

Autonomia Formal, Arrependimento Real: Laqueadura Precoce e a Ausência de Políticas Públicas Efetivas

Daniella Vieira¹

Resumo

O presente artigo analisa criticamente a evolução legislativa sobre a esterilização voluntária no Brasil, com foco na Lei nº 14.443/2022, que reduziu a idade mínima para a laqueadura para 21 anos, e no debate em curso no Supremo Tribunal Federal (STF) sobre a possibilidade de nova redução para 18 anos. A análise contrapõe a autonomia formal, assegurada pela legislação, com a autonomia real, condicionada por fatores socioeconômicos, culturais e pela efetividade das políticas públicas de saúde. A hipótese central é a de que a mera redução da idade mínima, desacompanhada de um robusto sistema de planejamento familiar, que inclua aconselhamento psicológico, educação sexual e acesso a métodos contraceptivos reversíveis, pode ampliar o risco de arrependimento pós-laqueadura, especialmente entre mulheres em situação de vulnerabilidade. O estudo conclui que a efetivação da autonomia reprodutiva feminina depende menos da idade legal e mais da existência de estruturas de apoio que garantam decisões conscientes, informadas e livres de coerção.

Palavras-chave: Autonomia Reprodutiva; Laqueadura; Esterilização Voluntária; Direitos das Mulheres; Políticas Públicas.

1. INTRODUÇÃO

A autonomia reprodutiva constitui um direito fundamental assegurado pela Constituição Federal de 1988, fundamentada no princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III) e na liberdade da constituição familiar (art. 226, §7º). Entretanto, apesar do reconhecimento jurídico formal desse direito, sua concretização depende de condições materiais, simbólicas e informacionais que permitam ao indivíduo exercer escolhas reprodutivas de forma consciente e livre de coerções diretas ou indiretas. No contexto

brasileiro, a história da esterilização feminina revela tensões entre autonomia, controle estatal e desigualdades sociais.

Durante o final do século XX, denúncias sobre a realização de esterilizações em massa, especialmente em mulheres negras, pobres e indígenas, levaram à instauração da CPI da Esterilização, em 1991. Esse marco evidenciou que a esterilização, por vezes, se configurou como instrumento de biopolítica, operando mecanismos de controle populacional, como apontado por Diniz (2014). Em resposta, a Lei nº 9.263/1996 estabeleceu critérios para a esterilização voluntária, incluindo idade mínima de 25 anos ou dois filhos vivos e exigência de consentimento informado. Contudo, em 2022, a Lei nº 14.443 alterou esse cenário, reduzindo a idade mínima para laqueadura para 21 anos e dispensando autorização conjugal. No parecer, a relatora, senadora Nilda Gondim, justificou a redução da idade afirmando que:

“Em relação à redução da idade, entendemos que os serviços de planejamento familiar do Sistema Único de Saúde (SUS) e do setor de saúde suplementar estão aptos a prover informações adequadas para que mulheres e homens tomem decisões conscientes, considerando, inclusive, as repercussões biológicas e sociais de suas escolhas. Ademais, a aprovação do projeto em comento fará com que a legislação do Brasil esteja em consonância com a de países como Canadá, França, Alemanha, Argentina e Colômbia, que, no caso de pessoas capazes, vedam a esterilização apenas de menores de idade.”

Mais recentemente, o debate intensificou-se com o julgamento no Supremo Tribunal Federal sobre a possibilidade de reduzir a idade mínima para 18 anos.

A questão central que emerge é saber se a flexibilização da idade mínima representa, de fato, uma ampliação da autonomia das mulheres ou se, diante da insuficiência de políticas públicas de educação sexual, planejamento familiar e acompanhamento psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS), corre-se o risco de ampliar o número de casos de arrependimento pós-laqueadura, especialmente entre mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Deste modo, o presente artigo analisa criticamente a evolução legislativa sobre a esterilização voluntária no Brasil, o parecer da senadora

Nilda Gondim e o debate constitucional em curso no STF, buscando compreender se a autonomia assegurada é efetiva ou meramente formal.

2. AUTONOMIA REPRODUTIVA E DIREITO DAS MULHERES

A autonomia reprodutiva constitui um dos pilares centrais dos direitos humanos das mulheres. Trata-se da liberdade de decidir sobre a própria capacidade de gerar filhos, incluindo o direito de escolher *se, quando e quantos* filhos ter, bem como o acesso a métodos contraceptivos seguros e adequados. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 assegura esse princípio ao estabelecer, em seu art. 226, §7º, que o planejamento familiar é de “livre decisão do casal”, devendo o Estado garantir “recursos educacionais e científicos” para o seu exercício. Contudo, a concretização desse direito mostra-se atravessada por contextos culturais e relações de poder que nem sempre reconhecem o corpo feminino como território de autodeterminação.

