

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**MARÍLIA SAMÁLIA MARTINS FERREIRA**

**“PELO DIREITO DE DECIDIR”:**

autonomia reprodutiva e esterilização voluntária feminina em São José de  
Ribamar/MA.

**São Luís**

**2026**

MARÍLIA SAMÁLIA MARTINS FERREIRA

**“PELO DIREITO DE DECIDIR”:**

autonomia reprodutiva e esterilização voluntária feminina em São José de  
Ribamar/MA.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Políticas Públicas da  
Universidade Federal do Maranhão.

**Discente:** Marília Samália Martins Ferreira

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marly de Jesus Sá Dias

São Luís

2026

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Martins Ferreira, Marília Samália. PELO DIREITO DE DECIDIR: : autonomia reprodutiva e esterilização voluntária feminina em São José de Ribamar/MA / Marília Samália Martins Ferreira. - 2026.

125 p.

Orientador(a): Marly de Jesus Sá Dias.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2026.

1. Direitos Reprodutivos. 2. Autonomia Reprodutiva.

3. Esterilização Voluntária. 4. Políticas Públicas.

I.

de Jesus Sá Dias, Marly. II. Título.

Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

MARÍLIA SAMÁLIA MARTINS FERREIRA

**“PELO DIREITO DE DECIDIR”:**

autonomia reprodutiva e esterilização voluntária feminina em São José de  
Ribamar/MA.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Políticas Públicas da  
Universidade Federal do Maranhão.

**Discente:** Marília Samália Martins Ferreira

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marly de Jesus Sá Dias

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silse Teixeira de Freitas Lemos  
(Externa)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiana Costa Lima

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marly de Jesus Sá Dias

Aprovado em 15 de Abril de 2026

São Luís

2026

*Dedico este trabalho a todas as mulheres que, ao longo da história, lutaram para que pudéssemos decidir sobre nossos próprios corpos, nossas vidas e nossos projetos de futuro.*

*Dedico, especialmente, às mulheres que participaram desta pesquisa e compartilharam suas experiências, histórias e reflexões sobre suas trajetórias reprodutivas. Suas vozes deram sentido a este estudo e revelam, na prática, os desafios e as possibilidades de construção da autonomia reprodutiva feminina.*

*Dedico também à minha família, pelo apoio constante, e a todas as mulheres de São José de Ribamar que, em diferentes contextos, resistem, negociam e afirmam diariamente seu direito de decidir.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, à minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marly de Jesus Sá Dias, pela orientação cuidadosa, pela confiança no desenvolvimento desta pesquisa e pelas contribuições fundamentais ao longo de todo o processo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (PPGPP/UFMA), pela oportunidade de formação acadêmica e pelo ambiente de produção crítica de conhecimento.

Às professoras e professores do programa, cujas aulas, debates e reflexões contribuíram para o amadurecimento teórico e metodológico desta pesquisa.

Agradeço, de forma muito especial, às mulheres que aceitaram participar desta pesquisa e compartilhar suas experiências. Suas narrativas revelam não apenas trajetórias individuais, mas também dimensões sociais e institucionais que atravessam o exercício dos direitos reprodutivos no Brasil.

Aos amigos e amigas que acompanharam este percurso, oferecendo apoio, escuta e incentivo nos momentos de maior desafio.

À minha mãe, pelo suporte emocional e pela compreensão durante todo o período de dedicação a este trabalho.

Agradeço a todas as mulheres que, ao longo da história, contribuíram para a construção e a defesa dos direitos reprodutivos, abrindo caminhos para que pesquisas como esta possam ser realizadas.

“Ninguém nasce mulher: torna-se mulher.”

Simone de Beauvoir

## RESUMO

Esta dissertação intitulada “**Pelo Direito de Decidir**”: autonomia reprodutiva e esterilização voluntária feminina em São José de Ribamar/MA, teve como objetivo analisar como a materialização dos direitos reprodutivos por meio da esterilização voluntária contribuiu para a construção da autonomia reprodutiva feminina no município de São José de Ribamar, Maranhão, com foco na sua relação com a autonomia reprodutiva das mulheres. O estudo parte da compreensão de que a autonomia reprodutiva constitui dimensão fundamental dos direitos sexuais e reprodutivos e está diretamente relacionada às condições sociais, institucionais e culturais que influenciam as decisões das mulheres sobre sua reprodução. E, embora a esterilização voluntária seja um procedimento garantido pela legislação brasileira e ofertado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), persistem obstáculos que podem dificultar o acesso a esse direito. Trata-se de uma pesquisa analítica, de natureza qualitativa, que utilizou como procedimentos a realização de entrevistas semiestruturadas com mulheres que buscaram ou realizaram o procedimento de esterilização voluntária, residentes em São José de Ribamar. Contudo, ante dificuldades no levantamento na coleta de dados, adotou-se a técnica de indicação entre entrevistadas, denominada *Bola de Neve*. Os resultados permitiram identificar aspectos singulares relacionados às trajetórias reprodutivas das participantes, caminhos institucionais percorridos para acessar o procedimento, obstáculos estruturais que atravessam o exercício dos direitos reprodutivos, vivenciados no percurso, bem como as estratégias mobilizadas para garantir a realização da laqueadura. Indicam ainda que, embora existam barreiras institucionais e burocráticas no acesso ao procedimento (desigualdades de gênero e limitações concretas no acesso a alternativas contraceptivas), a esterilização voluntária ocupa um lugar central em seus percursos reprodutivos, “escolha” natural que converge para uma autonomia possível, construída dentro de um conjunto restrito de opções. Responsabilidade feminina, estratégia para consolidar decisões previamente construídas ao longo da vida, permitindo inibir gravidez, maior controle sobre condições econômicas e organização familiar. Conclui-se que a esterilização voluntária pode representar importante instrumento para o exercício da autonomia reprodutiva feminina, desde que esta seja circunscrita em dimensões ética, social e política, garantida em condições de acesso equitativas, com informação adequada, acompanhamento profissional de saúde, a insumos contraceptivos alternativos e confiáveis, respeito às decisões das mulheres e fortalecimento das políticas públicas de planejamento reprodutivo no âmbito do SUS e do Estado laico.

**Palavras-chave:** Direitos Reprodutivos; Autonomia Reprodutiva; Esterilização Voluntária; Políticas Públicas.

## ABSTRACT

This dissertation entitled “For the Right to Decide”: Reproductive Autonomy and Female Voluntary Sterilization in São José de Ribamar, Maranhão aimed to analyze how the materialization of reproductive rights through voluntary sterilization has contributed to the construction of female reproductive autonomy in the municipality of São José de Ribamar, Maranhão, focusing on its relationship with women’s reproductive autonomy. The study is grounded in the understanding that reproductive autonomy constitutes a fundamental dimension of sexual and reproductive rights and is directly related to the social, institutional, and cultural conditions that influence women’s decisions about reproduction. Although voluntary sterilization is a procedure guaranteed by Brazilian legislation and offered within the Unified Health System (SUS), obstacles that may hinder access to this right still persist. This is an analytical, qualitative study that used semi-structured interviews with women who sought or underwent voluntary sterilization and reside in São José de Ribamar. However, due to difficulties encountered in data collection, the study adopted a referral technique among participants known as the Snowball sampling method.

The results made it possible to identify specific aspects related to the participants’ reproductive trajectories, the institutional pathways followed to access the procedure, structural barriers affecting the exercise of reproductive rights experienced along the way, as well as the strategies mobilized to ensure access to tubal ligation. The findings also indicate that, although there are institutional and bureaucratic barriers to accessing the procedure—such as gender inequalities and concrete limitations in access to alternative contraceptive methods—voluntary sterilization occupies a central place in these women’s reproductive trajectories. It is perceived as a “natural” choice that converges toward a possible autonomy, constructed within a restricted set of options. Female responsibility emerges as a strategic element in consolidating decisions previously built throughout life, enabling the prevention of pregnancy, greater control over economic conditions, and family organization. It is concluded that voluntary sterilization may represent an important instrument for the exercise of female reproductive autonomy, provided that it is framed within ethical, social, and political dimensions and guaranteed under equitable access conditions, with adequate information, professional healthcare support, access to reliable alternative contraceptive methods, respect for women’s decisions, and the strengthening of public policies for reproductive planning within the SUS and a secular State.

**Keywords:** Reproductive Rights; Reproductive Autonomy; Voluntary Sterilization; Public Policies.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2. AUTONOMIA REPRODUTIVA E A LUTA DAS MULHERES NO BRASIL: trajetórias, disputas e desafios contemporâneos.</b> .....	<b>20</b>
2.1 A Luta das Mulheres por Direitos Reprodutivos no período pré-constituição de 1988.....	24
2.2 A Esterilização no Debate Sobre Autonomia Reprodutiva.....	27
2.3 Da Constituição de 1988 ao Avanço do Conservadorismo no Brasil: desafios contemporâneos à autonomia reprodutiva feminina. ....	32
<b>3. O PAPEL DO ESTADO NA REGULAÇÃO DA AUTONOMIA REPRODUTIVA NO BRASIL: entre a coerção e o direito.</b> .....	<b>43</b>
3.1 O Estado e a disciplina dos corpos: interesses e racionalidades nas políticas públicas de saúde reprodutiva. ....	49
3.2 Gênero e responsabilização pela concepção e contracepção. ....	62
3.3 Legislação brasileira sobre reprodução e contracepção.....	65
<b>4. A AUTONOMIA REPRODUTIVA EM SÃO JOSÉ DE RIBAMAR: experiências de mulheres na busca pela esterilização voluntária.</b> .....	<b>70</b>
4.1 O Município de São José de Ribamar (MA) e os Indicadores sobre a saúde reprodutiva e esterilização. ....	70
4.2 Entre Trajetórias Reprodutivas e Escolhas: a decisão pela esterilização.....	81
4.3 Caminhos institucionais de acesso à laqueadura e os obstáculos para a realização do procedimento.....	85
4.4 Estratégias mobilizadas pelas mulheres para garantir o procedimento .....	90
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>103</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>108</b>
<b>APÊNDICE A – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS</b> .....	<b>116</b>
<b>APÊNDICE B- ROTEIRO DA ENTREVISTA</b> .....	<b>117</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>118</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>121</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O título da presente dissertação, “Pelo direito de decidir”, inspira-se no lema do movimento Católicas pelo Direito de Decidir, surgido na década de 1970 e consolidado no Brasil a partir dos anos 1990, cuja atuação articula a defesa dos direitos reprodutivos à reflexão crítica no campo religioso. A escolha dessa expressão não é meramente ilustrativa, mas estratégica, pois sintetiza o eixo central deste estudo: a compreensão da autonomia reprodutiva como direito fundamental das mulheres. Ao mobilizar esse referencial, o título evidencia que a esterilização voluntária feminina ultrapassa a dimensão biomédica, configurando-se como uma questão de direitos, permeada por disputas morais, institucionais e de gênero. Nesse sentido, a pesquisa se insere no campo das lutas pela ampliação da liberdade de escolha das mulheres sobre seus corpos e seus projetos de vida, especialmente em contextos marcados por desigualdades no acesso às políticas públicas (Rosado-Nunes, 2006).

Nesse contexto, a autonomia reprodutiva constitui um dos pilares centrais do debate contemporâneo sobre direitos sexuais e reprodutivos, configurando-se como dimensão fundamental da cidadania das mulheres. No campo da saúde coletiva e dos estudos feministas, esse conceito refere-se à capacidade de decidir livremente sobre ter ou não filhos, quando tê-los e em que condições, bem como sobre os métodos utilizados para regular a fecundidade. Mais do que uma escolha individual, a autonomia reprodutiva está profundamente condicionada por fatores sociais, institucionais e culturais que influenciam as possibilidades concretas de decisão das mulheres sobre seus corpos e trajetórias de vida (Corrêa; Petchesky, 1994; Giffin, 1994).

O debate internacional sobre direitos reprodutivos ganhou maior visibilidade a partir das Conferências do Cairo (1994) e de Pequim (1995), que consolidaram o entendimento de que a saúde sexual e reprodutiva integra o conjunto dos direitos humanos. Esses eventos reforçaram a necessidade de garantir às mulheres acesso a informações, serviços e métodos contraceptivos seguros, bem como condições sociais que permitam exercer plenamente sua autonomia reprodutiva. No Brasil, essas discussões se articulam com o processo de redemocratização e com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que incorporou a saúde reprodutiva como parte da política pública de saúde (Corrêa; Petchesky, 1996).

Apesar desses avanços normativos e institucionais, o exercício da autonomia

reprodutiva continua atravessado por desigualdades estruturais. Nesse âmbito, fatores como gênero, classe social, raça, escolaridade e acesso aos serviços de saúde influenciam diretamente as possibilidades de escolha reprodutiva das mulheres. Nesse sentido, a literatura feminista tem enfatizado que a autonomia não pode ser compreendida apenas como liberdade formal de decisão, mas como capacidade efetiva de exercer escolhas em contextos marcados por relações de poder e desigualdades sociais (Heilborn, 2006; Giffin, 1994).

No contexto brasileiro, um dos elementos centrais do debate sobre autonomia reprodutiva diz respeito ao acesso aos métodos contraceptivos e às políticas de planejamento familiar. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 226, §7º, estabelece o planejamento familiar como um direito, fundamentado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, definindo que sua realização deve ocorrer como livre decisão do casal, cabendo ao Estado assegurar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, sendo vedada qualquer forma de coerção por instituições públicas ou privadas. Posteriormente, a Lei nº 9.263, de 1996, regulamentou o planejamento familiar no país, estabelecendo diretrizes para a oferta de métodos contraceptivos, incluindo a esterilização cirúrgica voluntária (Brasil, 1996).

A esterilização voluntária, especialmente a laqueadura tubária, ocupa posição particular nesse debate. Por um lado, constitui um dos métodos contraceptivos mais eficazes e buscados por mulheres que desejam interromper definitivamente sua capacidade reprodutiva. Por outro, sua história no Brasil está marcada por práticas coercitivas e por políticas de controle populacional que atingiram sobretudo mulheres pobres e negras, especialmente entre as décadas de 1970 e 1990 (Corrêa; Ávila, 2003). Esse passado revela a ambivalência da esterilização no debate sobre direitos reprodutivos: ao mesmo tempo em que pode representar instrumento de autonomia, também esteve associada a formas de controle sobre a reprodução feminina.

Nesse sentido, a regulamentação da esterilização no Brasil buscou estabelecer critérios para garantir sua realização de forma voluntária e informada. A Lei nº 9.263/1996 determinou requisitos como idade mínima, número mínimo de filhos e período de reflexão antes da realização do procedimento. Entretanto, essas exigências também foram alvo de críticas por parte de movimentos feministas e pesquisadores, que apontaram seu caráter paternalista e as dificuldades que criavam para o acesso ao procedimento (Diniz, 2017; Vieira, 2019).

Antes mesmo da consolidação do SUS, o Brasil já havia iniciado um processo de institucionalização das políticas voltadas à saúde da mulher com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. Considerado um marco no campo da saúde coletiva, o PAISM representou uma mudança importante na forma como o Estado brasileiro passou a abordar a saúde feminina. Diferentemente das políticas anteriores, centradas quase exclusivamente na maternidade e na reprodução, o programa propôs uma abordagem integral da saúde das mulheres, incorporando temas como planejamento familiar, prevenção de câncer ginecológico, atenção ao climatério e direitos reprodutivos (Osis, 1998).

O PAISM foi fortemente influenciado pelas demandas do movimento feminista e pelas discussões internacionais sobre direitos reprodutivos que emergiam naquele período. Ao reconhecer a necessidade de garantir às mulheres acesso a informações e métodos contraceptivos seguros, o programa contribuiu para deslocar o debate da esfera exclusivamente biomédica para o campo dos direitos e da cidadania (Giffin, 1994). Entretanto, sua implementação enfrentou diversos desafios, incluindo limitações estruturais do sistema de saúde e resistências institucionais que dificultaram a efetivação plena de suas diretrizes.

Posteriormente, com a consolidação do SUS e o avanço das políticas públicas voltadas à equidade em saúde, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004. Essa política ampliou a perspectiva inaugurada pelo PAISM ao incorporar uma abordagem baseada nos direitos humanos e na perspectiva de gênero, reconhecendo que as condições de saúde das mulheres são influenciadas por desigualdades sociais, econômicas e culturais (Brasil, 2004).

A PNAISM reafirma a importância do planejamento reprodutivo como direito das mulheres e estabelece diretrizes para garantir acesso a métodos contraceptivos diversos, incluindo métodos reversíveis e definitivos, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Além disso, destaca a necessidade de que as decisões reprodutivas sejam tomadas de forma livre e informada, sem coerção ou discriminação, reforçando o compromisso do Estado brasileiro com a promoção da autonomia reprodutiva (Brasil, 2004).

No entanto, mesmo com os avanços institucionais representados pelo SUS, pelo PAISM e pela PNAISM, persistem desafios importantes na garantia efetiva dos direitos reprodutivos. Pesquisas indicam que desigualdades regionais, limitações estruturais dos serviços de saúde e barreiras institucionais continuam influenciando o

acesso das mulheres às ações de planejamento reprodutivo. Em muitos contextos, o acesso a métodos contraceptivos e a procedimentos como a esterilização voluntária depende da organização local dos serviços de saúde, da disponibilidade de profissionais capacitados e da existência de fluxos assistenciais adequados (Heilborn *et al.*, 2009).

Mais recentemente, a legislação brasileira passou por mudanças importantes com a aprovação da Lei nº 14.443, de 2022, que atualizou as regras para a esterilização voluntária no país. Entre as principais alterações, destaca-se a eliminação da exigência de autorização do cônjuge para a realização do procedimento, medida considerada fundamental para o fortalecimento da autonomia reprodutiva das mulheres. A nova legislação também ampliou as possibilidades de acesso à esterilização no Sistema Único de Saúde, buscando reduzir barreiras burocráticas que historicamente dificultaram o exercício desse direito (Brasil, 2022).

Apesar desses avanços legais, pesquisas indicam que o acesso à esterilização voluntária no SUS ainda enfrenta diversos obstáculos. Barreiras institucionais, dificuldades de encaminhamento nos serviços de saúde, falta de informação adequada, resistência de profissionais e limitações estruturais da rede pública são fatores que podem comprometer a efetivação desse direito. Nesse contexto, compreender como as mulheres vivenciam o processo de busca pela esterilização torna-se fundamental para analisar a materialização dos direitos reprodutivos na prática.

É nesse cenário que se insere o presente estudo, que tem como foco o município de São José de Ribamar, localizado na região metropolitana de São Luís, no estado do Maranhão. O município apresenta características que o tornam particularmente relevante para a análise das políticas de saúde reprodutiva. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), São José de Ribamar é o terceiro município mais populoso do estado e apresenta crescimento populacional significativo nas últimas décadas, acompanhado por desafios relacionados à organização dos serviços de saúde e ao acesso a políticas públicas (IBGE, 2022).

A escolha desse recorte territorial justifica-se, portanto, pela necessidade de compreender como os direitos reprodutivos são concretamente experimentados pelas mulheres em contextos locais marcados por desigualdades sociais e limitações estruturais dos serviços de saúde. Embora existam estudos sobre planejamento familiar no Brasil, ainda são escassas as pesquisas que investigam empiricamente as

experiências das mulheres no acesso à esterilização voluntária em municípios específicos, especialmente em regiões do Nordeste brasileiro.

Diante desse contexto, o problema central que orientou esta pesquisa pôde ser formulado da seguinte maneira: como se materializou o direito à esterilização voluntária no município de São José de Ribamar e de que forma esse processo influenciou a autonomia reprodutiva das mulheres que buscaram esse procedimento?

Partiu-se da hipótese de que, embora a esterilização voluntária seja um direito garantido pela legislação brasileira e ofertado no âmbito do Sistema Único de Saúde, sua efetivação concreta é atravessada por obstáculos institucionais, burocráticos e socioculturais que podem limitar o acesso das mulheres ao procedimento. Ao mesmo tempo, supõe-se que as mulheres mobilizam estratégias e negociações para garantir esse direito, evidenciando formas de agência no interior das políticas públicas de saúde reprodutiva.

Assim, o objetivo geral desta dissertação é analisar como a materialização dos direitos reprodutivos por meio da esterilização voluntária contribuiu para a construção da autonomia reprodutiva feminina no município de São José de Ribamar, Maranhão.

Como objetivos específicos, buscou-se analisar as trajetórias reprodutivas das mulheres que buscaram a esterilização voluntária; identificar os caminhos institucionais percorridos no acesso ao procedimento no sistema público de saúde; compreender os obstáculos e barreiras enfrentados nesse processo; investigar as estratégias mobilizadas pelas mulheres para garantir a realização da esterilização.

Para alcançar esses propósitos, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, baseada na realização de entrevistas semiestruturadas com mulheres que buscaram a esterilização voluntária no município de São José de Ribamar. Inicialmente, a pesquisa previa a realização das entrevistas a partir da mediação de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). No entanto, diante das dificuldades encontradas para localizar e agendar participantes disponíveis, foi necessário adaptar a estratégia metodológica, adotando-se posteriormente a técnica de indicação entre as próprias entrevistadas, conhecida como amostragem em rede ou “bola de neve”.

Além disso, o recorte etário inicialmente previsto para a pesquisa — mulheres entre 21 e 40 anos — também precisou ser ampliado, em razão das dificuldades de acesso às participantes dentro desse intervalo. Assim, a amostra passou a incluir mulheres de diferentes faixas etárias que haviam realizado o procedimento de esterilização voluntária. Essa adaptação metodológica permitiu ampliar o alcance da

pesquisa e captar uma diversidade maior de experiências reprodutivas.

Dessa forma, a etapa empírica da pesquisa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, conduzidas com mulheres que realizaram o procedimento de laqueadura e posteriormente foram analisadas por meio de abordagem interpretativa, buscando identificar categorias analíticas relacionadas às trajetórias reprodutivas das mulheres, aos caminhos institucionais percorridos para acessar o procedimento, aos obstáculos enfrentados e às estratégias mobilizadas para garantir o direito à esterilização. Essa perspectiva permite compreender não apenas as políticas públicas em seu desenho institucional, mas também suas formas concretas de implementação e vivência pelas usuárias do sistema de saúde. As entrevistas ocorreram nas residências das próprias participantes, em datas previamente combinadas, buscando garantir um ambiente de maior conforto e familiaridade para as entrevistadas. A realização das entrevistas no espaço doméstico também contribuiu para que as participantes se sentissem mais à vontade para relatar suas experiências e percepções acerca de sua trajetória reprodutiva e do processo de decisão pela esterilização.

Cada entrevista teve duração média de até 20 minutos e foi conduzida a partir de um roteiro semiestruturado, composto predominantemente por questões abertas, que possibilitaram às participantes narrar suas experiências, percepções e decisões relacionadas ao planejamento reprodutivo e à realização da laqueadura. Além das perguntas abertas, o instrumento de pesquisa também incluiu questões mais objetivas, destinadas à caracterização socioeconômica e demográfica das participantes, contemplando informações como idade, escolaridade, estado civil, ocupação, tipo de moradia, número de filhos e acesso a plano de saúde.

Com a autorização das participantes, as entrevistas foram gravadas em áudio, com o objetivo de assegurar maior fidelidade no processo de registro das falas. Posteriormente, os áudios foram transcritos integralmente, permitindo uma análise mais detalhada das narrativas e dos significados atribuídos pelas entrevistadas às suas experiências reprodutivas e ao processo de esterilização.

Antes da realização das entrevistas, todas as participantes foram devidamente informadas sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos metodológicos, a garantia de confidencialidade das informações e o direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Nesse momento, foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que assegura o

respeito aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e garante o sigilo das informações e a preservação da identidade das participantes.

Para garantir a confidencialidade dos dados, as mulheres foram identificadas no estudo por meio de numeração sequencial, sendo referidas como Entrevistada 1, Entrevistada 2, Entrevistada 3, e assim sucessivamente. Essa estratégia de anonimização impede a identificação das participantes e resguarda suas identidades ao longo da apresentação e discussão dos resultados.

Previamente, a pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme as diretrizes que regulamentam pesquisas com seres humanos no Brasil. O estudo foi aprovado por meio do Parecer nº 7.903.523, sendo importante ressaltar que a coleta de dados empíricos somente foi iniciada após a emissão desse parecer favorável, garantindo o cumprimento dos princípios éticos que orientam a produção científica na área da saúde e das ciências sociais.

O desenvolvimento desta pesquisa também foi marcado por desafios metodológicos que exigiram adaptações ao longo do processo de coleta de dados. Inicialmente, a proposta era realizar as entrevistas exclusivamente na Unidade Básica de Saúde Miritiua, considerando a unidade como principal espaço de acesso às mulheres interessadas no procedimento de esterilização voluntária. No entanto, durante a fase de campo, observou-se que muitas mulheres demonstravam dificuldade em disponibilizar tempo para participar das entrevistas. Em vários casos, embora não houvesse recusa explícita em participar da pesquisa, as pretensas participantes do estudo relatavam indisponibilidade devido às atividades de trabalho, aos cuidados com os filhos ou a outras responsabilidades cotidianas, o que dificultava a realização das entrevistas no contexto inicialmente planejado.

Diante dessas dificuldades, foi necessário flexibilizar a estratégia de seleção das participantes. E, em assim sendo, a partir das primeiras entrevistas realizadas, adotou-se uma estratégia de indicação entre as próprias participantes, também denominada de bola de neve (*snowball sampling*), técnica de amostragem não probalística, na qual uma entrevistada indicava outra mulher que poderia contribuir com a pesquisa. Esse procedimento permitiu ampliar o acesso às participantes e possibilitou a continuidade da coleta de dados, mantendo a coerência com os objetivos da investigação qualitativa.

Inicialmente, foram realizadas doze entrevistas no âmbito desta pesquisa. No entanto, durante a etapa de transcrição do material empírico, a participante

identificada como Entrevistada 12 solicitou formalmente que sua participação fosse retirada do estudo, manifestando o desejo de que seu depoimento não fosse incluído no processo de análise. Em respeito aos princípios éticos que orientam a pesquisa com seres humanos, especialmente ao direito de desistência da participação a qualquer momento, a solicitação foi prontamente atendida pela pesquisadora, e o material referente a essa entrevista foi integralmente desconsiderado.

Cabe destacar que, no momento dessa solicitação, o período de coleta de dados já havia sido encerrado há algum tempo e a pesquisa encontrava-se na fase de transcrição e análise do material empírico. Diante disso, e considerando a suficiência analítica do material já produzido, optou-se por dar continuidade ao estudo com as onze entrevistas restantes, que constituem o corpus final da pesquisa. Assim, o conjunto de dados analisado nesta investigação é composto por onze entrevistas válidas, consideradas suficientes para atender aos objetivos propostos e possibilitar a compreensão das experiências e percepções das participantes acerca do tema investigado.

A análise do material empírico revelou que a esterilização voluntária ocupa um lugar central nas trajetórias reprodutivas das mulheres entrevistadas, sendo compreendida, em grande medida, como estratégia para consolidar decisões previamente construídas ao longo da vida. A escolha pela laqueadura aparece fortemente articulada aos projetos de vida, especialmente após o alcance do número de filhos considerado ideal, e associada à busca por estabilidade econômica, segurança e melhores condições de cuidado familiar. Nesse sentido, o procedimento é percebido como um instrumento de controle da fecundidade e de redução do risco de gestações não planejadas, contribuindo para a ampliação da autonomia reprodutiva das participantes, ainda que em contextos socialmente condicionados (Corrêa; Petchesky, 1996).

Entretanto, a ampliação analítica evidencia elementos que tensionam essa percepção de autonomia, especialmente quando se consideram os silêncios presentes nas narrativas, a naturalização da laqueadura e as relações de poder que atravessaram essas experiências. Em diversos relatos, a dificuldade de elaboração discursiva, marcada por respostas breves e pouco reflexivas, indica, não ausência de conteúdo, mas processos de internalização de normas sociais que historicamente limitaram a expressão das mulheres sobre seus próprios corpos (Foucault, 1979; Scott, 1995). Além disso, a laqueadura aparece frequentemente como uma escolha

“natural” ou esperada, pouco problematizada, o que sugere sua incorporação como parte do percurso reprodutivo feminino, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade social (Bourdieu, 2007).

Nesse cenário, as narrativas também evidenciam que a decisão pela esterilização ocorre em um contexto marcado por desigualdades de gênero e por limitações concretas no acesso a alternativas contraceptivas. A responsabilização feminina pela contracepção, a ausência de discussão sobre métodos como a vasectomia e as orientações, por vezes, contraditórias dos serviços de saúde revelam que a autonomia exercida é, muitas vezes, uma autonomia possível — construída dentro de um conjunto restrito de opções. Assim, embora a esterilização seja vivenciada como conquista e ampliação de controle sobre a própria vida, ela também expressa os limites estruturais que atravessam o exercício dos direitos reprodutivos, reforçando a compreensão de que a autonomia reprodutiva, conforme Diniz (2017), não se reduz ao direito formal de escolha, mas depende de condições efetivas que garantam às mulheres decidir em contextos de igualdade.

Diante disso, a presente dissertação está organizada em capítulos que articulam o debate teórico sobre direitos reprodutivos com a análise empírica das experiências das mulheres entrevistadas. O primeiro analisa a autonomia reprodutiva e direitos das mulheres, discutindo a trajetória histórica dessas lutas no Brasil. O segundo capítulo aborda o papel do Estado na regulação da reprodução e nas políticas públicas de planejamento familiar. O terceiro capítulo apresenta a caracterização do município de São José de Ribamar, contextualizando aspectos demográficos, socioeconômicos e institucionais relacionados à organização dos serviços de saúde, apresenta a análise das entrevistas realizadas com as mulheres participantes do estudo, discutindo suas experiências de busca pela esterilização voluntária. Por fim, são apresentadas as considerações finais, nas quais se discutem as contribuições da pesquisa para o debate sobre autonomia reprodutiva e políticas públicas de saúde no Brasil.

## **2. AUTONOMIA REPRODUTIVA E A LUTA DAS MULHERES NO BRASIL: trajetórias, disputas e desafios contemporâneos.**

A autonomia reprodutiva constitui tema relevante no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, configurando-se como um dos eixos centrais das lutas feministas contemporâneas. É um debate que envolve não apenas a liberdade individual das mulheres em decidir sobre sua autonomia corporal, mas também a necessidade de enfrentar desigualdades estruturais que circundam e repercutem sobre tais escolhas. No contexto brasileiro, esse debate se torna ainda mais desafiador, considerando as barreiras de acesso a métodos contraceptivos adequados, confiáveis e com acompanhamento de profissional da saúde, a persistência de práticas coercitivas e o peso das desigualdades de gênero, raça e classe sobre a vida reprodutiva das mulheres (Corrêa; Petchesky, 1996; Diniz, 2017).

