

Recebido: 11/09/2023
Aprovado: 04/12/2024

DECIDINDO O FUTURO: QUEM CARREGA A RESPONSABILIDADE DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL?

DECIDING THE FUTURE: WHO BEARS THE RESPONSIBILITY FOR FAMILY PLANNING IN BRAZIL?

Bruno Gil de Carvalho Lima¹

Alexandre Douglas Zaidan de Carvalho²

Ladyane Katlyn de Souza³

- 1 Doutor em Saúde Pública (Epidemiologia) e Livre-Docente de Medicina Legal e Deontologia Médica pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Comunitária (Epidemiologia) pela Universidade Federal do Salvador (UCSAL). Especialista em Gestão de Pessoas (UFBA). Especialista em Cultura Teológica pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Especialista em Direito Médico e Direito Processual Canônico pela FG Faculdades. Especialista em Filosofia da Religião pelo Centro de Ensino Superior Dom Alberto (CESDA). Bacharel em Teologia (UCDB). Licenciado em Filosofia (UCDB). Bacharel em Direito (UFBA). Perito Médico-Legal do IML Nina Rodrigues. Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia.
- 2 Doutor em Direito, Estado e Constituição pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Direito Constitucional pela Faculdade de Direito do Recife (UFPE). Bacharel pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Foi bolsista no Programa de Doutorado Sanduíche da CAPES 2014/2015 (BEX 14818/13- 2) no Departamento de Direito Constitucional da Universitat Pompeu Fabra. Professor da Faculdade de Direito da Universidade Católica de Salvador (UCSAL). Procurador Federal (Advocacia-Geral da União).
- 3 Mestranda em Direitos Humanos pela Universidade de Brasília (UnB), graduada em Direito na mesma universidade.

SUMÁRIO: Introdução. 1. Metodologia – Estudo ecológico. 1.1 Fonte dos dados 1.2 Método 1.3 Resultados. 2. Comparação entre as duas cirurgias. 2.1 Vasectomia. 2.2 Laqueadura tubária. 2.3 Eficácia contraceptiva. 3. Discussão: Teorias de Agência Feminina. 3.1 Desigualdade de Gênero. 3.2 Autonomia sobre o corpo. Conclusão. Referências.

RESUMO: partir de uma recente mudança legal no Brasil, que eliminou a necessidade de autorização conjugal para procedimentos de contracepção cirúrgica, esse estudo investiga a proporção entre vasectomias e laqueaduras realizadas em diferentes estados brasileiros durante o período de 2010 a 2019. Para tanto, foi utilizada uma abordagem ecológica com base nos dados do DATASUS. Mais adiante, foi proposta uma análise comparativa entre a proporção encontrada e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das unidades federativas, discutindo-se as implicações sociais, jurídicas e biomédicas da preferência por um procedimento cirúrgico em detrimento do outro. A análise dos dados aponta para uma tendência de permanência do ônus desproporcional sobre a mulher no controle da contracepção, o que reforça um diagnóstico de desigualdade de gênero associada a outros indicadores sociais de vulnerabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Vasectomia. Laqueadura Tubária. Feminismo. Aplicação da Lei. Defesa do Paciente.

ABSTRACT: Based on a recent legal change in Brazil, which eliminated the need for marital authorization for surgical contraception procedures, this study investigates the proportion between vasectomies and tubal ligations performed in different Brazilian states during the period from 2010 to 2019. An ecological approach based on DATASUS data was applied. Further on, a comparative analysis was proposed between the proportion found and the Human Development Index (HDI) of the federative units, discussing the social, legal and biomedical implications of the preference for one surgical procedure over the other. Data analysis points to a tendency for the disproportionate burden on women to control contraception to continue, which reinforces a diagnosis of gender inequality associated with other social indicators of vulnerability.

KEYWORDS: Vasectomy. Tubal ligation. Feminism. Law enforcement. Patient advocacy.

INTRODUÇÃO

A faculdade de planejar a vida reprodutiva e familiar é um direito garantido aos cidadãos e cidadãs brasileiras pela Constituição Federal de 1988, que imputa ao Estado a obrigação de prover informação a fim de que o particular tome a melhor decisão possível e de garantir o acesso aos métodos contraceptivos escolhidos, mas sem poder direcionar a definição do indivíduo ou do casal. Esse planejamento levará a decisões importantes da vida reprodutiva, como a de ter ou não filhos, a definição de cuidados de saúde para propiciar ou não a gestação, o momento em que se deseja ter filhos e o tamanho da prole. A vedação a qualquer movimento estatal no sentido de direcionar a decisão do cidadão é tão importante que o § 7º do artigo 226 da Constituição se desdobrou na Lei nº 9.263/1996, destinada a regulamentá-lo.

No texto constitucional, a família é reconhecida como a condição de base da sociedade, motivo pelo qual recebe especial proteção do Estado. Exemplificando: a subsistência da família é causa da impenhorabilidade da pequena propriedade rural (artigo 5º, XXVI); a família é a primeira a ser cientificada da prisão do cidadão (artigo 5º, LXII); a renda básica das pessoas em vulnerabilidade social é calculada em proporção à família (artigo 6º, parágrafo único), bem como o salário mínimo (artigo 7º, IV); e é objetivo da Assistência Social protegê-la (artigo 203, I). Para além de proteções e garantias, a família é *locus* de obrigações recíprocas, de forma que o ordenamento jurídico lhe confere encargos perante seus membros mais vulneráveis, como o dever de prover educação, direitos prioritários da criança, do adolescente e do jovem e o amparo às pessoas idosas.

Conforme novos modelos de família vão sendo tecidos, a proteção jurídica à entidade familiar, em suas diversas configurações, vai sendo ampliada (Menezes, Pimentel, Lins, 2022; Silva, Fornasier, 2022). O Brasil dispõe, hoje, de regras e estruturas, quer jurídicas (para esteio de famílias monoparentais, de segunda união e sucessivas, uniões estáveis, uniões homoafetivas), quer sociais (trisaís, relações abertas e arranjos novos que vão surgindo mais rapidamente do que as leis conseguem acompanhar) para acolher e ordenar as aspirações das pessoas (Dantas, Oliveira Neto, 2022; Silva, Borges, Lélis, 2022).

O planejamento familiar também tem sido afetado pelas distintas formas de relacionamento e por novos métodos contraceptivos disponíveis. Em que pese a crescente variedade de técnicas de controle da fertilidade, os métodos mais usualmente utilizados seguem dependentes de variáveis socioeconômicas e demográficas que tradicionalmente oneram desproporcionalmente mais as mulheres do que os homens. Assim, uma análise preliminar sugere que a contracepção e a responsabilidade pela reprodução têm ficado centradas no

corpo da mulher, mediante métodos anticoncepcionais predominantemente dirigidos à fisiologia feminina ou a barreiras mecânicas no aparelho reprodutivo feminino.

