos métodos contraceptivos (Pilati, 2023). Em contrapartida, o número de filhos também é intrinsecamente associado ao arrependimento entre mulheres esterilizadas, seja por fatores como a morte de um dos filhos ou um novo relacionamento, que pode influenciar na vontade de ter novamente outros filhos (Almeida, *et al.*, 2021).

**Figura 4 - Quantitativo de procedimentos de laqueadura tubária em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por raça/cor de 2018 a 2024**



Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

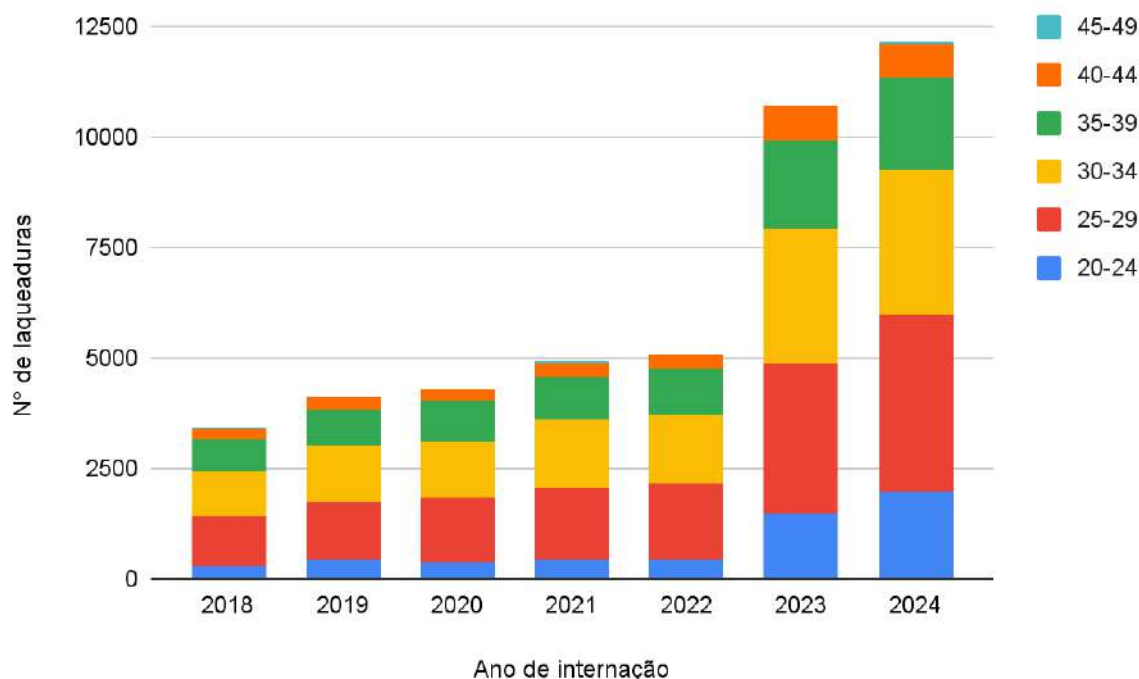
Ao analisar o gráfico acima, percebe-se que, de 2018 a 2024, as mulheres que se identificam com a raça/cor parda e branca concentram o maior quantitativo de procedimentos de LT. Segundo a categoria, em 2024, em ordem decrescente, as mulheres eram da raça/cor parda (n= 5121), branca (n= 3024), preta (n= 1421), amarela (n= 114) e indígena (n= 0). Apenas no ano de 2023 e 2018 foram computados no sistema o procedimento de LT em mulheres indígenas, sendo em sua totalidade apenas 3 procedimentos em todo o decorrer desses anos.

A respeito da raça/cor, percebe-se que, no estado do Rio de Janeiro, às mulheres da raça/cor parda representaram 50% (n= 9911) daquelas que procuraram pelo serviço. Esse resultado se diverge de outros estudos, que apontam uma maior adesão entre mulheres brancas (Polido; *et al.*, 2021; Pilati, 2023). Entretanto, esse resultado pode estar atrelado ao fato do estado do RJ ter um alto número de pessoas autodeclaradas pardas, sendo computados 2.403.895 no último Censo de 2022.

Ademais, foram registrados de 2018 a 2024 apenas 19685 procedimentos de LT com especificação da raça/cor das residentes das RS, faltando 1885 informações referente a esse indicador no sistema. Desde 2017, por meio da Portaria nº 344, é obrigatório o preenchimento do campo raça/cor dos usuários em serviços de saúde nos instrumentos de coleta de dados, porém, os resultados acima — e os referentes a cor em outras modalidades — demonstram que o sistema ainda tem muito a percorrer para conseguir abarcar todas as mulheres que manifestaram interesse pelo procedimento.

Com a consolidação da Portaria nº 405, de 8 de maio de 2023, a modalidade Parto Cesariano com Laqueadura Tubária foi inserida na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Apesar de ser adicionada recentemente, a Lei antiga permitia a procura desse serviço em casos de sucessivas cesarianas anteriores. Os dados a seguir demonstram o crescimento nas interações entre os anos de 2018 a 2024.

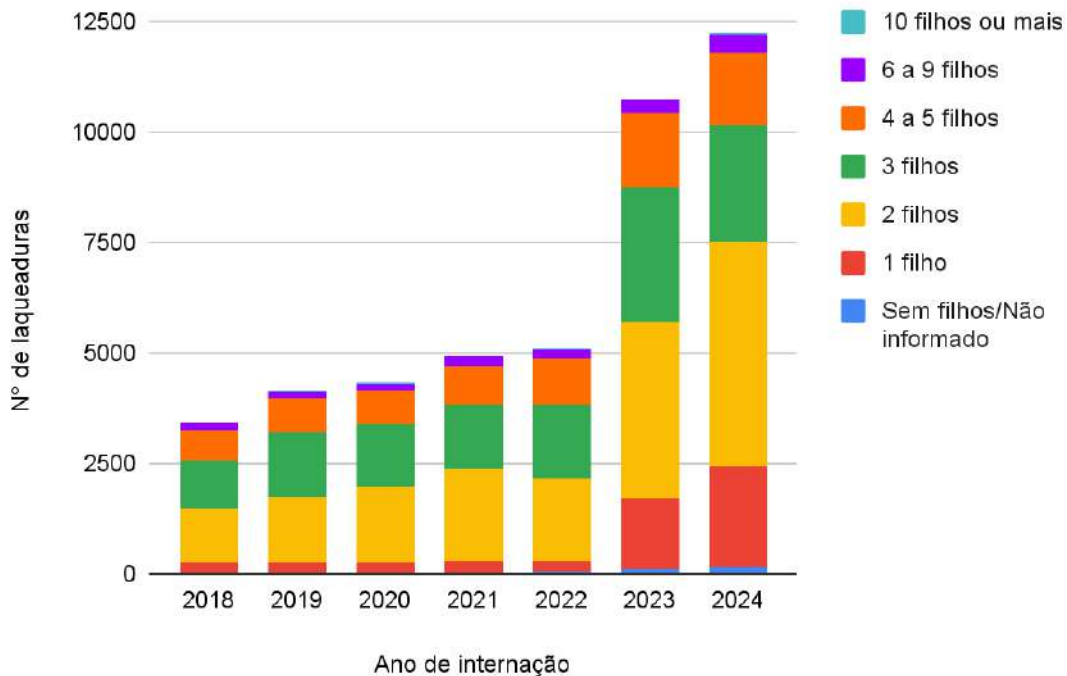
**Figura 5 - Quantitativo de procedimentos de parto cesariano com laqueadura em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por faixa etária de 2018 a 2024**



Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Analisando os dados exibidos no gráfico, percebe-se que a faixa etária de 25 a 29 anos ( $n= 14.668$ ) e 30 a 34 anos ( $n= 12.996$ ) compõem o maior quantitativo de dados registrados em todos os anos. A partir de 2023, o intervalo etático de 20 a 24 anos aumentou, passando de menos 500 procedimentos por ano para mais de 1000 procedimentos.

