

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Perfil epidemiológico das pacientes com desejo de realizar laqueadura tubária  
pelo Sistema Único de Saúde em Hospital terciário de Porto Alegre

Aluna: Natália Paseto Pilati

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em  
Obstetrícia e Ginecologia.

Orientadora: : Professora Jaquiline Neves Lubianca

Porto Alegre  
Janeiro/2023

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

METODOLOGIA

RESULTADOS

DISCUSSÃO

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

## INTRODUÇÃO

Planejamento familiar é a política pública que leva em consideração a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos da população como um todo. Os direitos reprodutivos fazem parte do planejamento familiar e ancoram-se no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos; assim como de ter a informação e os meios de assim o fazer, o direito de tomar decisões sobre reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.<sup>1</sup>

No que se refere ao Planejamento Familiar, a atuação dos profissionais de saúde deve estar pautada no Artigo 226, Parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil - no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais em formarem suas famílias conforme desejem. Em 1996, um projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República.<sup>10</sup> A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde.<sup>2</sup> Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura. Do ponto de vista formal, essa medida democratiza o acesso aos meios de anticoncepção nos serviços públicos de saúde.<sup>3</sup>

Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos.<sup>4</sup>

O SUS dispõe de diversos métodos contraceptivos para as mulheres recomendados pelo Ministério da Saúde: de barreira (camisinha masculina e feminina); dispositivo intra-uterino de cobre (DIU); anticoncepcionais hormonais orais (pílula) e injetáveis e cirúrgicos (laqueadura), utilizados para a esterilização definitiva.<sup>4</sup>

Os métodos anticoncepcionais mais utilizados no Brasil segundo a PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher), realizada em 2006, são: contraceptivo oral (pílula): 22,1%; esterilização feminina: 21,8%; preservativo masculino: 12,9%; injeção contraceptiva: 3,5%; esterilização masculina: 3,3%.<sup>5</sup>

A laqueadura tubária (LT) ou esterilização feminina, consiste em um método cirúrgico altamente eficaz de anticoncepção que consiste em um

procedimento cirúrgico que visa evitar a fecundação mediante impedimento de encontro dos gametas, devido à obstrução das trompas.<sup>6</sup> Nosso país possui uma das maiores taxas de LT no mundo, com dados demonstrando sua prevalência de 21,1% em mulheres de 25 a 29 anos e de 37,6% em mulheres de 30 a 34 anos.<sup>7</sup> Sua taxa de gravidez é de 0,5 a cada 100 mulheres no primeiro ano e 1,8 a cada 100 mulheres em 10 anos, constituindo-se em um dos mais eficazes métodos contraceptivos.<sup>8</sup> A LT é uma cirurgia de baixo risco cirúrgico, sendo suas complicações relacionadas à falta de experiência profissional, estrutura hospitalar e via de acesso empregada na realização do método.<sup>9</sup>

A LT pode ser feita pelas seguintes vias: minilaparotomia, laparoscopia, colpotomia. A laparotomia só está indicada quando se associa a outro procedimento cirúrgico maior. A minilaparotomia é a melhor opção no período pós-parto imediato, a via de acesso é uma incisão pequena infra-umbilical. A laparoscopia é a técnica mais utilizada atualmente fora do período gravídico puerperal. A colpotomia pode ser anterior (entrada pelo espaço vesico-uterino) ou posterior (entrada pelo Douglas), geralmente utilizada quando a mulher será submetida a um procedimento cirúrgico por via vaginal concomitante.<sup>4</sup>

Para realizar a LT, o médico precisa assegurar que as seguintes condições legais estão sendo respeitadas: a paciente esteja com capacidade civil plena e seja maior de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado a paciente, acesso a serviços de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. Em caso de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso do cônjuge. A paciente tem que manifestar vontade expressa em documento escrito, lido e firmado após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, dos possíveis efeitos colaterais, das dificuldades de sua reversão e possibilidades de se optar por métodos anticoncepcionais reversíveis existentes.<sup>10</sup>

A LT não pode ser realizada antes do 42º dia após o parto ou abortamento, exceto nos casos de comprovada necessidade, por no mínimo duas cesarianas anteriores ou quando a mulher for portadora de doença grave de base e a exposição a um segundo ato anestésico ou cirúrgico, representa maior risco à sua saúde. Nestes casos a indicação deverá ser testemunhada em Ata de Conferência Médica, assinada por dois médicos.<sup>10</sup>

No entanto, as condições legais supracitadas irão sofrer alterações em breve, porque foi sancionada neste ano de 2022 a Lei 14.443, que reduz de 25 para 21 anos a idade mínima de mulheres e homens para realizarem esterilização, não dependendo mais de autorização de cônjuge para o procedimento. Ademais, para mulheres, fica permitida a LT no parto. Dessa forma, evita-se que a mulher se submeta a duas internações hospitalares e a dois procedimentos médicos que poderiam ser realizados simultaneamente. A Lei entra em vigor em março de 2023.<sup>11</sup>