Apesar de o uso de preservativos ser um método barato e bastante eficaz tanto para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) quanto por seus efeitos contraceptivos, seu uso ainda é bastante esporádico: a média do uso de preservativo em diferentes países varia entre 4 e 52,4% pelos indivíduos sexualmente ativos. Sabe-se que as razões para o uso inconsistente do preservativo incluem: ideia de que o preservativo reduz o prazer sexual; percepção pessoal de baixo risco de contrair ISTs; equívocos sobre uso do preservativo; falta de apoio social; fadiga do preservativo; baixo poder de negociação do uso do preservativo; e parcerias estáveis. No Brasil, o menor uso de preservativos pela população brasileira, entre esses fatores, também poderia ser explicado em parte pelos tipos de parcerias estabelecidas ao longo da vida (Felisbino-Mendes *et al.*, 2019). A desigualdade de gênero, nesse contexto, baseia-se na maior susceptibilidade das mulheres às ISTs e a gestações não desejadas em virtude da desvantagem biológica e na maior dificuldade de negociação com o parceiro sobre o uso do preservativo, o que se agrava mais entre as mulheres em parcerias estáveis, de baixa escolaridade, com menor renda, acima de 45 anos e residentes em regiões com maiores disparidades socioeconômicas (Felisbino-Mendes *et al.*, 2019).

Quando o assunto é limitação cirúrgica definitiva da capacidade reprodutiva, uma lei ordinária inteira foi produzida a fim de disciplinar o acesso a vasectomias e laqueaduras tubárias. Em 1996, a sanção da Lei nº 9.263 afastou as visões anteriores sobre as cirurgias contraceptivas como crimes de lesão corporal, para reposicioná-las como direito à saúde e modalidade de exercício da garantia fundamental ao planejamento familiar. Em 2022, aquela norma foi alterada pela Lei nº 14.443, cujo ponto mais noticiado foi a retirada da necessidade de autorização do cônjuge para ter acesso à contracepção definitiva para homens ou mulheres. Os autores que vinham se debruçando sobre o tema encaravam a exigência de tal autorização, mesmo que fosse exigida também para as vasectomias, como uma modalidade de submissão da mulher ao marido ou companheiro, incapaz de decidir livremente sobre o próprio corpo (Cabral, Rangel, 2022; Canto, Arquette, Boechat, 2022).

Aparentemente, o advento da Lei nº 14.443/2022 resolveu por completo a inconstitucionalidade que a doutrina vinha identificando na Lei nº 9.263/1996. Todavia, subsiste uma questão social importante sobre a responsabilização desigual entre homens e mulheres quanto ao ônus do planejamento familiar e da esterilização cirúrgica. Embora pesquisas recentes tenham demonstrado uma diminuição do recurso ao método contraceptivo cirúrgico entre as mulheres (Trindade *et al.*, 2021, p. 3500), o que pode constituir evidência de uma ampliação do acesso à informação pelas mulheres

que resultem na escolha por métodos reversíveis e igualmente eficazes, a laqueadura segue sendo largamente utilizada pelo SUS, especialmente nas mulheres em maior grau de vulnerabilidade no país, marcadamente em mulheres das regiões Norte e Nordeste, moradoras da zona rural, pretas ou pardas, com menor escolaridade e sem acesso a planos de saúde.

A partir dessa premissa, o presente estudo tem como objetivo principal correlacionar a proporção de contracepções definitivas cirúrgicas femininas e masculinas com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nas unidades federadas brasileiras. A ideia de correlacionar o grau de cirurgias contraceptivas e o IDH teve como objetivo secundário verificar se regiões com melhor índice de desenvolvimento correspondem àquelas com menor desigualdade de gênero no que tange à opção pelas cirurgias contraceptivas.

Amparada na literatura sobre agência, autonomia feminina e desigualdade no uso de métodos contraceptivos (Berquó, Cavenaghi, 2010; Trindade *et al.*, 2021), e com o objetivo de discutir sobre o planejamento familiar a partir de uma perspectiva de gênero, a pesquisa apresenta evidência empírica relativa ao número de cirurgias contraceptivas realizadas no SUS e levanta hipóteses para a desproporcionalidade de procedimentos entre homens e mulheres. Com o propósito de apresentar os achados de pesquisa e contribuir com a análise do tema, o argumento do artigo está estruturado em três seções, além desta introdução e conclusões. Os tópicos do texto se dedicarão a a) testar a associação entre proporção de vasectomias e IDH; b) comparar as duas abordagens cirúrgicas possíveis, e c) correlacionar os achados com uma teoria de agência feminina.

1. METODOLOGIA – ESTUDO ECOLÓGICO

1.1 Fonte dos dados

Já foram feitas anteriormente outras pesquisas na área da saúde relacionando o uso de contraceptivos e indicadores sociais, tais como o IDH, como as pesquisas já apresentadas por Mariana Santos Felisbino Mendes e outros (2019). Todavia, inova-se na metodologia proposta neste artigo ao utilizar o DATASUS como fonte principal de pesquisa. O Sistema Único de Saúde (SUS) remunera cirurgias de laqueadura tubária e vasectomia por intermédio da apresentação de autorizações de internação hospitalar (AIHs), seja em unidades da rede própria federal, estadual ou municipal ou em instituições privadas (filantrópicas e com ou sem fins lucrativos) credenciadas ao SUS.

A AIH funciona como uma fatura e, ao mesmo tempo, como fonte de informações para o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Destaca-se que cirurgias custeadas com recursos próprios pelos pacientes (assistência à saúde particular)

ou por operadoras de planos de saúde, medicina de grupo ou cooperativas não são registradas pelo SIH.

Desde que uma AIH apresentada esteja dentro do teto de procedimentos pactuado com a unidade de saúde no seu credenciamento e que não haja problemas detectados por auditoria do SUS, ela é paga ao prestador do serviço, que executou a internação e o procedimento cirúrgico. Os dados são disponibilizados no DATASUS, sem possibilidade de identificação individual do usuário do SUS que foi atendido, salvaguardando a intimidade, a privacidade e o sigilo médico, mas preservando a publicidade que a Administração Pública deve observar na aplicação dos recursos públicos do SUS. Mediante emprego da ferramenta de tabulação Tabetnet, podem-se extrair dados sobre assistência à saúde a partir dos códigos de procedimento da tabela SIA-SUS 0409040240, para vasectomia, e 0409060186, para laqueadura tubária.