**Figura 6 - Quantitativo de procedimentos de parto cesariano com laqueadura em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por número de filhos de 2018 a 2024**



Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

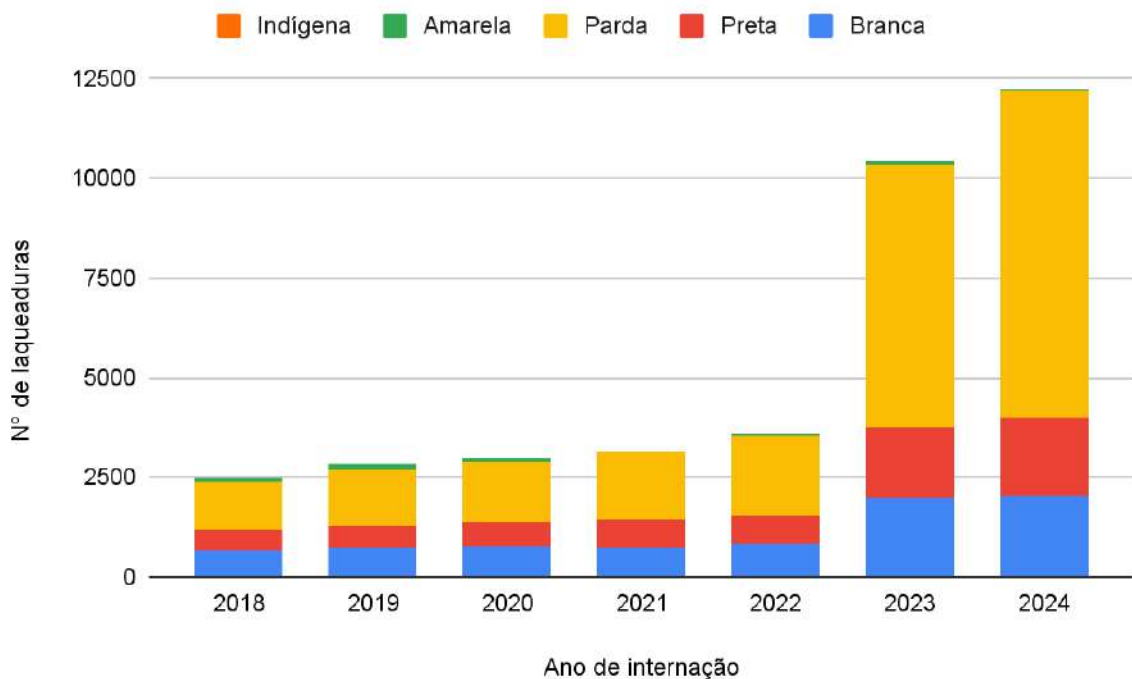
Interpretando as informações fornecidas pelo gráfico acima, percebe-se que o procedimento é feito em grande parte por mulheres com 2 (n= 17560) ou 3 (n= 12881) filhos. O ano de 2024 destaca-se por ser o ano com o maior número de registros sendo, em ordem decrescente, a cirurgia executada em mulheres com 2 filhos (n= 5105), 3 filhos (n= 2650), 1 filho (n= 2277), 4 a 5 filhos (n= 1648), 6 a 9 filhos (n= 379), sem filhos/sem informação (n= 135), 10 filhos ou mais (n= 38).

É importante ressaltar que a cirurgia, segundo a regra anterior da Lei Federal n.º 9.263/1996, art.10, § 2º, era vedada em mulheres durante os períodos de parto, sendo apenas realizado em casos de parturiente com cesarianas sucessivas anteriores ou outra necessidade de saúde que recomenda a não repetição de gravidez. No caso específico das sucessivas cesarianas, o risco para a saúde da mulher leva em conta que o parto cesariano pode ser associado à ruptura uterina, onde, com cada cirurgia, a cicatriz na região do útero pode se tornar mais fina e frável, levando a possíveis complicações mais graves (Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, 2019). A nova redação do art. 10, §2º, dada pela Lei n.º

14.443, de 2022, passou a garantir à mulher a realização da LT durante o período do parto por livre decisão, isto é, independentemente de necessidade de saúde. Nesse sentido, o incremento significativo do número de LT em mulheres com apenas um filho nos anos de 2023 e 2024 na Figura 6 pode estar indicando que a mudança da regra auxiliou a optar neste momento pela esterilização.

Nesse sentido, o fato de estar registrado no sistema cesarianas em mulheres com apenas 1 filho ou sem filhos anteriores ao parto indica a possível realização de LT sem o devido cumprimento das exigências legais previstas. Em certos casos, a LT acontece sem a autorização da mulher ou a completa orientação formal sobre o caráter do procedimento, procedendo uma violação do corpo feminino, que perde o direito de escolha sobre sua reprodução. Inclusive, é também feita como forma de exercício de poder do próprio cônjuge, que suborna profissionais de saúde a submeterem a esposa a cirurgia, a impedindo de ter outros filhos (Fontenele; Tanaka, 2014).

**Figura 7 - Quantitativo de procedimentos de parto cesariano com laqueadura em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por raça/cor de 2018 a 2024.**



Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

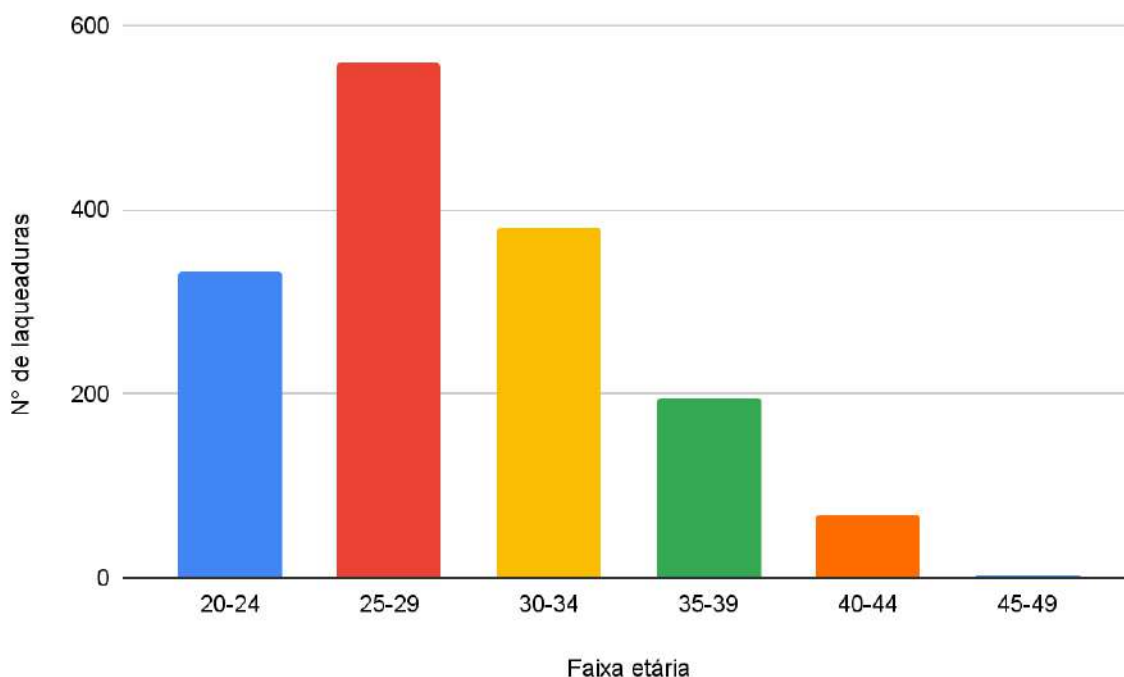
Conforme os dados dispostos no gráfico acima, nota-se que as mulheres autodeclaradas como pardas constituíram o grupo majoritário entre aquelas que realizaram o parto cesariano com LT. Em ordem decrescente, de 2018 a 2024, foi registrado a cirurgia em mulheres da raça/cor parda (n= 22.701), branca (n= 7.780), preta (n= 6.676), amarela (n= 566) e indígena (n= 4).