Mesmo com a mudança da Lei, deve ser desencorajada a esterilização precoce, ressaltando a existência de métodos reversíveis com eficácia similar e a alta incidência de arrependimento e pedido de reversão quando realizado em pessoas menores de 30 anos.<sup>4</sup>

## **METODOLOGIA**

Estudo transversal a partir da avaliação de banco de dados preenchido pela equipe médica e de enfermagem do serviço de ginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Banco de dados elaborado por meio de questionário do Google Form respondido por todas as pacientes que foram encaminhadas para o ambulatório de planejamento familiar manifestando desejo de realizar laqueadura tubária (LT) a partir de setembro de 2021.

As variáveis analisadas neste estudo são: idade da paciente; número de filhos vivos; Índice de Massa Corporal (IMC); método contraceptivo prévio; cor; escolaridade e número de cesáreas prévias. Além disso, foi analisado o número de desistências da realização da LT após consultas multidisciplinares.

## **RESULTADOS**

A análise do banco de dados foi realizada no dia 26 de dezembro de 2022. Até o momento haviam 103 pacientes incluídas. Todas passaram pelas consultas multidisciplinares com equipe médica e de enfermagem durante o período de setembro de 2021 até o dia da análise. Destas, 68 (66%) já haviam realizado a cirurgia de laqueadura tubária (LT), 27 (26,2%) ainda aguardavam serem chamadas para a cirurgia e 8 (7,8%) desistiram de realizar a LT. Dentre as 68 pacientes que haviam realizado o procedimento, evidenciou-se um tempo médio de 116 dias desde a primeira consulta até a realização da cirurgia (Tabela 1).

A média de idade encontrada na população estudada foi de 32,4 anos, sendo que 7 (6,8%) possuíam entre 21 e 25 anos, 30 (29,1%) entre 25 e 30 anos, 33 (32%) entre 30 e 35 anos e 10 (9,7%) mais de 40 anos de idade (Imagem 1).

Em relação a cor das pacientes analisadas, evidenciou-se 86 (83,4%) das pacientes identificava-se como da cor branca, 9 (8,7%) identificava-se como da cor preta, 5 (4,8%) identificava-se como parda e 3 (2,9%) como da cor amarela (Imagem 2).

Quando analisado o grau de escolaridade das pacientes, viu-se que 26 (25,7%) delas possuía primeiro grau incompleto, 17 (16,8%) possuíam primeiro grau completo, 17 (16,8%) possuíam segundo grau incompleto, 35 (34,6%) possuíam segundo grau completo e apenas 6 (5,9%) das pacientes possuíam ensino superior (Imagem 3).

A média de IMC encontrada no geral das pacientes foi de 29,9. Dividindo-se por grupos, nota-se que 23 (22,3%) das pacientes eram consideradas eutróficas no momento da consulta, 28 (27,2%) eram classificadas como sobrepeso, 33 (32%) possuíam obesidade grau I, 11 (10,6%) possuíam obesidade grau II e 8 (7,8%) possuíam obesidade grau III ou mórbida (Imagem 4 e 5).

Em relação à história obstétrica prévia das pacientes, evidenciou-se que a média de filhos vivos da população estudada era de 2,9, sendo que 95 (92,2%) delas possuía dois filhos vivos ou mais. Os outros 7,8% correspondiam a mulheres com um filho, e nenhuma não tinha filhos. Dos 92,2%, 43,7% tinham 2 filhos vivos, 44,6% tinham 3 ou 4 filhos e 3,9% tinham 5 ou mais filhos vivos (Imagem 6).

Quase metade das pacientes estudadas tinham histórico de parto cesáreo prévio, correspondendo a 48,5% da amostra. Vinte e três por cento tinham apenas uma; 15% tinham duas; e 11% tinham 3 ou mais cesáreas anteriores (Imagem 7).

No que toca aos métodos anticoncepcionais usados ao momento da avaliação, previamente à realização da LT, pode-se notar que 88 mulheres (85,4%) afirmavam o uso de algum método. O método contraceptivo prévio mais comumente observado foi a injeção trimestral, relatada por 32 (31,1%) das pacientes, seguida por ACO combinado em 19 (18,4%), camisinha masculina em 10 (9,7%), DIU de cobre em 9 (8,7%), injetável mensal em 8 (7,7%), progesterona VO em 4 (3,8%), DIU de levonorgestrel em 3 (2,9%), implante de etonogestrel em 2 (1,9%) e laqueadura tubária prévia em 1 (0,9%) das pacientes (Tabela 2 e Imagem 8).

Tabela 1

<b>Características gerais das pacientes com desejo de LT</b>	
<b>Idade média (anos)</b>	32,4
<b>Cor</b>	
Branca	86 (83,4%)
Parda	5 (4,8%)
Preta	9 (8,7%)
Amarela	3 (2,9%)
<b>Escolaridade</b>	
1º Grau incompleto	26 (25,7%)
1º Grau completo	17 (16,8%)
2º Grau incompleto	17 (16,8%)
2º Grau completo	35 (34,6%)
Ensino superior	6 (5,9%)
<b>IMC média</b>	29,9
<b>IMC em grupos</b>	
Eutrófica (18,5 - 25)	23 (22,3%)
Sobrepeso (25 - 30)	28 (27,2%)
Obesidade I (30 - 35)	33 (32,0%)
Obesidade II (35 - 40)	11 (10,6%)
Obesidade III ou mórbida (>40)	8 (7,8%)
<b>Filhos vivos média</b>	2,9
<b>Dois filhos vivos ou mais</b>	92,2%
<b>Parto cesáreo prévio</b>	48,5%
<b>Uso de método de anticoncepção prévio</b>	85,4%
<b>Tempo médio desde primeira consulta até cirurgia (dias)</b>	116



Tabela 2

Métodos contraceptivos prévios	n (%)
Nenhum	15 (14,56)
Camisinha masculina	10 ( 9,70)
DIU de cobre	9 ( 8,73)
DIU de levonogestrel	3 (2,91)
Implante de etonogestrel	2 (1,94)
Progesterona VO	4 (3,88)
ACO combinado	19 (18,44)
Injetável mensal	8 (7,76)
Injetável trimestral	32 (31,06)
Laqueadura tubária	1 (0,97)