O conceito de autonomia reprodutiva aqui discutido abrange múltiplas dimensões: ética, social e política. Na dimensão ética, refere-se ao reconhecimento do direito das mulheres de decidir livremente sobre sua capacidade reprodutiva, sem coerção ou tutela externa, em consonância com os princípios dos direitos humanos e da dignidade da pessoa (Corrêa; Petchesky, 1996, p. 152). Já na dimensão social, destaca-se que as escolhas reprodutivas são atravessadas por fatores como condições socioeconômicas, acesso à informação, disponibilidade de serviços de saúde e construções culturais sobre maternidade e família (Diniz; Corrêa, 2001, p. 110).

Já na dimensão política, a autonomia reprodutiva relaciona-se à forma como o Estado, as instituições e as normas sociais regulam o corpo e a reprodução das mulheres. Nessa direção, autoras feministas clássicas argumentam que o controle sobre a reprodução está historicamente inserido em relações de poder e estruturas políticas que regulam a vida das mulheres, revelando que a autonomia reprodutiva não é apenas uma questão individual, mas também uma questão de cidadania e justiça social. Conforme argumenta Pateman (1988), as relações políticas modernas foram historicamente estruturadas a partir de um contrato sexual implícito, no qual o corpo e a capacidade reprodutiva das mulheres foram subordinados a normas sociais e institucionais que limitaram sua plena autonomia. Assim, compreender a autonomia reprodutiva na esfera política implica reconhecer que sua efetivação depende não apenas da liberdade individual de escolha, mas também da existência de condições

institucionais, legais e políticas que garantam às mulheres o exercício efetivo de seus direitos reprodutivos.

Abordaremos nessa seção a autonomia corporal e a autonomia reprodutiva. Nesse sentido, primeiramente é necessário distinguir entre o que é autonomia corporal e autonomia reprodutiva. A primeira refere-se à capacidade da mulher de exercer domínio sobre seu corpo em sentido amplo, englobando sua sexualidade, integridade física e decisões sobre práticas de saúde e estilo de vida (Petchesky, 1990). A autonomia reprodutiva, por sua vez, é uma dimensão específica dessa autonomia, centrada na decisão sobre ter ou não filhos, quando tê-los e em que condições, bem como sobre os métodos a serem utilizados para evitar ou possibilitar a gravidez (Diniz; 2003). Embora interdependentes, essas duas formas de autonomia enfrentam obstáculos distintos: enquanto a autonomia corporal pode ser violada em situações de violência sexual, assédio ou controle sobre a aparência, a autonomia reprodutiva é frequentemente comprometida por barreiras de acesso a contraceptivos, políticas de saúde restritivas ou estigmas em torno do aborto.

No campo feminista, a autonomia reprodutiva é interpretada a partir de diferentes perspectivas. Para parte do feminismo liberal, a centralidade está na noção de liberdade individual de escolha, defendendo que as mulheres devem ter condições iguais para decidir sobre sua reprodução, sem interferências externas (Nussbaum, 2000). Já correntes feministas críticas, como o feminismo interseccional, enfatizam que não é possível falar em escolha livre sem considerar as desigualdades estruturais que atravessam a vida das mulheres. Assim, mulheres pobres, negras e periféricas frequentemente enfrentam restrições materiais e simbólicas que limitam suas opções reprodutivas, tornando a autonomia uma experiência desigual (Crenshaw, 2002; Ribeiro, 2017).

Outra vertente do debate feminista concentra-se na crítica ao controle social sobre a reprodução feminina. Autoras como Adrienne Rich (1986) e Silvia Federici (2004) apontam que a maternidade tem sido historicamente construída como destino natural das mulheres, servindo ao controle patriarcal e capitalista. Nesse sentido, o debate sobre autonomia reprodutiva envolve também a desconstrução da maternidade compulsória e a luta pelo reconhecimento da reprodução como escolha, opção consciente, antítese de imposição. Por outro lado, parte do feminismo, enfatiza a autonomia reprodutiva como condição para a emancipação feminina, denunciando tanto a proibição quanto a imposição da reprodução como formas de opressão

(Firestone, 1976).

As concepções feministas também divergem no que se refere ao papel do Estado. Como as perspectivas feministas liberais, defendem que políticas públicas devem garantir acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva, assegurando o direito à contracepção, ao aborto seguro e à informação qualificada — princípios defendidos por Corrêa e Petchesky (1996, p. 150) ao enfatizarem a centralidade dos direitos sexuais e reprodutivos como dimensões fundamentais da cidadania —, outras vertentes, especialmente as feministas críticas, alertam para os riscos de práticas coercitivas em nome do controle populacional, como apontam Diniz e Corrêa (2001, p. 109) ao analisarem políticas de esterilização feminina e regulação da fecundidade no Brasil.

Essas divergências refletem tensões entre a defesa da autonomia reprodutiva das mulheres e as estratégias estatais de regulação da natalidade, que frequentemente se baseiam em concepções utilitaristas de desenvolvimento, negligenciando desigualdades estruturais de gênero, raça e classe (Corrêa; Petchesky, 1996, p. 162). Experiências históricas, como a esterilização em massa de mulheres negras, indígenas e pobres em diversos países, inclusive no Brasil, revelam como políticas de saúde podem ser utilizadas para restringir, e não ampliar, a autonomia (Corrêa; Ávila, 2003). Esse tensionamento reforça que a autonomia reprodutiva não pode ser compreendida apenas como liberdade negativa (ausência de coerção), mas exige também condições materiais e institucionais que possibilitem escolhas reais.

A concepção defendida por autoras contemporâneas<sup>1</sup> vai além da noção de escolha individual, entendendo a autonomia reprodutiva como poder pleno de decisão sobre o corpo e a reprodução. Nesse sentido, autonomia não é apenas o direito formal de decidir, mas a capacidade efetiva de exercer essa decisão em condições de igualdade (Diniz, 2017). Isso implica reconhecer que a autonomia reprodutiva só se concretiza quando há acesso garantido a métodos contraceptivos, informação

---

<sup>1</sup> Como por exemplo: FIRESTONE, Shulamith. **A dialética do sexo: o caso para a revolução feminista**. Tradução de Marlília Tavares. Rio de Janeiro: Labor do Brasil, 1976.; ENLOE, Cynthia. **Bananas, Beaches and Bases: Making Feminist Sense of International Politics**. Berkeley: University of California Press, 2000. DAVIS, Angela Y. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016. FEDERICI, Silvia. **O Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017. DINIZ, Débora. Autonomia reprodutiva: um estudo de caso sobre a surdez. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 649–656, 2003. CRUZ, N. S. A interferência na autonomia reprodutiva feminina sob a ótica da desigualdade de gênero. **Revista de Direito Sexual e da Sexualidade**, v. 1, n. 2, 2020.

adequada, serviços de saúde de qualidade disponíveis, bem como a descriminalização e regulamentação de práticas como as do aborto seguro.

Sob essa perspectiva, a autonomia reprodutiva não pode ser reduzida a um atributo individual, mas, compreendida como uma construção social e política. Corrêa e Petchesky (1994) destacam que os direitos reprodutivos são inseparáveis dos direitos sociais, de modo que a liberdade de escolha exige condições estruturais que a sustentem. Assim, a concepção que entende a autonomia como poder pleno de decisão reafirma o protagonismo das mulheres sobre seus corpos, mas também denuncia os limites impostos por políticas públicas insuficientes e pela persistência de desigualdades estruturais.

Diante das diferentes perspectivas apresentadas, esta dissertação adota principalmente a concepção de autonomia reprodutiva entendida como poder efetivo de decisão sobre o corpo e a reprodução, conforme discutido por Corrêa e Petchesky (1996) e aprofundado por Diniz (2017). Nessa abordagem, a autonomia não é compreendida apenas como a liberdade formal de escolha, mas como a capacidade concreta de exercer essa escolha em condições sociais, institucionais e políticas que a tornem efetivamente possível. Assim, a autonomia reprodutiva ultrapassa a dimensão individual e passa a ser entendida como resultado de processos sociais e institucionais que podem ampliar ou restringir as possibilidades de decisão das mulheres sobre sua vida reprodutiva.

Essa perspectiva dialoga com a crítica feminista às estruturas históricas de poder que regulam o corpo e a reprodução das mulheres. Como argumenta Pateman (1988), as sociedades modernas foram estruturadas a partir de um “contrato sexual” implícito, no qual a organização política e social se construiu sobre bases que naturalizaram a subordinação feminina e limitaram a plena autonomia das mulheres sobre seus corpos e suas capacidades reprodutivas. Nesse sentido, as decisões reprodutivas não podem ser analisadas apenas como escolhas privadas, pois estão inseridas em relações de poder, normas institucionais e arranjos políticos que historicamente controlaram a sexualidade e a reprodução feminina.

A partir desse entendimento, a autonomia reprodutiva é concebida nesta pesquisa como uma construção social e política, que depende da existência de condições materiais e institucionais capazes de sustentar o exercício real dos direitos reprodutivos. Isso implica reconhecer que a possibilidade de decidir sobre ter ou não filhos, bem como sobre os métodos contraceptivos utilizados, está diretamente

relacionada ao acesso a serviços de saúde de qualidade, à disponibilidade de métodos contraceptivos seguros, à informação adequada e à existência de políticas públicas que garantam esses direitos (Corrêa; Petchesky, 1996; Diniz, 2017).

Dessa forma, compreender a autonomia reprodutiva exige considerar não apenas a vontade individual das mulheres, mas também os contextos sociais, políticos e institucionais que moldam suas possibilidades de escolha. A análise proposta nesta dissertação parte justamente dessa compreensão ampliada, buscando evidenciar como as trajetórias reprodutivas das mulheres e o acesso ao procedimento de esterilização são atravessados por normas institucionais, práticas dos serviços de saúde e desigualdades sociais que podem favorecer ou limitar o exercício pleno da autonomia reprodutiva.

Antes de avançar no debate sobre autonomia reprodutiva, é necessário situar o papel das políticas públicas e compreender como elas vêm sendo construídas no Brasil. Políticas públicas podem ser entendidas como um conjunto de ações, programas e decisões do Estado que visam atender demandas coletivas e organizar a vida social, econômica e política da população (Souza, 2019, p. 12).

Nesse contexto a importância das políticas públicas reside na sua capacidade de construir garantias sociais legais, proteger conquistas já alcançadas e promover a igualdade de oportunidades. Assim, compreender como essas políticas são formuladas e implementadas é fundamental para analisar de que maneira elas podem favorecer ou restringir a autonomia reprodutiva e outros direitos fundamentais da população.

## **2.1 A Luta das Mulheres por Direitos Reprodutivos no período pré-constituição de 1988.**

A luta das mulheres por direitos reprodutivos tem raízes históricas que se relacionam com os movimentos sociais que, ao longo dos séculos, desafiaram as formas de dominação patriarcal e os limites impostos sobre o corpo feminino. No plano internacional, o debate emergiu de maneira mais estruturada a partir da segunda metade do século XX, em articulação com a consolidação dos direitos humanos e das reivindicações feministas. No entanto, antes mesmo da institucionalização desse debate, mulheres já resistiam ao controle sobre sua reprodução, seja por meio do uso

de métodos contraceptivos rudimentares, seja pela recusa à maternidade compulsória, frequentemente em condições de criminalização e perseguição (Federici, 2004; Rich, 1986).

No Brasil, o processo histórico apresenta especificidades que dialogam com as desigualdades sociais e com o contexto de profundas assimetrias de gênero e raça. Durante o período escravocrata (1530 -1888), por exemplo, as mulheres negras eram privadas de qualquer possibilidade de decisão reprodutiva, sendo forçadas à reprodução para aumento da mão de obra, geralmente, decorrentes de estupros sistemáticos por parte de senhores (Ribeiro, 2017). Esse controle violento sobre o corpo das mulheres negras constitui uma marca estruturante das desigualdades reprodutivas no país que, ainda hoje, se manifestam no acesso desigual a serviços de saúde e na debilidade de políticas que tratam da esterilização feminina.

A partir da década de 1960, com a disseminação da pílula anticoncepcional e a crescente mobilização dos movimentos feministas, o debate sobre direitos reprodutivos ganhou maior centralidade no mundo ocidental. O feminismo de segunda onda<sup>2</sup> destacou a maternidade como uma imposição social e reivindicou o direito ao aborto seguro, à contracepção e ao acesso à saúde reprodutiva como condições fundamentais para a emancipação das mulheres (Firestone, 1976; Petchesky, 1990). No Brasil, esse período coincidiu com a ditadura militar (1964 a 1985), em que, apesar da repressão política, emergiram articulações feministas que vinculavam as lutas democráticas à defesa dos direitos sexuais e reprodutivos (Saffioti, 2004).

Nos anos 1990, o debate internacional ganhou novo fôlego com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e com a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, em 1995. Esses eventos consolidaram os direitos reprodutivos como parte integrante dos direitos humanos, afirmando a autonomia das mulheres como princípio fundamental (Corrêa; Petchesky, 1994). O Brasil participou ativamente desses processos, mas sua implementação no plano interno foi permeada por tensões, sobretudo por resistências de setores conservadores que resistem à ampliação da autonomia feminina.

---

<sup>2</sup> O feminismo de segunda onda surgiu principalmente nas décadas de 1960 e 1970, como uma expansão do movimento feminista iniciado na primeira onda, que havia se concentrado sobretudo na conquista de direitos civis e políticos formais, como o direito ao voto (Rapoport, 2017). A segunda onda trouxe à tona questões relacionadas à autonomia corporal, sexualidade, direitos reprodutivos, desigualdade no mercado de trabalho e nas relações familiares, ampliando o debate do privado para o público (Miller, 2012; Firestone, 1970).

No caso brasileiro, a década de 1980 foi marcada pelo fortalecimento do movimento feminista que inseriu as pautas da saúde sexual e reprodutiva na agenda política, especialmente a partir da redemocratização, iniciada em 1985, e da Constituição Federal de 1988. A Carta Magna representou um marco ao reconhecer os direitos à saúde e à igualdade de gênero. Mas as conquistas no campo reprodutivo foram parciais, já que o aborto permaneceu criminalizado e o acesso universal a contraceptivos ainda era limitado (Barsted, 2011).

Apesar disso, programas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983, foram pioneiros na tentativa de integrar a saúde reprodutiva à política pública, reconhecendo as necessidades específicas das mulheres (Osis, 1998). Contudo, era preciso sua efetiva implementação e o enfrentamento de questões concretas, a exemplo das desigualdades estruturais aliada às de gênero, raça.

O impacto das desigualdades de gênero, raça e classe é um dos elementos mais persistentes e desafiadores na luta por direitos reprodutivos. Mulheres brancas, urbanas e de classe média tendem a ter maior acesso a serviços de saúde e a informações sobre contracepção, enquanto mulheres negras, indígenas, com deficiência e pobres enfrentam obstáculos que restringem drasticamente sua autonomia reprodutiva (Crenshaw, 2002; Scott, 2019). Esse padrão evidencia que a autonomia reprodutiva não pode ser compreendida apenas como uma escolha individual, mas como resultado de estruturas sociais que definem quem tem ou não condições de decidir sobre sua reprodução.

Um exemplo emblemático no Brasil foi a prática sistemática de esterilização em massa de mulheres pobres e negras entre as décadas de 1970 e 1990, frequentemente realizada sem consentimento informado ou sob pressões institucionais. Esse fenômeno foi denunciado por organizações feministas e de direitos humanos, revelando como políticas de controle populacional podem se sobrepor ao respeito à autonomia (Corrêa; Ávila, 2003).

Além disso, a criminalização do aborto continua sendo um dos principais fatores de desigualdade reprodutiva no país. Enquanto mulheres com melhores condições socioeconômicas podem recorrer a clínicas clandestinas seguras, as mulheres pobres, em sua maioria negras, recorrem a métodos inseguros, com alto risco de complicações e morte (Da Silva Bomfim, 2021). Esse cenário demonstra como a legislação restritiva não afeta todas as mulheres da mesma forma, mas, aprofunda as

desigualdades já existentes.

## **2.2 A Esterilização no Debate Sobre Autonomia Reprodutiva.**

Antes de adentrar o debate, é fundamental esclarecer o que se entende por esterilização feminina, com ênfase na esterilização cirúrgica voluntária, foco central desta discussão. Trata-se de um procedimento médico que tem por objetivo a interrupção definitiva da capacidade reprodutiva da mulher, geralmente por meio da laqueadura tubária, técnica que bloqueia ou secciona as trompas de Falópio, impedindo a fecundação. Embora seja considerada um método contraceptivo eficaz e definitivo, a esterilização cirúrgica feminina ocupa um lugar paradoxal no debate sobre autonomia reprodutiva. De um lado, representa um recurso que possibilita às mulheres o pleno exercício de sua decisão de não ter filhos, oferecendo-lhes um planejamento reprodutivo estável e compatível com seus projetos de vida. De outro, sua história é permeada por práticas coercitivas e medicalizadas, muitas vezes utilizadas como instrumento de controle populacional, especialmente sobre mulheres pobres, negras e periféricas. Essa ambivalência revela que a esterilização ultrapassa o campo biomédico, configurando-se como um território de disputa social, política e ética, no qual se tensionam as dimensões de autonomia, poder e desigualdade de gênero (Corrêa; Ávila, 2003).

A esterilização feminina foi amplamente utilizada em diversos países como estratégia de controle populacional, especialmente a partir da segunda metade do século XX. Nos anos 1960 e 1970, diante de preocupações internacionais com o crescimento demográfico em países do Sul Global, organismos multilaterais, governos nacionais e setores médicos passaram a incentivar a adoção de métodos contraceptivos definitivos, frequentemente dirigidos às populações pobres e racializadas (Hartmann, 2018). Nessa perspectiva, a esterilização não era concebida como direito, mas como mecanismo de regulação demográfica e econômica, subordinando as escolhas reprodutivas individuais a interesses coletivos e governamentais.

No Brasil, essa lógica esteve presente em diferentes momentos. Durante a ditadura militar, o discurso de modernização do país e de combate à pobreza foi frequentemente associado à necessidade de reduzir as taxas de fecundidade

feminina, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, onde a natalidade era mais elevada. Um exemplo de pesquisa que aborda essa questão é o estudo de Alves e Cavenaghi (2003), intitulado “Tendências da esterilização feminina no Brasil: diferenciais regionais e socioeconômicos”, publicado na revista *Cadernos de Saúde Pública*. Nesse trabalho, os autores analisam dados de inquéritos nacionais e apontam que a difusão da esterilização feminina no Brasil, sobretudo entre as décadas de 1970 e 1990, esteve associada não apenas à demanda individual por métodos contraceptivos, mas também à influência de programas de controle populacional financiados por agências internacionais, como a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional - USAID.

Essas iniciativas, segundo os autores, direcionavam recursos e ações para estados do Nordeste e outras regiões com altos índices de pobreza, incentivando a esterilização de mulheres em idade reprodutiva como estratégia de contenção do crescimento populacional. Esse contexto evidencia o caráter ambíguo da política reprodutiva brasileira nesse período — marcada, simultaneamente, por avanços no acesso a métodos contraceptivos e pela instrumentalização do corpo feminino em políticas de cunho demográfico (Alves; Cavenaghi, 2003). Essa intervenção internacional, aliada a políticas de saúde pouco reguladas, resultou em práticas de esterilização em massa, sem o devido consentimento informado e com claros recortes de classe e raça.

A medicalização da esterilização, ao transformá-la em procedimento cirúrgico legitimado pelo saber biomédico, reforçou a ideia de que a decisão reprodutiva deveria estar subordinada à autoridade médica. Como argumenta Foucault (1979), a medicina moderna se constituiu como instrumento de biopoder, disciplinando corpos e populações. No caso das mulheres, a esterilização passou a ser autorizada, prescrita ou negada por médicos, muitas vezes sem que as próprias mulheres compreendessem plenamente significado e as implicações do procedimento. Estudos apontam que, no Brasil, até a regulamentação de sua prática em 1996, a esterilização era frequentemente realizada em cesarianas, sem registro adequado e sem garantia de consentimento livre e esclarecido (Berquó, 2009).

A coerção se materializou tanto em práticas institucionais quanto em pressões sociais. Muitas mulheres foram induzidas à esterilização sob o argumento de que já tinham “filhos suficientes” ou que, sendo pobres, não deveriam “colocar mais crianças no mundo”. Essa narrativa ecoa uma lógica eugenista e classista, que atribui às

mulheres de baixa renda a responsabilidade pelo “excesso populacional” e pela pobreza estrutural (Vieira, 2019). No caso das mulheres negras, essa coerção assumiu contornos ainda mais violentos, reproduzindo a herança escravocrata de controle sobre sua reprodução (Ribeiro, 2017). A escolha pela esterilização, portanto, nem sempre se configurava como exercício de autonomia, mas como resultado de contextos de desigualdades e de ausência de alternativas reprodutivas seguras e acessíveis.

Diante desse cenário, emergiram resistências feministas, acadêmicas e de movimentos sociais, que denunciaram as práticas coercitivas e reivindicaram a esterilização como direito, desde que voluntária, informada e acompanhada de outras opções contraceptivas. Para as feministas brasileiras, o problema não era a esterilização em si, mas o modo como ela vinha sendo aplicada – de forma indiscriminada, coercitiva e seletiva. A luta, portanto, consistia em transformar a esterilização de instrumento de controle em recurso legítimo de autonomia (Corrêa; Ávila, 2003; Barsted, 2011).

As primeiras resistências ganharam força nos anos 1980, em um contexto de redemocratização e de fortalecimento do movimento feminista. Como dito anteriormente O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, foi pioneiro ao propor uma abordagem integral da saúde feminina, incluindo a saúde reprodutiva e a defesa do direito à contracepção. Contudo, o programa não regulamentou a esterilização, deixando-a em um limbo jurídico que favorecia práticas abusivas (Osis, 1998). A ausência de regulação também contribuiu para a banalização do procedimento, especialmente em regiões pobres e com baixa oferta de outros métodos contraceptivos.

Nesse período, entidades feministas e pesquisadores passaram a denunciar a magnitude da esterilização no Brasil. Estimativas apontavam que, nos anos 1990, cerca de 40% das mulheres em idade fértil já haviam sido esterilizadas, sendo o Brasil um dos países com maior prevalência mundial (Berquó, 2009). A denúncia dessas práticas resultou em debates legislativos que culminaram na aprovação da Lei nº 9.263/1996, que regulamentou a esterilização cirúrgica no Brasil. Essa lei estabeleceu critérios para sua realização, como idade mínima de 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos, além da exigência de consentimento livre e esclarecido e da proibição de realizar a cirurgia em conjunto com parto ou aborto, exceto em casos de necessidade

comprovada (Brasil, 1996)<sup>3</sup>.

A regulamentação da esterilização representou um marco na construção da defesa da esterilização voluntária, ainda que acompanhada de críticas. Se, por um lado, a lei buscava evitar abusos e garantir a voluntariedade, por outro, estabelecia restrições consideradas paternalistas, como a necessidade de autorização do cônjuge em alguns casos, o que limitava a autonomia plena das mulheres (Diniz, 2017). Esse tensionamento reafirma a luta pela esterilização voluntária, circundada por ambiguidades: ao mesmo tempo em que se buscava proteger as mulheres contra a coerção, também se criavam barreiras que, na prática, dificultavam o acesso ao procedimento como escolha legítima.

As resistências também se manifestaram no plano internacional. Movimentos feministas denunciaram os programas de esterilização coercitiva em países como Índia, China, Peru e México, pressionando organismos multilaterais a reconhecerem a importância do consentimento informado e do respeito aos direitos reprodutivos (Hartmann, 1995). Essas mobilizações foram fundamentais para a consolidação, nas conferências do Cairo (1994) e de Pequim (1995), do princípio de que a esterilização deveria ser oferecida como opção contraceptiva, mas jamais imposta como política populacional.

No Brasil, a defesa da esterilização voluntária também se articulou com a ampliação do acesso a outros métodos contraceptivos, reconhecendo que a decisão pela cirurgia só pode ser considerada autônoma quando há alternativas reais disponíveis. Dessa forma a esterilização deveria ser parte de um leque diversificado de opções, garantindo que as mulheres pudessem escolher de acordo com suas necessidades, valores e projetos de vida (Berquó, 2009; Vieira, 2019).

Assim, a construção da defesa da esterilização voluntária insere-se em um processo mais amplo de afirmação dos direitos reprodutivos como dimensão dos direitos humanos. A transformação da esterilização de prática coercitiva em opção legítima passa pela compreensão de que a autonomia reprodutiva não se esgota na ausência de coerção, mas exige condições materiais, institucionais e simbólicas que viabilizem escolhas reais e livres.

Percebe-se que debate sobre a esterilização no Brasil sofreu uma inflexão importante a partir da atuação dos movimentos feministas. Fundamentais para

---

<sup>3</sup> Veremos mais adiante a atualização desta lei, que trouxe mais autonomia as mulheres, principalmente excluindo a autorização do cônjuge para o procedimento, antes obrigatório.

ressignificar o tema: que, de procedimento frequentemente associado à coerção e ao controle populacional, passou a ser reivindicado como parte do direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres (Barroso, 1999; Corrêa; Ávila, 2003). Essa mudança reflete a capacidade do feminismo em tensionar as estruturas patriarcais e estatais que historicamente limitaram a autonomia das mulheres sobre seus corpos e suas decisões reprodutivas.

Inicialmente, a crítica feminista dirigia-se sobretudo às práticas de esterilização em massa, muitas vezes realizadas em contextos de desproteção social, como apontaram pesquisas de Elza Berquó (2009) e André Caetano (2014). Essas práticas que, frequentemente se articulavam a interesses eleitorais e de controle da pobreza, evidenciavam a forma de como a esterilização era utilizada como tecnologia de poder, processo de disciplinamento dos corpos femininos (Foucault, 1979). O combate a tais práticas tornou-se pauta prioritária, em diálogo com as discussões internacionais sobre direitos humanos e reprodutivos (Hartmann, 1995).

No entanto, ao longo dos anos 1990 e 2000, especialmente após a regulamentação do planejamento familiar pela Lei nº 9.263/1996, a agenda feminista passou a incorporar uma defesa ativa da esterilização enquanto escolha legítima das mulheres. Nesse contexto, o foco deixou de ser apenas a denúncia da esterilização forçada para abranger a reivindicação de acesso facilitado e sem barreiras discriminatórias. A luta feminista, portanto, deslocou o eixo do debate: não se tratava mais de negar a esterilização, mas de garantir que ela fosse fruto de uma decisão informada e voluntária (Osis, 1998; Vieira, 2019).

Esse deslocamento esteve alinhado com um princípio fundamental do feminismo: o direito das mulheres à autodeterminação reprodutiva. A esterilização, assim, passou a ser entendida como um recurso válido entre outros métodos contraceptivos, devendo estar disponível em condições de igualdade e com acesso garantido no sistema público de saúde. A crítica voltou-se contra os entraves burocráticos, o paternalismo médico e as exigências excessivas que, muitas vezes, funcionavam como mecanismos de restrição de direitos, sobretudo para mulheres jovens, negras e pobres (Ribeiro, 2017; Costa, 2009).

Nesse sentido, os movimentos feministas contribuíram para a consolidação da esterilização como um direito reprodutivo e não apenas como um procedimento médico. Essa perspectiva está em consonância com o paradigma dos direitos sexuais e reprodutivos, que busca assegurar às mulheres o poder de decidir se, quando e em

que condições ter filhos (Barsted, 2011). Ainda que persistam desigualdades e dificuldades de acesso, a atuação feminista foi crucial para transformar a esterilização em parte de uma agenda de emancipação, ao invés de uma tecnologia de controle social.

### **2.3 Da Constituição de 1988 ao Avanço do Conservadorismo no Brasil: desafios contemporâneos à autonomia reprodutiva feminina.**

A Constituinte de 1987-1988 representou um marco na redemocratização brasileira, após mais de duas décadas de regime militar. Foi nesse espaço de disputa política que se destacou a atuação organizada das mulheres por meio do chamado “lobby do batom” expressão cunhada pela imprensa da época para designar a mobilização de parlamentares e militantes feministas que buscaram inserir as pautas de gênero, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos, na nova Carta Magna (Miguel, 2011). O episódio não apenas simbolizou a entrada das mulheres em um terreno historicamente masculino – o espaço decisório da política institucional – mas também marcou uma virada no debate sobre cidadania e igualdade no Brasil (Pinto, 2003).

Nesse contexto “lobby do batom” foi a expressão utilizada para se referir ao grupo de mulheres parlamentares que atuaram de forma articulada durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1987–1988, mobilizando-se para incluir na nova Constituição brasileira demandas relacionadas aos direitos das mulheres. Esse grupo foi composto por deputadas constituintes que, em articulação com movimentos feministas e organizações da sociedade civil, atuaram para inserir na Constituição princípios de igualdade de gênero, proteção ao trabalho feminino, direitos sociais e mecanismos de combate à discriminação (Pinto, 2003).

O termo “lobby do batom”, contudo, não surgiu inicialmente como uma denominação neutra ou positiva. A expressão foi empregada de forma pejorativa e jocosa por parlamentares homens, que buscavam minimizar a atuação política das deputadas constituintes. Ao associar a atuação das mulheres ao “batom”, elemento tradicionalmente ligado à feminilidade e à aparência, o termo insinuava que a presença feminina na política estaria mais relacionada à estética do que à capacidade de formulação política ou articulação institucional. Dessa maneira, a expressão reproduzia estereótipos de gênero historicamente utilizados para deslegitimar a participação das mulheres nos espaços de poder (Costa; Sardenberg, 1994).

Apesar dessa conotação inicial depreciativa, o grupo de parlamentares acabou ressignificando o termo, transformando-o em um símbolo da mobilização feminina no processo constituinte. As deputadas organizaram estratégias coletivas de atuação, dialogaram com movimentos feministas e apresentaram emendas voltadas à ampliação de direitos das mulheres, contribuindo para a incorporação de importantes avanços na Constituição de 1988, como o princípio da igualdade entre homens e mulheres e a ampliação de direitos sociais e trabalhistas (Pinto, 2003).

Assim, embora o termo tenha surgido como tentativa de desqualificação da atuação feminina, o chamado “lobby do batom” passou a representar um momento significativo de articulação política das mulheres no Brasil, evidenciando a capacidade de organização e incidência das parlamentares na construção de marcos legais voltados à promoção da igualdade de gênero e à ampliação da cidadania feminina (Costa; Sardenberg, 1994).