Assim como no caso de LT eletiva, houve também incompletude nos registros referentes a raça/cor das usuárias, faltando informação de 7182 mulheres.

Em uma pesquisa nacional sobre parto no Brasil por Leal *et al.*, é apresentado que a maior parte dos partos via cesariana no país foram feitos em mulheres pardas e brancas. Ao analisar o gráfico acima, percebe-se que essas categorias de raça são as mais predominantes na via cesariana, apresentando resultados similares. Mulheres autodeclaradas pardas possuem menos orientação durante o pré-natal, representando uma iniquidade racial na qualidade do cuidado e atendimento dessas mulheres, podendo este fator prejudicar na escolha do método contraceptivo ou, até mesmo, ao do tipo de parto (Leal, 2023).

Em relação à categoria de laqueadura por parto normal, esta foi incluída na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS pela Portaria SAES/MS nº 1.549 em 22 de março de 2024, quase 1 ano após a consolidação da Lei 14.443/22. Sendo assim, os dados referentes a essa modalidade estão disponíveis no sistema desde março de 2024, não havendo registros nos anos anteriores.

**Figura 8 - Quantitativo de procedimentos de laqueadura na mesma internação de parto normal em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por faixa etária em 2024**



Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Ao examinar o gráfico, os dados de 2024, indicam que as faixas etárias com maior representatividade foram: 25 a 29 anos (n= 560), 30 a 34 anos (n= 380), 20 a 24 anos (n= 333), 35 a 39 anos (n= 196), 40 a 44 anos (n= 68) e 45 a 49 anos (n= 3).

**Tabela 1 - Quantitativo de procedimentos de laqueadura na mesma internação de parto normal em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por número de filhos em 2024**

Ano de internação	Sem filhos/Não informado
2024	1550

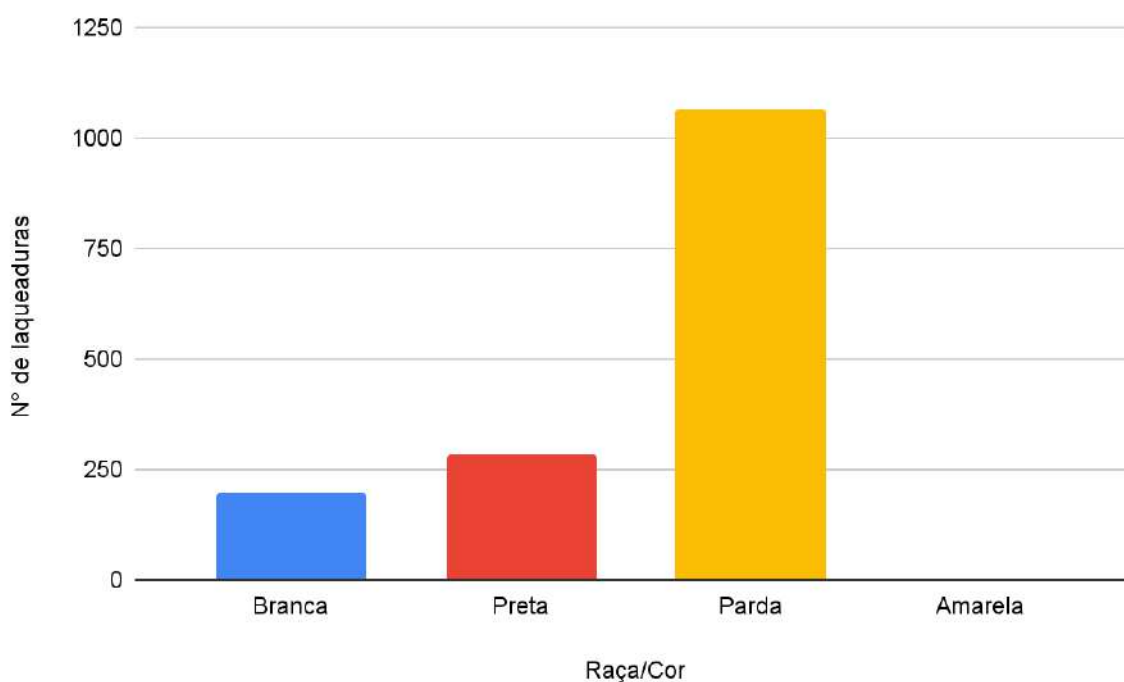
Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No sistema há somente a categoria de sem filhos/não informado, dificultando a análise do número de filhos vivos das mulheres que escolheram realizar a LT.

Ademais, a junção da categoria “sem filhos” com a “não informado” em uma análise sobre o número de filhos de mulheres que optaram pela esterilização pode comprometer significativamente a compreensão dos dados. Essa agregação resulta na combinação de informações com propósitos distintos, a categoria “sem filho” indica que a mulher nesse grupo não possuía filhos anteriormente ao momento do parto e/ou da esterilização. Enquanto a variável “não informado” pode representar desde a uma falta de resposta por parte da usuária, quanto a falta de cuidado do profissional responsável para preenchimento da informação no sistema (Correia; Padilha; Vasconcelos, 2014).

Essa falta de distinção entre as categorias pode dificultar a identificação de padrões no número de mulheres laqueadas, principalmente no caso desse procedimento, que passou a ser uma nova modalidade a partir de 2024. Sem conseguir determinar com precisão o número de filhos de mulheres laqueadas resulta também na perda de informações sobre aquelas que optaram pela laqueadura de forma eletiva, representando uma escolha individual de não ter filhos biológicos.

**Figura 9 - Quantitativo de procedimentos de laqueadura na mesma internação de parto normal em mulheres residentes das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro por raça/cor em 2024**