Historicamente, o corpo das mulheres foi regulado pelo Estado, pela medicina, pela religião e pela moralidade social. A maternidade foi narrada como destino natural feminino, reforçando a ideia de que a identidade da mulher estaria intrinsecamente vinculada ao papel de mãe. Tal construção não é neutra: deriva de estruturas patriarcais que posicionam as mulheres em função do cuidado e da reprodução, enquanto reservam aos homens a função de produção e decisão pública. Assim, quando se discute autonomia reprodutiva, discute-se também a capacidade de **romper com condicionamentos culturais** que definem uma única trajetória possível de vida para as mulheres.

Do ponto de vista jurídico, o reconhecimento formal dos direitos reprodutivos implicou avanços importantes, mas não suficientes para transformar práticas sociais. A legislação brasileira de planejamento familiar, em especial a Lei nº 9.263/1996, buscou equilibrar liberdade e proteção, impondo critérios e condições para a esterilização voluntária. No entanto, muitos desses critérios acabaram funcionando como barreiras de acesso, sobretudo para mulheres pobres, negras e jovens, cujas trajetórias são mais marcadas por vulnerabilidades e por maternidades precoces.

Nesse sentido, a autonomia reprodutiva deve ser compreendida não apenas como um direito individual, mas como um processo social, que depende da **possibilidade real de escolha**. Escolher exige informação, não julgamento; exige acolhimento, não coerção; exige acesso a serviços de saúde que respeitem a dignidade das mulheres. Quando essas condições não estão presentes, a decisão deixa de ser verdadeiramente livre e passa a ser condicionada por circunstâncias externas – o que pode gerar, posteriormente, experiências de arrependimento.

Além disso, a autonomia feminina é frequentemente relativizada por discursos médicos que associam a laqueadura à “*precipitação*” ou “*imaturidade*” da mulher, e por discursos familiares que entendem o projeto reprodutivo como responsabilidade compartilhada – na prática, controlada. O corpo feminino, nesse cenário, permanece como objeto de deliberação coletiva, mesmo quando a lei assegura o contrário. Desse modo, discutir autonomia reprodutiva é discutir poder. Poder sobre si, sobre o futuro, sobre a própria história. Reconhecer que a decisão pela laqueadura — assim como o arrependimento — está inserida em contextos sociais e emocionais complexos é condição essencial para que políticas públicas e práticas médicas sejam orientadas não pelo controle, mas pela escuta e pelo respeito.

3. EVOLUÇÃO NORMATIVA DA LAQUEADURA NO BRASIL

A regulamentação da laqueadura voluntária no Brasil reflete o esforço do Estado em equilibrar autonomia individual, proteção da saúde e prevenção de coerção social. Inicialmente, a prática não era regulamentada, o que propiciava abusos e esterilizações coercitivas, especialmente entre mulheres de baixa renda e populações vulneráveis. Relatórios da CPI da Esterilização de 1991 revelaram que muitas mulheres eram submetidas a procedimentos cirúrgicos sem pleno consentimento, muitas vezes durante cesarianas, e em contextos de pressão social ou econômica.

A Lei nº 9.263/1996 representou um avanço normativo significativo. Ela estabeleceu critérios para garantir que a decisão pela esterilização fosse voluntária, informada e consciente. Entre os principais dispositivos destacam-se:

- Idade mínima de 25 anos ou dois filhos vivos;

- Consentimento expresso de ambos os cônjuges, em caso de sociedade conjugal;
- Consentimento expresso da mulher, formalizado por escrito;
- Aconselhamento prévio sobre métodos contraceptivos reversíveis;
- Necessidade de aguardar período de reflexão (geralmente 60 dias).

Apesar dessas salvaguardas, a lei apresentou limitações práticas. A exigência de idade e de consentimento formal, embora adequada para proteção legal, muitas vezes funcionou como **barreira de acesso**, especialmente em regiões com menor presença de serviços de saúde, perpetuando desigualdades estruturais.

Em 2022, a Lei nº 14.443 alterou substancialmente esse panorama. Entre as principais mudanças estão:

- Redução da idade mínima para **21 anos**;
- **Dispensa** da autorização do cônjuge;
- Manutenção do prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.

O parecer da senadora Nilda Gondim sustentou que essas alterações buscavam ampliar a autonomia feminina, eliminando entraves que historicamente restringiam o acesso à laqueadura voluntária. Segundo sua argumentação, a lei reconhece a capacidade das mulheres de tomar decisões sobre seu próprio corpo, respeitando sua maturidade reprodutiva e emancipação social.