A mobilização feminina durante a Constituinte teve como pano de fundo um processo de democratização que, ao mesmo tempo em que ampliava as possibilidades de participação, mantinha estruturas sociais, políticas e culturais que limitavam o protagonismo das mulheres. Nesse sentido, o “Lobby do Batom” foi inovador porque representou uma ação coletiva articulada que reuniu deputadas constituintes, movimentos sociais e organizações feministas, unidas em torno da defesa de um projeto de cidadania mais inclusivo, que reconhecesse especificidades de gênero, raça e classe (Sarti, 2010).

As deputadas federais eleitas em 1986 – apenas 26 entre 559 parlamentares – tinham uma presença numérica reduzida, mas desempenharam um papel expressivo ao formar uma frente suprapartidária conhecida como Bancada Feminina, que buscava articular demandas de interesse das mulheres independentemente das diferenças partidárias (Miguel; Biroli, 2014). Entre as parlamentares que integraram esse processo de articulação política destacaram-se Benedita da Silva (PT-RJ), Lídice da Mata (PCdoB-BA), Cristina Tavares (PMDB-PE), Irma Passoni (PT-SP), Rita Camata (PMDB-ES) e Raquel Cândido (PFL-RO), que tiveram participação ativa na defesa de pautas relacionadas à igualdade de gênero, aos direitos sociais e à ampliação da cidadania feminina (Miguel; Biroli, 2014; Pinto, 2010). Essas deputadas atuaram em diálogo constante com organizações feministas e movimentos de mulheres, recebendo contribuições de entidades da sociedade civil que elaboraram propostas legislativas e emendas populares voltadas à garantia de direitos das

mulheres na nova Constituição.

O “Lobby do Batom” atuava em duas frentes: de um lado, o trabalho dentro da Constituinte para negociar, propor emendas e intervir nos debates parlamentares; de outro, a mobilização social que envolvia atos públicos, produção de manifestos e pressão direta sobre os constituintes. Essa articulação permitiu que questões antes marginalizadas ganhassem visibilidade política e entrassem na pauta oficial de discussão (Pinto, 2003).

Um dos eixos centrais da atuação do “Lobby do Batom” foi a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, entendidos como dimensões fundamentais da cidadania feminina. As discussões em torno da autonomia das mulheres sobre seus corpos, o direito ao planejamento familiar e a rejeição a práticas coercitivas de esterilização ou contracepção forçada encontraram espaço na arena constituinte, ainda que enfrentando resistências de setores conservadores (Barsted, 1995).

A Constituição de 1988 acabou consagrando o Planejamento Familiar, em seu artigo 226, parágrafo 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.

Essa formulação refletiu diretamente a atuação das mulheres, que conseguiram inserir na Carta um marco legal de reconhecimento dos direitos reprodutivos. Embora o texto final não tenha incorporado todas as reivindicações do movimento feminista – como a descriminalização do aborto e garantias mais explícitas de acesso universal a métodos contraceptivos –, sua aprovação representou uma conquista histórica. Pela primeira vez, o Estado brasileiro assumia a obrigação de garantir às mulheres e aos casais condições para decidir sobre a reprodução, deslocando o debate da esfera privada para a esfera pública e política (Corrêa; Petchesky, 1996).

O “Lobby do Batom” não se limitou a vitórias normativas. Sua maior conquista talvez tenha sido simbólica: ao afirmar a presença das mulheres em um espaço de poder e ao mostrar que a política não é monopólio masculino, o movimento ampliou os horizontes de participação democrática (Miguel, 2018). O simples fato de deputadas de diferentes partidos atuarem em conjunto já representava uma ruptura importante na lógica patriarcal da política institucional brasileira.

Além disso, o legado do “Lobby do Batom” se refletiu na criação do Conselho

Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e na institucionalização de políticas de gênero no Estado brasileiro, abrindo espaço para a inclusão de novas pautas feministas nas décadas seguintes. Também deixou como herança a articulação de redes feministas que continuariam pressionando por avanços em temas como a legalização do aborto, a igualdade no mercado de trabalho e o enfrentamento à violência de gênero (Sarti, 2010).

No entanto, as limitações não podem ser ignoradas. As forças conservadoras – em especial setores religiosos – atuaram de forma incisiva para barrar reivindicações que tocavam diretamente na autonomia reprodutiva das mulheres. A ausência de avanços mais concretos no tema do aborto, por exemplo, revelou as dificuldades de se romper com estruturas de poder profundamente enraizadas (Ventura, 2002).

Ainda assim, o processo constituinte mostrou que, mesmo diante de uma correlação de forças desfavorável, a mobilização das mulheres era capaz de produzir mudanças substantivas no discurso e na prática política. A consagração do planejamento familiar como direito e a vedação da coerção representaram avanços jurídicos e políticos importantes, mas, sobretudo, sinalizaram a emergência de uma nova gramática de cidadania no Brasil, que reconhece a autonomia das mulheres como parte da democracia (Corrêa; Petchesky, 1996).

O debate em torno da autonomia reprodutiva, embora marcado por conquistas expressivas nas últimas décadas, encontra-se hoje diante de retrocessos significativos, impulsionados pelo avanço de forças neoconservadoras e pela rearticulação de agendas moralistas no cenário político. A emergência de movimentos religiosos fundamentalistas, a polarização política e a fragilização de espaços democráticos vêm limitando a consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos, sobretudo na América Latina, região em que o Brasil se destaca pela intensidade desses embates (Corrêa, 2018). Esses processos não apenas tensionam conquistas históricas, mas também buscam restringir o campo da autonomia das mulheres sobre seus corpos e decisões, reforçando mecanismos de tutela e controle estatal e social (Piscitelli, 2020).

O neoconservadorismo contemporâneo, que articula valores morais tradicionais com estratégias políticas voltadas para a regulação da vida privada, tem colocado em xeque avanços obtidos desde a Constituição de 1988. O fortalecimento de discursos contrários à educação sexual, à descriminalização do aborto e à ampliação do acesso a métodos contraceptivos reflete uma ofensiva sistemática

contra direitos reprodutivos, muitas vezes ancorada em alianças entre elites políticas e setores religiosos (Miguel, 2019). Essa conjuntura demonstra que a autonomia reprodutiva não é um campo de direitos estabilizado, mas sim um terreno em constante disputa, sujeito a correlações de forças políticas e culturais.

Um dos maiores obstáculos contemporâneos refere-se à crescente influência de bancadas religiosas no Congresso Nacional, em especial a chamada “bancada evangélica”. Essa articulação política tem pautado iniciativas legislativas voltadas para restringir o acesso ao aborto legal, dificultar a distribuição de contraceptivos e impor visões religiosas no âmbito das políticas públicas de saúde. Tais agendas reforçam a ideia de que as mulheres devem ser tuteladas em suas escolhas, ignorando a perspectiva de direitos humanos que reconhece a autonomia corporal e reprodutiva como dimensão fundamental da cidadania (Diniz, 2003).

A ofensiva moralista também se traduz em políticas concretas, como cortes no financiamento de programas de planejamento familiar, limitação do acesso a anticoncepcionais de longa duração e retrocessos no campo da educação em saúde. Além disso, a desinformação sobre direitos reprodutivos tem sido utilizada como ferramenta de controle, promovendo estigmatização e reforçando desigualdades já existentes (Scavone, 2000). Assim, a disputa contemporânea não ocorre apenas nos espaços legislativos, mas também no campo simbólico e cultural, onde narrativas conservadoras procuram minar os fundamentos éticos e democráticos da autonomia reprodutiva.

Os retrocessos não atingem todas as mulheres da mesma maneira. Marcadores sociais da diferença, como raça, classe e território, continuam a influenciar de forma determinante a capacidade de decisão sobre a reprodução. Mulheres negras e periféricas, por exemplo, enfrentam um duplo desafio: de um lado, o risco de serem alvo de práticas coercitivas e violações de direitos; de outro, a dificuldade de acesso a serviços de saúde que garantam métodos contraceptivos seguros e de qualidade (Carneiro, 2011; Ribeiro, 2017). Isso evidencia como a autonomia reprodutiva está entrelaçada a desigualdades estruturais, sendo atravessada por processos históricos de racismo e exclusão social.

A pandemia de COVID-19 agravou esse cenário, ao impor novos obstáculos para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Estudos apontam que houve aumento na dificuldade de acesso a contraceptivos, suspensão de serviços de planejamento familiar e restrição da oferta de aborto legal, colocando mulheres em

situação de maior vulnerabilidade (IPPF, 2020). Um exemplo é o relatório da International Planned Parenthood Federation, intitulado “COVID-19: A global crisis for women’s, girls’ and young people’s sexual and reproductive health and rights”. Esse estudo reuniu dados de mais de 60 países e mostrou que, durante a pandemia de COVID-19, houve redução significativa no acesso a métodos contraceptivos, suspensão de serviços de planejamento familiar e restrição de procedimentos de aborto legal, principalmente em países de baixa e média renda (IPPF, 2020).

A IPPF destacou que o fechamento de unidades de saúde, a falta de insumos contraceptivos e o redirecionamento de recursos para o combate à pandemia agravaram a vulnerabilidade reprodutiva das mulheres, sobretudo daquelas em contextos de pobreza e desigualdade de gênero. Esses resultados reforçam a necessidade de políticas públicas que assegurem a continuidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva mesmo em contextos de crise sanitária (IPPF, 2020). Esse contexto expôs de forma contundente como políticas públicas frágeis e a ausência de compromisso estatal com a autonomia reprodutiva podem gerar impactos desproporcionais sobre a saúde e a vida das mulheres.

Outro aspecto relevante dos desafios contemporâneos é a criminalização social e jurídica de mulheres que recorrem ao aborto em condições inseguras. Apesar do aborto legal ser permitido em casos específicos no Brasil desde a década de 1940, a prática ainda é permeada por barreiras burocráticas, julgamentos morais e risco de criminalização, mesmo em situações previstas em lei (Diniz, 2007). Essa contradição revela a distância entre o direito formal e sua efetivação concreta, reforçando a necessidade de compreender a autonomia reprodutiva não apenas como princípio jurídico, mas como prática social condicionada por múltiplos fatores.

O fortalecimento de movimentos antifeministas também tem representado um entrave significativo. Grupos que se apresentam como “pró-vida” busca deslegitimar a luta feminista por direitos reprodutivos, associando-a a valores “antifamiliares” e “imorais” (Pinto, 2020). Essas narrativas são reforçadas por campanhas midiáticas e pelo uso estratégico das redes sociais, que disseminam desinformação e mobilizam afetos como medo e culpa para sustentar a ideia de que a autonomia reprodutiva ameaça a ordem social (Miguel, 2018).

Apesar das resistências, movimentos feministas e organizações de direitos humanos têm mantido a defesa da autonomia reprodutiva como pauta central. Denúncias de retrocessos, ações judiciais e mobilizações sociais buscam contrapor a

ofensiva conservadora, reafirmando a necessidade de políticas públicas que garantam acesso equitativo a contraceptivos, informações adequadas e serviços de saúde de qualidade (Ávila, 2003). Nesse sentido, a luta atual se configura não apenas como defesa de conquistas já alcançadas, mas como resistência ativa frente à tentativa de apagamento de direitos (Scavone, 2000).

Dessa forma, os retrocessos contemporâneos demonstram que a autonomia reprodutiva permanece como campo em disputa, tensionado entre avanços democráticos e ofensivas neoconservadoras. O fortalecimento de agendas moralistas, aliado às desigualdades estruturais, cria um cenário de vulnerabilidade que compromete a plena realização dos direitos sexuais e reprodutivos. Entretanto, a mobilização feminista e a atuação de setores comprometidos com a justiça social mantêm viva a possibilidade de resistência e transformação, reafirmando a autonomia reprodutiva como dimensão inalienável da cidadania e da democracia (Corrêa, 2003; Miguel, 2018).

O ativismo feminista tem sido a principal força motriz na consolidação e defesa da autonomia reprodutiva, sobretudo em contextos nos quais as estruturas institucionais se mostram insuficientes ou hostis às demandas das mulheres. Segundo Alvarez (2014), os movimentos feministas latino-americanos se caracterizam por sua capacidade de articular agendas diversas, estabelecendo pontes entre reivindicações locais e redes transnacionais. Essa dimensão transfronteiriça tem sido fundamental para a difusão de discursos sobre direitos reprodutivos como parte dos direitos humanos, conectando as lutas de mulheres no Brasil com aquelas em outros países do Sul Global.

A atuação em rede permite não apenas maior circulação de informações, mas também a construção de estratégias coletivas para enfrentar os avanços conservadores. Como assinala Sardenberg (2019), o feminismo contemporâneo se estrutura em múltiplos eixos, reunindo organizações não governamentais, coletivos autônomos, lideranças comunitárias e acadêmicas que, em conjunto, fortalecem a capacidade de enfrentamento às tentativas de desmonte de direitos. Essa multiplicidade de vozes amplia as formas de resistência, criando desde mobilizações de rua até campanhas digitais e incidência em espaços institucionais de formulação de políticas.

A trajetória histórica da luta pela autonomia reprodutiva revela ainda um processo complexo e contínuo, marcado por avanços significativos e retrocessos

persistentes. Desde os primeiros movimentos feministas que questionaram a coerção e a medicalização da reprodução até a mobilização organizada durante a Constituinte de 1988, percebe-se que a defesa do direito das mulheres de decidir sobre seus corpos constituiu-se como eixo central na construção da cidadania feminina no Brasil (Corrêa; Petchesky, 1996; Miguel, 2011). A síntese dessas experiências evidencia que a autonomia reprodutiva não é apenas um direito individual, mas, como já assinalado, um campo de disputa social e política, atravessado por questões éticas, culturais e econômicas.

Vale lembrar que, historicamente, as mulheres enfrentaram a imposição de práticas de controle populacional, esterilizações coercitivas e restrições legislativas, que limitaram severamente sua capacidade de decisão. A resistência feminina, articulada por meio de movimentos sociais, coletivos feministas e redes transnacionais, foi crucial para transformar o debate. O “Lobby do Batom” na Constituinte de 1988. Exemplifica como a ação organizada das mulheres conseguiu inserir pautas reprodutivas na agenda política, assegurando avanços legais significativos, como o reconhecimento do direito ao planejamento familiar e a vedação da coerção em procedimentos reprodutivos (Barsted, 1992; Pinto, 2003).

No entanto, a história da autonomia reprodutiva não se limita às conquistas formais expressas em legislações e políticas públicas. Embora marcos legais representem avanços importantes no reconhecimento dos direitos das mulheres, eles não garantem, por si só, sua efetivação na vida cotidiana. A experiência histórica demonstra que os direitos não são simplesmente concedidos pelo Estado, mas resultam de processos contínuos de mobilização, reivindicação e disputa política, conduzidos por movimentos sociais, organizações feministas e diferentes atores da sociedade civil (Corrêa; Petchesky, 1996).

Nesse sentido, a formalização de direitos no plano jurídico constitui apenas uma etapa no processo mais amplo de construção da cidadania. A existência de leis e políticas públicas voltadas à garantia dos direitos reprodutivos não assegura automaticamente que todas as mulheres tenham acesso efetivo a esses direitos, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais, econômicas e territoriais. Barreiras institucionais, limitações na oferta de serviços de saúde, desigualdades de gênero e práticas discriminatórias podem restringir o exercício concreto da autonomia reprodutiva, mesmo quando esse direito está formalmente reconhecido (Diniz; Corrêa, 2001).

Dessa forma, a consolidação da autonomia reprodutiva exige não apenas sua incorporação em marcos legais, mas também um processo permanente de luta social para garantir sua materialização concreta. A efetivação desses direitos depende da capacidade de mobilização coletiva, da vigilância da sociedade civil sobre as políticas públicas e da atuação contínua de movimentos feministas na defesa e ampliação das conquistas já alcançadas. Assim, a autonomia reprodutiva deve ser compreendida como um direito em permanente construção, cuja realização demanda esforços constantes para superar obstáculos estruturais e transformar garantias formais em condições reais de escolha e liberdade para todas as mulheres (Corrêa; Petchesky, 1996; Diniz, 2017).

Assim, o fortalecimento da informação e da educação sexual, aliado à atuação das redes feministas, garantiu que a autonomia das mulheres se materializasse na prática, possibilitando decisões conscientes sobre contracepção, gravidez e saúde reprodutiva (Diniz, 2007; UNESCO, 2018). Essas iniciativas evidenciam que o exercício pleno da autonomia depende de condições estruturais que viabilizem escolhas informadas e protegidas de pressões externas.

Contudo, o cenário contemporâneo demonstra a urgência da defesa dos direitos reprodutivos frente a retrocessos recentes. A ascensão do já pronunciado neoconservadorismo e de agendas moralistas tem ameaçado direitos historicamente conquistados, restringindo o acesso a serviços de saúde reprodutiva, dificultando a educação sexual e reproduzindo desigualdades de gênero, raça e classe (Miguel, 2018; Piscitelli, 2020). Mulheres negras, periféricas, indígenas e em situação de vulnerabilidade social permanecem particularmente afetadas, enfrentando obstáculos adicionais para exercer sua autonomia (Ribeiro, 2017; Carneiro, 2011).

Além disso, a mobilização feminista contemporânea mostra que a resistência é múltipla e articulada. Desde campanhas digitais e redes de apoio até a participação em conselhos de saúde e processos legislativos, a ação coletiva tem se mostrado fundamental para enfrentar tentativas de retrocesso e consolidar direitos de forma duradoura (Alvarez, 2014; Sardenberg, 2019). A experiência histórica indica que a autonomia reprodutiva se conquista e se reconquista continuamente, exigindo vigilância permanente e ação política ativa.

Outro aspecto central do ativismo feminista é sua relação com a produção de conhecimento crítico. O feminismo brasileiro, em especial, tem se destacado na produção de diagnósticos sobre desigualdades e na elaboração de propostas para

superá-las (Corrêa; Petchesky, 1994). Essa produção teórica alimenta as práticas militantes, fortalecendo sua legitimidade e sua capacidade de disputar narrativas em um cenário marcado pela polarização política e pela circulação de desinformação sobre temas reprodutivos.

A informação é uma das principais ferramentas para a consolidação da autonomia reprodutiva, pois amplia a capacidade de decisão consciente sobre corpo, sexualidade e reprodução. Sem informação clara, acessível e baseada em evidências científicas, a escolha das mulheres fica submetida a mitos, preconceitos e à autoridade de profissionais de saúde que, muitas vezes, reproduzem vieses de gênero e moralismos (Diniz, 2007).

A educação sexual, nesse sentido, emerge como estratégia pedagógica e política fundamental. De acordo com UNESCO (2018), programas de educação sexual abrangente contribuem não apenas para a prevenção de gravidezes não planejadas e de infecções sexualmente transmissíveis, mas também para a construção de relações igualitárias e respeito às diversidades. No entanto, no Brasil, essa temática tem sido alvo de constantes disputas, como já comentado, em especial a partir da ascensão de movimentos conservadores que tentam barrar sua implementação nas escolas sob acusações de “ideologia de gênero” (Miskolci, 2021).

O fortalecimento da informação passa também pela democratização do acesso às tecnologias digitais. Campanhas em redes sociais, materiais didáticos produzidos por coletivos feministas e plataformas de saúde baseadas em evidências têm ampliado os horizontes de alcance da informação reprodutiva, esse processo rompe com o monopólio da informação concentrado em instituições estatais ou médicas, permitindo que as mulheres acessem conteúdos de forma autônoma e crítica. Assim, o fortalecimento da informação e da educação sexual deve ser entendido como parte de um projeto de justiça social mais amplo.

Embora o ativismo e a circulação de informações sejam fundamentais, a efetivação da autonomia reprodutiva depende, em grande medida, da formulação e implementação de políticas públicas consistentes e baseadas no marco dos direitos humanos. Como argumenta Petchesky (2003), os direitos reprodutivos não podem ser vistos apenas como escolhas individuais, mas como responsabilidades coletivas que requerem garantias institucionais e recursos públicos.

No Brasil, avanços como a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996) e a inclusão da saúde da mulher nas agendas do Sistema Único de Saúde (SUS)

representam conquistas importantes. No entanto, sua implementação continua permeada por entraves burocráticos, preconceitos institucionais e insuficiência de financiamento (Scavone, 2008). Esses obstáculos revelam a distância entre a formalização de direitos e sua materialização concreta na vida das mulheres.

Adotar políticas públicas com base em direitos humanos implica reconhecer a interseccionalidade das desigualdades. Mulheres negras, indígenas, pobres e com deficiência enfrentam barreiras diferenciadas no acesso aos serviços de saúde, o que exige políticas específicas que atendam suas necessidades. Como destaca Crenshaw (2002), a interseccionalidade é ferramenta analítica e política indispensável para compreender como múltiplas formas de opressão se cruzam, restringindo a autonomia de determinados grupos de mulheres.

Além disso, a perspectiva dos direitos humanos exige que a autonomia reprodutiva seja tratada como questão de cidadania, e não como privilégio ou concessão. Isso significa garantir acesso gratuito e universal a métodos contraceptivos modernos, assegurar atendimento humanizado nos serviços de saúde, proteger as mulheres contra práticas coercitivas e criar condições para que suas decisões sejam respeitadas. Nesse sentido, políticas públicas devem transcender o enfoque biomédico, incorporando dimensões éticas, sociais e culturais da reprodução (Vieira, 2019).

Outro ponto relevante é a necessidade de transparência e controle social na formulação dessas políticas. Conselhos de saúde, fóruns de mulheres e instâncias participativas têm papel fundamental em monitorar a efetividade das ações governamentais e denunciar práticas discriminatórias. Como destaca Alvarez (2014), a democracia participativa é condição essencial para que as políticas públicas reprodutivas sejam de fato inclusivas e responsivas às demandas das mulheres.

### **3. O PAPEL DO ESTADO NA REGULAÇÃO DA AUTONOMIA REPRODUTIVA NO BRASIL:** entre a coerção e o direito.

A reprodução humana, enquanto dimensão biológica, social e cultural, sempre esteve vinculada a processos de controle e regulação por parte do Estado. Mais do que uma questão individual ou familiar, as escolhas reprodutivas são moldadas por normas jurídicas, políticas públicas, discursos morais e interesses econômicos. Assim, compreender o papel do Estado na questão reprodutiva implica analisar as múltiplas formas pelas quais ele se coloca como agente regulador da vida privada, oscilando entre a garantia de direitos e a manutenção de estruturas de controle social, em um campo permeado por disputas ideológicas e interesses diversos (Foucault, 1979; Corrêa, 2003).

O Estado moderno consolidou-se como instância central de regulação da vida, especialmente a partir do desenvolvimento do que Michel Foucault (1979) denominou biopolítica, ou seja, o conjunto de estratégias voltadas para a administração dos corpos e a gestão das populações. A reprodução, nesse sentido, é um ponto nevrálgico, pois envolve tanto a continuidade da sociedade quanto a definição de quais vidas devem ser incentivadas ou desestimuladas. Por meio de legislações, políticas de saúde e estratégias de regulação demográfica, o Estado atua diretamente na organização das práticas reprodutivas, influenciando a autonomia dos sujeitos e delimitando possibilidades de escolha.

A regulação da reprodução não se dá apenas por meio de políticas explícitas de planejamento familiar, mas também através de normas sobre casamento, acesso ao aborto legal, esterilização, tecnologias de reprodução assistida e até mesmo benefícios sociais. Tais mecanismos revelam que, embora a reprodução seja vivenciada de modo íntimo e subjetivo, ela está imersa em um campo político no qual o Estado busca conciliar interesses de ordem econômica, social e moral.

No Brasil, por exemplo, o planejamento familiar está previsto na Constituição de 1988 como direito de cidadania, mas sua efetivação tem sido marcada por contradições. Se, por um lado, há uma diretriz normativa que garante o acesso a métodos contraceptivos e assegura a liberdade reprodutiva, por outro, práticas coercitivas e seletivas de esterilização em massa, sobretudo de mulheres pobres e negras, foram registradas até os anos 1990, evidenciando o caráter ambíguo da regulação estatal (Caetano, 2014; Osis, 1998).

A atuação do Estado no campo reprodutivo se insere em uma tensão constante entre a promoção da autonomia individual e a manutenção de formas de controle social. De um lado, os avanços jurídicos e institucionais possibilitaram o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como parte integrante dos direitos humanos, sobretudo a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994 (Corrêa; Petchesky, 1996). De outro, o Estado que, frequentemente, utiliza políticas reprodutivas como instrumentos de regulação social, controlando a natalidade de determinados grupos ou impondo restrições a práticas como o aborto.

Essa disputa se evidencia em diferentes contextos. Em países com políticas natalistas, o Estado adota medidas de incentivo à reprodução, como subsídios e benefícios para famílias numerosas, visando à reposição populacional e à sustentabilidade econômica (Gauthier, 1999). Um dos exemplos mais emblemáticos de políticas natalistas é o da França, cuja política familiar se consolidou especialmente a partir do período posterior à Segunda Guerra Mundial. Nesse contexto, o Estado francês passou a adotar uma abordagem sistemática de incentivo à natalidade, motivada pela necessidade de recomposição demográfica após perdas humanas significativas e pela preocupação com a sustentabilidade econômica de longo prazo.

De acordo com Anne H. Gauthier (1999), essas políticas se estruturam em torno de um conjunto articulado de medidas que combinam transferências financeiras diretas, serviços públicos e benefícios fiscais. Entre elas, destacam-se os auxílios mensais por criança (*allocations familiales*), licenças parentais remuneradas, ampliação da oferta de creches públicas e acesso universal à educação infantil, além de mecanismos de redução de impostos proporcionais ao número de filhos. Diferentemente de políticas coercitivas, como no caso chinês, o modelo francês opera por meio de incentivos, buscando influenciar as decisões reprodutivas das famílias sem impor restrições diretas.

Em termos demográficos, a França historicamente apresenta uma das mais altas taxas de fecundidade da Europa, o que é frequentemente associado à robustez de seu sistema de proteção social voltado às famílias. Do ponto de vista econômico, essas políticas são justificadas pela necessidade de garantir a reposição da força de trabalho e a sustentabilidade de sistemas de seguridade social, especialmente diante do envelhecimento populacional — uma preocupação central em países desenvolvidos.

Além disso, essas políticas também possuem importantes dimensões sociais e de gênero. Ao promover licenças parentais e serviços de cuidado infantil, o Estado francês busca conciliar vida familiar e participação no mercado de trabalho, especialmente para as mulheres.

Do ponto de vista teórico, o caso francês pode ser interpretado à luz das discussões sobre Estado de bem-estar social e políticas de reprodução, nas quais o Estado atua não apenas como garantidor de direitos, mas também como agente que orienta comportamentos demográficos. Nesse sentido, as políticas natalistas evidenciam uma forma de regulação indireta da reprodução, baseada na indução de escolhas por meio de incentivos econômicos e sociais, ao invés da coerção direta.

Assim, a experiência da França demonstra como políticas públicas podem ser mobilizadas estrategicamente para influenciar dinâmicas populacionais, articulando objetivos demográficos, econômicos e sociais em um modelo considerado referência internacional no campo das políticas familiares.

Já em contextos marcados pelo temor da explosão demográfica, especialmente em países periféricos, prevaleceram políticas de caráter antinatalista, muitas vezes associadas a práticas coercitivas de esterilização ou imposição de métodos contraceptivos (Hartmann, 1995). Um exemplo emblemático de políticas antinatalistas em contextos de países periféricos é Índia, que desde a década de 1970 implementou programas de controle populacional em larga escala, com forte incentivo à esterilização feminina e masculina. Durante o governo de Indira Gandhi, especialmente no período do Estado de Emergência (1975–1977), o país promoveu campanhas massivas de esterilização, muitas vezes com caráter coercitivo, em troca de benefícios econômicos ou como condição para acesso a políticas sociais (Hartmann, 1995; Connelly, 2010).

A política do filho único na China, instituída em 1979, insere-se em uma lógica de controle populacional fortemente influenciada por pressupostos da Teoria Malthusiana, formulada por Thomas Malthus em 1798 (Malthus, 1798). Essa perspectiva sustenta que o crescimento populacional tende a superar a capacidade de produção de alimentos, gerando pobreza e escassez, o que justificaria intervenções sobre a reprodução como forma de regulação social. Conforme destacam Susan Greenhalgh e Edwin A. Winckler (2005), a política chinesa foi fundamentada na ideia de que a redução da natalidade seria essencial para garantir o desenvolvimento econômico, a segurança alimentar e a modernização do país

(Greenhalgh; Winckler, 2005).

Essa racionalidade dialoga com o neomalthusianismo, que ganhou força em países considerados subdesenvolvidos, como o Brasil, especialmente a partir da década de 1960, período marcado pelo aumento expressivo das esterilizações femininas. Nesse contexto, a pobreza passou a ser atribuída ao crescimento populacional, reforçando a defesa de políticas de planejamento familiar e métodos contraceptivos, muitas vezes orientadas por perspectivas elitistas e de controle social voltadas às camadas mais pobres (Alves, 2004; Berquó, 1993). Assim, tanto no caso chinês quanto no brasileiro, observa-se a centralidade do Estado e de discursos técnicos na regulação da reprodução, frequentemente atravessados por desigualdades de classe e gênero.

As implicações dessa política são profundas e persistem até os dias atuais. Entre os principais efeitos, destacam-se o envelhecimento populacional acelerado, o desequilíbrio na razão de sexos — agravado pela preferência cultural por filhos homens — e impactos psicológicos e sociais nas mulheres, frequentemente submetidas a pressões institucionais e familiares. Além disso, a política contribuiu para a consolidação de um modelo de governança biopolítica, no qual o Estado exerce controle direto sobre a vida e os corpos, conceito que dialoga com as reflexões de Michel Foucault (1976) acerca do biopoder.

Ao refletir sobre esse cenário no contexto brasileiro, especialmente após a Constituição Federal de 1988, observa-se uma orientação normativa distinta, ao menos no plano legal. A Constituição estabelece o planejamento familiar como um direito de todos e um dever do Estado, pautado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da liberdade de escolha (Brasil, 1988). Diferentemente do caso chinês, o modelo brasileiro rejeita formalmente práticas coercitivas, defendendo o acesso à informação e aos meios contraceptivos como base para a autonomia reprodutiva.

No entanto, na prática, persistem formas indiretas de regulação da reprodução, especialmente direcionadas a mulheres pobres, negras e residentes em áreas periféricas. Sonia Corrêa (1999) e Adriana Petryna (2002) destacam que desigualdades estruturais podem limitar o exercício pleno da autonomia reprodutiva, configurando o que se denomina “coerção estrutural”. No Brasil, isso se expressa, por exemplo, nas dificuldades de acesso a métodos contraceptivos de longa duração, na burocratização da esterilização voluntária e nas práticas institucionais que, ainda que não sejam explicitamente coercitivas, acabam direcionando escolhas reprodutivas.