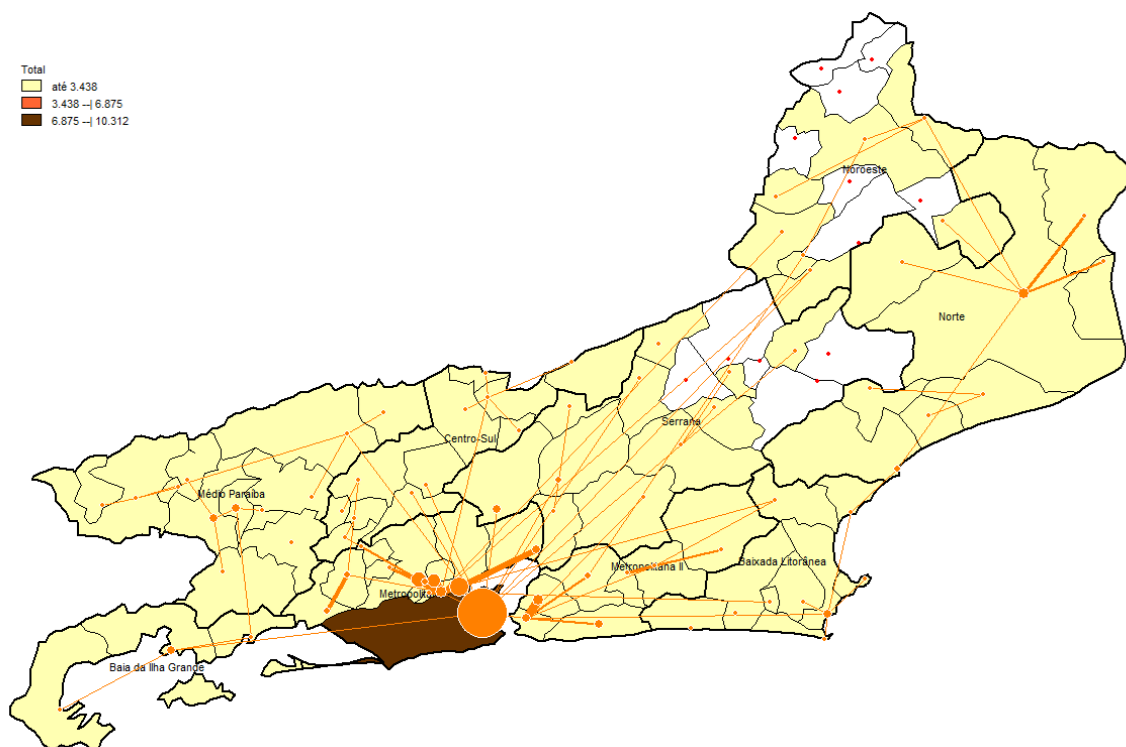
Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Conforme os dados dispostos no gráfico acima, identifica-se que as seguintes raça/cor das usuárias foram as mais presentes: parda (n= 1067), preta (n= 283), branca (n= 198) e amarela (n= 2), não houve registros de mulheres indígenas no SIH/SUS.

Estudos evidenciam que, no Brasil, há uma prevalência do parto normal entre mulheres pretas e pardas, podendo este achado corroborar com dado sobre a opção da esterilização no momento do parto normal no grupo de mulheres autodeclaradas nessa categoria de cor (Granado, 2022).

A observação dos procedimentos de esterilização feminina por Região de Saúde no Estado do Rio de Janeiro busca compreender a distribuição espacial da oferta desse método contraceptivo feminino. Ao analisar a disparidade entre as regiões, considera-se a infraestrutura dos serviços de saúde disponíveis para oferta do serviço, ações de educação em saúde sexual, dinâmicas socioeconômicas e aspectos culturais da região que influenciam na demanda e no acesso ao serviço.

**Figura 10 - Mapa do Fluxo de Internações para Laqueadura Tubária, Parto Cesariano com Laqueadura Tubária e Laqueadura Tubária na mesma Internação de Parto normal no Estado do Rio de Janeiro, segundo Região de Saúde em 2024**

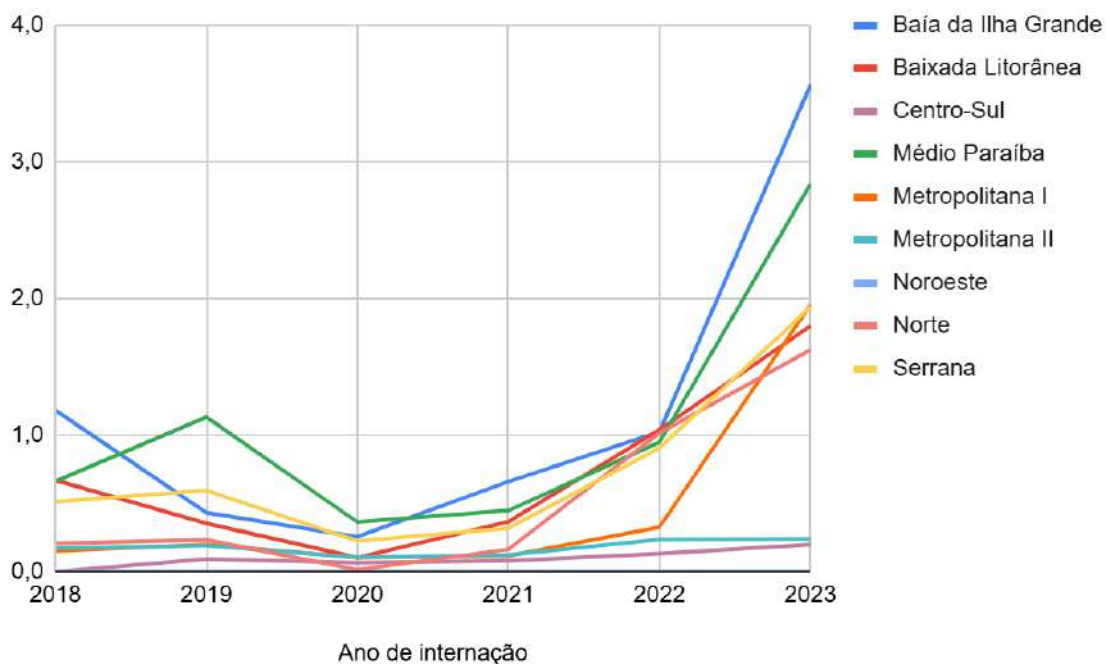


Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Ao analisar o mapa, percebe-se a maior concentração do fluxo de munitípes para a Região de Saúde Metropolitana I, sendo o município do Rio de Janeiro (n= 10312) e Duque de Caxias (n= 1589) as principais cidades alvos para a realização do procedimento. Inclusive, fato apontado pela Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, que informou que o município recebe usuárias de outras Regiões de Saúde, principalmente da Metropolitana I.

Intera-se aqui a informação por parte da SMS de Miracema, da RS Noroeste, sobre a dificuldade de referenciar usuárias gestantes para o procedimento em outras localidades, no mapa, é apontado o deslocamento para Bom Jesus do Itabapoana, cidade apontada na resposta ao inquérito como principal convênio para referenciamento de usuárias na região.

**Figura 11 - Taxa de laqueadura tubária segundo Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro de residência de 2018 a 2024 por mil mulheres em idade fértil residentes das RS**



Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

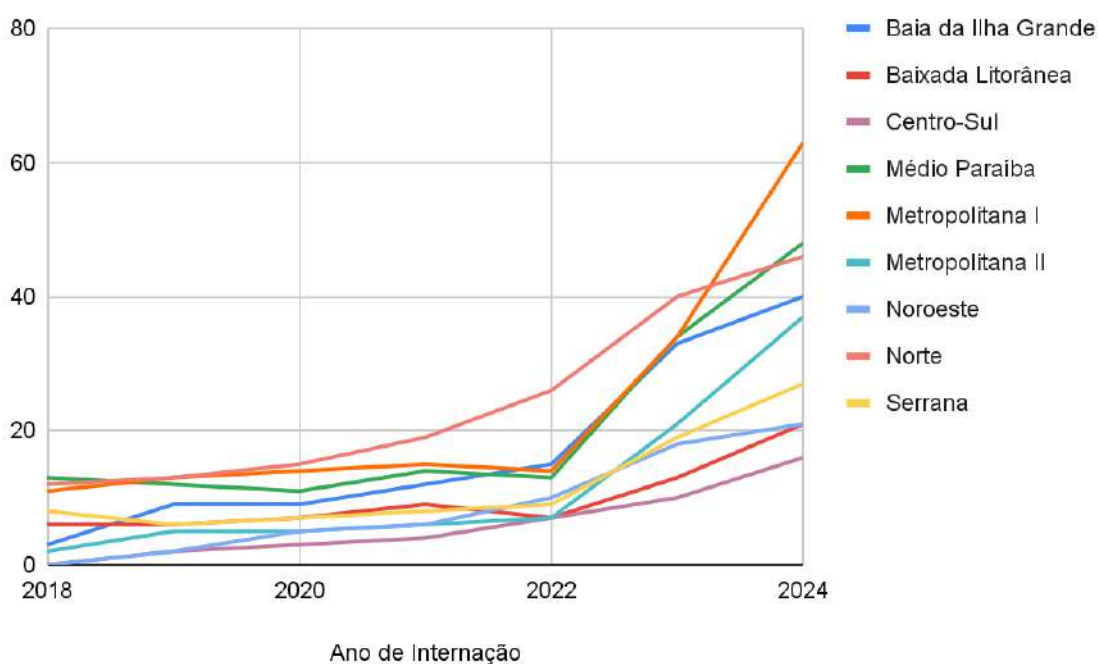
A partir de 2022, observa-se um aumento na taxa de internação deste procedimento em todas as residentes pertencentes às Regiões de Saúde. Nas regiões de Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba, Serrana e Metropolitana I houve maior aumento na taxa de procedimentos realizados pelas munitípes no ano de