Imagem 1

## Idade

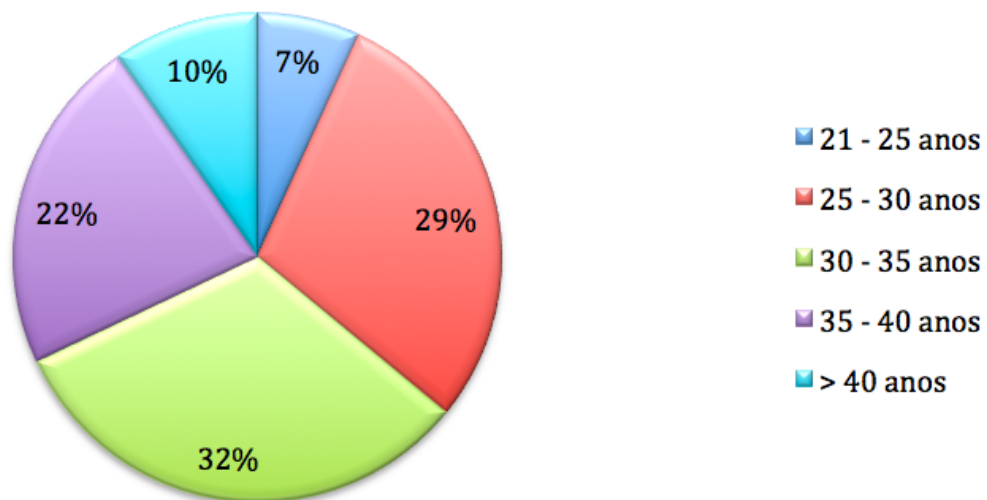


Imagem 2

## Cor

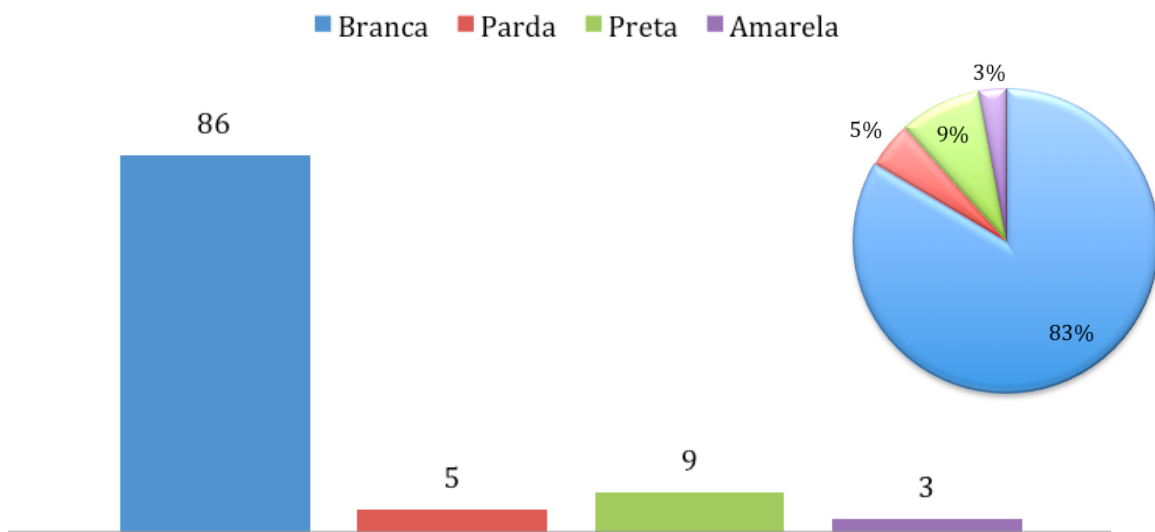


Imagem 3

## Escolaridade

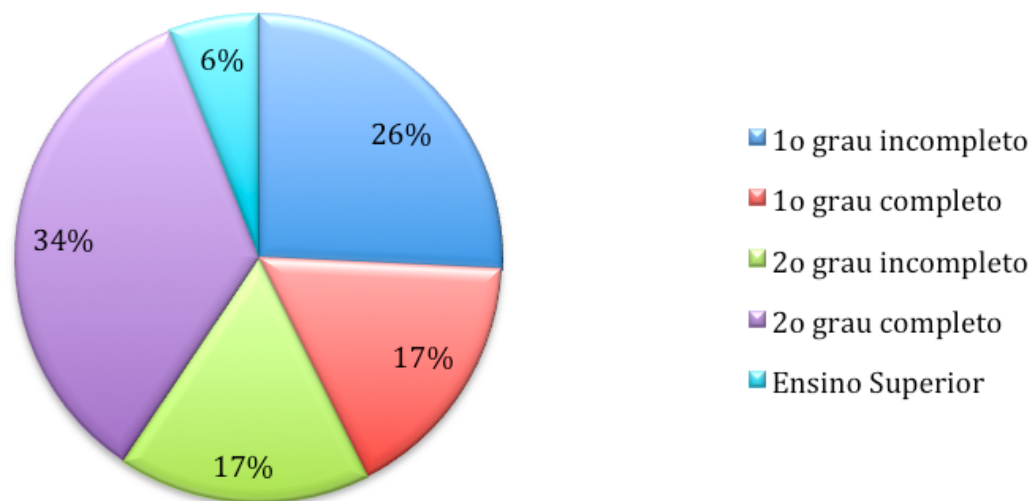


Imagem 4

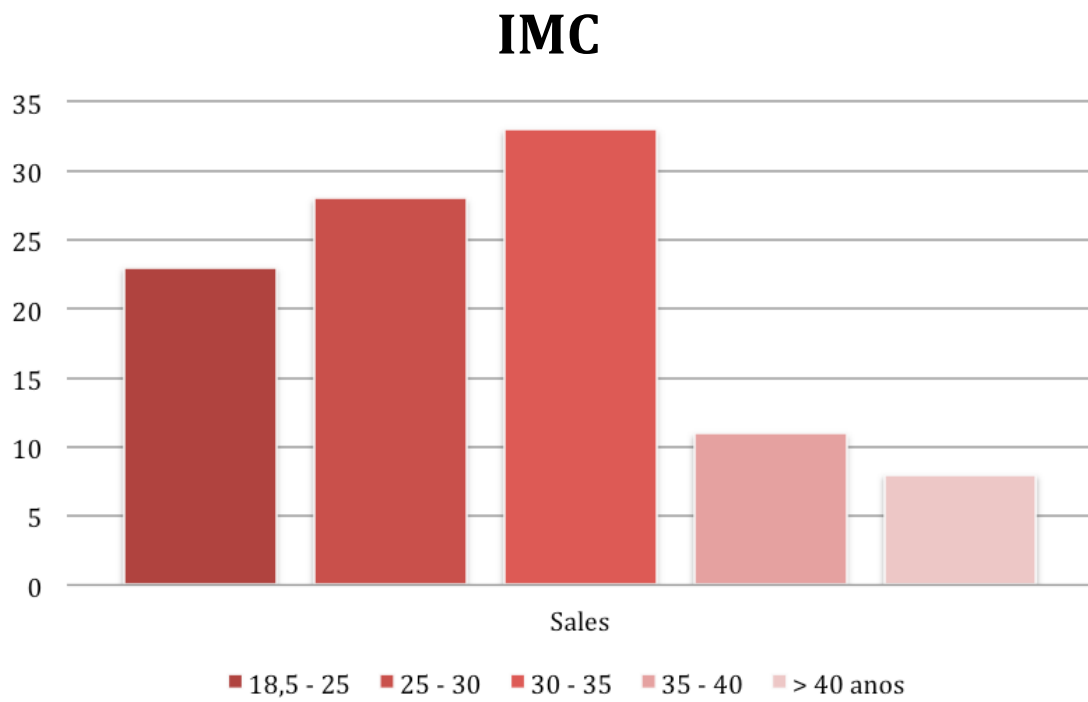


Imagem 5

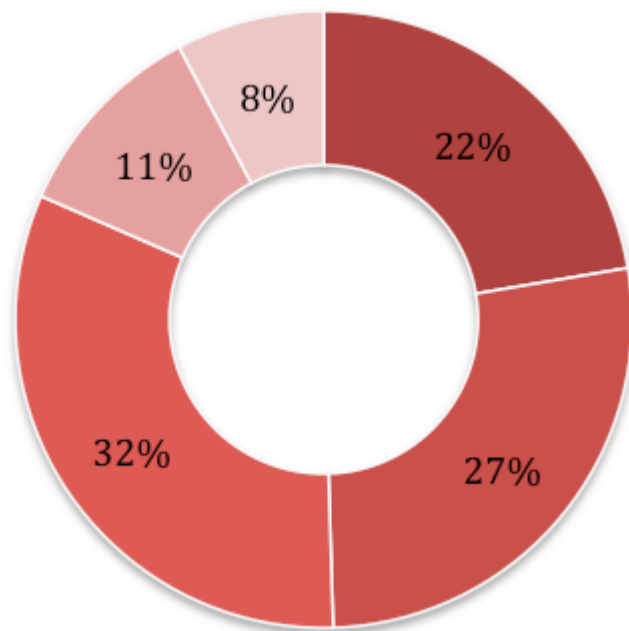


Imagem 6

## Número de filhos vivos

■ 1 filho ■ 2 filhos ■ 3-4 filhos ■ ≥ 5 filhos

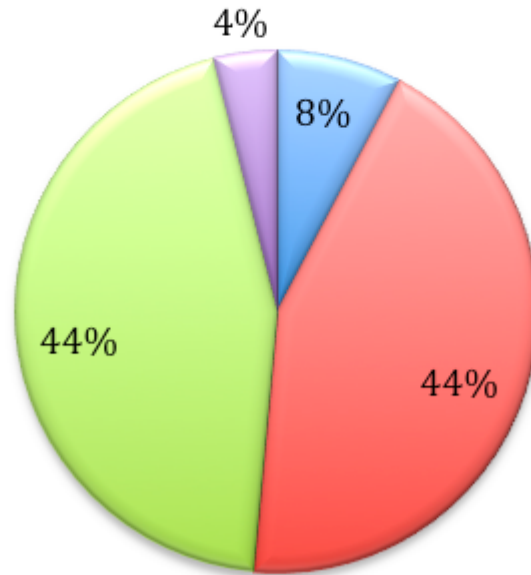


Imagem 7

## Cesárea prévia

■ Nenhuma ■ Uma ■ Duas ■ Três ou mais

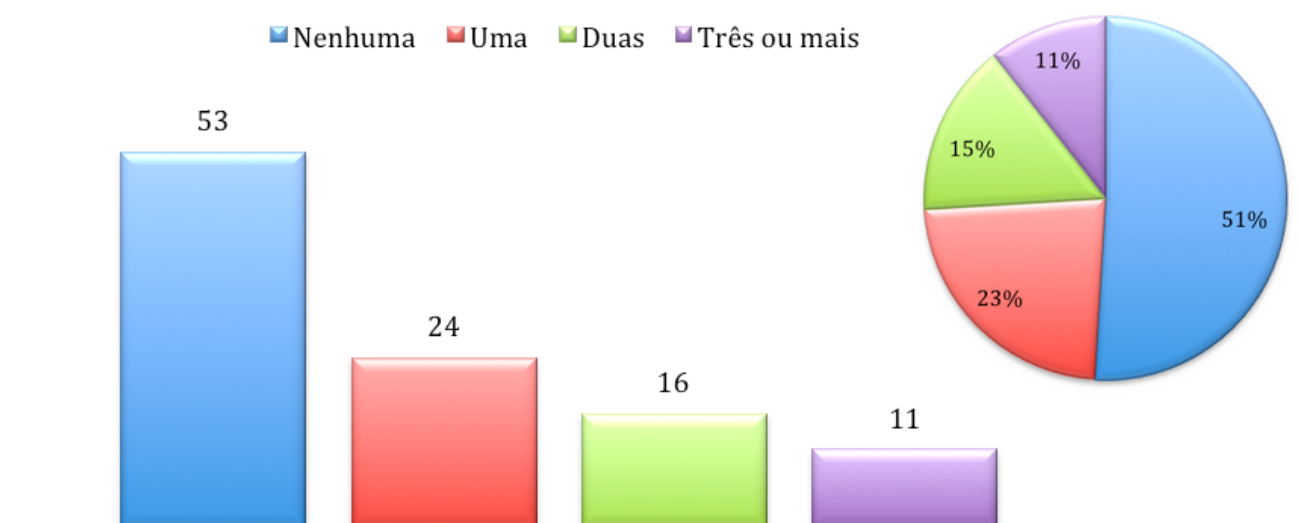
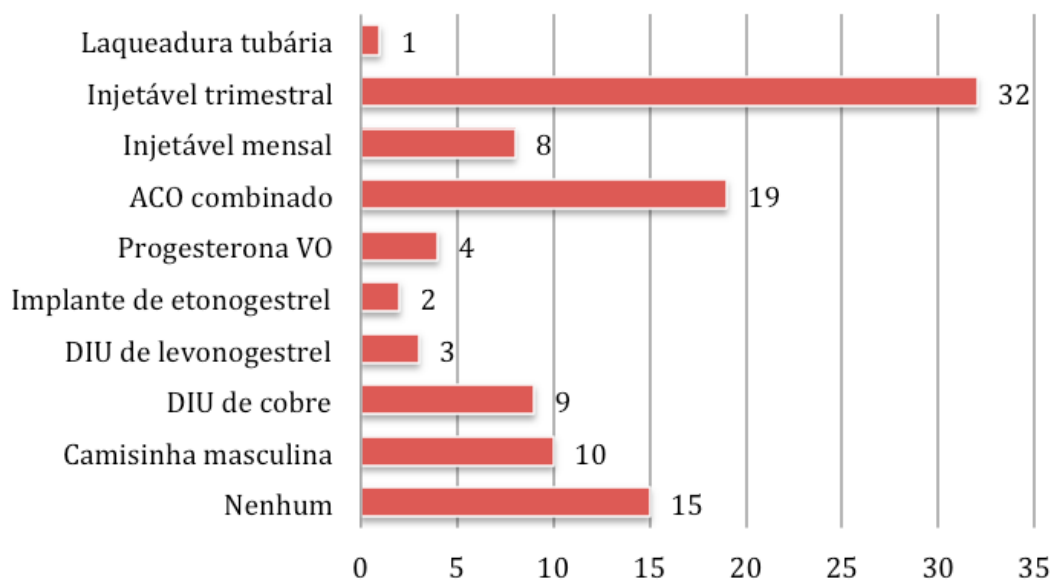


Imagem 8

## Método contraceptivo prévio



## DISCUSSÃO

No Brasil, há alguns anos tem se identificado um aumento bem consistente da prevalência da esterilização feminina, comumente a laqueadura tubária (LT), sendo considerada atualmente uma das práticas contraceptivas mais utilizadas no Brasil.<sup>12</sup> Por se tratar de um método de caráter definitivo, é necessário que haja um aconselhamento esclarecido sobre a eficácia, segurança, as vantagens e as desvantagens desse tipo de método, ofertando outros métodos contraceptivos que não são irreversíveis.<sup>13</sup>

No que tange aos critérios para realização de LT na população analisada, nota-se que a maioria (93%) das pacientes possuía mais de 25 anos, idade que as qualificam aptas legalmente para realizarem a LT independente do número de filhos vivos. Nenhuma das pacientes têm menos de 21 anos, idade permitida para realizar LT pela mudança na nova Lei. Esses dados corroboram que poucas mulheres manifestam desejo de LT, método considerado definitivo, em idade jovem. Revisão de literatura publicada por Almeida et al em 2021 que avaliou 6 artigos brasileiros sobre o mesmo tema, mostrou que apenas 6% da população realiza LT abaixo dos 25 anos de idade.<sup>14</sup> Dado semelhante ao encontrado nesta tese, que foi de 7%.

Outra condição que permite a realização de LT seria o número de filhos vivos, sendo necessário que a paciente tenha dois ou mais filhos vivos para ser apta legalmente. Nesta análise 92,2% das mulheres tinham dois filhos vivos ou mais. Dado praticamente idêntico ao estudo supracitado, em que seriam 92,6% de mulheres aptas a LT apenas pelo critério de filhos vivos,<sup>14</sup> demonstrando que um número mínimo de mulheres desejam esterilização tendo nenhum ou apenas um filho vivo. Um dado que não coincidiu entre os estudos, no entanto, foi o de mulheres com 5 filhos ou mais, correspondendo apenas a uma parcela de 3,9% em nossa população e 8,5% na revisão de literatura,<sup>14</sup> uma proporção mais que duas vezes maior.

Pela Lei vigente, é vedada a realização de LT durante o parto ou cesárea, exceto em casos de comprovada necessidade. Um fator que permitiria a realização de LT durante a cesárea seria a paciente ter duas ou mais cesáreas anteriores, desde que a indicação seja testemunhada por dois médicos.<sup>11</sup> Analisando as pacientes, nota-se que 10,7% delas já tinham três ou mais cesáreas prévias, sendo estas candidatas aptas a terem realizado a LT durante as cesáreas a partir da terceira. Desse modo, elas não precisariam ter sido expostas a dois procedimentos e duas anestésias, com todos os riscos inerentes, e ainda gerando um gasto desnecessário ao sistema de saúde. Felizmente, a nova Lei que entra em vigor em março de 2023 permite a realização de LT durante o parto ou cesárea independente do número de cesáreas prévias e da indicação médica, apenas sendo necessária a vontade expressa da paciente 60 dias antes.<sup>11</sup>

Quando propomos uma cirurgia eletiva sempre tem que ser avaliado o risco cirúrgico e anestésico, e ponderar se a cirurgia está bem indicada. A obesidade é um conhecido fator de pior prognóstico em pacientes cirúrgicas. Por essa razão, antes da realização da LT em pacientes obesas, as cirurgias são postergadas e elas são orientadas a perder peso. Quando analisamos o Índice de Massa Corporal (IMC) dessas pacientes, percebe-se que mais da metade (50,4%) são classificadas como obesas, IMC igual ou acima de 30, sendo destas 7,7% com obesidade mórbida (IMC >40). Dados divulgados pelo IBGE em 2019

mostraram que o número de obesos acima de 20 anos mais que dobrou em 10 anos, tendo a população feminina acima da masculina com 30,2%.<sup>15</sup> Esse alto valor ainda não alcança a metade da população como o encontrado nesta tese. Mas, sendo Porto Alegre a segunda capital com mais obesos no país e a taxa de obesidade ser maior na população com menor poder financeiro,<sup>15</sup> o valor encontrado é crível.

Tais dados mostram necessária a implementação de estratégias para o atendimento da paciente obesa em acompanhamento para LT. A individualização destas pacientes, aproveitando a consulta ginecológica para abordagem da obesidade previamente a realização de cirurgia, pode diminuir os riscos perioperatórios assim como melhorar os índices globais de saúde a longo prazo.

Em relação a cor das pacientes analisadas, nota-se um claro predomínio de mulheres brancas, que perfazem 83% do total. Tal percentual, apesar de diferir do encontrado por Polido et al no interior do estado de São Paulo,<sup>16</sup> assemelha-se ao percentual da população branca de Porto Alegre segundo o censo de 2010, que é de 79%.<sup>17</sup> Tais dados sugerem uma similar acessibilidade entre mulheres brancas e não brancas para procurar o serviço de ginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em busca de realizarem LT.

Quando analisamos o grau de escolaridade das pacientes, fica evidente que uma porcentagem mínima das pacientes têm Ensino Superior, correspondendo a 5,9%. Já quase um quarto (25,7%) destas mulheres, não haviam completado o Primeiro Grau, porcentagem considerada alta. Entretanto, quando comparado aos dados encontrados por Santos et al, quase metade da população analisada tinha o Primeiro Grau incompleto,<sup>18</sup> o dobro da porcentagem encontrada nesta tese. Percebe-se que a população deste estudo apresenta nível escolar superior às mulheres da capital do Espírito Santo que procuraram o SUS para realizar LT. Ademais, pode-se aventar que a procura por LT em uma população com menor nível de escolaridade reflita um menor conhecimento sobre outros métodos contraceptivos eficazes e que seriam reversíveis.

Pesquisa de Ribeirão Preto mostrou que mulheres que nunca haviam usado um método contraceptivo antes da LT possuíam escolaridade mais baixa e menor conhecimento sobre opções de contracepção, ratificando a associação entre a escolaridade e uso de método contraceptivo. Na maioria dos casos, mulheres com nenhuma escolaridade estão laqueadas ou não fazem uso de método. Reforçando a importância da educação que influencia e reflete no planejamento familiar e nas opções contraceptivas.<sup>19</sup>

O SUS oferta múltiplas opções de métodos contraceptivos, mas muitos deles são desconhecidos pelas pacientes. Quando analisamos os métodos utilizados nesta tese, nota-se que os mais utilizados são a injeção trimestral de acetato de medroxiprogesterona e o anticoncepcional oral combinado (ACO). Lago et al publicou em 2020 os dados da cidade de São Paulo sobre métodos contraceptivos e encontrou resultados divergentes desta tese. A pílula era o método mais utilizado e correspondeu a 27%, não diferenciando entre as combinadas ou apenas com progestágenos; e a injeção a apenas 10,4%, sem diferenciar a mensal da trimestral, valor que não chega nem a metade do que encontramos (31,1%).<sup>13</sup> O dado encontrado similar entre os dois estudos foi a porcentagem de pacientes que não utilizavam nenhum método contraceptivo,

em torno de 15%. O valor é preocupante pensando que essas pacientes em idade reprodutiva e nenhum método tem alta chance de uma gravidez indesejada.

É responsabilidade do Estado proporcionar às mulheres um serviço de planejamento familiar adequado que informe e ensine a população feminina sobre suas opções contraceptivas. O objetivo principal deve atender às reais necessidades da população quanto ao fornecimento de anticoncepcionais, ao aconselhamento com enfoque educativo, pautado pela escolha livre e informada, e garantir o acompanhamento continuado das usuárias.



## **CONCLUSÃO**

O presente estudo teve como objetivo analisar as características sociodemográficas e obstétricas das pacientes que procuraram serviço de Planejamento Familiar com o intuito de realizar laqueadura tubária em um hospital do sul do país de setembro de 2021 até dezembro de 2022. Dos fatores sociodemográficos, evidenciou-se uma predominância de mulheres entre 30 e 35 anos, autodeclaradas brancas, com a maioria não tendo completado segundo grau escolar. Dentre as características obstétricas, viu-se que a maioria das pacientes eram obesas, possuíam dois ou mais filhos vivos, não tinham cesárea prévia e usavam algum tipo de método anticoncepcional previamente à cirurgia.

Tal tipo de estudo se faz necessário para melhor conhecimento da população atendida em determinado serviço, podendo-se assim, aprimorá-lo; bem como diagnosticar possíveis obstáculos e falhas no modelo de atendimento. Tendo nosso país dimensões continentais, urge-se a realização de análises regionais para maior precisão. É necessário, porém, acompanhamento mais extenso destes dados, assim como análise periódica dos mesmos.

## **REFERÊNCIA**

1. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Plataforma de Ação do Cairo apud Brasil, 2005)
2. BRASIL. Presidência da República. Portaria nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 15 jan. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm)>.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
5. 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/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 300 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
6. Abelha, Melissa de Castro et al. Recanalização tubária: análise dos resultados de 30 anos de tratamento. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 2008, v. 30, n. 6 [Acessado 2 Novembro 2022] , pp. 294-299. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000600005>>. Epub 04 Set 2008. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000600005>.
7. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAN). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS). Rio de Janeiro: BEMFAN; 1996. p. 52-61.
8. OPES, Gerson. Anticoncepção e sexualidade. In: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Temas especiais de anticoncepção. Rio de Janeiro: Revinter, c2000. 284 p. p. 19-26.
9. PINHO NETO, João Sabino de Lima.; SALES, Fabiana Sabino Pinho. Anticoncepção cirúrgica voluntária feminina. In: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter, c2000. 2 v. v. 1. p. 470-475
10. Parágrafo 5º do art. 66 da Constituição Federal,. LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm)

11. Constituição Federal. Lei 14.443, de 2 de setembro de 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2022/09/09/ja-e-lei-reducao-da-idade-para-esterilizacao-e-dispensa-da-autorizacao-de-conjuge-para-sua-realizacao>
12. Theisen, C. (2020). Esterilização cirúrgica na região de Saúde Fronteira Noroeste como forma de Política Pública para Planejamento Familiar. <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/4141>
13. Lago, T. D. G. D., Kalckmann, S., Alves, M. C. G. P., Escuder, M. M. L., Koyama, M., & Barbosa, R. M. (2020). Diferenciais da prática contraceptiva no Município de São Paulo, Brasil: resultados do inquérito populacional Ouvindo Mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, 36.
14. Almeida, J.D., Sociodemographic profile of women who underwent tubal ligation: an integrative literature review. *Research, Society and Development*, v. 10, n.15, 2021
15. IBGE 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/10/pesquisa-do-ibge-mostra-aumento-da-obesidade-entre-adultos>
16. Polido, C.G., Profile of women seeking tubal ligation in the interior of São Paulo state. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.8, p. 81930-81946 aug. 2021
17. Censo Demográfico 2010, IBGE, Porto Alegre. Disponível em: [http://www.observapoa.com.br/default.php?p\\_secao=43](http://www.observapoa.com.br/default.php?p_secao=43)
18. Santos, F.J., Profile of women subjected to tubal sterilization in a University Hospital, Vitória, Espírito Santo. 2011; 13(3): 22-27 *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*
19. Vieira EM. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. *Rev Bras Ginecol Obstet*.2007;29(5):225-9