Contudo, especialistas alertam que a eficácia da lei depende não apenas da formalidade jurídica, mas do acompanhamento efetivo pelo SUS, incluindo aconselhamento multidisciplinar, educação sexual e acesso a métodos contraceptivos reversíveis. Claudiane Garcia de Arruda, ginecologista, observa que a decisão pela laqueadura, quando realizada sem suporte adequado, pode resultar em arrependimento profundo, impactando projetos de vida futuros (G1, 2025).

O debate atual no STF, que discute a possibilidade de reduzir a idade mínima para 18 anos, intensifica a necessidade de reflexão crítica. A redução etária, sem ampliação concomitante de políticas públicas de orientação e acompanhamento, corre o risco de

transformar a **autonomia formal em ilusão**, especialmente entre jovens em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Dessa forma, a evolução normativa da laqueadura no Brasil evidencia uma tensão permanente entre autonomia formal, garantida pela lei, e autonomia real, condicionada por fatores sociais, econômicos e institucionais. A legislação por si só não é suficiente; é necessária a articulação entre direito, política pública e cuidado integral à mulher para que a decisão seja genuinamente livre e consciente.

4. A DECISÃO PELA LAQUEADURA E OS FATORES QUE AS INFLUENCIAM

A decisão de submeter-se à laqueadura voluntária não ocorre em um vácuo social. Diversos fatores — socioeconômicos, culturais, familiares e institucionais — influenciam significativamente a escolha da mulher, impactando tanto a tomada de decisão quanto a possibilidade de arrependimento.

4.1 Contextos Socioeconômicos

Mulheres em situação de vulnerabilidade econômica frequentemente enfrentam pressões estruturais que orientam sua escolha reprodutiva. Estudos recentes indicam que a esterilização é mais recorrente entre mulheres de baixa renda e com menor nível de escolaridade (Gallardo-Alvarado, 2025). Nesse contexto, a laqueadura pode ser percebida como uma solução prática para limitações financeiras, dificuldades de acesso a métodos contraceptivos reversíveis e insegurança quanto ao suporte familiar. Embora a decisão seja formalmente voluntária, as condições materiais restringem a liberdade de escolha, configurando uma forma de **coerção estrutural**.

4.2 Pressões Familiares e Culturais

O ambiente familiar e os padrões culturais desempenham papel decisivo. A expectativa social de maternidade precoce e a normatização do papel feminino como cuidadora influenciam a percepção da laqueadura como “decisão responsável”. Conforme relatos publicados pelo G1 (2025), algumas mulheres relatam ter se submetido ao procedimento para atender expectativas do parceiro ou da família, mesmo quando

nutrindo dúvidas sobre o próprio desejo reprodutivo futuro. Tais pressões evidenciam que a autonomia formal — prevista em lei — pode ser vulnerável a condicionamentos externos, especialmente quando a mulher jovem ainda se encontra em processo de amadurecimento emocional e social.

4.3 Informação e Aconselhamento Inadequados

A ausência de políticas públicas consistentes de planejamento familiar compromete o processo de decisão. O SUS, embora contemple equipes multiprofissionais, enfrenta deficiências de capacitação, recursos humanos e protocolos de orientação, resultando em aconselhamento insuficiente ou desigual. Claudiane Garcia de Arruda (G1, 2025) enfatiza: *“É essencial que a mulher tenha acesso a informações completas sobre métodos reversíveis antes de optar pela esterilização, para que a decisão não se torne irreversível prematuramente.”*

Dados do SciELO e da Unicamp reforçam que a falta de orientação multidisciplinar correlaciona-se com maiores taxas de arrependimento pós-laqueadura, especialmente entre mulheres jovens (18–25 anos). O acompanhamento psicológico pré e pós-procedimento é, portanto, determinante para que a autonomia não seja apenas formal, mas efetiva.

4.4 Casos Exemplificativos

Alguns casos reportados na mídia ilustram a complexidade da decisão:

1. **Caso 1 (São Paulo, 2023):** Mulher de 22 anos realizou laqueadura após dois filhos, relatando arrependimento três anos depois, motivado pela vontade de ter outro filho com novo parceiro.
2. **Caso 2 (Recife, 2024):** Jovem de 21 anos submetida ao procedimento sem acompanhamento psicológico adequado, apresentando sofrimento emocional intenso e recorrência de ansiedade.
3. **Caso 3 (Belo Horizonte, 2025):** Mulher de 24 anos optou pela laqueadura para evitar dificuldades financeiras, mas posteriormente procurou fertilização assistida, não tendo recursos financeiros para arcar com os custos.