2023. A região Centro-sul e Metropolitana II apresentou-se estável durante os anos anteriores à vigência da lei e no decorrer do ano, continuando a ser as localidades com a menor taxa de residentes. Esses resultados refletem que, com a maior abertura no acesso ao procedimento por meio da promulgação da Lei 14.443/22, há uma possível tendência de aumento ao longo do tempo.

Entre as RS do estado do RJ, a Baía da Ilha Grande possui a maior concentração de jovens, com maior número de mulheres na faixa de 20 a 30 anos, podendo refletir no resultado da taxa de laqueadura ser de 3,6 por mil mulheres em 2023 (Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2020).

A região Noroeste apresentou taxa de 0 procedimentos por mil mulheres, indicando a baixa procura desse método na região de saúde. Nessa região, existe a oferta do serviço nos seguintes nosocômios: Hospital São Vicente de Paula (Bom Jesus do Itabapoana), Hospital de Miracema (Miracema), Hospital Municipal de Itaocara (Itaocara) e Hospital Municipal Moacyr Gomes de Azevedo (Cambuci). Outro fator, além da baixa procura, pode-se também ser pelo fato das redes hospitalares não estarem integrando os dados ao SIH/SUS.

**Figura 12 - Taxa de laqueadura com parto cesariano segundo Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro de residência de 2018 a 2024 por 100 partos**

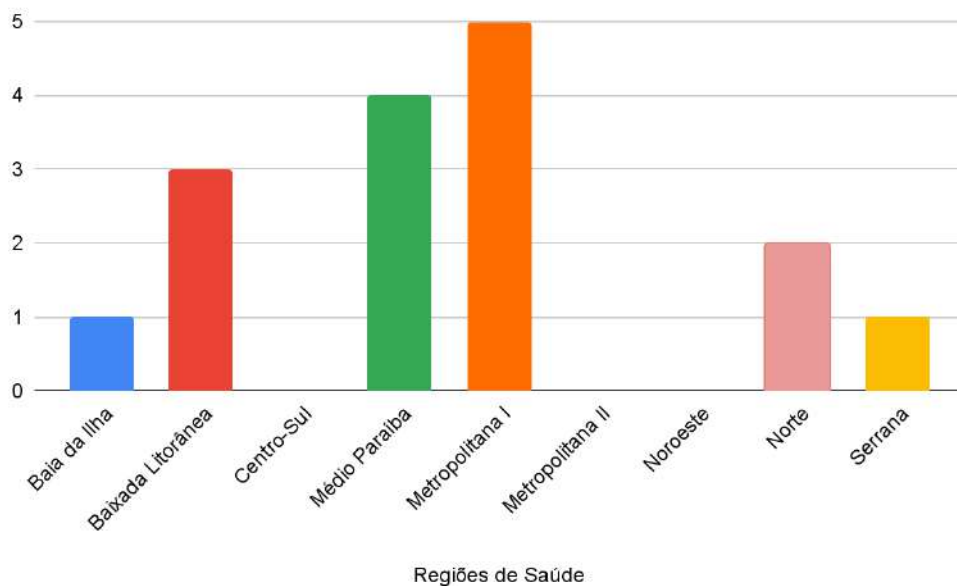


Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Há uma tendência de crescimento na taxa de condução deste procedimento em todas as Regiões de Saúde a partir do ano de 2022, principalmente na região Metropolitana I, Médio Paraíba e Baixada Litorânea. Esta alta nas taxas pode estar atrelada ao alto número de partos cesarianos nestas regiões, muitas vezes ofertado às parturientes sem indicações precisas, focalizado exclusivamente na contracepção. Fator apontado por Domingues (2014) em um estudo sobre a preferência de gestantes pelo tipo de parto no Brasil, onde quase 40% das mulheres entrevistadas preferiram o parto cesariano no SUS por acreditarem ser a única forma de oferta do procedimento.

Outro estudo que associa as altas nas taxas de parto cesarianos com o desejo de proceder a esterilização é o de Hotimsky, 2002, que comenta sobre a prática de profissionais de saúde em informar erroneamente às gestantes que o único acesso a LT é por meio da cesárea. Esses estudos apontam a perpetuação da disseminação de informações incorretas por profissionais de saúde, constituindo como uma prática abusiva de controle sobre os corpos femininos, violando a autonomia, os direitos reprodutivos e a Lei, que garante ações educativas de fornecimento de informações precisas sobre os métodos contraceptivos.

**Figura 13 - Taxa de procedimentos de laqueadura na mesma internação de parto normal segundo Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro de residência de em 2024 por 100 partos**



Fonte: Sistema de Informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Apenas no ano de 2024 houve internação para realização do procedimento de laqueadura concomitante ao parto vaginal nas residentes dos municípios pertencentes à região de saúde metropolitana I, Médio Paraíba, Baixada Litorânea, Norte, Serrana e Baía da Ilha Grande. Não houve registros na região Metropolitana II e Noroeste.

Interessante observar com o registro desses dados é que apenas a SMS do Rio de Janeiro, Metropolitana I, sinalizou ter realizado o procedimento na resposta ao inquérito encaminhado.

Diante da análise dos gráficos percebe-se um aumento significativo no número de cirurgias de esterilização tubárias realizadas, com destaque para a predominância dos procedimentos associados ao parto cesariano. Essa modalidade representa a maioria das laqueaduras realizadas pela população feminina no território fluminense, refletindo no cenário de alta no quantitativo de partos cesarianos realizados no estado.

Em relação ao perfil das mulheres esterilizadas, a maioria pertence às categorias de raça/cor parda e branca, entre 25 a 34 anos e com dois ou mais filhos vivos, especialmente nos casos relacionados ao parto cesariano, também evidenciado em outras pesquisas na área (Carvalho; *et al.*, 2006). Em contrapartida, entre aquelas que realizaram o procedimento de laqueadura tubária na mesma internação de parto normal, observa-se um maior quantitativo de mulheres autodeclaradas como pardas e pretas. Ademais, o registro dessa modalidade nos sistemas de informação demonstra que os serviços de saúde estão se adequando e ofertando essa nova forma de procedimento contraceptivo cirúrgico às gestantes, apesar da categoria de número de filhos não estar preenchida corretamente.

No que diz respeito à faixa etária, há um aumento no número de mulheres jovens, de 20 a 24 anos, o que sinaliza que, com a alteração do dispositivo legal, há um significativo aumento e mudança no perfil etário das mulheres que optaram pela esterilização feminina.