1.2 Método

Foi realizado um estudo ecológico, modalidade de pesquisa empírica com dados agregados por base territorial, ou seja, cada Unidade da Federação (UF) foi computada como uma unidade de observação na matriz de dados. Tal desenho de estudo tem sido empregado com sucesso para estudar temas variados como suicídios, tuberculose, necessidade de cuidador por transtorno mental e COVID-19 (Bando *et al.*, 2023; Lima *et al.*, 2023; Vera *et al.*, 2023; Romano *et al.*, 2023). O DATASUS não permite extração de dados no nível individual, mas é possível a tabulação por região, UF ou município. Para evitar distorção provocada pela suspensão de cirurgias eletivas e gargalos no atendimento à população pelo SUS durante a pandemia de SARS-CoV-2 de 2020 em diante, optou-se por estudar o período de dez anos entre 2010 e 2019. Para filtrar o efeito da migração em busca de serviços de saúde fora do município de domicílio, a extração foi feita por município de residência, e não por município de atendimento/internação.

Extraídos os quantitativos de vasectomias e laqueaduras tubárias custeadas pelo SUS por UF de 2010 a 2019, foram calculadas proporções de cirurgias masculinas a partir do total de internações (em percentual). Não foram calculados coeficientes de incidência (morbidade hospitalar de demanda) computando a população masculina (para vasectomia) e feminina (para laqueadura) como denominadores, porque o conceito de idade fértil varia muito entre os sexos, e as diferenças de pirâmide etária entre as regiões brasileiras, bem como a idade de realização das cirurgias, inseririam variações difíceis de filtrar ou de tratar como covariáveis num modelo estatístico de regressão. Foi preferível trabalhar com a proporção de vasectomias dentre o total dos dois tipos de cirurgia, afinal a reprodução natural que se deseja evitar com os dois procedimentos exige intercurso sexual entre homem e

mulher, de forma que basta que um dos parceiros sexuais esteja operado para alcançar o resultado pretendido. Em tese, numa situação social ou cultural de equilíbrio e igualdade de gênero, as vasectomias tenderiam à metade das contracepções definitivas cirúrgicas, e a proporção de esterilizações masculinas a partir da soma de vasectomias e laqueaduras foi tratada como variável dependente (desfecho).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) é um indicador calculado a partir de dimensões de longevidade, educação e renda, proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU) e tabulado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). No Brasil, o PNUD adapta o IDH municipal (IDHM), para comparar as menores unidades federadas brasileiras. Foram planilhados os IDHM das 27 Unidades da Federação a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IDHM PNAD), informação disponível no endereço <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha>. O IDHM foi considerado variável independente.

Calculou-se o coeficiente de correlação por *rankings* de Spearman, porque as proporções de vasectomias dentre as contracepções cirúrgicas e os IDHM dos 27 estados não apresentaram distribuição normal. Empregou-se o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 26 para análise.

1.3 Resultados

O SUS custeou 286.819 vasectomias entre 2010 e 2019, e 377.052 laqueaduras tubárias no mesmo período, ou seja, 43,2% de cirurgias masculinas. A proporção de procedimentos em homens aumentou de 38,7% em 2010 para 50,0% em 2019, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Proporção de vasectomias dentre as contracepções cirúrgicas custeadas pelo SUS nas Unidades da Federação brasileiras, 2010-2019 e IDHM PNAD em 2017

Unidade da Federação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	década	IDHM
Rondônia	8,6	18,9	31,2	42,1	37,3	39,0	26,9	55,2	56,8	26,3	35,1	0,725
Acre	0,0	1,7	0,0	0,0	3,4	24,3	64,9	8,6	2,9	1,4	5,9	0,719

Amazonas	5,7	8,5	4,7	20,4	60,7	57,6	61,4	61,7	52,3	57,0	48,3	0,733
Roraima	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,752
Pará	6,1	7,0	5,8	7,2	4,6	8,7	8,3	6,9	8,3	8,5	7,3	0,698
Amapá	-	-	-	-	-	100,0	-	0,0	14,3	14,4	14,9	0,74
Tocantins	11,2	11,3	8,0	12,8	13,8	19,2	16,5	24,9	30,7	22,2	14,8	0,743
Maranhão	0,0	0,0	2,7	0,2	2,0	1,9	4,2	2,3	2,4	3,0	2,0	0,687
Piauí	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	4,9	8,0	9,0	14,9	6,2	0,697
Ceará	17,3	13,1	15,3	21,2	19,1	25,9	20,9	25,9	32,1	34,1	22,2	0,735
Rio Grande do Norte	0,9	23,3	24,6	28,7	23,9	40,6	30,4	21,7	42,0	39,7	29,8	0,731
Paraíba	28,2	19,5	16,7	25,6	27,7	29,1	25,9	21,9	28,7	29,3	24,8	0,722
Pernambuco	44,6	39,6	45,3	54,2	72,0	68,8	51,1	49,0	45,3	50,3	53,2	0,727
Alagoas	0,0	7,7	20,0	7,7	15,4	8,7	9,5	14,5	11,3	28,6	14,0	0,683
Sergipe	7,5	12,6	14,0	18,7	15,3	16,7	15,5	25,0	26,9	23,4	16,5	0,702

Bahia	29,4	30,0	25,1	27,1	23,9	31,9	35,3	43,2	34,7	40,1	33,2	0,714
Minas Gerais	28,9	22,4	21,7	25,5	24,2	25,1	22,1	22,5	23,9	30,3	24,6	0,787
Espírito Santo	24,0	28,1	22,5	28,1	49,2	43,6	42,6	51,7	55,5	53,7	41,6	0,772
Rio de Janeiro	35,9	44,8	51,4	55,5	54,5	62,1	63,5	67,9	79,5	71,4	62,8	0,796
São Paulo	49,8	51,0	51,8	53,5	52,3	56,0	56,2	58,4	61,8	60,8	55,3	0,826
Paraná	46,8	45,9	51,0	49,4	47,0	49,9	48,6	61,8	53,5	55,4	51,1	0,792
Santa Catarina	65,8	66,0	61,3	61,8	62,0	62,6	63,8	69,6	72,7	71,7	66,2	0,808
Rio Grande do Sul	40,3	43,9	42,3	32,7	30,6	31,7	33,3	42,0	41,4	52,0	39,4	0,787
Mato Grosso do Sul	14,4	20,9	16,0	16,9	18,7	19,8	24,6	31,1	29,3	26,7	22,6	0,766
Mato Grosso	24,2	21,3	32,9	25,8	27,3	26,1	33,0	33,4	25,6	28,5	27,8	0,774
Goiás	28,2	24,6	19,5	23,3	29,7	35,1	41,9	42,5	43,5	49,0	34,3	0,769
Distrito Federal	54,0	67,1	63,1	78,2	55,5	74,2	81,9	90,1	90,1	83,0	72,2	0,85
Total	38,7	38,7	37,7	40,9	40,6	43,3	42,9	47,9	48,5	50,0	43,2	

Fonte: elaborada pelos autores a partir do SIH-DATASUS e PNAD-IBGE.