Historicamente, esse processo também dialoga com práticas de controle populacional observadas em períodos anteriores, como nas décadas de 1960 e 1970, quando políticas de planejamento familiar foram influenciadas por agendas internacionais de controle demográfico. Conforme aponta Elza Berquó (1993), houve, nesse período, uma disseminação de programas voltados à redução da fecundidade, muitas vezes implementados sem a devida centralidade nos direitos das mulheres, especialmente entre populações mais vulneráveis.

Dessa forma, no Brasil, as políticas públicas de saúde reprodutiva ilustram essa ambivalência. Enquanto a legislação reconhece a autonomia da mulher, o acesso efetivo aos serviços ainda é atravessado por desigualdades regionais, de classe e de raça, o que perpetua formas de controle seletivo da reprodução (Diniz, 2007). O Estado, portanto, não atua de forma neutra, mas como mediador de disputas sociais em que se confrontam demandas de movimentos feministas e de direitos humanos com interesses de setores conservadores que buscam restringir a liberdade reprodutiva.

Além disso, o controle social nessa perspectiva também se manifesta na criminalização do aborto, que persiste como um dos principais mecanismos de limitação da autonomia reprodutiva feminina no Brasil. Ao manter a prática em grande parte ilegal, o Estado reforça um padrão de desigualdade: mulheres de classes mais altas têm acesso a serviços seguros, enquanto mulheres pobres e negras enfrentam riscos maiores, resultando em um quadro de injustiça reprodutiva (Scavone, 2008; Diniz; Medeiros, 2017).

A expressão “controle social”, nesse contexto, não deve ser entendida apenas como fiscalização ou regulação das ações coletivas, mas como um mecanismo de poder que incide sobre os corpos e as decisões reprodutivas das mulheres, especialmente das mais pobres. Ao adotar esse termo, busca-se evidenciar a dimensão estrutural e institucional por meio da qual o Estado e a sociedade estabelecem normas morais, jurídicas e médicas que delimitam o que é considerado aceitável no campo da sexualidade e da reprodução. A criminalização do aborto é uma das expressões mais evidentes desse controle social, pois representa a tentativa do Estado de regular a capacidade das mulheres de decidir sobre a maternidade, transformando uma questão de saúde pública e de direitos em uma questão penal. Segundo Scavone (2008), a regulação da reprodução feminina é um dos principais instrumentos de manutenção da ordem patriarcal, na medida em que define

socialmente o lugar da mulher como responsável exclusiva pela maternidade e pela continuidade familiar.

A formulação de políticas reprodutivas está longe de ser um processo exclusivamente técnico também. Trata-se de um campo igualmente atravessado por interesses políticos, econômicos, morais e ideológicos que disputam a definição de quais práticas reprodutivas serão legitimadas ou criminalizadas. Nesse cenário, o Estado atua como palco e agente dessas disputas, ora cedendo às pressões de movimentos sociais, ora respondendo a interesses conservadores ou econômicos. Os interesses políticos se manifestam de maneira evidente quando a reprodução é utilizada como ferramenta de estratégias eleitorais, como apontado anteriormente.

No Brasil, por exemplo, há registros de uso da esterilização voluntária como moeda de troca em processos eleitorais, prática que ficou conhecida, como vimos anteriormente, “curral da laqueadura” (Caetano, 2001). Esses dados estão disponíveis nos documentos da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Esterilização de Mulheres no Brasil (1991–1993)<sup>4</sup>. O relatório final da CPMI da Esterilização está disponível no repositório da Câmara dos Deputados e documenta casos de esterilização em massa com fins eleitoreiros, inclusive em períodos próximos a campanhas eleitorais. O documento detalha denúncias de que a prática era utilizada para angariar votos, sendo realizada de forma gratuita em troca de apoio político. E nos Relatórios da Organização Não Governamental Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (CEPIA) da Fundação MacArthur (década de 1990)<sup>5</sup>. A organização CEPIA, dirigida por Jacqueline Pitanguy, publicou relatórios sobre direitos reprodutivos e esterilização no Brasil, mencionando os casos de “curral da laqueadura” e suas implicações ético-políticas.

Os interesses morais e ideológicos, por sua vez, emergem sobretudo das disputas em torno de valores religiosos e concepções de família. No Brasil, o fortalecimento da bancada religiosa no Congresso Nacional tem se refletido na tentativa de restringir direitos reprodutivos, sobretudo no que tange à ampliação do acesso ao aborto legal e às políticas de educação sexual (Machado, 2015). O Estado, nesse sentido, acaba por refletir e reproduzir disputas morais que atravessam a sociedade, tensionando a implementação de políticas orientadas pelos direitos

---

<sup>4</sup> <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/85082?>

<sup>5</sup> [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom\\_onu/pdfs/progresso.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf)

humanos.

Por outro lado, movimentos feministas e de direitos humanos têm desempenhado papel fundamental na conquista de avanços, como a já citada regulamentação do planejamento familiar pela Lei nº 9.263/1996, que estabeleceu diretrizes para assegurar a liberdade de escolha. Esses movimentos também pressionaram pela ampliação do debate sobre justiça reprodutiva, conceito que destaca a necessidade de considerar as interseções entre gênero, raça, classe e território na formulação de políticas (Ross; Solinger, 2017). Assim, a questão reprodutiva se configura como campo de litígio permanente entre forças progressistas e conservadoras, com o Estado situado no centro dessa arena.

### **3.1 O Estado e a disciplina dos corpos: interesses e racionalidades nas políticas públicas de saúde reprodutiva.**

O Presente sub item tem por objetivo analisar como o Estado, atua por meio das políticas públicas de saúde reprodutiva, na regulação dos corpos e das práticas reprodutivas, evidenciando os interesses e racionalidades que orientam esse processo. Parte-se do entendimento de que tais políticas não são neutras nem exclusivamente técnicas, mas constituem arenas de disputa nas quais diferentes atores sociais buscam influenciar normas, diretrizes e práticas institucionais.

No campo da saúde reprodutiva, essas disputas se intensificam, pois dizem respeito a questões que tocam diretamente na vida privada, na autonomia individual e nos valores sociais sobre corpo, gênero e família. Assim, compreender os interesses e racionalidades que atravessam a formulação e a implementação de políticas reprodutivas exige situar o Estado e a sociedade em um jogo de forças no qual participam grupos religiosos, corporações médicas, movimentos feministas e partidos políticos, em constante tensão entre racionalidades técnicas, econômicas e morais (Foucault, 1979; Corrêa, 1993).

As políticas públicas de saúde reprodutiva não emergem de um processo neutro ou puramente técnico, mas resultam de intensas disputas sociais. Grupos religiosos, por exemplo, exercem influência significativa ao mobilizar concepções de moralidade e valores familiares que tendem a restringir o acesso a métodos contraceptivos e ao aborto legal. No Brasil, a forte presença de lideranças religiosas

no Congresso Nacional tem sido decisiva na formulação de políticas que reforçam visões conservadoras sobre sexualidade e reprodução (Machado, 2015).

Por outro lado, os movimentos feministas têm atuado de forma incisiva na ampliação da agenda de direitos sexuais e reprodutivos, pressionando o Estado a incorporar demandas por autonomia, justiça reprodutiva e acesso equitativo a serviços de saúde (Ávila, 2003; Ross; Solinger, 2017). Essas disputas expressam a dimensão política da reprodução, revelando como interesses divergentes se materializam em políticas públicas que ora ampliam, ora restringem direitos.

O corpo médico também desempenha papel central nesse processo. Historicamente, a medicina se consolidou como campo autorizado a definir normas sobre saúde sexual e reprodutiva, estabelecendo fronteiras entre práticas legítimas e ilegítimas. Essa autoridade médica, entretanto, frequentemente se entrelaça com interesses de controle social sob a ótica estatal, como se observou nas práticas de esterilização em massa direcionadas a mulheres pobres e negras no Brasil até os anos 1990 (Caetano, 2001). Nessas iniciativas, a esterilização feminina foi utilizada de forma ampla, em muitos casos sem adequada informação ou consentimento das mulheres, evidenciando o caráter antipobreza travestido de planejamento familiar (Corrêa; Ávila, 2003; Alves; Cavenaghi, 2013).

Nesse sentido, a própria institucionalização das políticas reprodutivas revela a confluência de diferentes atores sociais em disputa por legitimidade. As políticas de saúde reprodutiva são atravessadas por racionalidades distintas, muitas vezes conflitantes. A racionalidade técnica se fundamenta em evidências científicas, epidemiológicas e sanitárias, orientando-se pela busca de efetividade na prevenção de doenças, na redução da morbimortalidade materna e infantil e na promoção da saúde sexual e reprodutiva (Diniz, 2017). Esse campo inclui, por exemplo, a ampliação da oferta de métodos contraceptivos modernos e o acesso a serviços de pré-natal qualificados.

Entretanto, a racionalidade técnica frequentemente colide com a racionalidade moral, sustentada por valores religiosos e concepções de família que deslegitimam determinadas práticas reprodutivas. No Brasil, a criminalização do aborto é expressão clara dessa tensão, pois, apesar de existirem evidências científicas de que a legalização poderia reduzir mortes maternas e complicações de saúde, a moral religiosa tem prevalecido na definição das políticas públicas (Scavone, 2008; Diniz; Medeiros, 2017).

Já a racionalidade econômica introduz outro conjunto de interesses, ao vincular a reprodução a dinâmicas de crescimento populacional, mercado de trabalho e sustentabilidade dos sistemas de proteção social. O entrelaçamento dessas racionalidades revela a complexidade do campo reprodutivo: enquanto a técnica aponta para a promoção da saúde baseada em evidências, a economia tende a vincular a reprodução a interesses macroestruturais, e a moral se impõe como barreira normativa. Esse tríplice tensão gera políticas públicas que, frequentemente, oscilam entre avanços e retrocessos, traduzindo as disputas que ocorrem no interior da sociedade.

As políticas de saúde reprodutiva expressam concretamente essas racionalidades em sua formulação e implementação. No Brasil, a Constituição de 1988 reconheceu o planejamento familiar como direito, assegurando a liberdade de escolha. A Lei nº 9.263/1996 regulamentou esse direito e estabeleceu diretrizes para a oferta de métodos contraceptivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse marco legal reflete uma racionalidade técnica e de direitos, influenciada pelas pressões feministas e pelos compromissos assumidos pelo Brasil na Conferência do Cairo, em 1994. (Corrêa; Petchesky, 1996).

Contudo, a implementação dessa política foi marcada por ambiguidades. Se, por um lado, ampliou-se o acesso a métodos contraceptivos, por outro persistiram práticas de esterilização em massa e dificuldades de acesso a determinados métodos, revelando seletividades sociais e raciais na aplicação da lei (Osis, 1998; Caetano, 2001). Nesses casos, observa-se a sobreposição de racionalidades econômica e moral, que moldaram a política de modo a limitar sua efetividade como instrumento de autonomia reprodutiva.

Outra expressão emblemática das tensões que permeiam a agenda dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil é a manutenção da criminalização do aborto, que evidencia a persistência de uma racionalidade moral e religiosa sobre o campo das políticas públicas e da saúde reprodutiva. Apesar das amplas evidências científicas de que a legalização do aborto reduziria mortes maternas e custos para o sistema de saúde, o debate brasileiro permanece aprisionado a concepções morais conservadoras (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2017) que imprime realidade desigual entre mulheres. A criminalização, nesse contexto, não impede a prática do aborto — que continua a ocorrer de forma clandestina e em condições precárias e inseguras para quem não possui condições de pagar e, em clínicas ilegais, igualmente clandestinas,

porém seguras para quem tem recursos financeiros e pode pagar pelo procedimento. O que acentua as desigualdades sociais e raciais, afetando especialmente mulheres pobres, negras e residentes de áreas periféricas (Corrêa; Petchesky, 2019; Barbosa; Arilha, 2020).

No cenário internacional, a experiência de países que legalizaram o aborto demonstra resultados expressivos em termos de proteção à vida e à saúde das mulheres. No Uruguai, após a aprovação da Lei nº 18.987, em 2012, que regulamentou a interrupção voluntária da gravidez até a 12ª semana, observou-se uma redução drástica das mortes maternas relacionadas ao aborto inseguro — passando de 37 para menos de 1 por 100.000 nascidos vivos (Briozzo *et al.*, 2016). Além disso, o país estruturou uma rede de serviços públicos com atenção integral e aconselhamento humanizado, articulando a decisão da mulher com suporte psicológico e social (Briozzo *et al.*, 2016).

Além disso, a influência de organismos multilaterais reforça a presença da racionalidade econômica. O Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, ao longo das décadas de 1980 e 1990, condicionaram financiamentos a países periféricos à adoção de programas de controle populacional, muitas vezes implementados de forma coercitiva (Hartmann, 1995). Nessas situações, o planejamento familiar não se orientou pela promoção de direitos, mas pela necessidade de ajuste demográfico aos interesses do capital global.

Esses exemplos revelam que a descriminalização do aborto não incentiva sua prática, mas sim a protege a vida e a dignidade das mulheres, ao garantir que o procedimento ocorra com segurança, acompanhamento médico e acolhimento ético (Faúndes; Barzelatto, 2006). No Brasil, entretanto, o debate ainda é marcado por um conflito entre racionalidades: de um lado, o discurso científico e dos direitos humanos, que evidencia os impactos da criminalização sobre a saúde pública; de outro, uma racionalidade moral impulsionada por grupos religiosos e políticos conservadores, que sustentam a ideia da defesa da vida “desde a concepção” como princípio absoluto (Machado, 2018).

Nessa arena de disputas, o movimento Católicas pelo Direito de Decidir desempenha papel fundamental ao tensionar a hegemonia do discurso religioso tradicional, oferecendo uma releitura teológica e feminista das Escrituras e da noção de “vida”. Para essas teólogas e ativistas, como Ivone Gebara (2020), a ética cristã não pode ser usada como instrumento de opressão ou culpabilização das mulheres,

mas deve promover a liberdade de consciência, a justiça social e a responsabilidade individual diante de Deus e da sociedade. A organização propõe, portanto, um cristianismo emancipatório, no qual o direito à escolha e à autonomia reprodutiva é visto como parte do amor ao próximo e do respeito à dignidade humana (Oliveira, 2009). Essa perspectiva contrasta fortemente com o moralismo punitivo presente no discurso dominante, deslocando o debate do campo da culpa para o campo dos direitos e da ética.

As disputas também se manifestam em relação à educação sexual. Enquanto a racionalidade técnica recomenda a inclusão da educação sexual nas escolas como estratégia de prevenção de gravidez não planejada e infecções sexualmente transmissíveis, a racionalidade moral de grupos conservadores tem barrado a implementação de tais políticas em diversos contextos, sob a justificativa de defesa da família e da infância (Machado, 2018). Isso ilustra como a política pública, mesmo quando baseada em evidências, pode ser inviabilizada por disputas morais e ideológicas.

Assim, as políticas de saúde reprodutiva revelam-se como produtos de disputas permanentes, em que diferentes racionalidades se sobrepõem, conflitam e se articulam. O resultado são políticas híbridas, que ora avançam na garantia de direitos, ora se tornam instrumentos de exclusão e controle social.

Dessa forma, o papel do Estado na regulação da reprodução pode ser compreendido, de maneira privilegiada, a partir das contribuições teóricas de Michel Foucault, especialmente por meio dos conceitos de disciplina, biopolítica e governamentalidade, que permitem analisar as formas pelas quais o poder moderno se exerce sobre a vida, os corpos e as populações (Foucault, 1979; Foucault, 2008). Se, nos regimes soberanos, o poder era exercido, sobretudo, por meio do direito de matar ou deixar viver, na modernidade ele se reconfigura como uma gestão da vida, orientada pelo princípio de “fazer viver e deixar morrer”, implicando a administração tanto dos corpos individuais quanto das dinâmicas coletivas. Nesse contexto, a reprodução torna-se um campo estratégico de intervenção, uma vez que está diretamente vinculada à manutenção e ao controle da população.

Nesse quadro, o conceito de disciplina assume centralidade analítica. Conforme Michel Foucault (1987), a disciplina constitui uma tecnologia de poder que atua diretamente sobre os corpos individuais, tendo como objetivo produzir corpos “dóceis e úteis”, isto é, corpos que possam ser simultaneamente controlados e

economicamente aproveitados. Como afirma o autor, “o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submetido” (Foucault, 1987, p. 26).

Trata-se de um conjunto de técnicas que operam por meio de normas, vigilância, exames e classificações, incidindo sobre os comportamentos e produzindo sujeitos ajustados às expectativas institucionais. No campo da saúde reprodutiva, essa lógica disciplinar se materializa nas exigências burocráticas, nos protocolos médicos, nos laudos autorizativos e nos diversos mecanismos de controle que incidem sobre o corpo da mulher. Assim, a disciplina não atua de forma ostensiva, mas por meio de uma regulação contínua, capilar e frequentemente naturalizada, que orienta práticas, delimita escolhas e conforma trajetórias reprodutivas.

A biopolítica, por sua vez, refere-se ao conjunto de estratégias voltadas à gestão da vida em nível populacional (Foucault, 1979). É nesse âmbito que a reprodução passa a ser objeto de políticas públicas, intervenções médicas, dispositivos jurídicos e campanhas normativas. A regulação da natalidade, o incentivo ou desestímulo a determinadas práticas reprodutivas, a criminalização do aborto e a institucionalização do planejamento familiar constituem expressões concretas desse poder, que atua orientando a dinâmica reprodutiva conforme interesses políticos, econômicos e sociais. Dessa forma, o controle deixa de incidir apenas sobre indivíduos isolados e passa a operar sobre a população como um todo.

A noção de governamentalidade amplia essa análise ao evidenciar que o exercício do poder não se restringe ao Estado, mas se difunde por meio de múltiplas instâncias, saberes e práticas (Foucault, 2008). Trata-se de uma racionalidade política que orienta a condução das condutas, produzindo formas específicas de subjetivação. No campo reprodutivo, isso implica reconhecer que o controle dos corpos não ocorre apenas por meio de imposições legais, mas também através da internalização de normas sociais, da autoridade dos discursos biomédicos e da legitimação de práticas consideradas adequadas.

Nesse contexto, disciplina, biopolítica e governamentalidade se articulam na produção de sujeitos que passam a regular a si mesmos, incorporando expectativas sociais e institucionais como se fossem escolhas individuais. No caso das mulheres, esse processo se expressa de maneira particular na forma como o corpo reprodutivo é continuamente monitorado, orientado e normalizado, evidenciando que a autonomia reprodutiva se constrói em meio a complexas relações de poder que atravessam tanto o nível individual quanto o coletivo.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, é um marco na institucionalização dessa lógica biopolítica. Ao mesmo tempo em que consolidou os direitos sexuais e reprodutivos como parte integrante dos direitos humanos, reforçou também o papel do Estado e de organismos internacionais na definição de diretrizes para a regulação da reprodução, evidenciando a confluência entre garantias de autonomia e estratégias de controle populacional (Corrêa; Petchesky, 1996).

Embora a biopolítica se refira à administração da vida em sentido amplo, o corpo feminino ocupa lugar central como território privilegiado de intervenção. Isso porque o controle da reprodução historicamente se materializou na vigilância, regulação e disciplina das mulheres, especialmente no que diz respeito à sexualidade, à maternidade e ao exercício da autonomia reprodutiva (Federici, 2004; Scavone, 2008).

O corpo da mulher foi historicamente construído como espaço de interesse público, submetido a legislações, prescrições médicas e normas morais que restringiram sua liberdade em nome de objetivos sociais mais amplos. A criminalização do aborto, por exemplo, traduz essa lógica, na medida em que transfere ao Estado e à lei a decisão sobre os limites da autonomia feminina em relação à sua capacidade reprodutiva (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2017).

No Brasil, práticas como a esterilização em massa de mulheres pobres e negras durante as décadas de 1970 a 1990 (já pontuado em sessões anteriores), exemplificam a seletividade do controle estatal, revelando como a regulação da reprodução se articula com desigualdades de gênero, raça e classe (Caetano, 2001). Nesse contexto, o corpo feminino é mais do que um espaço biológico: é um campo de disputa política, no qual se expressam interesses de diferentes atores sociais e institucionais.

Silvia Federici (2004) argumenta que a história do capitalismo está profundamente ligada ao controle da reprodução feminina, desde a caça às bruxas até as atuais políticas de regulação demográfica. Segundo a autora, a disciplina dos corpos femininos foi fundamental para a constituição da ordem capitalista, estabelecendo uma divisão sexual do trabalho e submetendo a reprodução às necessidades do mercado. Essa leitura reforça a compreensão do corpo feminino como foco central da disciplina, biopolítica e da governamentalidade.

A disciplina dos corpos não se dá apenas por meio de dispositivos legais ou

econômicos, mas também pelo poder exercido pelos discursos médico e jurídico. Desde o século XIX, a medicina se consolidou como campo autorizado a definir normas sobre sexualidade, maternidade e saúde reprodutiva, produzindo classificações e legitimando práticas que se tornaram padrões sociais (Martins, 2004). Essa medicalização do corpo feminino conferiu à medicina o papel de mediadora entre Estado e sociedade, naturalizando práticas de controle em nome da ciência e da saúde pública.

Os avanços no cuidado e no acesso a métodos contraceptivos, também legitimaram formas de coerção e estigmatização. A imposição de determinados métodos, a patologização da infertilidade e a naturalização da maternidade como destino feminino são exemplos de como a medicina participa da disciplina dos corpos (Osis, 1998; Diniz, 2017). Nesse processo, o corpo feminino é reduzido a um objeto de intervenção técnica, reforçando desigualdades sociais e de gênero.

O discurso jurídico, por sua vez, desempenha papel decisivo ao delimitar os limites legais da autonomia reprodutiva. A criminalização do aborto é o exemplo mais evidente dessa atuação, configurando-se como instrumento de controle que submete a decisão individual à norma estatal (Scavone, 2008). Ao mesmo tempo, legislações como a Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, revelam o potencial do direito de reconhecer e ampliar garantias de autonomia. No entanto, mesmo nesses casos, a aplicação da lei tem sido marcada por seletividades e ambiguidades, revelando como o direito reflete disputas sociais mais amplas (Corrêa, 1993).

O direito social pode ser compreendido como um processo em constante gestação, permanentemente tensionado entre avanços formais e limites concretos de sua efetivação. Essa compreensão reforça a importância das lutas cotidianas pela materialização dos direitos, que não se consolidam apenas por meio de sua previsão legal, mas por meio da ação social, política e institucional que lhes dá vida. Como discute Norberto Bobbio em *A Era dos Direitos* (1992), os direitos não nascem todos de uma vez, mas se afirmam e se transformam historicamente, acompanhando as transformações das sociedades e as reivindicações dos grupos subalternizados. Assim, a efetividade do direito depende não apenas de sua existência normativa, mas da capacidade coletiva de torná-lo realidade.

A interação entre discursos médico e jurídico produz uma rede de normatividade que disciplina os corpos e regula a reprodução. Foucault (1979)

destaca que o poder moderno não se exerce apenas pela repressão, mas pela produção de saberes que organizam condutas. Nesse sentido, a medicina e o direito não apenas limitam práticas, mas também produzem subjetividades, estabelecendo modos de ser mulher, mãe e cidadã.

A formulação e implementação de políticas de saúde reprodutiva no Brasil estão fortemente atravessadas pelas disputas entre o Poder Executivo e o Legislativo. Essas tensões refletem tanto diferenças ideológicas quanto embates sobre os limites da autonomia feminina, ao mesmo tempo que contraria um direito humano à saúde, enquanto bem universal. O campo da política reprodutiva é, portanto, uma arena de embates permanentes entre projetos conservadores e progressistas que se materializam em leis, programas e ações estatais (Corrêa; Petchesky, 1996).

O poder Executivo, historicamente, tende a ser o lócus de formulação de políticas públicas voltadas a saúde das mulheres, em especial por meio do Ministério da Saúde e de suas secretarias vinculadas. Nesse âmbito, observa-se a consolidação de iniciativas voltadas à saúde sexual e reprodutiva, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), nos anos 1980, e a incorporação do planejamento familiar como direito garantido pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). No entanto, muitas dessas iniciativas sofreram limitações impostas pelo Legislativo, sobretudo em pautas que envolvem aborto, contracepção de emergência e esterilização voluntária (Diniz, 2017).

A criminalização do aborto, como já dissertado, é um dos pontos centrais da disputa entre os poderes. Apesar de o Executivo, em determinados momentos, buscar ampliar a rede de serviços de atenção às mulheres em casos previstos em lei — como em situações de estupro ou risco de vida materna —, o Legislativo frequentemente atua no sentido de restringir esses direitos. Projetos de lei como o PL 478/2007, conhecido como “Estatuto do Nascituro”, propõem ampliar a proteção jurídica ao feto em detrimento da autonomia da mulher, configurando um claro retrocesso em termos de direitos sexuais e reprodutivos (Machado; Cook, 2019).

Por outro lado, a esterilização cirúrgica feminina, regulamentada pela Lei nº 9.263/1996, também revela as ambiguidades dessas disputas. Enquanto o Executivo implementou normativas para viabilizar o acesso ao procedimento dentro do SUS, o Legislativo inseriu restrições, como a exigência de idade mínima de 25 anos ou dois filhos vivos, além da necessidade de consentimento do parceiro em certos contextos. Essas condições funcionam como mecanismos de controle sobre o corpo feminino e

revelam a prevalência de uma lógica patriarcal na elaboração da lei (Ávila, 2003).

A atuação das frentes parlamentares é particularmente expressiva nesse cenário. A Frente Parlamentar Evangélica, por exemplo, tem desempenhado um papel central na obstrução de propostas voltadas à ampliação da autonomia reprodutiva, articulando-se em torno de valores morais e religiosos (Miguel, 2014). Por outro lado, grupos progressistas, ainda que minoritários, atuam em defesa da laicidade do Estado e da garantia de direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos fundamentais (Piscitelli, 2020). O embate entre essas forças revela a dificuldade de avançar em políticas que garantam plenamente a autonomia das mulheres sobre seus corpos.

Além do aborto e da esterilização, o acesso à contracepção também é objeto de disputa entre Executivo e Legislativo. O Programa Farmácia Popular e a distribuição gratuita de métodos contraceptivos pelo SUS foram medidas implementadas pelo Executivo com base em evidências científicas e recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Entretanto, propostas legislativas frequentemente tentaram restringir a oferta de determinados métodos, como a pílula do dia seguinte, sob o argumento de que ela teria efeitos abortivos — interpretação sem respaldo científico, mas amplamente difundida em discursos políticos conservadores (Faúndes; Barzelatto, 2006).

Em contrapartida, houve momentos em que o Legislativo também foi responsável por avanços. A própria regulamentação do planejamento familiar, em 1996, embora permeada por restrições, consolidou juridicamente o direito das pessoas a decidirem sobre o número e o espaçamento de seus filhos, em consonância com compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, como a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994 (UNFPA, 1994). Esses avanços, contudo, sempre ocorrem em meio a intensas negociações políticas e concessões a setores conservadores.

Outro aspecto relevante é o uso eleitoral das pautas reprodutivas. Muitos parlamentares, especialmente em períodos de campanha, mobilizam discursos contrários ao aborto e a métodos contraceptivos para fortalecer alianças com segmentos religiosos, em especial igrejas evangélicas e católicas. Essa instrumentalização reforça a ideia de que o corpo feminino se torna moeda de troca em disputas políticas, sendo frequentemente colocado no centro de embates ideológicos que extrapolam o campo da saúde e dos direitos (Caetano, 2001).

Nesse cenário, o Poder Judiciário assume um papel cada vez mais relevante na mediação dos conflitos em torno dos direitos reprodutivos, configurando-se como um espaço estratégico de deliberação em contextos de impasse político. Diante da dificuldade do Poder Legislativo em produzir consensos — sobretudo em temas atravessados por forte carga moral e religiosa —, é frequentemente no Judiciário, em especial no Supremo Tribunal Federal, que essas questões são deslocadas e redefinidas. Esse movimento, compreendido como judicialização da política, amplia o protagonismo das cortes constitucionais e evidencia a centralidade dos direitos fundamentais nas decisões sobre reprodução (Barroso, 2012; Piovesan, 2013).

A atuação do Judiciário pode ser observada em decisões paradigmáticas. A ADPF nº 54 (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental), julgada em 2012, consistiu no reconhecimento, pelo Supremo Tribunal Federal, de que a interrupção da gestação de fetos anencéfalos não configura crime. A decisão fundamentou-se na proteção de direitos fundamentais das mulheres, como a dignidade da pessoa humana, a autonomia e o direito à saúde, ao considerar que a anencefalia é incompatível com a vida extrauterina (Brasil, 2012; Diniz; Vélez, 2008).

Já a ADI (Ação Direta de Inconstitucionalidade) 3510, julgada em 2008, analisou a constitucionalidade da Lei de Biossegurança no que se refere ao uso de células-tronco embrionárias para pesquisa científica. O Supremo Tribunal Federal decidiu pela sua constitucionalidade, destacando a importância do avanço científico e da promoção do direito à saúde, ao mesmo tempo em que enfrentou o debate sobre o início da vida e seus desdobramentos éticos (Brasil, 2008; Barroso, 2012).

Por sua vez, a ADPF 442, ainda em tramitação, questiona a criminalização do aborto até a 12ª semana de gestação prevista no Código Penal brasileiro. A ação sustenta que a penalização viola direitos fundamentais das mulheres, como liberdade, igualdade, autonomia e saúde, além de impactar de forma desigual mulheres em situação de vulnerabilidade. A ausência de decisão definitiva evidencia a persistência de intensas disputas políticas, morais e jurídicas em torno do tema (Diniz, 2017; Sarnento, 2017).

Conforme destacam Débora Diniz e Marcelo Medeiros (2010), o debate sobre aborto no Brasil está profundamente relacionado às desigualdades sociais, revelando que a criminalização não impede sua prática, mas a torna mais insegura, especialmente para mulheres pobres. Nesse sentido, a atuação do Judiciário deve ser compreendida como parte de um campo mais amplo de disputas, no qual o direito não

é neutro, mas um instrumento que pode tanto ampliar quanto limitar direitos, a depender das correlações de força presentes em cada contexto.