Esses exemplos demonstram que a idade legal por si só não garante autonomia real, evidenciando a necessidade de políticas públicas integradas de aconselhamento, acompanhamento psicológico e acesso a métodos contraceptivos reversíveis.

5. A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ESTERILIZAÇÃO FEMININA E O ARREPENDIMENTO

5.1 Trajetória Histórica da Esterilização Feminina no Brasil

A esterilização voluntária feminina no Brasil está historicamente vinculada a contextos políticos e socioeconômicos que ultrapassam a esfera individual. Durante as décadas de 1970 e 1980, o país vivenciou uma expansão acelerada da laqueadura tubária como mecanismo de controle reprodutivo, alinhada a estratégias de regulação populacional que associavam pobreza à alta natalidade (Nielsson, 2020).

A criação da Comissão Parlamentar de Inquérito da Esterilização, em 1991, representou marco na identificação de violações da autonomia reprodutiva. O relatório final evidenciou que milhares de mulheres, especialmente negras, nordestinas e de camadas populares, foram submetidas a esterilizações sem consentimento pleno ou sob condições coercitivas, frequentemente durante partos cesáreos ou como requisito para acesso a benefícios sociais. Essas práticas, além de ferirem a dignidade da pessoa humana, revelaram estratégias de biopolítica, conforme Foucault, de controle de corpos reprodutores considerados “**indesejáveis**” pelo Estado e pelo mercado (Diniz, 2014).

5.2 A Alteração Promovida pela Lei nº 14.443/2022 e o Discurso Legislativo da Autonomia

A Lei nº 14.443/2022 reduziu a idade mínima para a realização da laqueadura de 25 para 21 anos e suprimiu a exigência de anuência conjugal. O parecer da senadora Nilda Gondim sustentou que a mudança visava ampliar a autonomia reprodutiva, corrigindo supostos entraves paternalistas. Embora a dispensa da autorização de terceiros represente avanço contra estruturas patriarcais de controle conjugal, é necessário questionar se a redução etária se fundamenta em critérios de proteção da liberdade

reprodutiva ou se desconsidera **vulnerabilidades estruturais** que influenciam a tomada de decisões definitivas em idade precoce.

Sarlet (2021) argumenta que a dignidade da pessoa humana exige condições materiais de autodeterminação, não apenas previsão formal de escolha. Paulo Lôbo (2020) complementa que o planejamento familiar, enquanto direito fundamental, requer políticas públicas que garantam informação, acompanhamento e acesso a métodos contraceptivos reversíveis. Assim, a antecipação da possibilidade de esterilização não assegura, por si só, a autonomia real.

5.3 O Debate no STF: Autonomia Formal *Versus* Autonomia Real

O Supremo Tribunal Federal, ao analisar a redução da idade mínima para 18 anos, enfrenta o desafio de equilibrar liberdade individual e proteção contra decisões irreversíveis tomadas em condições de vulnerabilidade.

Debora Diniz (2014) enfatiza que a autonomia reprodutiva não pode ser compreendida como ato isolado, mas como resultado de condições sociais que viabilizam ou restringem escolhas. A ausência de políticas públicas de educação sexual, aconselhamento familiar e acesso equitativo a métodos contraceptivos não definitivos transforma a esterilização em **solução simplificada para problemas complexos**. Claudiane Garcia de Arruda, ginecologista, alerta que a laqueadura precoce está associada a altos índices de arrependimento e sofrimento psíquico posterior: *“É uma decisão que precisa ser abordada por equipe multidisciplinar, porque seus impactos ultrapassam o momento presente e afetam projetos de vida futuros”* (G1, 2025). Reduzir a idade sem ampliar suporte estatal pode, portanto, naturalizar a esterilização como método contraceptivo principal entre mulheres pobres, perpetuando padrões históricos identificados na CPI de 1991.

5.4 O Arrependimento Pós-Laqueadura: Falha da Autonomia ou Resultado de Opressões?

O arrependimento pós-laqueadura é fenômeno complexo, refletindo circunstâncias sociais, econômicas e institucionais que moldam a decisão, e não mero erro individual.

5.4.1 Juventude e Arrependimento

Estudos empíricos indicam que mulheres jovens, especialmente com menos de 25 anos, apresentam maior propensão ao arrependimento (Gallardo-Alvarado, 2025). Relatos publicados (G1, 2025) evidenciam que mulheres esterilizadas antes dos 21 anos manifestaram dúvidas posteriores devido a mudanças de vida, novos relacionamentos e desejo de maternidade futura. A redução da idade mínima, sem políticas de acompanhamento, aumenta assim o risco de arrependimento.

5.4.2 Autonomia Formal *Versus* Autonomia Real

A lei busca expandir formalmente a liberdade reprodutiva, mas a autonomia só é real quando as escolhas são fundamentadas em informação completa, suporte psicológico e ausência de coerção (Sarlet, 2021). Em contexto feminista, Diniz (2014) alerta que o arrependimento não deve ser estigmatizado como incapacidade de decisão, mas entendido como resultado de opressões estruturais, incluindo desigualdade socioeconômica, pressões externas e ausência de políticas públicas.

5.4.3 Impactos Psicossociais

O arrependimento envolve dimensões emocionais profundas, como perda de controle, frustração e ansiedade, especialmente quando a decisão não refletiu plenamente os desejos ou projetos futuros. Esses impactos podem ser minimizados com acompanhamento multiprofissional, envolvendo psicólogos, assistentes sociais e ginecologistas.

5.4.4 Implicações para Políticas Públicas

Para que a autonomia formal se converta em autonomia real, políticas públicas devem incluir:

1. Aconselhamento psicológico antes e após o procedimento;
2. Educação sobre métodos contraceptivos reversíveis e permanentes;
3. Suporte socioeconômico para mulheres vulneráveis;
4. Monitoramento dos efeitos psicossociais, permitindo revisão da decisão quando necessário.

O arrependimento evidencia, assim, não apenas limites da legislação, mas lacunas estruturais que impedem o exercício pleno da autonomia reprodutiva.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da laqueadura voluntária e do arrependimento, à luz do debate jurídico, histórico e sociológico, revela uma tensão persistente entre **autonomia formal e autonomia real**. A redução da idade mínima para 21 anos pela Lei nº 14.443/2022, bem como a discussão no STF sobre a possibilidade de laqueadura a partir dos 18 anos, evidencia um esforço legislativo para ampliar a liberdade reprodutiva feminina. Entretanto, sem políticas públicas robustas de acompanhamento psicológico, orientação sobre métodos contraceptivos e suporte social, essa liberdade permanece limitada, sobretudo para mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Historicamente, a esterilização feminina no Brasil esteve associada a práticas coercitivas, especialmente entre mulheres pobres e negras, como demonstrou a CPI da Esterilização de 1991. Apesar dos avanços normativos, a persistência de desigualdades estruturais e a ausência de estratégias efetivas de planejamento familiar reproduzem padrões que fragilizam a autonomia feminina, tornando o arrependimento um indicador das lacunas existentes.

O presente estudo evidencia que a autonomia reprodutiva deve ser compreendida não apenas como direito formal previsto em lei, mas como **processo social** que depende de condições concretas para o exercício consciente da decisão. A redução da idade legal, por si só, não garante escolhas plenamente livres; ao contrário, pode aumentar o risco de arrependimento se não acompanhada de políticas públicas integradas.

Dessa forma, recomenda-se que o Estado brasileiro promova:

1. Aconselhamento psicológico e social antes e após o procedimento, especialmente para jovens;
2. Educação sexual e reprodutiva ampla, informando sobre métodos reversíveis e permanentes;
3. Monitoramento e avaliação contínua das políticas públicas, assegurando que a autonomia formal se converta em autonomia real;

4. Atenção diferenciada a mulheres em situação de vulnerabilidade, garantindo acesso equitativo e seguro à informação e aos serviços de saúde.

Em conclusão, a efetividade da autonomia feminina depende menos da idade legal e mais da existência de estruturas de apoio social e de saúde que permitam decisões conscientes, informadas e livres de pressões externas. A discussão atual no STF reforça a necessidade de integrar análise jurídica, histórica e sociológica para assegurar que o direito à laqueadura voluntária seja, de fato, expressão de autonomia plena, e não apenas formal.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DÍAZ, C. et al. Estratégia intersetorial e participativa com foco na saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

DINIZ, Debora. Bioética e Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Medicina, 2014.

GALLARDO-ALVARADO, N. Gestações não planejadas em São Paulo. São Paulo: Unicamp, 2025.

LÔBO, Paulo. Direitos Reprodutivos e Políticas Públicas de Planejamento Familiar. São Paulo: Atlas, 2020.

NIELSSON, J. G. Direitos Humanos e a Esterilização de Mulheres no Brasil. Brasília: Senado Federal, 2020.

PROIBIÇÃO de laqueadura e vasectomia em jovens: o que está em julgamento no STF. G1, 12 mar. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2025/03/12/proibicao-de-laqueadura-e-vasectomia-e-m-jovens-o-que-esta-em-julgamento-do-stf.ghtml>. Acesso em: 29 out. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais.

Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2021.