A proporção de vasectomias dentre outras contracepções cirúrgicas tendeu a valores mais baixos nas UF das Regiões Norte e Nordeste, alcançando cifras maiores no Sudeste e Sul. O coeficiente de correlação de Spearman entre ela e o IDHM foi de 0,682, com $p < 0,001$, estatisticamente significante

(bicaudal). A associação detectada foi positiva, ou seja, maiores proporções de vasectomia foram constatadas em UFs com maiores IDHM.

2. COMPARAÇÃO ENTRE AS DUAS CIRURGIAS

2.1. Vasectomia

Na linguagem médica, a vasectomia consiste na ligadura e exérese de um fragmento dos canais deferentes, mediante acesso superficial pelo saco escrotal. Pode ser realizada em regime de hospital-dia e sob anestesia local, ou seja, o paciente pode sair andando e não pernoita na unidade de saúde após a cirurgia (Araújo *et al.*, 2022). A simplicidade do procedimento torna possível a sua realização também por médicos de família, dispensando o recurso a hospitais e especialistas em Urologia (Patel *et al.*, 2022). As complicações no pós-operatório são raras e leves, como dor local e edema transitório, e, checada a azoospermia mediante espermograma, a segurança é elevada, com baixa probabilidade de recanalização e de retomada da fertilidade (Zini *et al.*, 2022).

2.2. Laqueadura tubária

A laqueadura tubária é a ligadura e exérese de fragmento das tubas uterinas. Pode ser realizada a céu aberto ou por via laparoscópica, minimamente invasiva (Pereira *et al.*, 2022). Também tem baixas taxas de complicações, mas a modalidade a céu aberto pressupõe internação até o dia seguinte e exige a abertura de todas as camadas da parede abdominal, trazendo o risco de hematoma, seroma, deiscência de sutura e infecção do sítio cirúrgico inerente a qualquer procedimento invasivo tradicional, bem como de hérnia incisional futura. Na modalidade laparoscópica, raramente pode ocorrer reversão imprevista para laparotomia. A anestesia terá que ser, no mínimo, regional (raquianestesia ou bloqueio peridural), com as possíveis complicações específicas, e o ônus adicional do médico anestesiológico, visto que só nas modalidades de anestesia local é autorizado que o próprio cirurgião concentre o bloqueio e o procedimento cirúrgico. Realizada juntamente com a cesárea, tais desvantagens desaparecem, mas podem repercutir no caso de minilaparotomias ou laparoscopias isoladas no puerpério ou fora do período gestacional (Wekere; Enyindah; Udofia, 2022).

2.3. Eficácia contraceptiva

Do ponto de vista da eficácia como método contraceptivo, tanto a laqueadura tubária como a vasectomia são consideradas muito efetivas, com

índice de Pearl de 0,5 e 0,1, respectivamente, e 100% de continuidade, por não dependerem da disciplina do usuário para adesão. Também apresentam pouca variação da eficácia com uso perfeito ou correto e com uso habitual ou comum (diferença entre eficácia e eficiência), já que são realizadas por profissionais em ambiente assistencial, sem depender de peculiaridades ambulatoriais, domésticas ou comunitárias dos usuários (Febrasgo, 2015).

3. DISCUSSÃO: TEORIAS DE AGÊNCIA FEMININA

3.1. Desigualdade de Gênero

Se a eficácia contraceptiva das duas modalidades de esterilização cirúrgica possíveis é semelhante, com ligeira vantagem para a vasectomia, a escolha de qual delas realizar deveria fundar-se no ônus para o usuário que é submetido ao procedimento. Observando-se que a vasectomia pode ser feita com anestesia local e com alta para casa no mesmo dia, mediante ligadura de uma estrutura anatômica que está quase imediatamente abaixo da pele, enquanto a laqueadura tubária exige acesso à cavidade abdominal em procedimento com ao menos dois médicos (cirurgião e anestesiologista), frequentemente com pernoite em unidade de saúde, a preferência pela cirurgia masculina deveria ser a conclusão lógica. Quanto aos custos para o SUS, Sá *et al.* (2022) demonstraram dados que também militam a favor da vasectomia, pelo prisma da duração das internações.

Se, do ponto de vista jurídico-constitucional de uma igualdade de gênero formal no país, se poderia esperar ao menos a paridade entre as vasectomias e laqueaduras, e em termos procedimentais cirúrgicos, se poderiam preferir as vasectomias, essa não é, nem de longe, a realidade encontrada. Historicamente, a prevalência da laqueadura tubária decorreu de questões afeitas aos papéis sociais do homem e da mulher. Marchi *et al.* (2003) constataram que a responsabilidade pela anticoncepção costumava ficar a cargo das mulheres, até que a necessidade de esterilização definitiva – inclusive após falha contraceptiva de métodos reversíveis tentados anteriormente – chamava os homens à participação via vasectomia, achados compatíveis com os de Gonçalves e Marcon (2006).

É importante observar que, em certos casos, a esterilização forçada tem sido aplicada a grupos étnicos marginalizados ou subjugados, e isso ainda ocorre atualmente. Esses tristes exemplos são considerados manifestações claras de femigenocídio e etnogenocídio, cujas motivações são impulsionadas por uma lógica colonial que instrumentaliza a prática da laqueadura forçada como um meio de controle populacional de certos grupos específicos (Almeida; Reis, 2022).

Essa assunção de maior peso na responsabilidade no controle da contracepção pelas mulheres, constatada na preferência por laqueaduras – a despeito do ônus desproporcional em relação às vasectomias –, constitui mais uma evidência de que o planejamento familiar no país é atravessado por um forte marcador específico de gênero. Se avaliada em conjunto com a construção histórica do gênero feminino correlacionada a caracteres de flexibilidade e submissão adaptáveis à firmeza do poder masculino, a predominância das laqueaduras no SUS demonstra que também o sistema de saúde tem servido à estrutura desigual que restringe os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Além do problema da distribuição desigual do ônus pelo planejamento familiar, a violência obstétrica pode ser observada enquanto típica violência de gênero (Garcia, 2023). Cabe às mulheres levarem adiante a gravidez mesmo em casos indesejados, já que dados da Secretaria de Vigilância em Saúde apresentados no Painel de Mortalidade Materna mostram que a mortalidade por complicações derivadas do aborto se configura como a quinta causa de óbitos entre as mulheres no país (SVS, 2023). Mesmo por falha dos métodos contraceptivos masculinos, são elas que se tornam vítimas do tratamento desumanizado, submetem-se a abusos de medicalização ou outros processos patológicos naturais da gestação, o que reforça um estereótipo de gênero que entrelaça a maternidade ao sofrimento e submete a integridade física e o bem-estar das mulheres a procedimentos médicos invasivos sem equivalência para os homens.

Como a gravidez se processa no corpo da mulher, o advento de uma gestação inoportuna ou não planejada tem muito maior potencial para ser sentido como vulnerabilidade por elas (Melo *et al.*, 2022) do que pelos homens, que ainda têm o recurso da desresponsabilização ou não reconhecimento da paternidade. A desconfiança de que a vasectomia possa conduzir à disfunção erétil e valores sociais que sobrelevam a virilidade também desestimularam gerações de homens de se submeter à cirurgia, deixando todo o ônus contraceptivo para suas parceiras. O ideário social a respeito de contracepção tem peso tão relevante que a oferta de serviços ou métodos anticoncepcionais deixa de ser o parâmetro mais importante, de forma que as necessidades não atendidas, neste campo, concentram-se mais sobre a demanda do que sobre o acesso ao sistema de saúde (Senderowicz; Maloney, 2022). Homens que desconfiam da vasectomia sequer apresentarão qualquer demanda ao SUS sobre ela, pouco importando se o gestor do sistema puser ou não o serviço à disposição da população.

Nesse sentido, sob o manto do discurso técnico e científico, oculta-se o exercício de um poder hierárquico historicamente construído a partir da estrutura patriarcal que cerca a relação médico-paciente. Isso porque o ambiente discursivo de tal relação se estabelece sob parâmetros da

colonialidade de um saber-poder consolidado na linguagem científica de que a maioria das mulheres, especialmente aquelas mais vulneráveis, se considerada a interseccionalidade entre gênero, raça e classe, não tiveram participação ou condições de questionamento. Em tais situações, a imposição de determinadas condutas ou procedimentos médicos acaba sujeitando as mulheres a renunciar à autonomia e poder de decisão sobre o próprio corpo e sobre a maternidade.

3.2. Autonomia sobre o corpo

A literatura jurídica sobre contracepção cirúrgica elegeu, majoritariamente, a questão da autorização por escrito do cônjuge para submeter-se à cirurgia como problema de investigação. A Lei nº 9.263/1996 mereceu grande volume de análises sobre o requisito da autorização pelo marido para que a mulher alcance o direito à laqueadura tubária, mas passou ao largo da questão de que o mesmo diploma normativo impunha aos homens conseguir a autorização das esposas para serem vasectomizados. É como se nem fosse necessário pensar na redação neutra da lei ordinária, posto que os autores já estivessem convencidos de que, no mundo fático, a demanda que realmente se apresentava ao SUS era pela esterilização feminina, e não pela masculina, ou ainda que os homens não enfrentariam dificuldade alguma para conseguir a assinatura da esposa, mas ofereceriam resistência para anuir à cirurgia dela.

Strapasson e Barboza (2022) concluíram pela inconstitucionalidade do requisito por atingir o núcleo essencial dos direitos reprodutivos intrinsecamente ligados ao direito de disposição sobre o próprio corpo, além da irrenunciabilidade a posições jurídicas de direitos fundamentais próprias, representando uma excessiva ingerência do Estado no âmbito familiar. Canto, Arquette e Boechat (2022) atribuem à cultura patriarcal e machista a redação originária da lei do planejamento familiar, questionando a igualdade colocada num pedestal e contrapondo-a à equidade que se deveria perseguir, de forma que tacham a autorização conjugal de mera burocracia que desprotege a mulher.

Borges e Teles (2021) argumentam que, embora a norma previsse a necessidade de autorização independente do gênero, para vasectomia e laqueadura, a dominação masculina que ainda se impõe no espaço privado familiar – e que, por vezes, resulta em agressão física e psíquica – fazia da esposa o principal alvo da regra. A outorga do poder de decisão ao homem sobre a autonomia reprodutiva da mulher favoreceria, pois, a violência doméstica sexual. Já Alves e Cruz (2022) sustentam que condicionar à autorização de um dos cônjuges o planejamento reprodutivo do outro contraria o direito fundamental à liberdade previsto no caput

do artigo 5º e o princípio da dignidade humana, previsto no artigo 1º, III da Constituição, embasando a conclusão no fato de que a família já não tem finalidade reprodutiva, mas sim de promoção do afeto e realização pessoal.

Por sua vez, a noção de que a decisão sobre a maternidade forma parte essencial do livre desenvolvimento da personalidade das mulheres fundamentou a posição da Corte Interamericana de Direitos Humanos ao julgar o caso *Artavia Murillo vs Costa Rica* (CIDH, 2023). O caso versou sobre a anulação, pela Suprema Corte da Costa Rica, do Decreto Executivo nº 24029-S, de 3 de fevereiro de 1995. O ato que autorizava casais afetados por infertilidade a realizar fertilização *in vitro* foi declarado inconstitucional pela Sala Constitucional da Corte costarriquenha por violação do direito à vida, em março de 2000. É importante considerar o imperativo que a maternidade adquire em algumas culturas como um fator de opressão à mulher.

A decisão da CIDH fixou o entendimento de que proibir a fertilização *in vitro* contrariava os direitos à liberdade e integridade pessoal, além de configurar interferência desproporcional na vida privada e familiar dos requerentes. A Corte considerou que a anulação da permissão do procedimento violaria a autonomia para decidir sobre a maternidade ou paternidade que constituem dimensão da própria identidade dos sujeitos, em ofensa aos artigos 5.1, 7, 11.2 e 17.2 cominados com o artigo 1.1 da Convenção Americana de Direitos Humanos.

Em acréscimo, a Corte ressaltou que a “proibição da FIV poderia afetar tanto homens quanto mulheres e produzir impactos desproporcionais distintos pela existência dos estereótipos e discriminações de gênero”. A decisão destacou, ainda, que os estereótipos de gênero são incompatíveis com o direito internacional dos direitos humanos e que os Estados-membros do Sistema Interamericano deveriam tomar medidas concretas para erradicá-los.

Uma dificuldade do campo científico sobre agência feminina ou agência de mulheres é a própria conceituação do que é a autonomia feminina, ou como se dá a tomada de decisão a respeito da contracepção, ou ainda se se alcançou ou não autoeficácia contraceptiva (Bhan *et al.*, 2022). Em vez de endereçar a questão de quem decide, talvez seja mais produtivo indagar o que importa para as mulheres, se elas compartilham suas preferências e se sentem valorizadas, se estão satisfeitas com sua participação e com a decisão que foi tomada. Agência feminina, aqui, pode assumir a forma de barganha ou negociação com o parceiro, resistência a pressões sociais para criar filhos, encontrar suporte ou coerção quanto ao uso ou não uso de contraceptivo, tudo isso atravessado por vulnerabilidades outras que não de gênero, como étnico-raciais e sociais (Bhan *et al.*, 2022).

Recentemente, a Suprema Corte dos Estados Unidos reverteu o precedente no caso *Roe versus Wade* (Women's Health Organization, 2021), inviabilizando ou dificultando o acesso a abortamento em caso de gestação inoportuna, o que tem gerado o aumento de pesquisas na rede mundial de computadores sobre contracepção definitiva cirúrgica, com prevalência da vasectomia sobre a laqueadura, ou vice-versa, a depender do ambiente normativo local de cada estado federado (Ghomeshi *et al.*, 2022). Isso demonstra que as pessoas atribuem à esterilização cirúrgica um papel de segurança quanto à eficácia contraceptiva, um bastião contra a vulnerabilidade representada por uma gestação não planejada.

As mulheres até conseguem algum grau de autonomia quando o assunto é laqueadura tubária (Leyser-Whalen; Berenson, 2019), o que talvez demonstre a desnecessidade de discutir tanto se a imposição legal de autorização pelo marido era ou não constitucional, mas têm dificuldade de interferir quando o assunto é vasectomia, segundo as mesmas autoras. Estereótipos de gênero tradicionais que emergem como expressões ambíguas e unidimensionais alusivas ao machismo seguem sendo obstáculos ao empoderamento feminino em matéria reprodutiva. Se é verdade que o novo regramento brasileiro poderá facilitar o acesso das mulheres à laqueadura tubária, cabe perguntar se não seria mais vantajoso aumentar o recurso à vasectomia, o que já tem acontecido em anos recentes (Santos *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

As diferenças entre laqueadura e vasectomia em termos de custo financeiro para o sistema público de saúde e de custo pessoal biomédico para o usuário que se submete ao procedimento (agressão física e potencial de complicações) militam em favor de uma preferência pela cirurgia masculina. Dessa maneira, a proporção da carga que a laqueadura representa para as mulheres, confrontada com a simplicidade relativa da vasectomia para os homens torna ainda mais gritante a desigualdade de gênero nos dados encontrados.

A pesquisa empírica conduziu à conclusão de que unidades da federação com maiores índices de desenvolvimento humano atingem maior proporção de vasectomias entre as contracepções cirúrgicas definitivas no Brasil, num cenário de aumento dos procedimentos masculinos e redução da desigualdade numérica entre laqueadura tubária e vasectomia. Isso corrobora o entendimento de que em locais com maior desigualdade socioeconômica pode prevalecer também a desigualdade de gênero.

Essa perspectiva empírica traz uma contribuição para o conceito de equidade e cidadania, demonstrando o ônus que recai sobre as mulheres quanto ao planejamento familiar, em especial nos métodos cirúrgicos,

tentando aproximar o direito da realidade das mulheres (Magane, 2020). Os achados indicam a urgência de aumentar os investimentos e reavivar as iniciativas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva no país, tendo em vista que estão estreitamente relacionados a outros indicadores sociais. Isso se torna um desafio, considerando o crescente conservadorismo e os retrocessos que têm sido observados nesse domínio, conforme já apontado por estudos anteriores. Além disso, deve-se mencionar a restrição dos gastos destinados à educação e saúde desde a Emenda Constitucional nº 95, de 2016.

A decisão sobre a vida reprodutiva é estrutural para o acesso a outros direitos - para o exercício da autonomia, da dignidade humana, até mesmo para a economia familiar. Assim, é fundamental destacar também a importância contínua de fortalecer o papel da atenção primária no contexto da saúde sexual e reprodutiva, bem como implementar políticas eficazes de promoção, educação e comunicação em saúde. Além disso, é crucial capacitar os profissionais da área para adotarem uma abordagem mais humanitária em relação à saúde sexual.

Um novo olhar jurídico-sociológico sobre o tema pode potencializar leituras sobre o planejamento familiar a partir de uma perspectiva que viabilize a autonomia das mulheres nas decisões sobre a maternidade e problematize a permanência de estruturas sociais edificadas a partir da violência de gênero que subalterniza as mulheres na definição do tamanho da família e do seu próprio futuro.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. M. F.; REIS, G. T. S. A violência de gênero como estratégia de poder: as esterilizações forçadas contra mulheres indígenas no Peru. *Extraprensa*, v. 15, n. esp, p. 566-582, 2022.

ALVES, H. R.; CRUZ, A. R. S. A Evolução do Conceito de Família e seus Reflexos sobre o Planejamento Familiar: Uma Análise da Constitucionalidade dos Requisitos para a Esterilização Voluntária Previstos no Artigo 10 da Lei nº 9263/1996. *Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas*, v. 10, n. 2, p. 347-391, 2022.

ARAÚJO, D. C.; GROMICHO, A.; PEREIRA, D.; MARRAMAQUE, C.; BASTOS, S.; DIAS, J.; FERRAZ, L. Vasectomy: why not the first option in final sterilization? *The Journal of Sexual Medicine*, v. 19, n. 11, supl. 4, p. s102-s103, 2022.

BANDO, D. H.; RODRIGUES, L. A.; BIESEK, L. L.; LUCHINI JUNIOR, D.; BARBATO, P. R.; FONSÊCA, G. S.; FRIESTINO, J. K. O. Padrões espaciais e caracterização epidemiológica dos suicídios na microrregião de

Chapecó, Santa Catarina: estudo ecológico, 1996-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, p. e2022593, 2023.

BERQUO, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, supl. 2, p. 441-453, 2003.

BHAN, N.; RAJ, A.; THOMAS, E. E.; NANDA, P.; The FP-Gender Measurement Group. Measuring women's agency in family planning: the conceptual and structural factors in the way. *Sexual and Reproductive Health Matters*, v. 30, n. 1, p. 1-5, 2022.

BORGES, R. C. B.; TELES, S. V. L. Esterilização Voluntária e Autonomia Reprodutiva da Mulher Casada no Direito das Famílias Repersonalizado. *Revista de Direito de Família e Sucessão*, v. 7, n. 1, p. 39-56, 2021.

CABRAL, C. P.; RANGEL, T. L. V. Autonomia sobre o Corpo Feminino? O (Tr)Reconhecimento do Direito à Laqueadura como Direito Reprodutivo no Ordenamento Brasileiro. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, v. 9, n. 25, p. 38-55, 2022.

CANTO, E. S. O.; ARQUETTE, A.; BOECHAT, H. Princípio da Autonomia e da Igualdade em Face da Exigência Legal de Autorização do Cônjuge para Laqueadura. In: BOECHAT, H.; ARQUETTE, A.; ROBLES-LESSA, M. (Org.) *Diálogos em Direito: A sociedade, a lei e os tribunais*. São Paulo: Opção, 2022, p. 379-408, v. 1.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Ficha Técnica*: Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) vs. Costa Rica. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/ficha_tecnica.cfm?lang=es&nId_Ficha=235. Acesso em: 24 jul. 2023.

DANTAS, K. M.; OLIVEIRA NETO, J. W. A coparentalidade e a carência legislativa regulamentadora para a eficiência do contrato de geração de filhos. *Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas*, [S. l.], v. 19, n. 34, p. 186-204, 2022.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Manual de Anticoncepção*. São Paulo: FEBRASGO, p. 285, 2015.

FELISBINO-MENDES, M. S.; ARAÚJO, F. G.; ASSUNÇÃO OLIVEIRA, L. V.; VASCONCELOS, N. M.; PONTES VIEIRA, M. L. F.; MALTA, D. C. Comportamento sexual e uso de preservativos na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*,

v. 24, supl. 2, p. e210018, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210018.supl.2>. Acesso em: 24 jul. 2023.

GARCIA, A. M. M. A Violência Obstétrica: uma barreira na efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. In: MENDES, D. P. S.; MENDES, G.; BACELAR, J. A. F. *Magníficas Mulheres: lutando e conquistando direitos*. Belo Horizonte: Fórum, 2023.

GHOMESHI, A.; DIAZ, P.; HENRY, V.; RAMASAMY, R.; MASTERSON, T. A. The Interest in Permanent Contraception Peaked Following the Leaked Supreme Court Majority Opinion of Roe vs. Wade: A Cross-Sectional Google Trends Analysis. *Cureus*, v. 14, n. 10, p. e30582, 2022.

GONÇALVES, G. H. T.; MARCON, S. S. Laqueadura ou vasectomia: fatores a considerar para a saúde da mulher. *UNOPAR Científica: Ciências biológicas e da saúde*, v. 8, n. 11, p. 31-38, 2006.

GÖRANSSON, M. “*Smart economics*” within Family Planning: An analysis of the framings of Family Planning initiatives and their relation to “smart economics”. Monografia (Bacharelado em Estudos do Desenvolvimento). Uppsala, SE: Uppsala University, p. 35, 2022.

LEYSER-WHALEN, O.; BERENSON, A. B. Situating Oneself in the Intersectional Hierarchy: Racially Diverse, Low-Income Women Discuss Having Little Agency in Vasectomy Decisions. *Sex Roles*, v. 81, p. 748-764, 2019.

LIMA, L. V. D.; PAVINATI, G.; OHTA, A. A.; GIL, N. L. D. M.; MOURA, D. R. D. O.; MAGNABOSCO, G. T. Distribuição dos casos de tuberculose no Paraná: um estudo ecológico, 2018-2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, p. e2022586, 2023.

MAGANE, R. P. Reflexões sobre Teoria Hermenêutica Jurídica Feminista: a incapacidade das teorias hermenêuticas jurídicas hegemônicas na concretização dos direitos das mulheres no sistema jurídico brasileiro. In: SOUSA, C. R. N. (Org) *O Feminino e o Direito na Contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 188, 2020.

MARCHI, N. M.; ALVARENGA, A. T.; OSIS, M. J. D.; BAHAMONDES, L. Opção pela vasectomia e relações de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 1017-1027, 2003.

MELO, C. R.; NASCIMENTO, N. C.; DUARTE, L. S.; BORGES, A. L. Vulnerabilidade a vivenciar uma gravidez não intencional entre mulheres

usuárias do Sistema Único de Saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, p. eAPE0310345, 2022.

MENEZES, J. B.; PIMENTEL, A. B. L.; LINS, A. P. C. E. Os impactos do maternar nas relações familiares. *Civilistica.com*, v. 11, n. 2, p. 1-24, 2022.

PATEL, J.; NGUYEN, B.T.; SHIH, G.; OR, M.; HARPER, D.M. Vasectomy Training in Family Medicine Residency Programs: A National Survey of Residency Program Directors. *Family Medicine*, v. 54, n. 6, p. 438-443, 2022.

PEREIRA, J. M. A.; TROCADO, V. F. B.; GOMES, S. M. S.; CARLOS-ALVES, M.; CARVALHO, A.; PINHEIRO, P. A. Applicability, Safety, and Efficiency of Salpingectomy versus Electrocoagulation and Laparoscopic Tubal Section in Ambulatory. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 44, n. 9, p. 866-870, 2022.

ROMANO, P. H.; HILLESHEIM, D.; HALLAL, A. L. C.; MENEGON, F. A.; MENEGON, L. D. S. COVID-19 em Trabalhadores da Saúde: um Estudo Ecológico a partir de Dados do SINAN, 2020-2021. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 32, p. e20220325, 2023.

SÁ, I. J.; LIMA, L. C.; MENESES, D. C. S.; SOUSA, D. S.; GALLOTTI, F. C. M.; MARTINS, M. C. V.; JESUS, C. V. F.; LOPES, L. E. S. Comparativo entre os métodos contraceptivos definitivos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 7, p. 52300-52310, 2022.

SANTOS, D. R.; MANGABEIRA, J. V. C.; SILVA, M. V. A.; JOSÉ, B. M. P. A.; VALENTE, M. A.; DIAS, P. S.; GOMES, C. B. S.; SILVA, A. F. T.; PINTO, L. O. D.; BARROS, C. A. V. Crescimento da vasectomia no Sistema Único de Saúde entre 2009 a 2018: um estudo retrospectivo. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 3, p. 1-9, 2020.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. *Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não-Transmissíveis*. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 24 jul. 2023.

SENDEROWICZ, L.; MALONEY, N. Supply-Side Versus Demand-Side Unmet Need: Implications for Family Planning Programs. *Population and Development Review*, v. 48, p. 689-722, 2022.

SILVA, A. F.; BORGES, J. G. S.; LÉLIS, M. N. S. A constante mutação dos modelos de família e as disposições constitucionais. *Direito em Revista*, v. 6, n. 6, p. 122-138, 2022.