A preferência por parte das mulheres em proceder a esterilização com 2 a 3 filhos pode-se estar atrelado ao desejo em não querer ter muitos filhos, procurando a laqueadura como uma forma de impedir o aumento da prole. O estudo conduzido por Souza (2004) analisa que algumas mulheres possuem uma conduta controlista do próprio corpo, principalmente aquelas de baixa renda, não se permitindo possuir mais de 2 filhos por conta de sua condição social. A análise do perfil de renda das

mulheres esterilizadas não é ofertada no DataSUS, mas dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostraram que 69,9% das usuárias da APS são mulheres, com 64,7% possuindo renda domiciliar inferior a um salário mínimo. A baixa renda dessas usuárias e o pensamento controlista, advindo de anos de uma conduta de controle da reprodução imposta como papel único das mulheres e a influência da medicalização, pode também estar atrelado à decisão do método cirúrgico.

A baixa no número de mulheres autodeclaradas pretas pode estar relacionada ao fator histórico da LT ter sido utilizada como uma ferramenta de controle demográfico da população marginalizada, fomentando o racismo institucional nos sistemas de saúde. Ao longo dos anos, para a população de mulheres negras, os métodos contraceptivos não eram apresentados de maneira clara e educativa pelos profissionais de saúde, que induziram os métodos de esterilização como a única opção a ser ofertada, por outro lado, para a população branca, esses métodos eram diversificados (Souzas, 2004). Essa situação pode ser indicativo das consequências do racismo estrutural na sociedade, que restringem o acesso dessas mulheres aos métodos contraceptivos mais adequados às suas necessidades reprodutivas (Souzas, 2004). Sendo assim, pode-se dizer que há uma resistência por parte de algumas mulheres negras em optar por métodos definitivos, que historicamente visou controlar a reprodução de seus corpos.

Outra questão que também impacta na manifestação da vontade a realização do procedimento de esterilização cirúrgico é a desigualdade de gênero, no qual cônjuges obrigam à mulher a realizar o procedimento por não quererem optar pela vasectomia, método contraceptivo cirúrgico com maior probabilidades de reversão e com a mesma finalidade, por acreditarem que a esterilização possa interferir nas práticas sexuais e no dia a dia (Lima, 2010). Em outros casos, subornam os médicos a aplicarem o procedimento durante o parto da esposa, sem o consentimento delas. Dessa forma, apesar de ser um procedimento de difícil reversão, que impõem à mulher a internação e a impede de ter novamente outros filhos, estas são obrigadas a passarem pela cirurgia para satisfazerem seus parceiros, visto que a responsabilidade da reprodução sempre foi imposta à mulher. Em contrapartida, caso esta inicie uma relação com um novo parceiro, é novamente imposta o papel de ser mãe a fim de “presentear” o companheiro, levando ao arrependimento.

Dessa forma, a expansão do acesso da laqueadura tubária pode ser interpretado tanto em um lado positivo, no aumento de políticas que visem a maior

autonomia sexual e reprodutiva da população, quanto também no negativo. A Lei e a Nota Técnica nº 34 do MS fomentam a importância dos profissionais de saúde em fornecer informações sobre todos os benefícios e riscos dos métodos contraceptivos, cirúrgicos ou não, para aquele que manifestar interesse em realizá-lo. Porém, a maior abertura para escolha da esterilização pode proporcionar um direcionamento de pessoas de baixa escolaridade e renda a informações incorretas por parte dos profissionais, direcionando a escolha desses indivíduos aos métodos irreversíveis (UNFPA, 2012). À vista disso, um reflexo das barreiras que ainda há de se enfrentar no Brasil em termos de acesso à saúde, educação e autonomia reprodutiva.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste trabalho observou-se que a implementação da Lei nº 14.443/22 possui potencial para melhorar o acesso à esterilização cirúrgica, visto que derrubou entraves que implicava em um detrimento ao direito à autonomia reprodutiva e a liberdade de escolha individual da mulher.

Os objetivos deste estudo foram alcançados. Através da busca literária e de dados advindos do DataSUS, percebe-se o incremento ao acesso da laqueadura tubária nos serviços de saúde do SUS nas Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro.

Esse estudo utilizou dados secundários para análise do número de esterilizações femininas, o que pode implicar em algumas limitações, como a possibilidade de erros de registro e subnotificação de dados — caso encontrado nos registros de raça/cor. Outra limitação na utilização do SIH/SUS deve-se ao fato do registro de internação dos/das usuários/as ser, em alguns casos, aplicados somente uma única vez. Com isso, nos casos do parto via baixa e parto cesariano é possível que tenha sido computada apenas a realização do parto, procedimento principal, não sendo aberto outro procedimento para incluir a realização do parto cesariano com laqueadura tubária ou laqueadura tubária na mesma internação do parto normal.

Uma recomendação seria a ampliação das variáveis coletadas nos Sistemas de Informação em Saúde, de forma a contemplar as mudanças legislativas recentes. É interessante a inclusão de uma categoria de situação conjugal da usuária, permitindo analisar se houve aumento de mulheres casadas ou em união estável que procuraram o procedimento após a restrição da exigência da autorização expressa do cônjuge ter sido vedada.

Ademais, a alteração da Lei é recente, entrando em vigência apenas no ano de 2023. Sugere-se que estudos posteriores procurem continuar o monitoramento dos dados de cirurgias de ligadura tubária para compreender se haverá contínuo aumento na procura de mulheres que desejam não ter mais filhos, visto que as taxas de natalidade no Brasil estão em processo de declínio.

Outra importante questão é que, apesar da mudança no acesso aos métodos contraceptivos representar uma conquista na luta dos direitos sexuais e reprodutivos, a falta de planejamento familiar no Brasil e os problemas referentes à desinformação podem representar um incremento no número de arrependimentos entre mulheres

com baixa instrução. Estudos que analisem as ações de planejamento familiar entre mulheres que desejam optar por esta cirurgia é essencial para poder compreender o que deve ser alterado nas políticas de ações educativas no país.

Em síntese, o monitoramento de dados referentes à saúde dos/as usuários/as pode colaborar no propósito de aperfeiçoamento das políticas, em especial as voltadas aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres brasileiras, refletindo no papel da Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. D. *et al.* Perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram laqueadura tubária: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 15, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23059/19981>. Acesso em: 25 jan. 2025.

BARROS, G. **Direito da mulher à laqueadura consolidado na Lei 14.443/22**: uma análise do ponto da autonomia e liberdade feminina. 2024. TCC (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Estadual do Tocantins, Palmas, 2024.

BIANCHINI, A.; MARCANDELI, R.; SANTOS, S. Justiça Reprodutiva no Brasil: Desafios e desigualdades na consolidação dos direitos em um contexto democrático. **Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de São Paulo**, São Paulo, v. 25, 2024.

BRANDÃO, E.; ALZUGUIR, F. **Gênero e saúde**: uma articulação necessária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022. p. 102.

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

BRASIL. Congresso Nacional. **Relatório nº 2, de 1993 - CN**. Brasília: CN, 1993. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4350842&disposition=inline>. Acesso em: 25 jan. 2025.

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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 144, de 20 de novembro de 1997. [Inclui no SIH/SUS procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia.]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 15-17 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

BRASIL. Ministério das Mulheres. **II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério das Mulheres, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas-1/acoes-e-programas-de-gestoes-anteriores/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/pnpm/ii-conferencia-nacional-de-politicas-para-as-mulheres>. Acesso em: 9 jan. 2025.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 34/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/sei\\_ms-0033574409-nota-tecnica-laqueadura-vasectomia.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/sei_ms-0033574409-nota-tecnica-laqueadura-vasectomia.pdf). Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Participa + Brasil - V Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres - V CNPM. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/v-conferencia-nacional-de-politicas-para-as-mulheres>. Acesso em: 9 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos. SEI! Disponível em: <https://www.gov.br/gestao/pt-br/assuntos/sei>. Acesso em: 24 out. 2024.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde MS. O que é a BVS. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/o-que-e-a-bvs-ms/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

CARVALHO, L. E. C. *et al.* Número ideal de filhos e arrependimento pós-laqueadura. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 293–297, set. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000500013>.