Os conflitos entre Executivo e Legislativo, portanto, não são apenas institucionais, mas refletem disputas mais amplas na sociedade brasileira sobre moralidade, gênero e autonomia. Enquanto o Executivo, em determinadas conjunturas, pode adotar uma postura mais técnica e alinhada a organismos internacionais de direitos humanos, o Legislativo tende a ser mais permeável a pressões de grupos de interesse, em especial religiosos. Essa tensão gera avanços pontuais, mas também retrocessos significativos, mantendo a questão reprodutiva como um terreno permanentemente instável e sujeito a reconfigurações políticas.

Nos marcos dessas tensões, o termo “autonomia” assume diferentes significados a depender do ator que o mobiliza, variando entre a concepção restritiva — que a associa à responsabilidade individual e ao dever das mulheres de se organizarem dentro de padrões morais e familiares — e a concepção ampliada, que a entende como um direito humano fundamental, de caráter coletivo e social, relacionado às condições estruturais que possibilitam escolhas reais (Petchesky, 2003).

Nos discursos estatais, é recorrente a distorção da noção de autonomia, que aparece muitas vezes associada à responsabilização individual da mulher pelas consequências de sua vida sexual e reprodutiva. Assim, em contextos em que há limitação do acesso a métodos contraceptivos, insuficiência de serviços de saúde e barreiras institucionais, a mulher é responsabilizada pelas gestações indesejadas ou pelos desfechos decorrentes de abortos inseguros (Corrêa; Petchesky, 1994). Tal perspectiva desloca o debate da esfera coletiva para a esfera individual, moralizante, obscurecendo o papel do Estado na garantia de condições materiais de exercício da autonomia, bem como o da saúde como direitos de todos e todas e de sua responsabilidade.

Esse processo de (des)responsabilização é coerente com a lógica neoliberal, que enfatiza a liberdade individual ao mesmo tempo em que desresponsabiliza o Estado de prover políticas sociais adequadas. Como apontam Brown (2019) e Fraser (2023), a racionalidade neoliberal promove uma individualização dos problemas sociais, apresentando-os como falhas de escolha ou de conduta individual, em vez de reconhecê-los como resultado de desigualdades estruturais. No campo da saúde reprodutiva, isso se traduz na ideia de que a autonomia feminina se resume à “boa

gestão” de sua reprodução, como se as mulheres fossem plenamente livres para decidir independentemente de condições socioeconômicas, culturais ou institucionais.

Em contraposição a essa visão restrita, os movimentos feministas e de direitos humanos têm enfatizado uma concepção ampliada de autonomia que já foi comentada no início do debate, que considera os determinantes sociais, econômicos e culturais que incidem sobre a capacidade de escolha das mulheres. Autonomia, nesse sentido, não é apenas a liberdade formal de decidir, mas a possibilidade real de exercer escolhas entre alternativas concretas informadas em contextos de igualdade. Como defende Diniz (2007), falar em autonomia reprodutiva requer enfrentar as desigualdades de classe, raça e gênero que limitam as possibilidades de decisão das mulheres, especialmente das mais suscetíveis.

O conceito de autonomia também tem sido objeto de disputa nos espaços legislativos e judiciais. Frequentemente, argumentos contrários à ampliação de direitos reprodutivos — como no caso da descriminalização do aborto — invocam a ideia de autonomia de forma distorcida, sustentando que o feto teria uma autonomia própria que deveria prevalecer sobre a da mulher (Ventura, 2002). Tal retórica redefine o campo da autonomia, retirando das mulheres o protagonismo sobre seus próprios corpos e subordinando-o a construções jurídicas e morais que desconsideram sua condição cidadã plena.

O embate político sobre autonomia, portanto, não é apenas conceitual, mas traduz interesses e racionalidades que atravessam o Estado e a sociedade. Enquanto a concepção restritiva reforça papéis de gênero tradicionais e responsabiliza individualmente as mulheres, a concepção ampliada reivindica a autonomia como dimensão de justiça social, vinculada à igualdade e à solidariedade. Essa disputa também revela diferentes projetos de sociedade: um voltado à manutenção da ordem moral e hierárquica, outro comprometido com a ampliação dos direitos e da cidadania.

No contexto brasileiro, essa tensão se manifesta, como demonstrada, em diferentes políticas públicas. Programas de planejamento familiar, por exemplo, muitas vezes operam sob a lógica de responsabilização individual, oferecendo métodos contraceptivos sem considerar barreiras de acesso, assimetrias de informação e desigualdades regionais (Bento *et al*, 2019). Ao mesmo tempo, políticas mais recentes, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, buscam incorporar a noção ampliada de autonomia, ainda que enfrentem resistências e limitações em sua implementação (Brasil, 2004).

### 3.2 Gênero e responsabilização pela concepção e contracepção.

A gestão da contracepção e da concepção no Brasil permanece fortemente marcada por uma lógica de gênero que sobrecarrega as mulheres com a responsabilidade quase exclusiva pelo controle da reprodução. Essa realidade também é atravessada por heranças históricas, culturais e políticas que vinculam o feminino à esfera reprodutiva e à maternidade, relegando os homens a uma posição de relativa invisibilidade no debate público e nas políticas públicas (Ferreira *et. al.* 2024). Essa divisão de responsabilidades não é natural, mas fruto de processos históricos e sociais que reforçam a ideia de que a mulher é a principal agente de regulação da reprodução, enquanto o homem permanece marginalizado nas decisões contraceptivas.

Elisabeth Badinter (1985), em *O mito do amor materno*, evidencia como a maternidade foi construída social e culturalmente como destino natural da mulher, consolidando a expectativa de que caberia a ela assumir, de forma incondicional, os encargos da reprodução e da criação dos filhos. Essa naturalização do cuidado feminino se traduz na expectativa de que a contracepção também seja responsabilidade quase exclusiva das mulheres, transformando o planejamento familiar em uma extensão de seu papel “naturalizado”. Essa leitura é reforçada por Oakley (1972), que discute a socialização de gênero e o condicionamento cultural que associa mulheres ao cuidado e à maternidade, e por Hochschild (2012), que evidencia a “dupla jornada” das mulheres, responsável tanto pelo trabalho produtivo quanto pelo reprodutivo e doméstico, mostrando como a gestão da reprodução se insere nesse contexto de sobrecarga.

Carole Pateman (1993), em *O contrato sexual*, aprofunda essa análise ao demonstrar que o contrato social moderno se sustenta na exclusão e subordinação das mulheres aos homens, sendo a reprodução um dos principais territórios dessa desigualdade. Segundo Pateman, a liberdade e cidadania masculina dependem da sujeição feminina, o que explica por que a contracepção é construída socialmente como um problema de gestão feminina.

Essa perspectiva dialoga com análises de Connell (2005) sobre masculinidades, que evidencia como a participação masculina na contracepção é

moldada por normas sociais que valorizam a autonomia masculina enquanto transferem às mulheres a responsabilidade reprodutiva. Ferreira *et al.* (2024) reforçam essa discussão, mostrando que relações heterossexuais estáveis continuam marcadas por desigualdades de poder que dificultam o uso compartilhado de métodos contraceptivos, evidenciando o “consentimento unilateral” como prática recorrente.

Gerda Lerner (1986), em *A criação do patriarcado*, demonstra que a institucionalização do patriarcado ao longo da história transformou o corpo das mulheres em território controlado social e politicamente, sendo a reprodução um dos primeiros recursos apropriados pelos homens. Essa herança histórica explica por que, mesmo com acesso a métodos contraceptivos, a responsabilidade pelo uso continua recair sobre as mulheres.

Silvia Federici (2019), em *O patriarcado do salário*, acrescenta que a sociedade capitalista depende da exploração do trabalho reprodutivo feminino para manter a reprodução da força de trabalho, tornando a gestão da fertilidade uma questão de economia política, e não apenas de saúde pública. Federici e Arruzza (2019), em *Gênero, patriarcado e salário*, destacam que a falta de métodos contraceptivos masculinos eficazes não é falha científica, mas escolha política, reforçando a desigualdade histórica e estrutural no controle da reprodução.

A discussão sobre gênero e reprodução também deve incorporar a perspectiva de Foucault (1978) sobre biopolítica e governamentalidade, discutida na sessão anterior. O Estado exerce poder sobre corpos e populações, regulando a reprodução feminina como forma de controlar a saúde, a fecundidade e os padrões sociais. A medicalização da contracepção, a regulação da esterilização e a oferta desigual de métodos contraceptivos configuram estratégias de governamentalidade que centralizam o corpo feminino como território de intervenção, enquanto os homens permanecem marginalizados nesse controle (Diniz, 2017; Giffin, 2002).

Além disso, Saffioti (2004) destaca que a opressão de gênero é interseccional, articulando classe, raça e gênero. Mulheres negras e em situação de vulnerabilidade social sofrem maior pressão social e estatal para controlar sua fecundidade, refletindo práticas históricas de eugenia e seleção social. Essas desigualdades estruturais se mantêm na implementação de políticas públicas, onde a oferta de métodos contraceptivos e programas de planejamento familiar frequentemente privilegia o controle da fertilidade feminina em detrimento da corresponsabilização masculina.

A sobrecarga feminina na contracepção evidencia ainda a contradição entre o

discurso de autonomia e a prática social e institucional. Enquanto políticas públicas e normas legais reforçam a ideia de autonomia reprodutiva, essa autonomia, na prática, traduz-se em maior responsabilidade para as mulheres, sem participação efetiva dos homens. Esse paradoxo é discutido por Hird (2000) e Davis (2007), que analisam como a autonomia reprodutiva é frequentemente limitada por normas de gênero que reproduzem desigualdades históricas e estruturais.

Ferreira et al. (2024) demonstram empiricamente que relações heterossexuais estão marcadas por desequilíbrios de poder que dificultam o uso compartilhado de métodos contraceptivos, reforçando a responsabilização unilateral das mulheres. Esse fenômeno se relaciona com a persistência de normas patriarcais e com a falta de políticas públicas voltadas à contracepção masculina, consolidando uma estrutura social e política que naturaliza a desigualdade na gestão da reprodução.

Portanto, a responsabilidade feminina pela contracepção não é resultado de escolhas individuais isoladas, mas de uma rede complexa de fatores históricos, culturais, políticos e institucionais que privilegiam o corpo feminino como foco de controle reprodutivo.

A compreensão da sobrecarga feminina na gestão da contracepção e da concepção evidencia que as desigualdades de gênero não se limitam às práticas sociais ou culturais, mas se refletem diretamente nas políticas públicas e na legislação brasileira sobre reprodução. As normas legais, como a Lei nº 9.263/1996, e sua atualização pela Lei nº 14.443/2022, buscam regulamentar o planejamento familiar e a esterilização voluntária, promovendo avanços na autonomia reprodutiva. No entanto, a forma como essas leis são formuladas e implementadas continua sendo atravessada por lógicas de gênero, nas quais a responsabilidade pelo uso de métodos contraceptivos recai, majoritariamente, sobre as mulheres, enquanto os homens permanecem, em grande parte, à margem da corresponsabilização (Ferreira *et. al.* 2024; Federici, 2019; Badinter, 1985).

Essa interseção entre estruturas patriarcais, práticas sociais e regulação legal evidencia que a legislação não atua de forma isolada: ela reproduz, ao mesmo tempo que regulamenta, padrões históricos de desigualdade, tornando essencial a análise crítica das normas e protocolos para compreender como o Estado, por meio de suas políticas, pode tanto ampliar quanto restringir a autonomia reprodutiva das mulheres.

### **3.3 Legislação brasileira sobre reprodução e contracepção.**

A legislação brasileira sobre reprodução e contracepção reflete uma complexa trama de disputas políticas, sociais e ideológicas, ao mesmo tempo em que busca assegurar direitos individuais e coletivos. Nesse contexto, é fundamental situar inicialmente o conceito de saúde que orienta a organização das políticas públicas no Brasil e que fundamenta juridicamente a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Essa concepção amplia a compreensão da saúde para além da ausência de doença, incorporando-a como um direito social fundamental, cuja efetivação depende da atuação ativa do Estado por meio de políticas públicas e da organização de um sistema de saúde capaz de atender às necessidades da população (Brasil, 1988; Paim, 2009).

A Constituição de 1988 constitui, portanto, o fundamento jurídico central para a consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos no país, ao reconhecer a saúde como direito universal e ao estabelecer princípios que orientam a atuação estatal nesse campo. No que se refere especificamente à reprodução, o artigo 226, §7º da Constituição assegura que o planejamento familiar é de livre decisão do casal, cabendo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (Brasil, 1988). Esse dispositivo representa um avanço significativo no reconhecimento da autonomia reprodutiva, ao afirmar que as decisões sobre ter ou não filhos devem ser tomadas de forma livre e informada, com o suporte de políticas públicas que garantam acesso a métodos contraceptivos e informações qualificadas.

Como destaca Pinto (2010), a Constituição de 1988 marca um importante deslocamento no tratamento das questões reprodutivas no Brasil, representando a transição de uma lógica de políticas populacionais, historicamente orientadas pelo controle da fecundidade, para uma perspectiva baseada em direitos. Nesse novo paradigma, as decisões reprodutivas passam a ser compreendidas como parte dos direitos fundamentais da cidadania, reconhecendo a autonomia das mulheres e dos casais na definição de seus projetos reprodutivos.

Um marco fundamental nesse campo é a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que consolidou o planejamento familiar como direito, regulamentando a oferta de métodos contraceptivos, a realização de esterilização voluntária e a prestação de informações de saúde reprodutiva (Brasil, 1996). No entanto, ao longo dos anos, essa lei, como já evidenciado ao longo do estudo, foi alvo de críticas e disputas, devido a restrições que limitavam a autonomia feminina e mantinham mecanismos de controle social, como a exigência de idade mínima de 25 anos ou dois filhos vivos para a realização de laqueadura e a necessidade de consentimento do cônjuge (Ávila, 2003; Giffin, 2002).

A criação do PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher), em 2004, representou um avanço significativo em relação ao PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), instituído em 1983. O PNAISM amplia e aprofunda as diretrizes do PAISM ao incorporar, de forma explícita, uma perspectiva de gênero, os direitos humanos e a integralidade da atenção como princípios estruturantes das ações em saúde (BRASIL, 2004). Essa política reafirma o compromisso do Estado brasileiro com a promoção da equidade, buscando superar o modelo reducionista que historicamente limitava a saúde da mulher à função reprodutiva e ao ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 2004).

Entre os principais avanços, o PNAISM introduz um enfoque mais abrangente sobre o ciclo de vida feminino, contemplando não apenas as demandas reprodutivas, mas também as condições de saúde das mulheres em diferentes fases da vida. Além disso, o documento orienta a melhoria da atenção obstétrica e neonatal, o fortalecimento das ações de planejamento familiar, o enfrentamento ao abortamento inseguro e a prevenção e o combate à violência doméstica e sexual, reconhecendo essas questões como determinantes fundamentais da saúde e da autonomia feminina (Brasil, 2004).

O PNAISM também inovou ao integrar, em suas diretrizes, a atenção às mulheres vivendo com HIV/aids, bem como às portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, e aos cânceres ginecológicos, em especial o de mama e o de colo do útero. Essa ampliação reflete a compreensão de que o cuidado integral exige a articulação entre ações preventivas, assistenciais e de promoção da saúde, de modo a assegurar o acesso equitativo aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2004).

Em 2022, a Lei nº 14.443 atualizou o marco legal do planejamento familiar,

promovendo alterações significativas com impactos diretos na autonomia reprodutiva. Entre as principais mudanças, destaca-se a redução da idade mínima para esterilização voluntária de 25 para 21 anos, desde que a pessoa tenha capacidade civil plena ou pelo menos dois filhos vivos. Além disso, a lei dispensa o consentimento do cônjuge para laqueadura ou vasectomia, respeitando a autonomia individual, e permite a realização de esterilização durante o parto, desde que observados o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o procedimento, bem como condições médicas adequadas (Senado Federal, 2022; Brasil, 2023). A legislação também estabelece um prazo máximo de 30 dias para a disponibilização de qualquer método contraceptivo, visando garantir acesso mais ágil e efetivo aos serviços de planejamento familiar.

LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022

Altera a Lei nº 9.263/1996, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

Art. 2º. A Lei nº 9.263/1996 passa a vigorar com as seguintes alterações:

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

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

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

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

Apesar desses avanços, a legislação brasileira continua refletindo tensões políticas significativas. A formulação das normas foi marcada por debates intensos entre movimentos feministas, grupos religiosos, partidos políticos conservadores e setores médicos, demonstrando que a regulação da reprodução prossegue como produto de disputas de poder e interesses divergentes (Corrêa, 1993; Diniz, 2017). Projetos de lei recentes no Congresso Nacional, como o PL 478/2007, evidenciam tentativas de restringir a autonomia feminina, ao priorizar direitos do feto em detrimento da liberdade de decisão das mulheres, revelando a influência persistente de frentes parlamentares conservadoras (Bento *et al*, 2019).

Além da legislação formal, o SUS desempenha papel central na implementação

das políticas reprodutivas. Protocolos do Ministério da Saúde orientam a oferta de métodos contraceptivos, acompanhamento pré-natal e realização de esterilizações, garantindo padrões técnicos e éticos. No entanto, lacunas estruturais persistem: desabastecimento de insumos, desigualdade de acesso em regiões periféricas e insuficiente capacitação de profissionais de saúde comprometem a efetividade desses dispositivos legais e reduzem a autonomia prática das mulheres (Brasil, 2004; Diniz, 2017).

Outro aspecto crítico é a assimetria de gênero na contracepção. Embora a lei assegure acesso a diferentes métodos, a responsabilidade pelo planejamento familiar continua recaindo, majoritariamente, sobre as mulheres. Métodos masculinos permanecem limitados a preservativos e vasectomia, com pouca ênfase em políticas públicas que promovam a corresponsabilização parental. Essa desigualdade reflete uma continuidade histórica de dominação patriarcal, como discutido por Federici (2019) e Saffioti (2004), em que a sociedade delega à mulher o controle da reprodução e mantém os homens relativamente isentos das obrigações contraceptivas.

O histórico de regulamentação da esterilização voluntária exemplifica a complexidade dessas tensões. Durante as décadas de 1980 e 1990, práticas seletivas de esterilização em mulheres pobres e negras geraram críticas sobre abusos éticos e políticos (Caetano, 2001). A legislação posterior buscou corrigir tais práticas, impondo restrições e requisitos de consentimento informado. A Lei nº 14.443/2022, ao eliminar a exigência do consentimento do cônjuge, representa avanço no reconhecimento da autonomia individual, mas ainda mantém condições que refletem precauções éticas e médicas, mostrando o equilíbrio entre liberdade e regulação (Senado Federal, 2022).

Em termos de disputa política, a legislação evidencia três racionalidades principais: Racionalidade técnica e de saúde pública, voltada à garantia do acesso a métodos contraceptivos e procedimentos de planejamento familiar; Racionalidade moral e conservadora, que impõe limites e restrições à autonomia feminina; Racionalidade política, que expressa interesses de grupos progressistas e conservadores, refletindo a correlação de forças no Legislativo e no Executivo (Barroso, 2013; Piscitelli, 2012).

Dessa forma, a legislação brasileira sobre reprodução e contracepção representa avanços na proteção de direitos, sobretudo com a atualização promovida pela Lei nº 14.443/2022, mas também evidencia lacunas significativas, incluindo desigualdade de gênero na responsabilidade contraceptiva e barreiras de

implementação prática. A análise crítica dessas normas revela que a regulação da reprodução não é neutra, sendo permeada por disputas históricas, ideológicas e sociais, que influenciam diretamente a experiência cotidiana das mulheres e a efetividade das políticas públicas (Corrêa, 1993; Diniz, 2017).

#### **4. A AUTONOMIA REPRODUTIVA EM SÃO JOSÉ DE RIBAMAR: experiências de mulheres na busca pela esterilização voluntária.**

A partir das discussões teóricas e normativas, o presente capítulo direciona o olhar para a realidade local de São José de Ribamar, buscando compreender, por meio das experiências de mulheres que recorrem à esterilização voluntária, como essas normas, práticas sociais e desigualdades de gênero se manifestam na vida cotidiana, revelando os desafios, limitações e estratégias de resistência na efetivação da autonomia reprodutiva.

A análise da autonomia reprodutiva feminina exige a compreensão do contexto social, territorial e institucional no qual as decisões reprodutivas são construídas e vivenciadas. A forma como as mulheres acessam serviços de saúde, recebem informações sobre métodos contraceptivos e exercem suas escolhas reprodutivas está profundamente condicionada pelas condições socioeconômicas, pela organização dos serviços de saúde e pelas políticas públicas implementadas no território. Nesse sentido, a análise do contexto municipal constitui etapa fundamental para compreender os limites e as possibilidades do exercício da autonomia reprodutiva no âmbito das políticas de planejamento familiar.

##### **4.1 O Município de São José de Ribamar (MA) e os Indicadores sobre a saúde reprodutiva e esterilização.**

O município de São José de Ribamar localiza-se no estado do Maranhão, na região Nordeste do Brasil, integrando a Região Metropolitana da Grande São Luís, juntamente com os municípios de São Luís, Paço do Lumiar e Raposa. O território municipal possui área aproximada de 180,36 km<sup>2</sup>, situando-se na Ilha do Maranhão, área caracterizada por intensa dinâmica urbana e por forte integração econômica e social entre os municípios metropolitanos (IBGE, 2023).

De acordo com dados do Censo Demográfico de 2022, o município possui 244.579 habitantes, apresentando densidade demográfica de aproximadamente 1.356 habitantes por quilômetro quadrado, o que evidencia a elevada concentração populacional em comparação com muitos municípios do interior do estado. As estimativas mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística indicam

que a população municipal alcança aproximadamente 259 mil habitantes, em 2025, refletindo o crescimento populacional recente da região (IBGE, 2023).

O processo de expansão urbana observado no município está relacionado, em grande medida, ao crescimento da região metropolitana de São Luís, que tem promovido a ocupação de áreas periféricas e a formação de novos bairros e conjuntos habitacionais. Esse processo contribui para o aumento da demanda por serviços públicos, incluindo infraestrutura urbana, educação e assistência à saúde.

Do ponto de vista demográfico, o município apresenta estrutura populacional relativamente jovem, característica comum em municípios do Nordeste brasileiro. Dados do Censo indicam que cerca de 10,3% da população municipal encontra-se na faixa etária de 0 a 6 anos, o que evidencia a importância das políticas públicas voltadas à infância, à saúde materno-infantil e ao planejamento reprodutivo (FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL, 2026).

Essa configuração demográfica reforça a relevância da organização adequada dos serviços de saúde voltados à atenção materna, ao acompanhamento pré-natal e à oferta de métodos contraceptivos, elementos fundamentais para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da população feminina.

O contexto socioeconômico de São José de Ribamar reflete as desigualdades estruturais que caracterizam parte significativa dos municípios brasileiros, especialmente nas regiões metropolitanas em expansão. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,708, valor considerado de desenvolvimento humano médio (IBGE, 2023).

No campo educacional, o município apresenta níveis elevados de escolarização na faixa etária obrigatória. Dados do IBGE indicam que aproximadamente 98,48% das crianças e adolescentes entre 6 e 14 anos encontram-se matriculados no ensino regular, demonstrando avanços na universalização do acesso à educação básica (IBGE, 2023).

No campo dos indicadores sociais e de saúde, São José de Ribamar apresenta desafios importantes relacionados às condições de vida da população e à organização dos serviços de saúde, como demonstram a Tabela 01 e o Quadro 01. Entre os indicadores que expressam essas condições, destaca-se a taxa de mortalidade infantil, que no município foi estimada em 16,09 óbitos por mil nascidos vivos em 2023, valor que permanece acima de indicadores observados em regiões mais

desenvolvidas do país e apenas 01 hospital com atendimento hospitalar e obstétrico para uma população com 244.579 habitantes (IBGE, 2023).

Tabela 01 – Indicadores demográficos e de saúde do município de São José de Ribamar (MA).

Indicador	Valor	Fonte
<b>População residente</b>	244.579 habitantes	IBGE, 2023
<b>Área territorial</b>	180,36 km <sup>2</sup>	IBGE
<b>Densidade demográfica</b>	1.356 hab./km <sup>2</sup>	IBGE
<b>Taxa de mortalidade infantil</b>	16,09 óbitos por mil nascidos vivos	IBGE / DataSUS
<b>Nascidos vivos registrados</b>	aproximadamente 4.000–4.500 por ano (estimativa média recente)	SINASC / DataSUS
<b>Cobertura da Estratégia Saúde da Família</b>	cerca de 80–90% da população	e-Gestor Atenção Básica
<b>Número estimado de equipes de ESF</b>	aproximadamente 60 equipes	e-Gestor AB
<b>Estabelecimentos de saúde cadastrados</b>	mais de 90 unidades	CNES

**Fonte:** IBGE (2023); Ministério da Saúde – SINASC, e-Gestor Atenção Básica, CNES e DataSUS.

A análise das condições de acesso aos serviços de saúde reprodutiva no município de São José de Ribamar requer a observação de indicadores provenientes dos sistemas nacionais de informação em saúde, que permitem compreender tanto o perfil demográfico e reprodutivo da população quanto à capacidade instalada da rede assistencial.

No que se refere aos indicadores de natalidade e fecundidade, os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) indicam que o município mantém um volume expressivo de nascimentos anuais, refletindo sua dinâmica demográfica e a elevada concentração populacional na região metropolitana da Ilha do Maranhão. A análise desses dados revela a persistência de uma estrutura

populacional relativamente jovem, característica observada em diversos municípios do Nordeste brasileiro, onde os indicadores de fecundidade historicamente se mantiveram acima da média nacional. No estado do Maranhão, por exemplo, a taxa de fecundidade permanece entre as mais elevadas do país, evidenciando a importância das políticas de planejamento reprodutivo e de acesso a métodos contraceptivos no contexto regional.

Tabela 02 – Nascidos vivos de mães residentes em São José de Ribamar (MA), 2018–2023.

<b>Ano</b>	<b>Nascidos vivos</b>
2018	4.327
2019	4.401
2020	4.238
2021	4.310
2022	4.165
2023	4.082

**Fonte:** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC/DATASUS.

A análise da série histórica de nascidos vivos revela que o município de São José de Ribamar apresenta volume anual de nascimentos relativamente estável ao longo dos últimos anos, com valores superiores a quatro mil nascimentos anuais. Observa-se, contudo, uma discreta redução após 2020, tendência semelhante à observada em diversas regiões do país, associada a mudanças demográficas e à redução gradual das taxas de fecundidade. Os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) constituem importante instrumento para o monitoramento da natalidade no país, permitindo acompanhar tendências demográficas e subsidiar o planejamento das políticas de saúde materno-infantil

A dinâmica dos nascimentos no município evidencia a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil, ao planejamento familiar e à garantia de acesso a métodos contraceptivos eficazes. Nesse sentido, os dados do SINASC constituem importante instrumento para o monitoramento das trajetórias reprodutivas da população e para o planejamento das ações de saúde da mulher no âmbito do

Sistema Único de Saúde.

Outro indicador relevante para a análise do acesso aos serviços de saúde é a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Informações disponibilizadas pelo sistema e-Gestor Atenção Básica, do Ministério da Saúde, indicam que São José de Ribamar apresenta ampla cobertura populacional por equipes de Atenção Primária à Saúde, refletindo a centralidade da Estratégia Saúde da Família na organização do sistema municipal de saúde. A expansão da cobertura da ESF constitui um elemento fundamental para a garantia do acesso da população aos serviços básicos de saúde, incluindo ações de promoção da saúde, acompanhamento pré-natal, aconselhamento reprodutivo e oferta de métodos contraceptivos.

Tabela 03 – Cobertura da Estratégia Saúde da Família em São José de Ribamar (2019–2023).

<b>Ano</b>	<b>Cobertura ESF (%)</b>
2019	79,4
2020	82,1
2021	84,6
2022	86,3
2023	88,7

**Fonte:** Ministério da Saúde – e-Gestor Atenção Básica.

No âmbito da estrutura da rede de serviços de saúde, os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) evidenciam que o município dispõe de uma rede composta por unidades básicas de saúde, centros de especialidades e unidades de atendimento de urgência, além de serviços hospitalares que atendem a população local e da região metropolitana. Entre os equipamentos assistenciais destacam-se o Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar, unidades básicas de saúde distribuídas em diferentes bairros e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico vinculados à rede regional de atenção à saúde.

Quadro 01- estrutura da rede pública de São José de Ribamar (MA).

<b>Tipo de estabelecimento</b>	<b>Quantidade aproximada</b>	<b>Função na rede</b>
--------------------------------	------------------------------	-----------------------

Unidades Básicas de Saúde (UBS)	cerca de 30	Porta de entrada do SUS, acompanhamento familiar, planejamento reprodutivo
Equipes da Estratégia Saúde da Família	cerca de 60	Atenção primária territorializada
Centro de Especialidades	1	Atendimento ambulatorial especializado
Hospital e maternidade municipal	1	Atendimento hospitalar e obstétrico
Unidade de pronto atendimento / urgência	1	Atendimento de média complexidade
Serviços de apoio diagnóstico	Diversos	Exames laboratoriais e complementares

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Ministério da Saúde.

A presença dessas unidades constitui elemento central para a organização das ações de atenção primária e para o encaminhamento de usuários a serviços especializados quando necessário. No caso específico das políticas de planejamento reprodutivo, as unidades básicas de saúde desempenham papel notável na oferta de métodos contraceptivos reversíveis, no acompanhamento da saúde sexual e reprodutiva e no encaminhamento de mulheres que solicitam procedimentos de esterilização voluntária.

No que se refere especificamente à esterilização cirúrgica feminina, os registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) permitem identificar o volume de procedimentos realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esses sistemas constituem importantes instrumentos para o monitoramento da oferta de laqueaduras tubárias no SUS, possibilitando a análise da distribuição dos procedimentos ao longo do tempo e a identificação de possíveis desigualdades no acesso a esse método contraceptivo definitivo.

Os registros administrativos do Sistema Único de Saúde, particularmente aqueles provenientes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), permitem acompanhar a realização desse procedimento em diferentes níveis territoriais. No estado do Maranhão, os dados da Tabela 04 indicam que muitas laqueaduras tubárias são realizadas anualmente na rede pública, sobretudo em hospitais de referência obstétrica vinculados ao SUS. Esses procedimentos costumam ocorrer no período pós-parto ou por meio de cirurgias eletivas programadas, dependendo da organização

da rede assistencial.

Tabela 04 – Procedimentos de laqueadura tubária realizados pelo SUS no Maranhão, 2018–2023.

<b>Ano</b>	<b>Procedimentos</b>
2018	2.845
2019	3.012
2020	2.431
2021	2.698
2022	3.215
2023	3.487

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), DATASUS.

A análise dos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS permite observar ainda, que a laqueadura tubária permanece como um dos principais métodos contraceptivos definitivos ofertados na rede pública de saúde. No estado do Maranhão, verifica-se que o número de procedimentos realizados anualmente apresenta variações ao longo do período analisado, com redução significativa em 2020 — possivelmente associada às restrições impostas pela pandemia de COVID-19 — seguida de retomada gradual nos anos subsequentes. O monitoramento desses procedimentos por meio dos sistemas nacionais de informação em saúde permite verificar a oferta do método no âmbito do SUS e identificar tendências relacionadas ao acesso das mulheres à esterilização voluntária.

No contexto municipal, o acesso à esterilização voluntária depende da articulação entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços hospitalares habilitados para a realização do procedimento. As Unidades Básicas de Saúde desempenham papel central nesse processo, sendo responsáveis pelo aconselhamento reprodutivo, pelo encaminhamento das usuárias e pelo acompanhamento posterior ao procedimento. Dessa forma, a efetivação do direito à esterilização voluntária encontra-se diretamente relacionada à capacidade organizativa da rede de saúde e à disponibilidade de serviços hospitalares que realizem o procedimento no âmbito do SUS.

Desse modo, a análise da oferta de laqueadura no sistema público torna-se, portanto, um elemento relevante para compreender as condições institucionais que influenciam o exercício da autonomia reprodutiva feminina, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais e por limitações no acesso a serviços especializados.

Em contrapartida, no contexto das políticas de planejamento reprodutivo, a vasectomia representa um método contraceptivo definitivo disponível no Sistema Único de Saúde, caracterizado por ser um procedimento cirúrgico simples, seguro e de baixa complexidade quando comparado à esterilização feminina.

No Brasil, entretanto, a participação masculina no uso de métodos contraceptivos definitivos permanece limitada. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS indicam que, entre 2013 e 2022, foram realizadas aproximadamente 309 mil vasectomias no país, com tendência relativamente estável ao longo do período, embora se observe crescimento nas regiões Norte e Nordeste. Apesar desse aumento, a prevalência da vasectomia no Brasil permanece inferior à observada em diversos países e significativamente menor que a esterilização feminina, atingindo cerca de 5% dos homens em idade reprodutiva. Esse cenário evidencia a persistência de desigualdades de gênero na gestão da fecundidade, uma vez que a responsabilidade pela contracepção definitiva continua sendo predominantemente atribuída às mulheres. Nesse sentido, a análise da esterilização feminina, foco do presente estudo, deve ser compreendida à luz desse contexto mais amplo de participação masculina ainda restrita nas práticas de planejamento familiar.

Tabela 05– Procedimentos de esterilização no SUS no Brasil (2018–2023).

<b>Ano</b>	<b>Laqueadura tubária</b>	<b>Vasectomia</b>
2018	72.812	31.547
2019	74.965	32.413
2020	61.214	24.882
2021	66.358	27.214
2022	73.921	30.106
2023	78.645	33.487

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), DataSUS.

Ante o exposto na Tabela 05, a análise dos procedimentos de esterilização realizados no Sistema Único de Saúde evidencia uma importante assimetria entre os métodos contraceptivos definitivos masculinos e femininos. Os registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS indicam que o número de laqueaduras tubárias realizadas no país é consistentemente superior ao de vasectomias. Entre 2018 e 2023, enquanto os procedimentos de esterilização feminina variaram entre aproximadamente 61 mil e 78 mil cirurgias anuais, as vasectomias permaneceram em patamares significativamente inferiores, situando-se entre cerca de 24 mil e 33 mil procedimentos no mesmo período.

Essa diferença expressiva evidencia a persistência de uma divisão desigual da responsabilidade contraceptiva entre homens e mulheres. Embora a vasectomia seja reconhecida como um procedimento mais simples, menos invasivo e associado a menor risco de complicações quando comparado à laqueadura tubária, a esterilização feminina continua sendo o método definitivo mais utilizado no Brasil (Berquó, 1993). Tal cenário reflete fatores socioculturais relacionados às normas de gênero, à construção social da masculinidade e à histórica centralidade das mulheres nas políticas e práticas de planejamento familiar.

Além disso, aspectos institucionais também influenciam essa desigualdade, uma vez que os serviços de saúde reprodutiva no país foram historicamente organizados com maior ênfase na saúde da mulher, especialmente no contexto da assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Nesse contexto, muitas esterilizações femininas ocorrem associadas ao momento do parto, sobretudo em cesarianas, o que contribui para a maior frequência desse procedimento em comparação à esterilização masculina.

A predominância da esterilização feminina em relação à vasectomia no Brasil evidencia que a gestão da fecundidade permanece fortemente marcada por relações de gênero. Historicamente, consoante já destacado ao longo do desenvolvimento da pesquisa, as políticas e práticas de saúde reprodutiva foram estruturadas com maior ênfase no corpo feminino, o que contribuiu para que as mulheres assumissem a responsabilidade central pela contracepção, inclusive nos métodos definitivos. Nesse contexto, a contracepção não pode ser compreendida apenas como resultado de decisões individuais, mas como expressão de relações sociais e institucionais que distribuem de forma desigual os encargos do controle da reprodução (Scott, 1995;

Saffioti, 2004).

No campo da saúde coletiva brasileira, diversos estudos apontam que as práticas de planejamento reprodutivo foram historicamente organizadas em torno da assistência à saúde da mulher, especialmente no ciclo gravídico-puerperal, o que contribuiu para a maior difusão de métodos contraceptivos femininos, incluindo a laqueadura tubária (Osis, 1998; Vieira; Ford, 2004). Ao mesmo tempo, fatores socioculturais relacionados às normas de masculinidade e à divisão sexual das responsabilidades reprodutivas contribuem para a menor participação masculina no uso de métodos contraceptivos definitivos.

Dessa forma, a predominância da esterilização feminina deve ser compreendida à luz de um conjunto de fatores sociais, institucionais e culturais que influenciam as práticas de planejamento familiar e o acesso aos serviços de saúde. Considerando esse contexto, torna-se fundamental apreender como as mulheres constroem suas decisões reprodutivas e como vivenciam, em suas trajetórias, os processos de busca pelo acesso à esterilização voluntária.

O perfil sociodemográfico das entrevistadas permite situar as participantes da pesquisa em seus contextos sociais e compreender melhor as condições de vida que atravessam suas trajetórias reprodutivas. Informações como idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação e condições de moradia contribuem para identificar elementos que podem influenciar as decisões relacionadas ao planejamento reprodutivo e ao acesso aos serviços de saúde.

Tabela 06 – Perfil sociodemográfico das entrevistadas.

<b>Entrevistada</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Nº de filhos</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Ocupação</b>
<b>E1</b>	40	Ensino fundamental incompleto	5	Solteira	Doméstica
<b>E2</b>	36	Ensino médio completo	2	União consensual	Autônoma
<b>E3</b>	40	Ensino médio completo	2	Solteira	Autônoma
<b>E4</b>	44	Ensino superior incompleto	2	Solteira	Prestadora de serviços
<b>E5</b>	59	Ensino superior completo	2	Casada	Funcionária pública
<b>E6</b>	34	Ensino médio completo	1	Casada	Autônoma
<b>E7</b>	60	Ensino superior completo	2	Divorciada	Aposentada
<b>E8</b>	58	Ensino fundamental	2	Casada	Aposentada

		completo			
<b>E9</b>	62	Ensino superior completo	3	Casada	Aposentada
<b>E10</b>	33	Ensino médio completo	3	Solteira	Atendente
<b>E11</b>	36	Ensino médio completo	2	União consensual	Autônoma

**Fonte:** Dados coletados pela pesquisadora (2025-2026).

O conjunto de participantes desta pesquisa é composto por onze mulheres residentes no município de São José de Ribamar, com idades variando entre 33 e 62 anos. Observa-se predominância de mulheres na faixa etária entre 33 e 44 anos, embora também estejam representadas participantes com idade superior a 50 anos, o que permite contemplar diferentes trajetórias reprodutivas e momentos do ciclo de vida. Essa diversidade etária contribui para ampliar a compreensão das experiências relacionadas à esterilização voluntária ao longo de diferentes contextos geracionais.

No que se refere à escolaridade, verifica-se predominância de mulheres com ensino médio completo, embora também estejam presentes participantes com ensino fundamental e ensino superior completo ou incompleto. Esse perfil revela certa heterogeneidade educacional entre as entrevistadas, refletindo diferentes condições de inserção social e trajetórias de formação escolar.

Em relação ao estado civil, observa-se a presença de mulheres solteiras, casadas, divorciadas e em união consensual, evidenciando a diversidade de arranjos familiares entre as participantes. No que se refere à inserção no mercado de trabalho, observa-se a predominância de atividades autônomas e informais, embora também estejam presentes algumas ocupações com maior estabilidade laboral. Entre as entrevistadas, há mulheres que atuam como trabalhadoras domésticas, prestadoras de serviços, atendentes e trabalhadoras autônomas, exercendo atividades sem vínculo formal de trabalho e, conseqüentemente, com menor acesso a direitos trabalhistas e previdenciários. Esse cenário evidencia a forte presença da informalidade laboral, característica recorrente nas trajetórias ocupacionais femininas, especialmente em contextos urbanos periféricos.

Além dessas ocupações, também estão representadas no grupo uma funcionária pública e mulheres aposentadas, cuja aposentadoria decorre de vínculos formais de trabalho estabelecidos ao longo de sua trajetória profissional. As

aposentadas identificadas na pesquisa recebem benefício previdenciário por aposentadoria, o que indica a existência de vínculos formais anteriores que possibilitaram o acesso à proteção social garantida pelo sistema previdenciário.

No que diz respeito à trajetória reprodutiva, a maioria das participantes possui dois ou três filhos, embora haja casos de mulheres com apenas um filho ou com número mais elevado de gestações ao longo da vida. Esses dados indicam que as decisões relacionadas à esterilização voluntária estão associadas a diferentes contextos familiares e experiências reprodutivas, variando conforme o número de filhos, as condições de vida e os projetos individuais das mulheres.

De modo geral, o perfil sociodemográfico das entrevistadas revela um grupo heterogêneo de mulheres que compartilham experiências de acesso ou tentativa de acesso à esterilização voluntária no sistema público de saúde. A diversidade de trajetórias, condições socioeconômicas e experiências reprodutivas observadas entre as participantes constitui um elemento fundamental para a análise qualitativa interpretativa adotada nesta pesquisa. Conforme descrito na seção metodológica, as entrevistas foram examinadas a partir de uma perspectiva de análise temática, buscando identificar sentidos recorrentes, experiências compartilhadas e particularidades nas narrativas das mulheres acerca de suas trajetórias reprodutivas e do acesso à esterilização voluntária.

Nesse sentido, a heterogeneidade presente no grupo de entrevistadas contribui para ampliar a compreensão das diferentes formas pelas quais as mulheres vivenciam o planejamento reprodutivo e interagem com os serviços de saúde. Ao considerar essa diversidade de experiências e contextos de vida, a análise qualitativa permite captar não apenas padrões comuns nas narrativas, mas também as especificidades que revelam como fatores sociais, econômicos e institucionais influenciam o exercício da autonomia reprodutiva no contexto do município estudado.

#### **4.2 Entre Trajetórias Reprodutivas e Escolhas:** a decisão pela esterilização.

A decisão pela esterilização voluntária está diretamente relacionada às trajetórias reprodutivas das mulheres e aos projetos de vida construídos ao longo do tempo. Entre as participantes, a escolha pela laqueadura geralmente ocorreu após o alcance do número de filhos considerado desejado ou possível dentro das condições

sociais, familiares e econômicas vivenciadas. Em diversos relatos, observa-se que a decisão foi tomada após a consolidação da maternidade, quando as entrevistadas avaliaram que já haviam atingido o número de filhos que planejavam ter. Como relatado por uma das participantes:

*“Foi muito importante ter tomado essa decisão porque eu queria dois filhos, então estava ótimo. Eu tive um casal de filhos e achei que era suficiente”* (E3).

Noutros casos, a decisão também esteve associada a fatores econômicos e às condições de cuidado e criação dos filhos, como expressa outra entrevistada: *“Porque o custo de viver é difícil e se eu tivesse muitos filhos ia ser mais difícil ainda. Eu não queria repetir o que aconteceu com a minha mãe que teve 22 filhos. Eu sempre dizia pra ela que eu queria apenas dois filhos. Minhas irmãs também tiveram poucos filhos para não repetir a história da nossa mãe”* (E8).

São relatos ilustrativos de que a decisão pela esterilização está frequentemente vinculada à busca por maior estabilidade familiar e melhores condições para garantir o cuidado e a educação dos filhos.

Algo igualmente relevante identificado nas entrevistas refere-se ao papel desempenhado pelos parceiros nas decisões reprodutivas. Em alguns casos, a decisão foi compartilhada entre o casal, sendo discutida conjuntamente como parte do planejamento familiar, não fazendo alusão a vasectomia como uma possibilidade contraceptiva para o casal. Entretanto, em diversos relatos observa-se que a responsabilidade final pela decisão recaiu sobre as mulheres. Algumas participantes relataram que os parceiros tiveram participação limitada no processo ou não estiveram diretamente envolvidos nas etapas de planejamento familiar. Como destacou uma das entrevistadas:

*“Recai sobre a mulher. No fim das contas é a mulher que cuida da criança. No meu caso, os pais dos meus filhos foram embora e eu fiquei com a responsabilidade sozinha, então sou que tenho que decidir, porque sou eu que cuido, eu que gero, eu que sustento”* (E4).

Essa percepção também aparece em outro depoimento:

*“Mesmo sendo casada, tudo acaba ficando para a mãe”* (E10).

Tais narrativas evidenciam a persistência da divisão sexual do trabalho, que, conforme discutido no subitem 2.3, está profundamente imbricada às estruturas do patriarcado e do capitalismo, as quais organizam e hierarquizam as relações sociais, inclusive no âmbito da vida privada (Saffioti, 2004; Federici, 2017). Essa articulação

se expressa nas responsabilidades reprodutivas e domésticas, na medida em que a gestão da contracepção, das decisões relacionadas à fecundidade, bem como o cuidado com a casa e com a prole, permanecem fortemente atribuídos às mulheres (Hirata; Kergoat, 2007). Desse modo, observa-se que tais determinações extrapolam o plano das escolhas individuais, refletindo a força desses sistemas de dominação que operam até mesmo na intimidade das relações afetivas, naturalizando a sobrecarga feminina e reafirmando desigualdades de gênero (Biroli, 2018).

As experiências anteriores com métodos contraceptivos constituíram elemento importante na construção da decisão pela esterilização. Algumas entrevistadas relataram histórico de uso de métodos hormonais, preservativos ou outros métodos reversíveis antes de optarem pela laqueadura. Entretanto, fatores como efeitos colaterais, dificuldade de acesso aos métodos ou insegurança quanto à eficácia contribuíram para que a esterilização fosse percebida como alternativa mais segura e definitiva. Uma das participantes relatou que decidiu buscar o procedimento após enfrentar problemas de saúde associados ao uso de anticoncepcionais:

*“O anticoncepcional não estava fazendo bem para mim, estava trazendo muitos problemas de saúde”* (E11).

Em outros casos, a escolha esteve associada à busca por maior segurança contraceptiva, como expressa outra entrevistada:

*“porque eu realmente não tinha mais vontade de ter filhos. Já tinha três filhos e a laqueadura parecia mais eficaz que outros métodos, como qualquer método pode falhar, eu achei mais eficiente fazer a laqueadura”* (E10).

Em determinados relatos, a realização do procedimento ocorreu por recomendação médica, diante de riscos associados a futuras gestações, como hipertensão gestacional, diabetes gestacional, hemorragias recorrentes ou complicações obstétricas prévias (OMS, 2015; Brasil, 2016). Nesses casos, a esterilização foi percebida não apenas como estratégia contraceptiva, mas também como medida de proteção à saúde da mulher, especialmente em situações em que novas gestações poderiam representar agravamento de condições clínicas preexistentes ou risco à vida (OMS, 2015).

De modo geral, as narrativas evidenciam que a decisão pela esterilização voluntária não ocorre de forma isolada, mas resulta de um processo que envolve experiências reprodutivas anteriores, condições socioeconômicas, relações familiares, valores culturais e interações com os serviços de saúde. As trajetórias

reprodutivas das entrevistadas revelam que a laqueadura é frequentemente compreendida como uma estratégia para garantir maior controle sobre a fecundidade, segurança em relação a gestações não planejadas e melhores condições para a organização da vida familiar e econômica.

Entretanto, essa busca pelo controle da reprodução também pode ser analisada à luz do conceito de autonomia reprodutiva discutido anteriormente. Conforme destaca Diniz (2017), a autonomia reprodutiva não se limita ao direito formal de decidir sobre a reprodução, mas envolve a capacidade efetiva de exercer essa decisão em condições de igualdade, o que pressupõe acesso a informação qualificada, disponibilidade de métodos contraceptivos, serviços de saúde acessíveis e respeito às escolhas das mulheres no âmbito das políticas públicas. Nesse sentido, a decisão pela esterilização pode ser interpretada como parte de um esforço das mulheres para garantir maior autonomia sobre seus corpos e suas trajetórias reprodutivas.

Por outro lado, as narrativas também permitiram problematizar os limites concretos dessa autonomia. Embora a laqueadura seja frequentemente apresentada como uma estratégia para evitar gestações não planejadas, observa-se que, em muitos relatos, a decisão aparece fortemente associada à responsabilidade feminina pelo controle da fecundidade e à necessidade de evitar novas gestações diante de condições socioeconômicas adversas. Nesse contexto, a esterilização surge menos como uma escolha plenamente livre e mais como uma alternativa considerada viável dentro das possibilidades disponíveis.

Além disso, chama atenção o fato de que, nas narrativas, a busca pela esterilização raramente é explicitamente associada ao direito de vivenciar a sexualidade dissociada da reprodução, isto é, ao exercício do desejo sexual feminino sem o risco constante de uma gravidez. A sexualidade aparece, de forma predominante, vinculada à preocupação com a gestação e com a responsabilidade pelo cuidado dos filhos, evidenciando como normas sociais e desigualdades de gênero ainda influenciam as experiências reprodutivas das mulheres.

Dessa forma, ao relacionar as experiências das entrevistadas com a noção de autonomia reprodutiva, torna-se necessário questionar em que medida essas mulheres tiveram acesso às condições que tornam essa autonomia efetivamente possível. Como destaca Diniz (2017), a autonomia reprodutiva só se concretiza quando existem condições institucionais e sociais que garantam acesso a métodos

contraceptivos, informação adequada e serviços de saúde de qualidade. A análise das narrativas sugere que, embora as entrevistadas tenham buscado exercer controle sobre suas trajetórias reprodutivas por meio da esterilização, esse processo ocorre em um contexto marcado por desigualdades no acesso a informações, serviços e alternativas contraceptivas, o que evidencia os desafios ainda presentes para a efetivação plena dos direitos reprodutivos.

### **4.3 Caminhos institucionais de acesso à laqueadura e os obstáculos para a realização do procedimento.**

O acesso à esterilização voluntária no município de São José de Ribamar ocorre predominantemente por meio da rede pública de saúde, especialmente através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que constituem a principal porta de entrada para os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Em diversos relatos, as participantes da pesquisa indicaram que o primeiro contato com informações sobre a possibilidade de realizar a laqueadura ocorreu durante atendimentos ou acompanhamentos realizados na própria unidade de saúde. Uma das entrevistadas relata:

*“Foi na própria UBS que eu soube”* (E1).

Esse dado reforça o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde na organização das ações de planejamento reprodutivo, uma vez que é nesse nível de atenção que muitas mulheres buscam orientações iniciais sobre métodos contraceptivos e possibilidades de esterilização.

Entretanto, os relatos também revelam experiências heterogêneas no acesso às informações e ao encaminhamento para o procedimento. Enquanto algumas mulheres relataram ter recebido orientação adequada e apoio da equipe de saúde para iniciar o processo, outras apontaram dificuldades relacionadas à ausência de informações claras ou à falta de direcionamento por parte dos serviços. Em um dos depoimentos, a entrevistada afirma:

*“Na minha UBS de referência eu não tive essa acolhida. Quando eu buscava informações, eu não tive”* (E2).

Esse tipo de experiência evidencia que o acesso à informação sobre a esterilização voluntária pode variar de acordo com a organização do serviço e com a

atuação dos profissionais de saúde em cada unidade.

Em relação ao encaminhamento para a realização do procedimento, observa-se que o processo geralmente envolve diferentes etapas institucionais, que incluem orientação na UBS, participação em atividades de planejamento familiar e posterior encaminhamento para serviços hospitalares responsáveis pela realização da cirurgia. Algumas entrevistadas relataram que o processo ocorreu de forma relativamente rápida e sem grandes dificuldades, especialmente quando houve indicação médica ou acompanhamento durante o período gestacional. Como relatado por uma participante: *“Os profissionais fizeram toda a papelada para eu fazer o procedimento”* (E1).

Em outros casos, o encaminhamento ocorreu diretamente durante o atendimento em maternidades, sobretudo em situações associadas ao parto ou a recomendações médicas relacionadas à saúde da mulher.

Por outro lado, também foram identificados relatos que apontam obstáculos institucionais no percurso até a realização da esterilização. Entre as dificuldades mencionadas pelas entrevistadas estão a inexistência de informações claras sobre o processo, a ausência de encaminhamento formal pelas unidades de saúde e, em alguns casos, a necessidade de buscar orientações ou alternativas fora da unidade de referência para compreender como acessar o procedimento.

Uma das entrevistadas afirma:

*“Eu tentei o acesso pela UBS, mas não tive retorno e também não tive nenhum direcionamento”* (E2).

Esse tipo de situação demonstra que, apesar de a Atenção Primária ser formalmente responsável por organizar o acesso às ações de planejamento familiar, nem sempre as mulheres conseguem percorrer esse caminho de forma linear dentro da rede de serviços. Ou seja, embora a esterilização voluntária esteja prevista na legislação brasileira como parte das ações de planejamento familiar, seu acesso nem sempre ocorre de forma plenamente garantida no cotidiano dos serviços de saúde. A Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, estabelece que cabe ao Estado assegurar o acesso a informações, métodos e serviços necessários para o exercício desse direito, reconhecendo a esterilização como um direito reprodutivo e não apenas como um procedimento médico isolado. Nesse sentido, a existência de barreiras informacionais ou institucionais pode representar uma contradição entre o que está previsto na legislação e a forma como esse direito se concretiza na prática.

Além disso, quando o acesso ao procedimento depende da iniciativa individual das mulheres para buscar informações ou percorrer diferentes serviços até encontrar encaminhamento adequado, observa-se uma transferência implícita da responsabilidade institucional para as usuárias do sistema de saúde. Tal situação pode limitar o exercício efetivo da autonomia reprodutiva, uma vez que, conforme discutido anteriormente, a autonomia não se restringe ao direito formal de decidir, mas envolve a existência de condições institucionais que permitam às mulheres exercer, de fato, o controle sobre seus corpos e sua reprodução (Diniz, 2017).

Outro aspecto relevante identificado nos relatos refere-se às informações recebidas pelas mulheres ao longo do processo. Algumas participantes destacaram experiências positivas de acolhimento e orientação por parte dos profissionais de saúde, mencionando ter recebido explicações detalhadas sobre o procedimento e sobre as etapas necessárias para sua realização. Entretanto, outras relataram que as informações oferecidas foram insuficientes ou inconsistentes, o que contribuiu para inseguranças e dificuldades na tomada de decisão. Em certos casos, as entrevistadas mencionaram, inclusive, receber orientações contraditórias ou insuficientes ao longo do processo, bem como a ausência de discussões mais amplas sobre outras possibilidades contraceptivas disponíveis no planejamento familiar, como a vasectomia. Essa situação evidencia limitações no processo de aconselhamento reprodutivo oferecido nos serviços de saúde, que, em muitos casos, permanece centrado predominantemente nas mulheres e em métodos voltados ao corpo feminino.

De modo geral, os relatos indicam que o acesso à esterilização voluntária envolve trajetórias institucionais diversas, que podem ser facilitadas ou dificultadas conforme a disponibilidade de informações, o acolhimento dos profissionais e a organização dos serviços de saúde. Nesse contexto, a UBS desempenha papel central tanto na orientação quanto no encaminhamento das mulheres que buscam o procedimento, sendo um espaço fundamental para a efetivação do direito ao planejamento reprodutivo no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Embora a esterilização voluntária seja reconhecida como um direito reprodutivo assegurado pela legislação brasileira e incorporado às políticas de planejamento familiar no Sistema Único de Saúde, o acesso ao procedimento não ocorre de maneira homogênea entre as mulheres entrevistadas. Os relatos indicam que as trajetórias de acesso são frequentemente marcadas por diferentes obstáculos institucionais, organizacionais e socioculturais, que podem retardar ou dificultar a concretização

desse direito.

Entre os desafios mais recorrentes mencionados pelas participantes, destaca-se a dificuldade de obtenção de informações claras sobre o processo necessário para solicitar a realização da laqueadura. Algumas entrevistadas relataram que, ao procurar a unidade de saúde, não receberam orientações suficientes sobre os procedimentos necessários para iniciar o processo de encaminhamento. Uma das participantes descreveu essa experiência afirmando:

*“Na minha UBS de referência eu não tive essa acolhida. Quando eu buscava informações, eu não tive”* (E2).

Em outro momento da mesma entrevista, a participante reforça essa percepção ao afirmar que precisou buscar o procedimento fora da unidade de referência:

*“Eu tentei o acesso pela UBS, mas não tive retorno e também não tive nenhum direcionamento”* (E2).

Esses relatos demonstram que a ausência de informações adequadas pode representar um obstáculo significativo no acesso ao procedimento.

Outro elemento mencionado pelas entrevistadas refere-se ao tempo de espera para a realização da cirurgia. Em alguns relatos, o processo entre a manifestação do desejo de realizar a laqueadura e a efetivação do procedimento foi prolongado, seja em função de filas existentes nos serviços, seja em decorrência de atrasos no encaminhamento. Uma das entrevistadas relatou que a decisão de realizar o procedimento foi tomada há muito tempo, mas que o processo demorou a se concretizar.

*“Eu já tinha decidido há muito tempo que queria ter só um filho”* (E6).

No entanto, a entrevistada relata que foi desencorajada pelos profissionais de saúde e que isso atrasou o procedimento por vários anos:

*“Na verdade, eu fui aconselhada pelos próprios profissionais de saúde a ter mais um filho porque só tinha um filho. Assim que eu tive meu filho eu já queria fazer a laqueadura, mas fui desaconselhada pela médica que fez meu parto e também pelos profissionais da Unidade básica de saúde”* (E6).

As exigências institucionais também aparecem como um fator relevante nas trajetórias de acesso ao procedimento. Algumas entrevistadas relataram que o desejo de realizar a laqueadura foi questionado por profissionais de saúde, especialmente quando as mulheres possuíam poucos filhos ou eram consideradas jovens para realizar um método contraceptivo definitivo. Em um dos relatos, a entrevistada

menciona que a médica tentou convencê-la a desistir do procedimento:

*“A médica disse que eu poderia me separar do meu marido e depois querer ter filhos com outra pessoa”* (E4).

Do ponto de vista normativo, a legislação brasileira estabelece que a esterilização voluntária integra o conjunto de ações de planejamento familiar e deve ser garantida como um direito reprodutivo. A Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar no país, reconhece o direito de homens e mulheres decidirem livremente sobre o número de filhos e o momento de tê-los, cabendo ao Estado oferecer os meios e serviços necessários para o exercício desse direito. Nesse sentido, o papel dos profissionais de saúde deve estar voltado para o fornecimento de informações claras, aconselhamento adequado e respeito à decisão das usuárias, e não para a imposição de juízos de valor sobre suas escolhas reprodutivas.

Assim, situações em que profissionais tentam desencorajar ou impedir a realização do procedimento podem revelar interpretações restritivas da legislação ou práticas institucionais marcadas por posturas paternalistas, nas quais a decisão das mulheres sobre seu próprio corpo é questionada ou relativizada. Esse tipo de dinâmica tensiona o princípio da autonomia reprodutiva, uma vez que, conforme discutido anteriormente, o exercício desse direito depende não apenas de sua previsão legal, mas também do reconhecimento efetivo do protagonismo das mulheres nas decisões relacionadas à sua saúde e à sua vida reprodutiva.

Além das barreiras institucionais, algumas entrevistadas também relataram dificuldades relacionadas às pressões familiares e sociais em torno da decisão pela esterilização. Em determinados contextos, a decisão de não ter mais filhos foi questionada por familiares, que expressaram receio em relação ao procedimento ou defenderam a ideia de que as mulheres deveriam ter mais filhos. Uma das participantes descreveu essa situação afirmando:

*“Minha mãe e meus tios disseram que era um erro, que a cirurgia era perigosa e que eu deveria continuar usando medicamentos em vez de fazer cirurgia”* (E11).

Outra entrevistada também mencionou a resistência familiar ao procedimento: *“Muitas pessoas colocaram obstáculos, principalmente minha família, que era contra eu fazer o procedimento”* (E8).

Por outro lado, as entrevistas também revelam situações em que os profissionais de saúde atuaram como facilitadores do acesso ao procedimento. Em alguns casos, a orientação médica foi decisiva para a realização da laqueadura,

especialmente quando havia indicação relacionada à saúde da mulher. Uma das entrevistadas relata que a decisão foi tomada a partir de recomendação médica:

*“Foi por uma questão exclusivamente de saúde. Eu não poderia ter outra gestação”* (E9).

Em outro relato, a participante explica que o procedimento foi indicado devido a problemas nas trompas:

*“Os profissionais perceberam um problema que eu tinha nas trompas e já fizeram todo o acompanhamento para a cirurgia”* (E7).

De modo geral, os relatos evidenciam que o acesso à esterilização voluntária depende, como já pontuado, de um conjunto de fatores que envolvem a organização dos serviços de saúde, a atuação dos profissionais e as relações sociais que atravessam as trajetórias reprodutivas das mulheres. As barreiras identificadas demonstram que a efetivação desse direito não depende apenas da existência formal da política pública, mas também da forma como ela se materializa no cotidiano dos serviços de saúde.

#### **4.4 Estratégias mobilizadas pelas mulheres para garantir o procedimento**

Diante das dificuldades enfrentadas ao longo do processo de acesso à esterilização voluntária, as entrevistas indicam que as mulheres mobilizam diferentes estratégias para garantir a realização do procedimento. Essas estratégias revelam que a decisão pela laqueadura é frequentemente acompanhada por processos de persistência, negociação e mobilização de redes de apoio, demonstrando que as participantes atuam de forma ativa na busca pelo exercício de sua autonomia reprodutiva. As narrativas indicam que muitas mulheres precisaram insistir em consultas, buscar informações em diferentes espaços e recorrer ao apoio de familiares ou conhecidos para compreender os caminhos institucionais necessários à realização do procedimento.

No entanto, ao analisar essas experiências à luz do debate teórico sobre autonomia reprodutiva, é possível observar que essa busca pela esterilização está frequentemente associada à necessidade de evitar novas gestações, especialmente diante de trajetórias reprodutivas já marcadas por múltiplos filhos e por condições socioeconômicas que tornam a ampliação da família inviável. Nesse contexto, a

laqueadura aparece como uma estratégia para garantir maior segurança em relação à prevenção da gravidez, mas raramente é explicitamente associada ao direito de vivenciar a sexualidade com maior liberdade, prazer e sem o medo constante de uma gestação não planejada.

Essa dimensão dialoga diretamente com o conceito de autonomia reprodutiva discutido anteriormente. Como destaca Diniz (2017), a autonomia reprodutiva não se limita ao direito formal de decidir, mas envolve a capacidade efetiva de exercer essa decisão em condições de igualdade, o que pressupõe acesso a informações adequadas, a diferentes métodos contraceptivos e a serviços de saúde capazes de apoiar escolhas livres e informadas. Nesse sentido, a análise das entrevistas suscita questionamentos importantes: em que medida as mulheres tiveram acesso real a um leque diversificado de métodos contraceptivos? A decisão pela esterilização ocorreu após a apresentação e discussão de outras alternativas disponíveis no planejamento familiar?

Os relatos sugerem que, em muitos casos, a esterilização surge como a alternativa considerada mais segura ou definitiva diante das circunstâncias vivenciadas pelas mulheres, o que levanta a possibilidade de que essa escolha esteja também relacionada às limitações no acesso a outros métodos contraceptivos ou à insuficiência de aconselhamento reprodutivo nos serviços de saúde. Nessa perspectiva, a esterilização, que deveria integrar um conjunto amplo de opções contraceptivas disponíveis no planejamento familiar, pode acabar sendo percebida como a única solução capaz de garantir o controle da fecundidade.

Uma das estratégias mais recorrentes identificadas nos relatos refere-se à insistência das mulheres em manter sua decisão pela esterilização, mesmo diante de tentativas de desencorajamento por parte de familiares ou profissionais de saúde. Em alguns casos, as entrevistadas relataram que precisaram reafirmar repetidamente sua decisão até conseguirem realizar o procedimento. Uma das participantes relata que, apesar da oposição familiar, manteve sua decisão:

*“Minha família foi totalmente contra. Minha mãe e tios disseram que era um erro, que a cirurgia era perigosa e podia trazer problemas de saúde. Diziam que eu era muito nova e que deveria continuar usando os medicamentos ao invés de fazer a cirurgia” (E11).*

Outra entrevistada também enfatiza sua determinação diante das críticas recebidas:

*“Mesmo assim eu sempre tive certeza da minha decisão e por isso fiz”* (E8).

Outro aspecto importante identificado nas entrevistas refere-se ao papel das redes de apoio no processo de acesso à laqueadura. Em alguns casos, amigos, familiares ou agentes comunitários de saúde contribuíram para orientar as mulheres sobre os caminhos necessários para acessar o procedimento. Uma das entrevistadas relata que conseguiu realizar a cirurgia após receber orientações de pessoas próximas:

*“Foram alguns amigos que me orientaram a procurar o planejamento familiar, e foi assim que eu consegui fazer”* (E11).

Esses relatos demonstram que as redes sociais também podem desempenhar papel importante na circulação de informações e no apoio às decisões reprodutivas das mulheres.

Além disso, algumas entrevistadas relataram que precisaram negociar sua decisão com profissionais de saúde ao longo do processo. Em determinados casos, essa negociação envolveu reafirmar a decisão diante de questionamentos sobre idade, número de filhos ou possibilidade de arrependimento futuro. Uma das participantes destacou que precisou explicar repetidamente os motivos de sua escolha:

*“Eu disse que não, que a decisão era minha e que eu ia fazer”* (E6).

Esse tipo de relato evidencia que, em determinadas situações, a realização do procedimento depende da capacidade das mulheres de afirmar sua decisão frente às avaliações feitas por profissionais de saúde.

Outra estratégia identificada nas entrevistas refere-se ao aproveitamento de oportunidades institucionais para realizar o procedimento. Em alguns casos, as mulheres conseguiram realizar a laqueadura durante o período do parto ou logo após o nascimento de um dos filhos. Uma das entrevistadas descreve essa experiência afirmando:

*“No dia que eu tive o segundo bebê apareceu um médico perguntando quem queria fazer a laqueadura”* (E5).

A partir dessa oportunidade, o procedimento foi agendado para poucos dias depois:

*“Depois de sete dias eu voltei e fiz o procedimento”* (E5).

As entrevistas também revelam que, para algumas mulheres, a decisão pela esterilização está diretamente associada à busca por maior segurança em relação à

possibilidade de novas gestações. Em diversos relatos, a laqueadura aparece como estratégia para garantir maior controle sobre a fecundidade e para possibilitar a realização de projetos de vida. Uma das participantes afirma:

*“Depois da laqueadura eu consegui enxergar melhor o futuro, porque não teria mais o risco de uma gravidez indesejada”* (E10).

Em outro relato, a entrevistada destaca que o procedimento trouxe tranquilidade para planejar sua vida:

*“Representa segurança e tranquilidade”* (E6).

De modo geral, as estratégias identificadas nas entrevistas demonstram que as mulheres mobilizam diferentes recursos para garantir a realização da esterilização voluntária, mesmo diante de obstáculos institucionais e sociais. A insistência na decisão, o apoio de redes sociais e a negociação com profissionais de saúde evidenciam que o acesso ao procedimento envolve processos complexos de interação entre as mulheres e os serviços de saúde, nos quais a afirmação da autonomia reprodutiva ocupa papel central.

A análise das entrevistas realizadas com mulheres residentes em São José de Ribamar permite compreender de forma mais aprofundada como a esterilização voluntária se insere nas trajetórias reprodutivas e nos projetos de vida das participantes, bem como os fatores institucionais e sociais que condicionam o acesso a esse direito reprodutivo. A partir da interpretação do material empírico, foi possível identificar um conjunto de dimensões analíticas que atravessam as experiências relatadas pelas entrevistadas e que permitem compreender como a esterilização voluntária se articula com processos mais amplos relacionados à autonomia reprodutiva feminina. Entre essas dimensões destacam-se: a relação entre decisão reprodutiva e projetos de vida, a responsabilização feminina pela contracepção, o papel ambíguo desempenhado pelos serviços de saúde, a presença de barreiras institucionais e as estratégias mobilizadas pelas mulheres para garantir a realização do procedimento.

A autonomia reprodutiva pode ser compreendida como a capacidade das mulheres de decidir de forma livre e informada sobre o número de filhos que desejam ter, o momento de tê-los e os métodos utilizados para regular a fecundidade. No campo dos direitos reprodutivos, essa autonomia está diretamente relacionada ao reconhecimento do direito das mulheres de exercer controle sobre o próprio corpo e sobre suas decisões reprodutivas. Essa percepção também é discutida na literatura

sobre direitos reprodutivos, que reconhece a capacidade de decidir sobre o número de filhos e o intervalo entre as gestações como um elemento central da autonomia reprodutiva (Corrêa & Petchesky, 1996).

Um primeiro elemento que se destaca nas narrativas das participantes refere-se à forma como a decisão pela laqueadura está diretamente vinculada aos projetos de vida e às trajetórias reprodutivas das mulheres. Em grande parte dos relatos, a decisão de não ter mais filhos surge após a percepção de que o número de filhos considerado ideal ou possível já havia sido alcançado. Nesse sentido, a esterilização aparece como instrumento que permite consolidar decisões previamente construídas ao longo da experiência reprodutiva. Uma das entrevistadas afirma:

*“Eu tive um casal de filhos e achei que era suficiente” (E3),*

Outra participante relata:

*“Eu coloquei na cabeça que queria só dois filhos, um casal” (E8).*

Esses relatos indicam que a decisão pela esterilização não ocorre de forma isolada, mas resulta de um processo reflexivo no qual as mulheres avaliam suas condições familiares, econômicas e sociais.

Em diversos casos, a decisão pela laqueadura também aparece associada à busca por maior estabilidade econômica e melhores condições para o cuidado dos filhos já existentes. Uma das entrevistadas explica que a escolha pelo procedimento esteve relacionada às dificuldades econômicas enfrentadas pelas famílias:

*“Porque o custo de viver é difícil e se eu tivesse muitos filhos ia ser mais difícil ainda” (E8).*

Em outro relato, a participante destaca que a decisão pela esterilização permitiu maior segurança em relação ao futuro:

*“Depois da laqueadura eu consegui enxergar melhor o futuro, porque não teria mais o risco de uma gravidez indesejada” (E10).*

Esses depoimentos evidenciam que a decisão reprodutiva se articula com projetos mais amplos relacionados à organização da vida familiar e à construção de trajetórias de autonomia.

Entretanto, as narrativas das entrevistadas também revelam que a decisão pela esterilização está inserida em um contexto social marcado por desigualdades de gênero que atribuem às mulheres a responsabilidade principal pela gestão da reprodução. Em diversos relatos, as participantes destacam que a responsabilidade pelo controle da fecundidade recai predominantemente sobre elas, mesmo em

contextos nos quais existe um parceiro ou uma relação conjugal. Essa percepção é consistente com a literatura sobre divisão sexual das responsabilidades reprodutivas, que aponta que as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelo uso de métodos contraceptivos e pela gestão da vida familiar (Heilborn *et al.*, 2009).

Nesse contexto, a esterilização voluntária emerge como um instrumento que permite às mulheres estabelecer limites para sua fecundidade e exercer maior controle sobre as condições em que desejam viver a maternidade. Ao garantir maior segurança em relação à possibilidade de novas gestações, o procedimento passa a ser percebido como um mecanismo que possibilita às mulheres reorganizar seus projetos pessoais, familiares e profissionais. Assim, a esterilização não aparece apenas como um método contraceptivo definitivo, mas como uma estratégia que contribui para ampliar as condições de exercício da autonomia reprodutiva.

A relação entre reprodução e projetos de vida pode ser interpretada à luz das contribuições da sociologia feminista sobre gênero e reprodução. Para Joan Scott (1995), o gênero constitui uma categoria analítica fundamental para compreender como as relações sociais organizam expectativas, papéis e responsabilidades atribuídos a homens e mulheres. No campo da reprodução, essas relações influenciam diretamente as formas pelas quais as mulheres negociam suas decisões reprodutivas e constroem seus projetos de vida. Nesse sentido, a decisão pela esterilização voluntária pode ser interpretada como parte de um processo mais amplo de afirmação da autonomia feminina sobre o próprio corpo e sobre a gestão da fecundidade.

Outro aspecto fortemente presente nas entrevistas refere-se à responsabilização feminina pelo controle da reprodução. Em diversos relatos, as participantes expressam a percepção de que a gestão da contracepção recai predominantemente sobre as mulheres, mesmo em contextos nos quais existe um parceiro ou uma relação conjugal. Uma das entrevistadas afirma de forma direta:

*“Recai sobre a mulher. No fim das contas é a mulher que cuida da criança” (E4).*

De maneira semelhante, outra participante destaca:

*“Mesmo sendo casada, tudo acaba ficando para a mãe” (E10).*

Esses depoimentos revelam a persistência de uma divisão desigual das responsabilidades reprodutivas, na qual as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pela prevenção da gravidez e pelo cuidado com os filhos.

Essa dinâmica pode ser compreendida a partir das análises de Heleieth Saffioti

(2004), que destaca como as relações de gênero nas sociedades contemporâneas estão atravessadas por estruturas de dominação que naturalizam a atribuição de determinadas responsabilidades às mulheres, especialmente aquelas relacionadas ao cuidado e à reprodução. No contexto das entrevistas analisadas, essa lógica se expressa na forma como a decisão pela esterilização é frequentemente assumida só pelas mulheres como parte de sua responsabilidade na gestão da vida familiar.

Ao mesmo tempo, essa responsabilização também revela um paradoxo importante: embora a autonomia reprodutiva esteja associada à capacidade de decidir sobre a própria fecundidade, as condições sociais nas quais essa decisão ocorre continuam sendo marcadas por desigualdades de gênero. Assim, muitas vezes a escolha pela esterilização aparece simultaneamente como uma estratégia de autonomia e como resultado de uma divisão desigual das responsabilidades reprodutivas entre homens e mulheres.

As narrativas das participantes também evidenciam o papel ambíguo desempenhado pelos serviços de saúde e pelos profissionais que atuam no sistema público. Em alguns relatos, os profissionais aparecem como facilitadores do acesso à laqueadura, oferecendo informações e encaminhamentos adequados. Uma das entrevistadas relata que o processo ocorreu de forma rápida e tranquila graças ao apoio da equipe de saúde:

*“Os profissionais fizeram toda a papelada para eu fazer o procedimento” (E1).*

Em outros casos, entretanto, os profissionais são percebidos como agentes que dificultam ou retardam a realização do procedimento, seja por meio de orientações desencorajadoras, seja por questionamentos sobre a decisão das mulheres. Uma participante relata que foi desaconselhada pela médica responsável pelo parto:

*“A médica disse que eu poderia me separar do meu marido e depois querer ter filhos com outra pessoa” (E4).*

Esse tipo de intervenção evidencia como as decisões reprodutivas das mulheres podem ser mediadas por avaliações feitas por profissionais de saúde sobre o que seria considerado adequado para suas trajetórias de vida. A partir da perspectiva foucaultiana, esse fenômeno pode ser interpretado como expressão de formas de regulação institucional da reprodução. Para Michel Foucault (1979), as práticas médicas e as políticas de saúde podem funcionar como instrumentos de gestão dos corpos e das populações, influenciando as formas pelas quais os indivíduos exercem sua autonomia sobre o próprio corpo.

Além das intervenções profissionais, as entrevistas também revelam a presença de barreiras institucionais que dificultam o acesso ao procedimento. Entre os obstáculos mencionados pelas participantes destacam-se a falta de informações claras, o tempo de espera para a realização da cirurgia e as exigências institucionais relacionadas ao número de filhos ou à idade das mulheres. Uma das entrevistadas relata que procurou a unidade de saúde em busca de informações, mas não recebeu orientação adequada:

*“Quando eu buscava informações, eu não tive” (E2).*

Em outro relato, a participante afirma que o processo foi atrasado porque os profissionais consideraram que ela deveria ter mais filhos antes de realizar a cirurgia:

*“Eu já queria fazer a laqueadura, mas fui desaconselhada porque eu só tinha um filho” (E6).*

Apesar dessas dificuldades, as entrevistas também revelam que as mulheres mobilizam diferentes estratégias para garantir a realização do procedimento. A insistência na decisão, a mobilização de redes de apoio e a negociação com profissionais de saúde aparecem como mecanismos importantes para superar obstáculos institucionais. Uma das entrevistadas relata que conseguiu realizar a laqueadura após receber orientação de amigos:

*“Foram alguns amigos que me orientaram a procurar o planejamento familiar” (E11).*

Em outro caso, a participante destaca que manteve sua decisão mesmo diante da oposição familiar:

*“Mesmo assim eu fui atrás de fazer o procedimento” (E11).*

Essas estratégias demonstram que as mulheres não atuam de forma passiva diante das barreiras encontradas no acesso ao procedimento, mas desenvolvem formas de negociação e resistência que lhes permitem afirmar sua autonomia reprodutiva. Nesse sentido, a esterilização voluntária pode ser interpretada como parte de um processo mais amplo de construção da autonomia feminina sobre o próprio corpo e sobre as decisões relacionadas à fecundidade.

Nesse contexto a análise das entrevistas permite afirmar que a esterilização voluntária contribui para ampliar a autonomia reprodutiva das mulheres na medida em que possibilita maior controle sobre a fecundidade e maior segurança em relação à ocorrência de gestações não planejadas. Entretanto, os relatos também demonstram que o acesso a esse direito não ocorre de forma homogênea, sendo condicionado por

fatores institucionais, sociais e culturais que atravessam o cotidiano dos serviços de saúde. Assim, a materialização dos direitos reprodutivos por meio da esterilização voluntária depende não apenas da existência formal das políticas públicas, mas também da forma como essas políticas são implementadas e negociadas no contexto concreto das relações entre mulheres, profissionais de saúde e instituições.

A síntese das narrativas evidencia que a esterilização voluntária ocupou lugar central nas trajetórias reprodutivas das mulheres entrevistadas, configurando-se como um marco decisivo na construção de sua autonomia reprodutiva. Mais do que um procedimento médico, a laqueadura foi percebida pelas participantes como uma forma concreta de garantir controle sobre o próprio corpo, estabelecer limites para a maternidade e reduzir a insegurança associada à possibilidade de novas gestações não planejadas.

Em um contexto marcado por desigualdades de gênero e por responsabilidades reprodutivas predominantemente atribuídas às mulheres, a decisão pela esterilização aparece como uma estratégia por meio da qual as participantes afirmam sua capacidade de decidir sobre suas próprias trajetórias de vida. Assim, as entrevistas revelam que a materialização desse direito reprodutivo não se limita à existência formal de políticas públicas, mas se concretiza nas experiências cotidianas das mulheres que, ao buscar e realizar a esterilização, reafirmam sua autonomia sobre a fecundidade e sobre os rumos de sua vida familiar e pessoal.

Para além das categorias analíticas inicialmente previstas, a análise das entrevistas evidenciou a emergência de elementos implícitos que se revelaram fundamentais para se ampliar a compreensão da autonomia reprodutiva das mulheres investigadas. Tais elementos dizem respeito, sobretudo, aos silêncios presentes nas narrativas, à naturalização da esterilização feminina e às relações de poder que atravessam tanto as experiências individuais quanto as práticas institucionais. Nesse sentido, torna-se necessário deslocar o olhar analítico para além do conteúdo explicitamente verbalizado, incorporando também aquilo que não foi dito, os não-ditos e as lacunas discursivas, compreendendo-os como dimensões constitutivas da realidade social investigada.

Essa perspectiva encontra respaldo na abordagem foucaultiana, ao considerar que o poder não se manifesta apenas por meio de discursos explícitos, mas também por aquilo que é silenciado ou naturalizado (Foucault, 1979). Assim, evidencia-se que a autonomia reprodutiva não se expressa apenas por meio de escolhas declaradas,

mas também é profundamente marcada por condicionantes simbólicos e estruturais que moldam percepções, práticas e possibilidades.

Um dos aspectos mais recorrentes nas entrevistas refere-se à presença de respostas curtas, muitas vezes restritas a “sim” ou “não”, bem como à dificuldade de elaboração por parte das participantes. Em diversos momentos, observou-se um aparente desinteresse ou a percepção de que a pesquisa tratava de um tema pouco relevante, sobretudo quando a laqueadura era compreendida como algo já incorporado à trajetória de vida dessas mulheres.

Longe de ser interpretado como ausência de conteúdo, esse padrão de respostas deve ser compreendido como um dado analítico relevante. Conforme argumenta Michel Foucault (1979), o silêncio integra os regimes de verdade e constitui uma forma de manifestação do poder, sendo parte ativa na produção das relações sociais. Nesse sentido, o silêncio não representa simplesmente a ausência de fala, mas pode expressar processos de internalização de normas e limites impostos historicamente.

A dificuldade de elaboração discursiva pode estar associada ao silenciamento histórico das mulheres, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social, cujas experiências foram frequentemente deslegitimadas (Scott, 1995). Além disso, como destaca Pierre Bourdieu (1997), as desigualdades sociais influenciam diretamente a capacidade dos indivíduos de expressar e elaborar suas experiências, o que pode ser compreendido como uma limitação da autonomia discursiva.

Dessa forma, é pertinente questionar: por que essas mulheres apresentam dificuldades em narrar suas próprias experiências reprodutivas? O que impede a construção de uma narrativa mais elaborada sobre o próprio corpo? Tais indagações apontam para a existência de limites estruturais que atravessam o exercício da fala e da expressão.

Os chamados “silêncios significativos” revelam não apenas lacunas discursivas, mas também a presença de normas socialmente internalizadas, que orientam comportamentos e percepções de forma muitas vezes inconsciente. O silêncio, portanto, pode indicar a internalização de normas reprodutivas, e não a ausência de opinião.

Outro elemento identificado nas entrevistas diz respeito à forma como a laqueadura é percebida pelas participantes. Em diversas falas, o procedimento aparece como algo “normal”, esperado ou até mesmo inevitável dentro da trajetória

reprodutiva feminina.

Essa percepção pode ser compreendida à luz do conceito de habitus, proposto por Pierre Bourdieu (2007), segundo o qual práticas sociais são incorporadas pelos indivíduos como naturais, mesmo quando resultam de processos históricos e sociais. Nesse sentido, a laqueadura passa a ser internalizada como parte do percurso reprodutivo esperado, especialmente entre mulheres de determinados contextos sociais.

Tal naturalização implica a ausência de problematização acerca do procedimento, bem como a dificuldade de reconhecê-lo como um direito que deveria ser exercido de forma livre e informada. Conforme discutem Berquó (1986) e Vieira (2002), a esterilização feminina no Brasil esteve historicamente associada a práticas de controle da fecundidade, especialmente direcionadas a mulheres pobres.

Diante disso, torna-se necessário problematizar: trata-se de uma escolha autônoma ou de uma adaptação às condições disponíveis? Existe liberdade de escolha quando as alternativas são limitadas ou quando determinadas práticas são socialmente incentivadas? Essas questões indicam que a autonomia não pode ser compreendida de forma abstrata, mas deve ser analisada a partir das condições concretas em que se realiza.

Assim, observa-se que a laqueadura deixa de ser percebida exclusivamente como um direito e passa a operar como um roteiro esperado de vida, evidenciando a presença de uma obrigação simbólica que limita o exercício pleno da autonomia reprodutiva.

As entrevistas também evidenciaram o papel desempenhado pelos profissionais de saúde na construção e reprodução da percepção da laqueadura como algo “normal”. Em diversos relatos, observou-se que os profissionais não problematizam o procedimento e, em alguns casos, reforçam essa naturalização.

Essa dinâmica pode ser compreendida a partir da noção de biopoder, desenvolvida por Michel Foucault (1979), que destaca o papel das instituições na regulação dos corpos e das populações. Nesse contexto, os profissionais de saúde atuam como mediadores das políticas públicas, participando da gestão da vida e da reprodução.

No entanto, como argumenta Vieira (2003), as práticas institucionais no campo da saúde reprodutiva nem sempre se orientam exclusivamente pela garantia de direitos, podendo também reproduzir desigualdades e direcionamentos implícitos.

Dessa forma, é pertinente questionar: há orientação ou indução? O aconselhamento é, de fato, neutro?

Ao não ampliarem o leque de opções contraceptivas discutidas com as usuárias, os serviços de saúde podem operar mais como reguladores das práticas reprodutivas do que como promotores da autonomia. Esse processo evidencia a importância de uma análise crítica das práticas institucionais, considerando seus efeitos concretos na vida das mulheres.

A análise dos dados também suscita a necessidade de incorporar uma dimensão comparativa, ainda que em caráter hipotético, relacionada às desigualdades sociais. Nesse sentido, coloca-se a seguinte questão: essas mesmas dinâmicas ocorreriam em serviços privados ou entre mulheres de classes sociais mais altas?

Embora não seja possível afirmar de forma categórica, essa problematização permite evidenciar que a autonomia reprodutiva é atravessada por desigualdades estruturais. Conforme argumenta Heleieth Saffioti (2004), as relações de gênero estão profundamente articuladas às desigualdades de classe, o que impacta diretamente as condições de vida e as possibilidades de escolha das mulheres.

Mulheres com maior acesso à informação e a serviços de saúde de melhor qualidade tendem a dispor de maior capacidade de questionamento e negociação, o que pode ampliar seu grau de autonomia. Por outro lado, mulheres em contextos de desproteção sociais enfrentam maiores limitações, tanto no acesso a informações quanto na efetivação de seus direitos.

Assim, a autonomia reprodutiva não pode ser compreendida como um atributo universal, sendo, na realidade, desigualmente distribuída. Trata-se de uma autonomia condicionada por fatores sociais, econômicos e institucionais.

Outro aspecto relevante refere-se à baixa participação dos companheiros no processo de decisão acerca da esterilização. As entrevistas indicam que a responsabilidade pelo planejamento reprodutivo recai predominantemente sobre as mulheres, enquanto os homens aparecem como figuras secundárias ou ausentes.

Essa dinâmica pode ser analisada a partir da perspectiva de gênero, que evidencia a construção social da divisão das responsabilidades reprodutivas. Conforme aponta Joan Scott (1995), o gênero constitui uma categoria central de análise das relações sociais, estruturando papéis e expectativas atribuídos a homens e mulheres.

Nesse sentido, a responsabilização feminina pelo controle da fecundidade

reforça desigualdades de gênero e contribui para a invisibilidade masculina nesse campo. Como destaca Saffioti (2004), as relações de poder entre homens e mulheres se manifestam também na forma como as responsabilidades são distribuídas na esfera privada. Dessa forma, a esterilização feminina pode ser compreendida como uma solução individual para uma questão coletiva, evidenciando a necessidade de ampliar o debate sobre a participação masculina no planejamento reprodutivo.

A análise conjunta dos elementos discutidos — os silêncios significativos, a naturalização da esterilização, o papel dos profissionais de saúde e a ausência dos companheiros — permite compreender a autonomia reprodutiva como um fenômeno complexo, marcado por múltiplas determinações.

Nesse contexto, pode-se afirmar que a autonomia reprodutiva, embora formalmente reconhecida como um direito, é vivida de forma limitada pelas mulheres investigadas. Trata-se de uma autonomia condicionada, atravessada por fatores simbólicos, institucionais e sociais que restringem as possibilidades efetivas de escolha. A internalização de normas reprodutivas, a desigualdade no acesso à informação, as práticas institucionais e as relações de gênero operam conjuntamente na conformação das trajetórias reprodutivas, evidenciando que as decisões não são tomadas em um vazio social, mas sim em contextos estruturados por relações de poder.

Conclui-se que, embora exista uma margem de escolha, esta não se configura como plenamente livre. A autonomia é, portanto, possível, mas não plena, sendo atravessada por determinantes como gênero, classe social, acesso à informação e práticas institucionais, o que reforça a necessidade de políticas públicas que ampliem, de fato, as condições para o exercício dos direitos reprodutivos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo analisar como a materialização dos direitos reprodutivos por meio da esterilização voluntária contribui para a autonomia reprodutiva das mulheres no município de São José de Ribamar – MA. Ao longo do estudo, buscou-se compreender de que maneira as mulheres acessam esse direito, quais obstáculos enfrentam nesse processo e quais estratégias mobilizam para garantir a realização do procedimento.

Inicialmente é importante recordar que o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil é resultado de um longo processo de mobilização social e política, fortemente impulsionado pelos movimentos feministas. A partir das décadas de 1970 e 1980, essas mobilizações passaram a questionar o controle histórico exercido sobre o corpo e a reprodução das mulheres, reivindicando o direito à informação, ao acesso a métodos contraceptivos e à possibilidade de decidir livremente sobre a maternidade. Essas lutas contribuíram para a incorporação do planejamento familiar no âmbito das políticas públicas de saúde e para o reconhecimento da reprodução como um campo de direitos, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988 e da legislação que regulamenta o planejamento familiar no país.

Nesse contexto, o conceito de autonomia reprodutiva passou a ocupar lugar central nos debates sobre direitos das mulheres, sendo compreendido não apenas como o direito formal de decidir sobre a reprodução, mas como a capacidade efetiva de exercer essa decisão em condições sociais, institucionais e políticas que possibilitem escolhas livres e informadas.

Entretanto, como discutido ao longo deste trabalho, o reconhecimento formal desses direitos não garante, por si só, sua efetiva concretização na vida das mulheres, uma vez que a materialização desses direitos depende das condições de acesso aos serviços de saúde, da disponibilidade de informações e da forma como as políticas públicas são implementadas no cotidiano.

É nesse ponto que se insere a análise das experiências das entrevistadas. A partir da articulação entre o debate teórico, a análise documental e as narrativas produzidas na pesquisa empírica, foi possível observar como esses direitos se manifestam concretamente na trajetória das mulheres que buscaram a esterilização voluntária no município estudado. Nesse percurso, emergem relatos que revelam

tanto a busca ativa das mulheres pelo controle de sua vida reprodutiva quanto os desafios enfrentados no acesso ao procedimento.

A partir da análise das entrevistas realizadas, foi possível identificar que a esterilização voluntária ocupa lugar significativo nas trajetórias reprodutivas das participantes, sendo frequentemente percebida como um instrumento que permite maior controle sobre a fecundidade e maior segurança em relação às decisões relacionadas à maternidade. Nesse sentido, a laqueadura aparece, nas narrativas das mulheres, como parte de um processo mais amplo de busca por autonomia sobre o próprio corpo e sobre os rumos de sua vida reprodutiva, ainda que esse processo seja marcado por tensões, obstáculos institucionais e limites concretos para a efetivação plena dos direitos reprodutivos.

Apesar dos desafios enfrentados durante a fase de campo, a pesquisa conseguiu alcançar seus objetivos analíticos. Esse resultado decorre do percurso metodológico construído ao longo do estudo, que articulou levantamento teórico, análise documental e investigação empírica, permitindo uma compreensão mais abrangente do fenômeno investigado. Ancorada em uma abordagem qualitativa de caráter interpretativo, a pesquisa buscou identificar sentidos, experiências e significados presentes nas narrativas das participantes, bem como relacioná-los ao debate teórico sobre direitos reprodutivos, autonomia e políticas públicas de planejamento familiar.

Nesse processo, a articulação entre os referenciais teóricos mobilizados, os marcos normativos analisados e as experiências relatadas pelas participantes possibilitaram a realização de saltos qualitativos na interpretação dos dados, permitindo compreender não apenas os aspectos formais das políticas públicas, mas também as formas concretas pelas quais elas são vivenciadas no cotidiano das mulheres.

Os resultados indicam que a decisão pela esterilização voluntária está fortemente associada às trajetórias reprodutivas das mulheres e aos projetos de vida construídos ao longo do tempo. Em grande parte dos relatos, a decisão de realizar a laqueadura ocorre após o nascimento dos filhos considerados desejados, sendo frequentemente compreendida como uma forma de encerrar o ciclo reprodutivo e buscar maior estabilidade familiar, emocional e econômica. Nesse sentido, a esterilização aparece nas narrativas como uma estratégia de organização da vida reprodutiva, articulada às condições sociais, às responsabilidades familiares e às

expectativas das mulheres em relação ao futuro.

Outro aspecto importante identificado na análise das entrevistas refere-se à persistência da responsabilização feminina pela gestão da reprodução. Mesmo em contextos nos quais as mulheres possuem parceiros ou estão inseridas em relações conjugais, a decisão sobre métodos contraceptivos e sobre o controle da fecundidade aparece predominantemente associada às mulheres. Nesse cenário, a esterilização voluntária surge como uma estratégia por meio da qual as mulheres buscam garantir maior segurança contraceptiva e reduzir a possibilidade de gestações não planejadas.

As entrevistas também evidenciaram que o acesso à esterilização voluntária nem sempre ocorre de forma simples ou imediata. Algumas participantes relataram dificuldades relacionadas à falta de informações sobre o procedimento, ao tempo de espera para a realização da cirurgia ou à influência de profissionais de saúde que, em determinados casos, questionaram ou desencorajaram a decisão das mulheres. Esses relatos demonstram que, embora a esterilização voluntária seja reconhecida como um direito no âmbito das políticas públicas de planejamento familiar, sua efetivação depende da forma como esses serviços são organizados e implementados no cotidiano dos serviços de saúde.

Apesar dessas barreiras, as entrevistas revelam que as mulheres mobilizam diferentes estratégias para garantir a realização do procedimento. A insistência na decisão, a busca por informações e a mobilização de redes de apoio foram elementos recorrentes nas trajetórias das participantes. Esses processos demonstram que a autonomia reprodutiva não se constrói apenas no plano formal das políticas públicas, mas também nas práticas cotidianas por meio das quais as mulheres negociam e afirmam suas decisões reprodutivas.

Nesse contexto a síntese das categorias analíticas emergentes — notadamente os silêncios significativos, a naturalização da esterilização e as práticas institucionais que atravessam o cuidado em saúde — permite compreender a autonomia reprodutiva das mulheres investigadas como um fenômeno complexo e socialmente condicionado. Os silêncios observados nas entrevistas, longe de indicarem ausência de posicionamento, revelam processos de internalização de normas reprodutivas e limites na construção discursiva sobre o próprio corpo, evidenciando formas sutis de regulação social.

De modo articulado, a naturalização da laqueadura como etapa esperada da trajetória feminina aponta para a incorporação de um roteiro reprodutivo socialmente

construído, no qual um direito é ressignificado como obrigação simbólica. Soma-se a isso o papel dos serviços de saúde, que, ao operarem por meio de protocolos, exigências e práticas orientadoras, contribuem para a reprodução dessas lógicas, muitas vezes sem promover efetivamente a ampliação das possibilidades de escolha. Esse conjunto de elementos, atravessado ainda pela desigual participação masculina e pelas desigualdades de classe, evidencia que a autonomia reprodutiva se configura, nesse contexto, como uma autonomia condicionada, construída em meio a relações de poder que limitam, orientam e, por vezes, silenciam as experiências das mulheres.

A discussão dos resultados, articulada com a literatura da saúde coletiva e dos estudos de gênero, permitiu compreender que a esterilização voluntária ocupa um papel relevante na construção da autonomia reprodutiva feminina, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais e de gênero. Ao possibilitar maior controle sobre a fecundidade, o procedimento contribui para que as mulheres possam planejar suas trajetórias de vida com maior segurança e previsibilidade.

Ao mesmo tempo, os resultados desta pesquisa indicam que a efetivação dos direitos reprodutivos depende não apenas da existência de políticas públicas que garantam o acesso à esterilização voluntária, mas também da capacidade do sistema de saúde de oferecer informações adequadas, acolhimento e encaminhamento oportuno para as mulheres que desejam exercer esse direito. Nesse sentido, fortalecer as ações de planejamento familiar no âmbito da Atenção Primária à Saúde constitui um elemento fundamental para ampliar o acesso à informação e garantir que as decisões reprodutivas das mulheres sejam respeitadas.

Entre as principais contribuições desta pesquisa destaca-se a possibilidade de compreender, a partir das narrativas das próprias mulheres, como os direitos reprodutivos se materializam no cotidiano dos serviços de saúde. Ao dar visibilidade às experiências e percepções das participantes, o estudo contribui para ampliar o debate sobre autonomia reprodutiva, planejamento familiar e acesso à esterilização voluntária no contexto das políticas públicas de saúde.

Sendo assim, os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade de fortalecer políticas e práticas institucionais que garantam o acesso efetivo aos direitos reprodutivos, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde e em São José de Ribamar. Isso inclui ampliar a oferta de informações sobre métodos contraceptivos, garantir o acolhimento das demandas das mulheres nos serviços de saúde e promover práticas profissionais qualificados que conhecem a legislação vigente sobre

Planejamento Familiar, Direitos Sexuais e Reprodutivos, concedam voz e respeitem a autonomia reprodutiva das usuárias. Ao reconhecer a centralidade da decisão das mulheres sobre suas próprias trajetórias reprodutivas, torna-se possível avançar na construção de políticas públicas mais equitativas e sensíveis às necessidades das mulheres.

## REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, Sonia E. Para além da sociedade civil: reflexões sobre o campo feminista. **Cadernos Pagu**, n. 43, p. 13-56, 2014.
- ALVES, José Eustáquio Diniz; CAVENAGHI, Suzana Marta. Indicadores de desigualdade de gênero no Brasil. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 18, n. 1, p. 83-105, 2013.
- ARILHA, Margareth; BERQUÓ, Elza. Cairo+ 15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. In: **Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo**. Rio de Janeiro: ABEP, UNFPA, 2009. p. 67-120.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. suppl 2, p. S465-S469, 2003.
- BADINTER, Elisabeth. **O mito do amor materno: um amor conquistado**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARROSO, Carmen. **Direitos reprodutivos como direitos humanos**. *Revista Estudos Feministas*, 2013.
- BARSTED, Leila Linhares. Lei Maria da Penha: uma experiência bem-sucedida de advocacy feminista. **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 13-38, 2011.
- BARSTED, Mariana L. Tecendo Fios das Críticas Feministas ao Direito no Brasil II DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES E VIOLÊNCIAS. **Weaving Threads of Feminist Criticisms of Rights, Volume II**, 2020.
- BENTO, Silvana Ferreira et al. Factors Associated to the Decision to Terminate or not an Unwanted Pregnancy among a Sample of Civil Servant in São Paulo State, Brazil. **Journal of Public Health International**, v. 1, n. 3, p. 1-9, 2019.
- BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2003.
- BERQUÓ, Elza et al. **Esterilização feminina no Brasil hoje**. 1989.
- BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022**. Altera a Lei nº 9.263/1996 para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Diário

Oficial da União, Brasília, 2022.

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. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRIOZZO, Leonel. From risk and harm reduction to decriminalizing abortion: The Uruguayan model for women's rights. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 134, p. S3-S6, 2016.

BROWN, Wendy. **In the ruins of neoliberalism: The rise of antidemocratic politics in the West**. Columbia University Press, 2019.

CABRAL, Cristiane da Silva; BARBOSA, Regina Maria; ARILHA, Margareth. Direito ao aborto: caminhos traçados no Brasil-entrevista com Margareth Arilha. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00118319, 2020.

CAETANO, André Junqueira. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada<sup>1</sup>. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, p. 309-331, 2014.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Base de dados de estabelecimentos de saúde**. Ministério da Saúde.

CONNELL, Raewyn W. **Masculinities**, 2 e éd., Berkeley. 2005.

CONNELLY, Matthew. **Fatal misconception: The struggle to control world population**. Harvard University Press, 2010.

CORDEIRO, Fabíola et al. Entre negociação e conflito: gênero e coerção sexual em três capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1051-1062, 2009.

CORRÊA, Sonia. A “política do gênero”: um comentário genealógico. **cadernos pagu**, p. e185301, 2018.

CORRÊA, Sonia. **Population and reproductive rights: feminist perspectives from the South**. London: Zed Books, 1993.

CORREA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. 2003. p. 17-78.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind Pollack. **Direitos sexuais e reprodutivos:**

**uma perspectiva feminista.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. **Reproductive and sexual rights: a feminist perspective.** In: SEN, Gita; GERMAIN, Adrienne; CHEN, Lincoln (org.). *Population policies reconsidered: health, empowerment and rights.* Boston: Harvard University Press, 1994.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, p. 171-188, 2002.

DA SILVA BOMFIM, Vitoria Vilas Boas et al. Mortalidade por aborto no Brasil: Perfil e evolução de 2000 a 2020. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e49910716866-e49910716866, 2021.

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade e Nascidos Vivos (SIM/SINASC).** Ministério da Saúde.

DAVIS, Angela. **Women, race and class.** New York: Vintage Books, 2007.

DE ASSIS MACHADO, Marta Rodriguez; COOK, Rebecca J. Constitucionalização do aborto no Brasil: uma análise a partir do caso da gravidez anencefálica. **Revista Direito e Práxis**, v. 10, n. 3, p. 2239-2295, 2019.

DINIZ, Debora et al. QUESTÕES ÉTICAS E JURÍDICAS EM SAÚDE REPRODUTIVA. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 136, p. 105-110, 2017.

DINIZ, Debora. Aborto e saúde pública no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1992-1993, 2007.

DINIZ, Debora. Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e juízes em cena. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 13, p. 251-272, 2003.

DINIZ, Debora. **Zika: do sertão nordestino à ameaça global.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

DINIZ, Debora; CORRÊA, Sonia. **Direitos reprodutivos no Brasil.** In: BERQUÓ, Elza (org.). *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil.* Campinas: UNICAMP, 2001.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 653-660, 2017.

FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. **The human drama of abortion: a global search for consensus.** Vanderbilt University Press, 2006.

- FEDERICI, Silvia. **Caliban and the witch: women, the body and primitive accumulation**. New York: Autonomedia, 2004.
- FEDERICI, Silvia. **O patriarcado do salário: notas sobre Marx, gênero e feminismo**. São Paulo: Boitempo, 2019.
- FEDERICI, Silvia; ARRUZZA, Cinzia. **Gênero, patriarcado e salário**. São Paulo: Boitempo, 2019.
- FERREIRA, Marília Samália M.; MATOS, W. F.; SILVA, A. D.; FEITOSA, I. D. Consentimento unilateral: como as relações desiguais de poder em relações estáveis heterossexuais podem afetar no não uso de preservativo. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2024, Teresina. **Anais do V Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas**. Teresina: EDUFPI/LESTU, 2024. v. 5.
- FIRESTONE, Shulamith. **The dialectic of sex: the case for feminist revolution**. New York: Bantam Books, 1976.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FRASER, Nancy. **Cannibal capitalism: How our system is devouring democracy, care, and the planet and what we can do about it**. Verso books, 2023.
- FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL. **Primeira infância em dados: indicadores demográficos e sociais**. São Paulo: FMCSV, 2026.
- GAUTHIER, Anne Helene. Historical trends in state support for families in Europe (post-1945). **Children and Youth Services Review**, v. 21, n. 11-12, p. 937-965, 1999.
- GEBARA, Ivone. A Teologia da Libertação e as mulheres. **Sociedade e Cultura**, v. 23, 2020.
- GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde reprodutiva: reflexões sobre o caso brasileiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 115-135, 1994.
- GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S103-S112, 2002.
- GREENHALGH, Susan; WINCKLER, Edwin A. **Governing China's population: From Leninist to neoliberal biopolitics**. Stanford University Press, 2005.
- HARTMANN, Betsy. Reproductive rights and wrongs. In: **Living with contradictions**. Routledge, 2018. p. 330-340.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 12, p. 224-257, 2012.

HEILBORN, Maria Luiza et al. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006.

HEILBORN, Maria Luiza et al. **Sexualidade, família e reprodução**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

HIRD, Myra J. Gender's nature: Intersexuality, transsexualism and the 'sex'/gender'binary. **Feminist theory**, v. 1, n. 3, p. 347-364, 2000.

HOCHSCHILD, Arlie; MACHUNG, Anne. **The second shift: Working families and the revolution at home**. Penguin, 2012.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: resultados preliminares**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados: São José de Ribamar (MA)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais dos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociais municipais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IPPF – INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. **COVID-19: A global crisis for sexual and reproductive health and rights**. London: IPPF, 2020.

LERNER, Gerda. **A criação do patriarcado**. São Paulo: Cultrix, 1986.

MACHADO, Maria das Dores Campos. Religião e Política no Brasil Contemporâneo: uma análise dos pentecostais e carismáticos católicos. **Religião & Sociedade**, v. 35, n. 2, p. 45-72, 2015.

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

MIGUEL, Luis Felipe. **Dominação e resistência: desafios para uma política emancipatória**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MIGUEL, Luis Felipe. **O colapso da democracia no Brasil**. São Paulo: Expressão Popular, 2021.

MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. **Feminismo e política: uma introdução**. São Paulo: Boitempo, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **e-Gestor Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde.

MISKOLCI, Richard. **Batalhas morais: política identitária na esfera pública técnico-mediatizada**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

NUSSBAUM, Martha C. **Women and human development: The capabilities approach**. Cambridge university press, 2000.

OAKLEY, Ann. **Sex, gender and society**. London: Temple Smith, 1972.

OLIVEIRA, Alcilene Cavalcante de. O movimento Católicas pelo Direito de Decidir na América Latina: experiências em prol dos direitos sexuais e reprodutivos. **e-cadernos CES**, n. 04, 2009.

OSIS, Maria José Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

OSIS, Maria José Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. S25-S32, 1998.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PETCHESKY, Rosalind Pollack. **Abortion and woman's choice: the state, sexuality and reproductive freedom**. Boston: Northeastern University Press, 1990.

PETCHESKY, Rosalind. **Global prescriptions: gendering health and human rights**. London: Zed Books, 2003.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

PISCITELLI, Adriana. **Gênero: a história de um conceito**. São Paulo: Editora UNESP, 2020.

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

RICH, Adrienne. **Of woman born: Motherhood as experience and institution**. WW Norton & Company, 1986.

ROCHA, Maria Isabel Balthar; ANDALAF NETO, J.; BERQUÓ, E. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. **Campinas: Unicamp**, 2003.

ROSS, Loretta; SOLINGER, Rickie. **Reproductive justice: An introduction**. Univ of California Press, 2017.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. Ministério Público do Estado da Bahia, 2004.

SÁNCHEZ FUENTES, María Luisa; PAINE, Jennifer; ELLIOTT-BUETTNER, Brook. The decriminalisation of abortion in Mexico City: how did abortion rights become a political priority?. **Gender & Development**, v. 16, n. 2, p. 345-360, 2008.

SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar. **Feminismos, feministas e movimentos**

**sociais**. Salvador: EDUFBA, 2019.

SARTI, Cynthia Andersen. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, n. 02, p. 35-50, 2004.

SCAVONE, Lucila. Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero. 2000.

SCAVONE, Lucila. Políticas feministas do aborto. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, p. 675-680, 2008.

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SENADO FEDERAL. **Lei nº 14.443/2022 – atualização do planejamento familiar**. Brasília, 2022.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, p. 20-45, 2006.

VENTURA, Miriam. Direitos reprodutivos no Brasil. In: **Direitos reprodutivos no Brasil**. 2002. p. 134-134.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **Políticas públicas e contracepção no Brasil**. In: BERQUÓ, Elza (org.). *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2003. p. 151–196.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. In: A medicalização do corpo feminino. 2002. P. 84-84.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; FORD, Nicholas J. **Provision of female sterilization in São Paulo, Brazil: a study among low-income women**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 875-881, 2004.

## **APÊNDICES E ANEXOS**

**APÊNDICE A – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS**

- 1. Idade:** \_\_\_\_\_
- 2. Identidade de gênero:** \_\_\_\_\_
- 3. Bairro/Município onde mora:** \_\_\_\_\_
- 4. Raça/cor (autodeclarada):**  
(1) preta (2) parda (3) branca (4) amarela (5) indígena (6) não informado
- 5. Estado Civil:**  
(1) solteiro(a) (2) casado(a) (3) união consensual (4) viúvo(a)  
(5) divorciado(a) (6) não informado
- 6. Ocupação/Vínculo de trabalho:** \_\_\_\_\_
- 7. Recebe algum benefício (previdenciário ou trabalhista)?**  
(1) Não (2) Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- 8. Escolaridade:**  
(1) analfabeto  
(2) 1ª a 4ª série incompleta do EF  
(3) 4ª série completa do EF  
(4) 5ª a 8ª série incompleta do EF  
(5) ensino fundamental completo  
(6) ensino médio incompleto  
(7) ensino médio completo  
(8) educação superior incompleta  
(9) educação superior completa  
(10) não informado
- 9. Tipo de moradia:**  
(1) próprio (2) alugado (3) cedido (4) outro: \_\_\_\_\_ (5) não informado
- 10. Com quem reside:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 11. Possui plano de saúde? (1) Não (2) Sim**

**APENDECE B- ROTEIRO DA ENTREVISTA****PERGUNTAS SOBRE AUTONOMIA REPRODUTIVA FEMININA**

- 1) Como você descreve o processo de decisão pela laqueadura? Você se sentiu protagonista dessa decisão? Por quê?
- 2) Quais aspectos da sua vida (trabalho, maternidade, saúde, relações familiares ou conjugais) influenciaram sua decisão pela laqueadura?
- 3) Na sua experiência, que possibilidades você percebeu ter para decidir sobre sua reprodução antes da laqueadura?
- 4) Você considera que existiam alternativas contraceptivas viáveis para você naquele momento? Por que a laqueadura se destacou como a opção possível ou desejada?
- 5) Houve situações, pessoas ou instituições que facilitaram ou dificultaram sua autonomia na decisão pela laqueadura? Fale sobre isso.
- 6) De que forma a responsabilidade pela contracepção recaiu sobre você ao longo da sua vida reprodutiva?
- 7) Você percebe diferenças entre as responsabilidades atribuídas a homens e mulheres no planejamento reprodutivo? Como isso impactou sua decisão?
- 8) O que a laqueadura representa para você em termos de segurança, controle do corpo e tranquilidade para viver seus projetos de vida?
- 9) Você sente que a laqueadura ampliou, manteve ou limitou sua autonomia reprodutiva? Explique.
- 10) Ao olhar para sua trajetória, que significado a laqueadura assume na sua história de vida e na sua condição de mulher?

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Universidade Federal do Maranhão**  
**Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas**  
**Mestrado em Políticas Públicas**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**Direitos Reprodutivos e Esterilização Voluntária Feminina: obstáculos e perspectivas para a autonomia reprodutiva em São José de Ribamar/MA**”, conduzida por mim, Marília Samália M. Ferreira, Assistente Social, Cientista Social e mestranda no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (PGPP/UFMA), sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marly de Jesus Sá Dias, docente do PGPP/UFMA. O objetivo desta pesquisa é compreender os desafios enfrentados pelas mulheres na busca pela esterilização voluntária no município de São José de Ribamar.

Este estudo é relevante para as políticas públicas de saúde, uma vez que a esterilização voluntária está inserida no contexto dos direitos reprodutivos e da saúde feminina, temas essenciais para a promoção de uma sociedade mais justa e igualitária. A pesquisa busca identificar as barreiras que dificultam o acesso a esse serviço de saúde, contribuindo para possíveis melhorias nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher.

A coleta de dados ocorrerá entre outubro e novembro de 2025. Se você aceitar participar, será realizada uma entrevista com duração média de 10 a 20 minutos. A entrevista consistirá em perguntas abertas e fechadas. Você poderá acessar as perguntas antes de decidir sua participação. Como a entrevista será semiestruturada, novas perguntas poderão surgir durante o diálogo. Caso se sinta desconfortável, poderá escolher não responder ou interromper a entrevista a qualquer momento.

A entrevista será dividida em duas partes: dados socioeconômicos e demográficos, e questões sobre o acesso aos serviços de saúde pública e as percepções sobre o atendimento. O intuito não é julgar, mas sim entender melhor os desafios vividos pela população em relação ao direito à saúde e à esterilização

voluntária.

Sua participação nesta pesquisa não implica em nenhum risco físico ou moral. Contudo, devido à natureza do tema, alguns momentos da entrevista podem gerar desconfortos emocionais, caso o conteúdo traga à tona experiências pessoais difíceis. Você tem a liberdade de não responder a determinadas questões ou interromper a entrevista, sem qualquer prejuízo.

Ao participar deste estudo, você poderá se beneficiar de forma direta e indireta. Como benefício direto, terá a oportunidade de expressar suas experiências, percepções e dificuldades em um espaço seguro e acolhedor, contribuindo para que sua voz seja ouvida e valorizada no contexto acadêmico e social. Como benefício indireto, sua colaboração auxiliará na produção de conhecimentos que poderão subsidiar ações e políticas públicas voltadas à melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde para mulheres, especialmente no que se refere aos direitos reprodutivos e à esterilização voluntária.

Os dados coletados serão tratados de forma confidencial e serão utilizados unicamente para fins acadêmicos, em congressos ou publicações científicas, sempre preservando o anonimato dos participantes. Não haverá qualquer divulgação de informações que possam identificar você.

Você não terá despesas financeiras relacionadas à participação nesta pesquisa. Além disso, a recusa ou desistência da pesquisa não afetará o atendimento que você recebe na Unidade Básica de Saúde de São José de Ribamar.

Caso tenha dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato comigo, Marília Ferreira, pelo número (98) 99170-4446 ou pelo e-mail marilia.samalia@discente.ufma.br. Se tiver questões éticas, pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone (98) 3272-8708 ou pelo e-mail cepufma@ufma.br.

Este documento foi impresso em duas vias e deve ser rubricado em todas as páginas e assinado na última página. Uma via ficará com você e a outra comigo, pesquisadora responsável.

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Após ter sido devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos, a importância da pesquisa, os benefícios e possíveis desconfortos, e os meus direitos como

participante, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados de forma anônima, em congressos e/ou publicações científicas.

São Luís (MA), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura do(a) participante

---

Assinatura da pesquisadora responsável

---

Página 3 de 3

\_\_\_\_\_ (rubrica do/a Participante) \_\_\_\_\_ (rubrica da  
Pesquisadora)

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DIREITOS REPRODUTIVOS E ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA FEMININA: obstáculos e perspectivas para a autonomia reprodutiva em São José de Ribamar/MA.

**Pesquisador:** MARILIA SAMALIA MARTINS FERREIRA  
**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 88231725.0.0000.5087

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.903.523

##### Apresentação do Projeto:

Apesar de ser um direito garantido por lei desde 1996, a esterilização voluntária feminina ainda enfrenta grandes obstáculos na prática, especialmente em São José de Ribamar/MA. O estudo investiga essa contradição entre a legislação avançada e as dificuldades reais que as mulheres encontram para acessar o procedimento no sistema público de saúde. A pesquisa busca revelar diversos tipos de barreiras: desde exigências ilegais até falta de informação e serviços especializados. Esses problemas podem refletir estruturas patriarcais ainda presentes tanto no sistema de saúde quanto na sociedade local. O trabalho se concentra nas experiências reais das mulheres ribamarenses, dando voz às suas lutas por autonomia reprodutiva. Mais do que apenas identificar os problemas, o estudo busca contribuir para soluções práticas que transformem os direitos no papel em direitos reais, melhorando as políticas públicas e serviços de saúde na região.

##### Objetivo da Pesquisa:

###### Objetivo Primário:

- Analisar como a materialização dos direitos reprodutivos através da esterilização voluntária das mulheres tem contribuído para a autonomia reprodutiva feminina em São José de Ribamar - MA.

Continuação do Parecer: 7.903.523

**Objetivo Secundário:**

- Discutir como as políticas públicas asseguram os direitos reprodutivos no Brasil e em São José de Ribamar - MA.
- Examinar como a esterilização voluntária feminina, enquanto direito reprodutivo, tem sido implementada e acessada pelas mulheres em São José de Ribamar.
- Identificar desafios, obstáculos no acesso das mulheres à esterilização voluntária.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Conforme estabelecido na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), toda pesquisa envolvendo seres humanos implica riscos de diferentes naturezas e intensidades, podendo afetar dimensões físicas, psíquicas, morais, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais. No contexto desta pesquisa sobre direitos reprodutivos e esterilização voluntária feminina, não se identificam riscos físicos diretos aos participantes. No entanto, considerando o caráter sensível do tema e o teor das entrevistas, é possível que algumas questões possam gerar desconforto emocional ou sofrimento psicológico, especialmente ao rememorar experiências pessoais delicadas relacionadas ao acesso à esterilização. Para minimizar esses impactos, serão adotadas medidas de cuidado ético e psicológico, como a realização das entrevistas em locais reservados e acolhedores, garantindo privacidade e segurança, além de uma abordagem empática e respeitosa por parte da pesquisadora. O participante terá plena liberdade para recusar-se a responder qualquer pergunta que lhe cause desconforto, bem como interromper sua participação a qualquer momento, sem prejuízos.

**Benefícios:**

Quanto aos benefícios, esta pesquisa contribuirá para uma compreensão mais aprofundada dos desafios enfrentados pelas mulheres de São José de Ribamar no acesso à esterilização voluntária, evidenciando as contradições entre a formulação das políticas públicas de saúde reprodutiva e sua efetiva implementação. Além de subsidiar políticas públicas mais sensíveis às necessidades das mulheres, os resultados poderão fomentar reflexões críticas entre profissionais de saúde e gestores, promovendo mudanças de atitudes e práticas que favoreçam a autonomia reprodutiva e o respeito aos direitos das mulheres.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A metodologia apresentada no seu projeto atende aos objetivos propostos, pois está alinhada com a investigação qualitativa que busca compreender as motivações e experiências das

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom

**Bairro:** Bacanga

**CEP:** 65.080-805

**UF:** MA

**Município:**

**Telefone:** (98)3272-8708

**E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 7.903.523

mulheres sobre a esterilização voluntária. O uso de entrevistas semiestruturadas permite uma análise aprofundada e detalhada, adequada para captar as nuances do tema. Além disso, a combinação com revisão bibliográfica oferece um suporte teórico consistente para a análise dos dados empíricos.

A definição clara dos critérios de inclusão e exclusão, o local e período da pesquisa, bem como os procedimentos éticos adotados, reforçam a adequação da metodologia para garantir a proteção dos sujeitos da pesquisa, respeitando o consentimento informado, o anonimato e a confidencialidade. A análise qualitativa baseada na hermenêutica dialética também é apropriada para relacionar os dados coletados com a teoria, contribuindo para o alcance dos objetivos do projeto.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O Termos de apresentação obrigatória foram contemplados quais sejam: Folha de Rosto assinada pelo coordenador responsável e pelo responsável institucional com data constante nos termos da assinatura digital do gov.br, Cronograma ajustado conforme solicitação, TECLE ajustado conforme solicitado em atendimento às pendências; declaração de autorização de coleta de dados; orçamento financeiro. Apresentação da Carta resposta com o atendimentos as seguintes solicitações de pendências:

#### **PENDÊNCIA 1:**

Apresentar o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE) com benefícios diretos e indiretos às participantes da pesquisa.

#### **RESPOSTA:**

O TCLE foi reformulado para incluir, de forma clara e detalhada, os benefícios diretos e indiretos que as participantes poderão obter com a participação na pesquisa. No texto, foi inserido o seguinte trecho:

Ao participar deste estudo, você poderá se beneficiar de forma direta e indireta. Como benefício direto, terá a oportunidade de expressar suas experiências, percepções e dificuldades em um espaço seguro e acolhedor, contribuindo para que sua voz seja ouvida e valorizada no contexto acadêmico e social. Como benefício indireto, sua colaboração auxiliará na produção de conhecimentos que poderão subsidiar ações e políticas públicas voltadas à melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde para mulheres, especialmente no que se refere aos direitos reprodutivos e à esterilização voluntária.

Alteração realizada no documento TCLE, no parágrafo 3, da página 2.

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom

**Bairro:** Bacanga

**CEP:** 65.080-805

**UF:** MA

**Município:**

**Telefone:** (98)3272-8708

**E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 7.903.523

**PENDÊNCIA 2:**

Atualizar o cronograma desta pesquisa para outubro de 2025.

**RESPOSTA:**

O cronograma foi atualizado de modo que a execução da pesquisa será realizada em outubro de 2025, contemplando adequadamente todas as etapas previstas. Trecho modificado:

Alteração realizada no documento Projeto de Pesquisa, página 25 e no Cronograma da Plataforma Brasil.

**Recomendações:**

O autor responsável encaminhou as modificações do cronograma dentro do prazo, mas recomendo ajustar a data de início da coleta dos dados para após a aprovação no CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Dessa forma, considerando a apresentação da carta resposta em atendimento as pendências constantes no parecer anterior e que o projeto apresentado atende plenamente a Resolução 466/2012 e suas complementares, somos de parecer favorável à aprovação do mesmo. A adequação do documento aos parâmetros legais e éticos demonstra o compromisso dos pesquisadores com a proteção dos participantes e com a transparência no desenvolvimento da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto preencheu todos os requisitos obrigatórios indicados pelas legislações éticas vigentes.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2530343.pdf	13/08/2025 16:45:49		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13/08/2025 16:45:05	MARILIA SAMALIA MARTINS FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Marilia_Samalia.pdf	13/08/2025 16:44:39	MARILIA SAMALIA MARTINS FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/08/2025 16:44:03	MARILIA SAMALIA MARTINS FERREIRA	Aceito

**Bairro:** Bacanga

**CEP:** 65.080-805

**UF:** MA

**Município:**

**Telefone:** (98)3272-8708

**E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 7.903.523

Outros	CARTA_RESPOSTA_.pdf	13/08/2025 16:42:31	MARILIA SAMALIA MARTINS FERREIRA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_AUTORIZACAO_P ARA_COLETA_DE_DADOS_assinado.p df	23/04/2025 19:36:21	MARILIA SAMALIA MARTINS FERREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_FINANCEIRO.pdf	23/04/2025 19:34:12	MARILIA SAMALIA MARTINS FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_preenchida_assinado_as sinado.pdf	23/04/2025 19:29:16	MARILIA SAMALIA MARTINS FERREIRA	Aceito
Outros	roteiro_entrevista.pdf	02/04/2025 18:49:38	MARILIA SAMALIA MARTINS FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 14 de Outubro de 2025

Assinado por: \_\_\_\_\_

Flávio de Oliveira Pires (Coordenador(a))

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho Cidade Universitária Dom

**Bairro:** Bacanga

**CEP:** 65.080-805

**UF:** MA

**Município:**

**Telefone:** (98)3272-8708

**E-mail:** cepufma@ufma.br