SILVA, F. A.; FORNASIER, R. C. Fundamentos Epistemológicos da “Família em Processo de Mudança” na Sociedade Contemporânea: Conceitos e Características. VEREDAS – *Revista Interdisciplinar de Humanidades*, v. 5, n. 9, p. 116-138, 2022.

STRAPASSON, K. M.; BARBOZA, E. M. Q. A inconstitucionalidade do condicionamento da esterilização voluntária ao consentimento de terceiro. *Revista de Informação Legislativa*, v. 59, n. 234, p. 139-160, 2022.

TRINDADE, R. E.; SIQUEIRA, B. B.; PAULA, T. F.; FELISBINO-MENDES, M. S. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, supl. 2, p. 3493-3504, 2021.

VERA, I.; OLIVEIRA, J. M. B. D.; OLIVEIRA, M. V. D.; DIAS, L. D. S.; SOUZA, L. M. M. D.; LUCCHESI, R. Necessidade de cuidador entre pessoas que vivem com transtorno mental: estudo ecológico. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 36, p. eAPE02752, 2023.

WEKERE, F. C. C.; ENYINDAH, C. E.; UDOFIA, E. A. Permanent method of postpartum contraception (Bilateral tubal ligation): Experience at the Rivers State University Teaching Hospital. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 4, n. 1, p. 10-16, 2022.

WOMEN’S HEALTH ORGANIZATION. *Decisão do caso Dobbs vs. Jackson, de 24.06.2022*. Disponível em: https://www.supremecourt.gov/opinions/21pdf/19-1392_6j37.pdf. Acesso em: 26 jul. 2023.

ZINI, A.; GRANTMYRE, J.; CHOW, V.; CHAN, P. UPDATE – 2022 *Canadian Urological Association best practice report: Vasectomy*. *Canadian Urological Association Journal*, v. 16, n. 5, p. e231-e236, 2022.

Anexo 1 – Quantidade de vasectomias custeadas pelo SUS nas Unidades da Federação brasileiras, 2010-2019.

Unidade da Federação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
R Rondônia	75	162	305	292	326	330	237	607	587	209
Acre	0	2	0	0	2	9	24	6	1	1
Amazonas	16	10	10	41	181	247	340	362	405	367
Roraima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Pará	43	62	50	51	31	47	57	49	134	117
Amapá	0	0	0	0	0	1	0	0	7	13
Tocantins	76	92	86	85	70	62	39	94	115	90
Maranhão	0	0	19	1	5	5	18	18	36	40
Piauí	0	0	0	0	0	6	27	42	55	98
Ceará	531	305	326	310	329	410	429	432	672	788
Rio Grande do Norte	1	47	77	89	67	104	91	64	136	144
Paraíba	397	249	291	252	293	317	299	204	241	354
Pernambuco	667	690	806	1068	2342	1390	1001	873	1285	1915
Alagoas	0	1	2	1	2	2	4	8	6	14
Sergipe	138	326	430	333	341	304	267	309	383	288
Bahia	1104	1330	1249	1039	1258	1650	2364	2790	3022	3374
Minas Gerais	1303	1332	1443	1566	1950	1980	1356	1432	1729	2092
Espírito Santo	165	212	200	315	420	392	426	510	661	825
Rio de Janeiro	584	827	923	842	955	1467	1471	1611	3710	2700
São Paulo	11967	12226	11852	11149	10945	10798	11197	12609	15795	17147
Paraná	2112	1936	2079	1934	1698	1638	1427	2704	2086	2490
Santa Catarina	1678	2024	1860	1949	2050	1923	1793	2091	2976	3414
Rio Grande do Sul	2013	1821	1773	1185	953	937	1073	1451	1370	1754

Mato Grosso do Sul	78	171	130	137	131	185	219	297	300	285
Mato Grosso	337	300	441	254	264	228	377	410	375	460
Goiás	575	522	440	420	570	785	971	933	944	1281
Distrito Federal	761	975	684	676	467	488	572	819	794	866
Total	24621	25622	25476	23989	25650	25705	26079	30725	37825	41127

Fonte: elaborado pelos autores a partir do SIH-DATASUS e PNAD-IBGE.

Anexo 2 – Quantidade de laqueaduras tubárias custeadas pelo SUS nas Unidades da Federação brasileiras, 2010-2019.

Unidade da Federação	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Rondônia	795	694	674	402	548	516	643	492	446	586
Acre	123	119	149	63	57	28	13	64	34	72
Amazonas	266	108	202	160	117	182	214	225	370	277
Roraima	378	267	374	414	318	104	139	162	118	180
Pará	657	819	810	660	649	491	630	659	1473	1267
Amapá	0	0	0	0	0	0	0	1	42	77
Tocantins	602	719	990	577	438	261	197	284	259	316
Maranhão	580	667	692	542	251	257	409	759	1482	1292
Piauí	64	58	202	303	277	443	521	481	556	560
Ceará	2545	2028	1798	1150	1393	1170	1623	1234	1421	1524
Rio Grande do Norte	107	155	236	221	213	152	208	231	188	219
Paraíba	1010	1028	1447	731	766	771	855	727	600	856
Pernambuco	829	1052	975	903	911	630	957	908	1551	1893
Alagoas	15	12	8	12	11	21	38	47	47	35
Sergipe	1697	2263	2634	1452	1893	1517	1457	929	1043	943
Bahia	2655	3108	3731	2802	3997	3522	4331	3675	5691	5034
Minas Gerais	3198	4624	5219	4571	6114	5920	4790	4943	5515	4817
Espírito Santo	522	543	689	806	433	507	574	476	531	711
Rio de Janeiro	1044	1018	872	675	796	896	845	761	959	1081
São Paulo	12043	11744	11027	9680	9965	8497	8719	8977	9781	11045
Paraná	2397	2281	1999	1983	1913	1642	1510	1672	1814	2005

Alexandre Douglas Zaidan de Carvalho
Bruno Gil de Carvalho Lima
Ladyane Katlyn de Souza

Santa Catarina	874	1043	1176	1203	1254	1151	1017	915	1118	1345
Rio Grande do Sul	2978	2323	2416	2435	2157	2015	2150	2007	1941	1619
Mato Grosso do Sul	462	647	684	672	571	750	671	658	723	783
Mato Grosso	1053	1109	901	732	704	644	764	817	1089	1155
Goiás	1467	1604	1820	1381	1350	1452	1345	1263	1225	1333
Distrito Federal	649	477	400	188	374	170	126	90	87	178
Total	39010	40510	42125	34718	37470	33709	34746	33457	40104	41203

Fonte: elaborado pelos autores a partir do SIH-DATASUS e PNAD-IBGE.