CAVALCANTE, L.; OLIVEIRA, A. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 83-102, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100>.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MINAS GERAIS. **Parecer CRM-MG nº 71/2019: Processo-Consulta nº 50/2019**. Parecerista: Itagiba de Castro Filho. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2018/2707>. Acesso em: 22 dez. 2024.

CORRÊA S.; ALVES J. E. D.; JANUZZI P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. *In*: CAVENAGHI, S. (org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília: UNFPA, 2006. cap .1, p. 4.

CORRÊA S.; PETCHESKY R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 147-177, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/K7L76NSSqymrLxfsPz8y87F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2024.

CORREIA, L.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4467–4478, nov. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>.

COSTA, A. M.; BONAN, C.; RODRIGUES, A. P. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, 40 anos de uma história: entrevista com Ana Maria Costa. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 31, p. e2024029, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702024000100029>.

COSTA, T. *et al.* Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 363–380, jul. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200007>.

COSTA, A. C.; SCHIMIDT C.; EVANGELISTA, D. **Saúde da Mulher: O olhar de um grupo de pesquisa**. Curitiba: Editora e Livraria Appris Ltda, 2020. p. 15-17.

CUNHA, B.; CARVALHO. M. W.; LARDOSA, T. Laqueadura de trompas: uma abordagem de direitos humanos. *In*: RIO DE JANEIRO (Estado). Defensoria Pública Geral. **Cadernos estratégicos: análise estratégica dos julgados da corte interamericana de direitos humanos**. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2018. p. 114-135. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39108.pdf>. Acesso em: 25 de jan. de 2025.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101–S116, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.

FNUAP. **Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - 1994**. [S. l.: s. n.]: 1995.

FONTENELE, C. V.; TANAKA, A. O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado!: laqueadura e novas tecnologias reprodutivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 558–571, abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200016>.

GRANADO, S. *et al.* **Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento, 2022-2023: desigualdades raciais na assistência pré-natal**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 26 de jan. de 2025.

HOTIMSKY, S. *et al.* O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1131, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500023>.

IBGE. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/pesquisa/10102/122229>. Acesso em: 28 jan. 2025.

IBGE. PNS 2019: Quem mais utiliza o SUS avaliou mais positivamente a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Agência de Notícias IBGE**, 21 out. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29203-pns-2019-quem-mais-utiliza-o-sus-avaliou-mais-positivamente-a-qualidade-dos-servicos-de-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 27 jan. 2025.

LEAL, M. *et al.* **Nascer no Brasil II: Pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2025.

LIMA, L. C. A mulher e o planejamento familiar: uma discussão sobre gênero. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA UNI7, 6., 2010, Fortaleza. **Anais [...]**. Fortaleza: [s. n.], 2010. Disponível em: <https://www.uni7.edu.br/graduacao/direito/encontros-de-iniciacao-cientifica/>. Acesso em: 12 fev. 2025.

OLIVEIRA, G. 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: 14 nov. 2024.

OMS. **Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde**. [S. l.]: OMS, 2007. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304\\_por.pdf;jsessionid=583B8DE04F0E37477F6651636B502BA0?sequence=6](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=583B8DE04F0E37477F6651636B502BA0?sequence=6).

PAULA, A. C. S.; FERREIRA, I. V. A.; REQUEIJO, M. J. R. Nova Lei sobre laqueadura tubária no Brasil e seus impactos sociais: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 12, n. 6, p. e12112642132, 12 jun. 2023. DOI:10.33448/rsd-v12i6.42132.

PILATI, N. **Perfil epidemiológico das pacientes com desejo de realizar laqueadura tubária pelo Sistema Único de Saúde em Hospital terciário de Porto Alegre**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/255798/001164305.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 jan. 2025.

PITANGUY, J. Advocacy e direitos humanos. In: BARSTED, L. L.; PITANGUY, J. (org.). **O progresso das mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. p. 20.

POLIDO, C. G.; JULIANI, C. M.; PILKINGTON, F. B.; TUTIA, M. H. Perfil das mulheres que buscam a laqueadura tubária no interior do estado de São Paulo. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 8, p. 81930–81946, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34641>. Acesso em: 25 jan. 2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Nossa História. 2022. Disponível em: <https://defensoria.rj.def.br/Institucional/historia-antigo>. Acesso em: 12 jun. 2024.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Nota técnica sobre os procedimentos de esterilização feminina**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTcwOTg%2C>. Acesso em: 08 jun. 2024.

RIO DE JANEIRO (Estado). Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Área Técnica de Saúde Mental. **Divisão das regiões por municípios no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, [2024]. Disponível em: [https://msm.mp.rj.gov.br/documents/3738407/0/Divisao\\_das\\_Regioes.pdf](https://msm.mp.rj.gov.br/documents/3738407/0/Divisao_das_Regioes.pdf). Acesso em: 20 nov. 2024.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Informações em Saúde. Indicadores demográficos - baseados na população pactuada pela SES/CIB. 2025. Disponível em: [https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?populacao/indicadores\\_demograficos.def](https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?populacao/indicadores_demograficos.def). Acesso em: 10 dez. 2025.

SÁ-SILVA, J.; ALMEIDA, C.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História Ciências Sociais**, Rio Grande, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 10 dez. 2025.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832–846, jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>.

SOUZA, N.; MOURA, K. O consentimento do cônjuge na esterilização voluntária. **IBDFAM**, Belo Horizonte, 18 maio 2020. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/artigos/1448/O+consentimento+do+c%C3%B4njuge+na+esteriliza%C3%A7%C3%A3o+volunt%C3%A1ria>. Acesso em: 9 jan. 2025.

SOUZAS, R. **Relações raça e gênero em jogo**: a questão reprodutiva de mulheres negras e brancas. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

UNFPA. **Por escolha, não por acaso**: planejamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento. Brasília: UNFPA, 2012.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. Brasília: UNFPA, 2009.

VENTURA, M.; GOÉS, E.; GALLI, B. Autonomia, direitos e justiça reprodutiva. *In: CIDADANIA, ESTUDO, PESQUISA, INFORMAÇÃO E AÇÃO - CEPIA. Cairo no Cotidiano: comunicação na defesa dos direitos humanos das mulheres.* Rio de Janeiro: CEPIA, 2024.

VENTURA, M. **Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos.** Rio de Janeiro: CEPIA, 2011. p. 304-309.

VIEIRA, E. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 19-22.

## APÉNDICE

APÊNDICE A – OFÍCIO ENCAMINHADO ÀS 92 SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



**DEFENSORIA PÚBLICA**  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



COORDENAÇÃO DE SAÚDE E PLANTÃO NOTURNO

Rio de Janeiro, 25 de junho de 2024.

Of. DPGERJ/COSAU/ N° [REDACTED]/2024

(favor mencionar o número deste ofício e do PI N° [REDACTED] ao responder)

**DA: COORDENADORIA DE SAÚDE DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Rua Marechal Câmara, nº 314, 2º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ.

[REDACTED]

**À SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE [REDACTED]**

Prezados,

**A COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, no interesse da Justiça e em caráter de máxima urgência, por intermédio da Defensora Pública signatária, no exercício de suas atribuições funcionais, conferidas pelo art. 134 da Constituição Federal, pelo art. 5º da Lei nº 7.347/1985, pelos arts. 4º, VII e X, e 128, X, da Lei Complementar nº 80/1994, e pelo art. 87, III, da Lei Complementar Estadual nº 06/77, e demais disposições legais pertinentes,

Considerando a Lei nº 14.443 de 2 de setembro de 2022 que determina prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplina condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar,

**SOLICITA**

Seja, no prazo máximo de **10 (dez) dias**:

1) Fornecida a relação dos hospitais que compõem a rede credenciada municipal

[REDACTED] [REDACTED]

para a realização do procedimento de laqueadura. Informar se houve ampliação (novos credenciamentos) a partir de março de 2023;

2) Informado se há planejamento para ampliação da capacidade de oferta de laqueadura ou se a gestão considera adequada a atual capacidade frente à demanda local das mulheres;

3) Fornecida uma série histórica anual do quantitativo de procedimentos de laqueadura realizados no período de 2018 a 2024, além do quantitativo, também fornecer as taxas de cesárea, taxas de partos vaginais, taxas de laqueadura pós cesárea e o perfil das mulheres (idade, escolaridade, número de filhos);

4) Informado se há regulamentação específica (norma técnica/protocolo/fluxo) para o acesso à laqueadura tubária a partir de março de 2023. Em caso positivo, enviar cópia. Em caso negativo, descrever como se dá o acesso à laqueadura durante o parto cesáreo, vaginal e o ocorrido fora do período gestacional.

Sem mais para o momento, aproveitamos a oportunidade para apresentar a V. Sa. nossos protestos de elevada estima e consideração.

[REDACTED]

Defensora Pública Estadual

Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro



Documento assinado eletronicamente por [REDACTED] **Defensor Público**, em 27/06/2024, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.rj.def.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.rj.def.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador [REDACTED].

Referência: Processo nº [REDACTED]

Avenida Marechal Câmara, 314 - Bairro Centro  
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20020-080  
- [www.defensoria.rj.def.br](http://www.defensoria.rj.def.br)

[REDACTED] / pg. 2

**ANEXO**

## ANEXO A – MODELO DE REGISTRO DE EXPRESSA MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA

### ANEXO I - MODELO DE REGISTRO DE EXPRESSA MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA - LAQUEADURA OU VASECTOMIA

Eu, \_\_\_\_\_, com inscrição no CPF nº \_\_\_\_\_, com data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, manifesto o desejo de submeter-me ao procedimento de esterilização voluntária, método contraceptivo definitivo. Sei que entre a manifestação da minha vontade (por meio deste documento), e o procedimento cirúrgico, deverão se passar ao menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação. Período em que terei a chance de refletir sobre minha decisão sob orientações dos profissionais de saúde.

A esterilização voluntária será realizada por meio cirúrgico - laqueadura (ligadura das trompas) ou vasectomia.

Estou ciente que estou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.

Local: \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura

## ANEXO B – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

### ANEXO III - MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

#### DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, com data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, inscrição no CPF Nº \_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_, na cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, manifesto o desejo de submeter-me à cirurgia esterilizadora voluntária por meio de LAQUEADURA TUBÁRIA, por minha livre e espontânea vontade, e declaro para os devidos fins:

- Registre expressa manifestação de vontade de esterilização voluntária, observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.
- Recebi informação detalhada dos benefícios da laqueadura tubária. A equipe de saúde multidisciplinar explicou sobre como funciona e de como é feita a laqueadura, e respondeu às perguntas que fiz de maneira que pude entender.
- Estou ciente que é um procedimento cirúrgico considerado definitivo.
- Tive conhecimento que existem outras opções de contracepção reversíveis e eficazes, como métodos de barreira, dispositivo intrauterino-DIU e métodos hormonais, bem como métodos de contracepção reversíveis para minha parceria, disponíveis gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Caso aplicável, também tive conhecimento que existe um método de contracepção definitivo para minha parceria, a vasectomia, que é um procedimento mais simples e que não requer internação hospitalar.
- Estou ciente que a laqueadura tubária não previne infecções sexualmente transmissíveis (IST) e sobre a importância do uso dos preservativos, bem como onde são disponibilizados pelo SUS.
- Recebi informação pela equipe de saúde multidisciplinar, detalhadamente e em mais de uma ocasião, sobre o risco de arrependimento, pois dependendo da situação pessoas que fazem laqueadura se arrependem de terem feito.
- Sei que qualquer método contraceptivo, incluindo a laqueadura, tem chance de falha, e fui informado pela equipe de saúde sobre sua probabilidade.
- Caso eu esteja gestando, recebi informação de que é possível colocar um DIU na mesma internação do parto normal ou da perda gestacional. Tive conhecimento que a cesárea nunca pode ter como indicação principal a realização da laqueadura. Caso haja indicação de realização de cesárea por motivos clínicos, a laqueadura pode ser realizada no mesmo ato cirúrgico.
- Estou ciente que qualquer método contraceptivo, incluindo a laqueadura, tem chance de complicações. A equipe de saúde explicou quais são elas e a probabilidade estimada de cada uma. O risco de morte existe, porém, é muito baixo, e depende das condições de cada pessoa. Caso aconteça alguma complicação e eu não estiver mais no estabelecimento de saúde, foi explicado e registrado por escrito qual lugar eu devo procurar.
- Estou ciente que, mesmo após a assinatura deste termo, estou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.
- Outras observações: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ . Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura - paciente)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura – médico (a))

Observação: Este Termo deve ser preenchido por meio eletrônico ou em no mínimo duas vias impressas originais. Uma delas deve ser anexado no prontuário, e a outra obrigatoriamente entregue à pessoa que será submetida à cirurgia.

## ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA - RIO DE JANEIRO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Eu \_\_\_\_\_;

RG \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ anos de idade, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente, Dr. \_\_\_\_\_;

CRM \_\_\_\_\_, manifesto o desejo de ser submetida a 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 operação, 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;
  - Laparotomia – cirurgia realizada pelo abdome semelhante à cesárea ou periumbilical em casos após o parto vaginal;
  - Vaginal – cirurgia realizada pela vagina;
  - Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea);
- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesia.
- Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do médico;
- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, tem limitada taxa de sucesso reprodutivo e não deve ser considerada como uma possibilidade no momento da decisão pelo método contraceptivo definitivo. Em caso de dúvidas ou considerando haver chance de arrependimento, opte por um método contraceptivo seguro e efetivo, mas não definitivo.
- As complicações que poderão surgir da laqueadura tubária são:
  - Intra-operatórias (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico;
  - Pós-operatórias leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras);
  - Pós-operatórias graves e menos comuns (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e perfurações de órgãos).
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;
- O procedimento planejado da esterilização cirúrgica durante o período de parto (após passado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da minha vontade e o parto) poderá sofrer mudanças de técnica ou postergado, devido a condições médicas, técnicas ou de estrutura assistencial da maternidade;
- Por se tratar a Medicina de ciência com múltiplas variáveis, do meu próprio corpo, de dificuldades ou indicações e contraindicações que podem se apresentar no momento, caso não seja possível realizar a laqueadura, entendo que a fundamentação será registrada em prontuário e a equipe médica me orientará outro método para evitar gravidez que seja aplicável ao meu caso;
- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os métodos de barreira, anticoncepção hormonal, dispositivos intrauterinos 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;
- Tenho ciência, conforme disposto na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que a esterilização será objeto de notificação à direção do Sistema Único de Saúde.

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que o procedimento de laqueadura tubária se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

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).

Confirmo 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.

Nome do paciente ou responsável legal: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável legal: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos.

De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico.