ADRIANA MARTINS RODRIGUES

**MULHERES ESTERILIZADAS VOLUNTARIAMENTE PELO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM RIBEIRÃO PRETO, SP, SEGUNDO O
TIPO DE PARTO**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde na Comunidade
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabeth Meloni Vieira

Ribeirão Preto
2007

FOLHA DE APROVAÇÃO

RODRIGUES, Adriana M.

Mulheres esterilizadas voluntariamente pelo Sistema Único de Saúde em
Ribeirão Preto – SP, segundo o tipo de parto

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^a. Elisabeth Meloni Vieira (orientadora)

Instituição: FMRP – USP Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^a. Maria José Martins Duarte Osis

Instituição: UNICAMP Assinatura: _____

Prof^º. Dr^º. Antônio Alberto Nogueira

Instituição: FMRP – USP Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª Dr^ª Elisabeth Meloni Vieira, Por toda orientação recebida nestes dois anos de mestrado, realizada com extrema competência e profissionalismo, ensinando-me o que é e como deve ser a adequada formação acadêmica.

À Prof^ª Dr^ª Maria José Martins Duarte Osis e ao Prof^º Dr^º Antônio Alberto Nogueira, membros da banca examinadora, pelas sugestões, atenção e disponibilidade com que avaliaram meu trabalho.

À Prof^ª Dr^ª Maria José Clapis e, mais uma vez, ao Prof^º Dr^º Antônio Alberto Nogueira, pelas contribuições oferecidas em minha qualificação.

À Prof^ª Dr^ª Gleici Castro Perdoná, por me ensinar a entender estatística e por ter colaborado de modo atento e cuidadoso na análise dos dados.

A todos os docentes do Departamento de Medicina Social, por compartilharem seus conhecimentos em sala de aula e assim contribuir para minha formação.

Às “sereias de água doce” Carol, Mônica e Regina que, de dentro do aquário-recepção do Departamento, sempre me atenderam com responsabilidade, competência e carinho, bálsamo nos dias difíceis.

À Solange, Goreti, Goulart, Dulce, Rosane e Gilmar, funcionários do Departamento, pela dedicação, disponibilidade e atenção que, cada um a seu modo, dispensaram a mim nesse período.

À Prof^ª Dr^ª Maria Lucimar Fortes Paiva, por me aceitar como estagiária PAE em suas disciplinas e pelo exemplo ao integrar competência e sensibilidade no exercício da profissão, como docente e psicanalista.

À Gema, pela colaboração na correção de meu trabalho, realizado com carinho e competência.

Às mulheres que, por aceitarem serem entrevistadas, compartilharam de sua experiência de esterilização, permitindo assim a realização deste estudo.

À Cleonice, companhia quinzenal, que tanto me ajuda em casa e que, por seu modo de ser, me estimula a enfrentar a vida de modo especial.

À Raquel Pacagnella, Roberta Figueiredo, Andréa Ruzzi, Mari Giardini, Carina Angelini e Rodolfo Pacagnella, pela amizade e companheirismo, fundamentais nesta etapa da jornada. Quero vocês comigo, agora e sempre.

À Manu, por estar por perto novamente e assim possibilitar o resgate de preciosidades em mim e em nossa amizade.

À Alice França, por segurar forte em minha mão nesta viagem rumo a meu mundo interno, em busca de tudo que tem que ser enfrentado e construído.

Aos meus pais, Jorgina e Sebastião, tão longe de mim nestes tempos, mas tão presentes em minha constituição, em minha força para continuar, sempre.

Ao Henry, meu marido, a quem mais tenho a agradecer, pela companhia incondicional, amor, apoio, ajuda, dedicação, que o faz muitas vezes abrir mão de suas tarefas para colaborar no desenvolvimento das minhas e por, mesmo sem saber, me ensinar tanto sobre a vida e sobre o verdadeiro significado de se relacionar e compartilhar a existência.

À CAPES por financiar meus dois anos de mestrado, sem o qual talvez não fosse possível realizar este trabalho.

Look Through My Eyes

Phil Collins

There are things in life you'll learn and who
In time you'll see
Cause out there somewhere
It's all waiting
If you keep believing
So don't run, don't hide
It will be all right
You'll see, trust me
I'll be there watching over you

Just take a look through my eyes
There's a better place somewhere out there
Just take a look through my eyes
Everything changes
You'll be amazed what you'll find
If you look through my eyes

There will be times on this journey
All you'll see is darkness
Out there somewhere daylight finds you
If you keep believing

All the things that you can change
There's a meaning in everything
And you will find all you need
There's so much to understand

RESUMO

RODRIGUES, A. M. **Mulheres esterilizadas voluntariamente pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto – SP, segundo o tipo de parto.** 2007. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

No Brasil, a saúde, como direito do cidadão e dever do Estado, é garantida pela constituição de 1998. Em 1983 foi criado o PAISM, propondo a perspectiva de atendimento integral à saúde da mulher, com o objetivo de considerar, no âmbito da saúde, também o entorno social, emocional e psicológico da mulher, bem como as questões relacionadas à contracepção. No entanto, sua implantação ainda não se realizou efetivamente até o momento atual, o que pode ser observado pela alta prevalência de gestações indesejadas, dificuldade de acesso a informações sobre planejamento familiar, predomínio da esterilização cirúrgica feminina como método contraceptivo e da cesárea como via de parto, aspectos que ferem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Um novo contexto tem se desenhado a partir da implantação da Lei 9 263, que regulamenta o planejamento familiar, e pela qual a esterilização cirúrgica é aprovada e passa a ser ofertada pelo sistema público de saúde, o que, por sua vez, permite a desvinculação da esterilização com o parto. O presente estudo tem por objetivo conhecer as características das mulheres que se esterilizaram pelo SUS, em Ribeirão Preto, entre 2000 e 2004, segundo o tipo de parto, cesárea e parto vaginal. A amostra foi composta por 235 mulheres esterilizadas nos primeiros cinco anos de oferta da esterilização cirúrgica (2000-2004). Os dados foram coletados através de entrevistas domiciliares, utilizando-se questionário estruturado. Os resultados demonstraram que a maioria das mulheres esterilizadas era branca, casada, com escolaridade até o ensino fundamental e pertencia à categoria socioeconômica C e D. A maioria foi esterilizada entre 30 e 39 anos de idade, com média de 33,3 e mediana de 33 anos, 52,3% faziam uso da pílula como método contraceptivo antes da esterilização. Elas têm, em média, 3,2 filhos e 51,7% teve o primeiro filho entre 13 e 19 anos de idade. Este estudo indicou que as mulheres esterilizadas, em sua maioria, têm mais filhos, começaram a ter filhos mais cedo, usaram mais contraceptivos enquanto esperavam pela cirurgia e se esterilizaram mais tarde quando comparadas aos resultados de outros estudos. Em relação ao tipo de parto, 71,2% dos partos ao longo da trajetória reprodutiva dessas mulheres foram vaginais, enquanto 28,8% cesáreas, o que aponta para o importante aspecto da desvinculação da esterilização com a cesárea, como objetiva a Lei, e que essas mulheres que tiveram, em sua maioria, partos vaginais, estão tendo melhor acesso à esterilização.

Palavras-chaves: Esterilização cirúrgica feminina. Cesárea. Planejamento Familiar. Saúde sexual e reprodutiva.

ABSTRACT

RODRIGUES, A. M. Voluntarily sterilized women by the Unified Health System in Ribeirão Preto-São Paulo, according to the type of delivery. 2007. Dissertation (Master) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

The Brazilian Constitution of 1998 guarantees that health is a citizen right and a duty of the State. The PAISM (Women Health Comprehensive Program) was created emphasizing a comprehensive approach aiming to consider the social, emotional and psychological issues as part of health condition as well as contraception. However its implementation has not been completed up to now. This can be observed by the high prevalence of unwanted pregnancies, difficult access to family planning information, predominance of female surgical sterilization as a contraceptive method and the cesarean section. All these aspects are obstacles to sexual and reproductive rights. Since the implementation of the Federal Legal Act 9263 which regulates Family Planning Provision and approves surgical sterilization offering it in the public health system it is possible a disconnection between birth delivery and the surgical procedure of sterilization. The objective of this study is to know the characteristics of women sterilized by SUS (Unified Health System) in Ribeirão Preto, between 2000 and 2004, according to the type of delivery, cesarean or vaginal. The sample includes 235 sterilized women during the first five years of the surgical sterilization provision (2000-2004) Data was collected through household interviews using a structured questionnaire. The results showed that the most sterilized women were white, married, with 8 years of schooling or less and belonged to socioeconomic category C or D. They were sterilized between 30 and 39 years old, with the average of 33.3 years old and median age of 33, 52.3% were using oral contraceptives before sterilization. They were found to have an average of 3,2 children and 51.7% had the first child between 13 and 19 years old. This study indicated that sterilized women had more children, started giving birth earlier and used contraceptives while they waited for the surgery, and were sterilized later when compared to the results of other studies. As to delivery types, 71,2% of deliveries along the reproductive history of these women were vaginal while 28% were cesarean what points out the important aspect of the disconnection between sterilization and the cesarean, as determined by law, and that these women who had mostly vaginal deliveries are having a better access to sterilization.

Key-words: Female surgical sterilization. Cesarean section. Family Planning. Sexual and reproductive rights.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Laqueaduras e vasectomias realizadas de 2000 a 2004, Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 2005.....	27
Tabela 2-	Proporção e número de mulheres esterilizadas, sorteados por ano, para serem entrevistadas, Ribeirão Preto, 2005.....	28
Tabela 3-	Relação das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, sorteadas para participar da amostra do estudo, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	37
Tabela 4-	Distribuição de frequência do estado marital entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	40
Tabela 5-	Distribuição de frequência da cor/etnia das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	41
Tabela 6-	Distribuição de frequência do grau de escolaridade entre as mulheres esterilizadas pelo SUS no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, 2006.....	42
Tabela 7-	Distribuição de frequência dos anos completos de escolaridade das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	42
Tabela 8-	Distribuição de frequência da religião das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, 2006.....	43
Tabela 9-	Distribuição de frequência de quem é considerado chefe de família, segundo as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	44
Tabela 10-	Distribuição da frequência do estado marital entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, que se consideram chefe de família, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	44
Tabela 11-	Distribuição de frequência da classe econômica à qual pertencem as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	45
Tabela 12-	Distribuição de frequência do número de membros da família entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	46
Tabela 13-	Distribuição de frequência do tipo de casa das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	46
Tabela 14-	Distribuição de frequência da idade, em faixas etárias, na esterilização entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	47

Tabela 15-	Distribuição de frequência dos métodos anticoncepcionais usados pelas mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, nos seis meses antes da esterilização, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	48
Tabela 16-	Distribuição de frequência do estado marital entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, que referiram não terem feito uso de nenhum método anticoncepcional nos seis meses antes da esterilização, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	49
Tabela 17-	Distribuição de frequência dos motivos pelos quais as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, referem ter optado pela laqueadura, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	50
Tabela 18-	Distribuição de frequência de satisfação com a esterilização entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	51
Tabela 19-	Distribuição de frequência do número de filhos vivos entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, 2006....	52
Tabela 20-	Distribuição da idade na primeira gravidez, em faixas etárias, das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, 2006.....	52
Tabela 21-	Distribuição de frequência do número de gestações por mulher esterilizada pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	53
Tabela 22-	Distribuição de frequência do número de partos por mulher esterilizada pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	54
Tabela 23-	Distribuição de frequência tipos de parto entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	55
Tabela 24-	Distribuição de frequência dos tipos de parto em relação ao número de gestações entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.	56
Tabela 25-	Distribuição de frequência das mulheres que tiveram ao menos uma cesárea ao longo de sua trajetória reprodutiva e daquelas que tiveram somente partos vaginais, esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	57
Tabela 26-	Distribuição de frequência do número de cesáreas entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	58

Tabela 27-	Distribuição de frequência de cesáreas, segundo o número de partos das mulheres que tiveram cesárea em sua história obstétrica, que foram esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	59
Tabela 28-	Distribuição de frequência do número de partos vaginais das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	60
Tabela 29-	Distribuição de frequência do número de abortos por mulher esterilizada pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	61
Tabela 30-	Relação do tipo de parto com o estado marital entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	63
Tabela 31-	Relação do tipo de parto com a cor entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	64
Tabela 32-	Relação do tipo de parto com a classe econômica entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	64
Tabela 33-	Relação do tipo de parto com a classe econômica entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	65
Tabela 34-	Correlação entre as variáveis contínuas.....	66
Tabela 35-	<i>Odds ratio</i> (OR), erro padrão, intervalo de confiança (IC) e valor de p, obtidos através do modelo de regressão logística univariado para estimar a relação do tipo de parto com as características das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	68
Tabela 36-	<i>Odds ratio</i> (OR), erro padrão, intervalo de confiança (IC) e valor de p, obtidos através do modelo de regressão logística multivariado para estimar a relação do tipo de parto com as características das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006.....	70

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
BEMFAM	Sociedade do Bem Estar Familiar
CCEB	Classificação Econômica Brasil
MAC	Método anticoncepcional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO.....	06
ABSTRACT.....	07
LISTA DE TABELAS.....	08
LISTA DE SIGLAS.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva no Brasil.....	13
1.2 Saúde reprodutiva da mulher no Brasil.....	17
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivo Geral.....	25
2.2 Objetivos Específicos.....	25
3 SUJEITOS E MÉTODOS.....	26
3.1 Desenho do estudo.....	26
3.2 População estudada.....	26
3.3 Definição das variáveis.....	29
3.4 Operacionalização.....	32
3.5 Análise dos dados.....	38
3.6 Aspectos éticos.....	39
4 RESULTADOS.....	40
5 DISCUSSÃO.....	71
6 CONCLUSÕES.....	85
REFERÊNCIAS.....	88
ANEXOS.....	97

1 INTRODUÇÃO

1.1 Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva no Brasil

O conceito de direitos reprodutivos desenvolveu-se durante o século XX como parte inalienável dos direitos humanos, substanciado em idéias originadas nos movimentos sociais, os quais tiveram importante influência nas conferências internacionais que abordaram questões relativas aos direitos reprodutivos (VIEIRA, 2003). A participação feminista em encontros e conferências teve papel fundamental para a inclusão e legitimação das idéias referentes à saúde reprodutiva, gênero e sexualidade nos direitos humanos (CORRÊA, 1999; PITANGUY, 1999).

A primeira inserção dos direitos reprodutivos como componente dos direitos humanos data de 1968, em Teerã, na Conferência Internacional de Direitos Humanos (FREEDMAN; ISAACS, 1993). Em 1974, na Conferência Mundial de População, em Bucarest, foi incluída a reafirmação sobre o direito às decisões reprodutivas. Na Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Women's Convention), em 1979, nas Nações Unidas, houve evolução dos direitos reprodutivos, quando se estabelece como objetivo que os países implantariam leis e políticas para promover a igualdade de direitos e da capacidade de controlar a reprodução entre homens e mulheres (COOK, 1993). O documento elaborado na Women's Convention influenciou a Conferência do México, em 1984, quando ficou estabelecido o direito a escolhas reprodutivas, com noções de integridade e controle corporal (VIEIRA, 2003).

Foi na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, 1995, entretanto, que os direitos reprodutivos

foram definitivamente incorporados aos direitos humanos (COSTA, 1999; VIEIRA, 2003). Estabeleceu-se, então, o direito das pessoas decidirem sobre sua vida sexual e reprodutiva com autonomia, devendo o Estado ampliar suas ações na área da saúde, garantindo o pleno exercício de seus direitos (PITANGUY, 1999).

Há, no entanto, desde a década de 1980, no Brasil, programas desenvolvidos pelo governo federal que enfocam a saúde reprodutiva das mulheres. O Ministério da Saúde, em 1983, em conjunto com organizações feministas, acadêmicas e movimentos de saúde pública criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), adotando perspectiva global da saúde da mulher, o que representou mudança da atuação do Estado na área dos direitos reprodutivos (BERQUÓ, 1993; OSIS, 1998; PITANGUY, 1999).

A proposta do PAISM objetiva o atendimento integral à saúde da mulher, não somente relacionado ao colo, útero, mamas e ao ciclo gravídico–puerperal, como se dava até então nos programas de atendimento à saúde materno-infantil, mas passa a considerar o entorno social, emocional e psicológico, bem como questões relacionadas à regulação da fecundidade, assistindo as mulheres em todas as faixas etárias, classes sociais e etnias (BERQUÓ, 1993; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003; COSTA, 1999; OSIS, 1998; VIEIRA, 2003).

A criação do PAISM teve grande importância nacional e internacional. Em âmbito nacional obteve destaque social por se caracterizar como mudança na concepção de saúde das mulheres e por reunir em sua proposta os princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde. Mundialmente repercutiu por propor atendimentos específicos à saúde reprodutiva, tendo assim participação no reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, tema que somente dez anos mais tarde passou a ser discutido em fóruns mundiais (GALVÃO; DÍAZ, 1999; OSIS, 1998).

Dessa forma, foi pioneiro, pois, somente em 1988, a saúde passa a ser garantida como direito do cidadão e dever do Estado pela Constituição Federal, como descrito no artigo 196 (BRASIL, 1988).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em relação aos direitos à saúde reprodutiva, o parágrafo 7º do mesmo artigo (BRASIL, 1988) afirma que

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.

Apesar da Constituição Federal regulamentar o direito de todo cidadão à assistência integral, informação e escolha relacionadas aos direitos à saúde sexual e reprodutiva e também estarem inclusos na proposta de atendimento do PAISM, esses direitos não são exercidos pela população de modo efetivo em todo o país (GALVÃO; DÍAZ, 1999; OSIS, 1998; VIEIRA, 2003).

Em 1992, foi realizada ampla avaliação em instituições públicas de saúde, de várias capitais estaduais brasileiras, na qual se constatou que de 45 a 50% dos serviços avaliados ofereciam o planejamento familiar, o que corresponde à cobertura de apenas 10% do total das necessidades de atendimento relacionado à concepção e contracepção da população (COSTA, 1992).

Costa (2006) conduziu, entre novembro de 2003 e março de 2004, outro estudo relacionado às atividades de atenção ao planejamento familiar e aos métodos contraceptivos em amostra representativa dos municípios brasileiros. Observou mais uma vez que a oferta

dessas atividades ainda não satisfazia a demanda da população devido às restrições ao acesso e aos serviços de planejamento familiar, e que as ações do planejamento familiar estavam dissociadas, na maioria dos municípios, das ações educativas relacionadas a informações sobre alternativas contraceptivas, conhecimento do corpo e da sexualidade.

Osis et al. (2006b), em estudo realizado em 2002, avaliaram as ações em planejamento familiar em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em quatro capitais estaduais brasileiras, e verificaram que a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis e da esterilização cirúrgica, feminina e masculina, está aquém do esperado para cobrir as necessidades reais da população. Verificou ainda que parcela significativa dos profissionais de saúde não se sente preparada para orientações em planejamento familiar e que, em geral, as ações nesse âmbito são apartadas das demais ações na atenção básica, não sendo considerada parte dessa. O atual contexto mostra que o planejamento familiar no Brasil continua sendo insuficiente no que diz respeito à oferta e orientação sobre métodos contraceptivos.

Outro dado obtido, através da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS – 1996), é a porcentagem de 48,3% das mulheres, de 15 a 49 anos, que não desejaram sua última gestação até o momento da pesquisa (FNUAP/CNDP, 1994; BEMFAM, 1997). Apesar desse dado ter mais de 10 anos é o mais recente em âmbito nacional e pode ser interpretado como mais um indicador da insuficiência da assistência em planejamento familiar no país.

1.2 Saúde reprodutiva da mulher no Brasil

Ao lado da insuficiência das ações voltadas ao planejamento familiar e às questões relacionadas à saúde reprodutiva, cabe ressaltar a questão do método contraceptivo mais prevalente. Embora antigos, os únicos dados nacionais referentes ao uso de contraceptivos são aqueles da PNDS, realizada em 1996, que tem sido a referência aqui utilizada. Esses dados mostram que, no Brasil, o método contraceptivo mais utilizado é a esterilização cirúrgica feminina, sendo que 40,1% das mulheres, de 15 a 49 anos, que viviam em união, já eram esterilizadas. No Estado de São Paulo, 50% das mulheres após os 40 anos de idade estão esterilizadas (BEMFAM, 1997). Em âmbito nacional, observa-se maior predomínio de esterilização feminina na região Centro-Oeste (59,5%) e no meio urbano (40,6%) (BEMFAM, 1997; VIEIRA et al., 2001; VIEIRA, 2003).

No período anterior a 1997, apesar de ilegal em nosso país, a esterilização cirúrgica era realizada com grande frequência, principalmente no setor privado de saúde, em pacientes particulares ou conveniadas (CAETANO, 2000; VIEIRA, 1994). Estudo realizado na região metropolitana de São Paulo - SP, com mulheres de baixa renda, mostrou que, entre as esterilizadas, 75% foram submetidas à laqueadura em hospitais privados e 16% em hospitais públicos (VIEIRA, 1994).

No setor público de saúde, a esterilização era realizada por meio de pagamento “por fora”, troca por votos, ou era registrada como outros procedimentos médicos (CAETANO, 2000; VIEIRA, 1994). Também era comum realizá-la na ocasião da cesariana, o que colaborou para elevar o número de cesáreas realizadas no país (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003; COSTA et al., 1989; FAÚNDES; CECATTI, 1993; MORAIS; GOLDENBERG, 2001; VIEIRA, 1994). Existe, assim, forte relação entre a esterilização e a cesárea.

A cesárea foi, durante muito tempo, realizada com o objetivo de esterilizar as mulheres. No Rio de Janeiro, entre mulheres de baixa renda, estudo realizado, entre 1984 e 1985, revelou que 63% das esterilizações ocorreram através de cesariana (COSTA et al., 1989). Em 1986, 75% das esterilizações realizadas no Brasil, e 80% das esterilizações realizadas em São Paulo, em 1992, foram feitas na ocasião da cesárea (BERQUÓ, 1993, 1999; FAÚNDES; CECATTI, 1993; VIEIRA, 1998).

Estudo realizado em 1994 mostrou que, entre as mulheres da cidade de São Paulo, dentre aquelas que fizeram laqueadura, 77% foram esterilizadas através de cesariana (VIEIRA, 1994). Outro estudo, realizado em Ribeirão Preto, SP, verificou que, entre uma amostra de 2 457 do total de 4 158 mulheres que tiveram seus filhos por meio da cesárea, em 1998, 12,1% foram esterilizadas nessa ocasião, o que corrobora a tendência nacional (VIEIRA; FORD, 2004).

No Brasil, existe, na cultura médica, a prática e a crença de que, depois da mulher passar por uma cesariana, seus partos seguintes devem ser também cesáreas, o que conduz à esterilização cirúrgica. Assim, a esterilização é realizada, freqüentemente, após a terceira cesárea, fato que impõe limitação em relação à concepção e fecundidade (FAÚNDES; CECATTI, 1993).

Observou-se, em São Paulo, que, entre as mulheres esterilizadas, a cesárea é significativamente mais freqüente do que entre as mulheres não esterilizadas. Entre as mulheres que tiveram quatro nascidos vivos, as proporções de cesárea são quase três vezes maiores entre as esterilizadas, do que entre aquelas não esterilizadas (BERQUÓ, 1993). Entre mulheres de São José do Rio Preto, SP, que tiveram partos hospitalares no ano 1 992, 94,6% daquelas que eram esterilizadas haviam se submetido à cesariana (MORAIS; GOLDENBERG, 2001). O que evidencia que a cesárea, feita de modo abusivo, seria um

aspecto que contribui para que as mulheres acabem sendo laqueadas precocemente (BERQUÓ, 1993, 1999; FAÚNDES; CECATTI, 1993; VIEIRA, 1998).

A associação entre a esterilização feminina e o parto cirúrgico revela sério problema de saúde pública, pois, entre outros aspectos, mostra abuso da tecnologia reprodutiva em âmbito nacional, porque “não só a morbimortalidade reprodutiva e as condições do recém-nascido estão diretamente afetadas por esse *status quo*, como os custos hospitalares para o sistema previdenciário cresce desnecessariamente.” (BERQUÓ, 1993, p. 381).

Não há dúvida que o avanço da medicina obstétrica e suas tecnologias trouxe benefícios, melhorando e evitando morbidades, ou mesmo a mortalidade, a que estão expostas mulheres e bebês, principalmente nos casos de gestações de risco. A cesárea eletiva, ou uma cesárea, realizada sem indicação médica, somente como meio de se obter esterilização, entretanto, não é isenta de riscos.

A infecção puerperal é mais freqüente após a cesárea do que após o parto vaginal. Acidentes anestésicos, complicações e a aspiração de vômito também são intercorrências que podem levar à morte materna, além do aumento no tempo de recuperação da mulher. Cesáreas consecutivas podem implicar em maior número de complicações em futuras gestações como a ruptura uterina, a limitação da fecundidade e até mesmo infertilidade (BARROS; VAUGHAM; VICTORA, 1986; DE MUYLDER, 1993; FAÚNDES; CECATTI, 1991, 1993; HOPKINS, 2000; VILLAR et al., 2006).

Outra consequência da cesárea eletiva é o aumento do número de morbidade neonatal, pois pode levar à prematuridade iatrogênica e ao aumento da ocorrência de problemas respiratórios. As possibilidades do bebê vivenciar problemas relacionados à amamentação, devido ao prolongamento do tempo de recuperação da mãe, também são maiores (BARROS; VAUGHAM; VICTORA, 1986; DE MUYLDER, 1993; FAÚNDES; CECATTI, 1991, 1993; VILLAR et al., 2006).

Segundo revisão da literatura, há alguns motivos que são considerados como principais e que justificam a maior ocorrência de indicações para a cesárea, tais como o sofrimento fetal, desproporção cefalopélvica, apresentação pélvica, história de cesariana anterior, idade materna avançada, gemelaridade, hemorragia na segunda metade da gravidez, pré-eclâmpsia, leve e grave, e hipertensão arterial crônica (CUNHA et al., 2002; FAÚNDES; CECATTI, 1993; YAZLLE et al., 2001).

No Brasil, no entanto, o número de cesáreas cresce de modo desproporcional às referidas indicações, e se observa que há maior indicação de cesárea associada à categoria de internação hospitalar privada e pré-paga e ao aumento do padrão social das gestantes do que ao risco obstétrico propriamente dito (FABRI et al., 2002; FAÚNDES; CECATTI, 1993; HOPKINS, 2000; HOPKINS et al., 2005; MORAIS; GOLDENBERG, 2001; VILLAR et al., 2006; YAZLLE et al., 2001).

A cesárea é realizada com grande frequência no país a despeito da possibilidade de aumentar a morbidade e a mortalidade materna. Entre as mulheres que tiveram morte materna é maior o número daquelas que tiveram partos cesáreos do que as que tiveram outra via de parto (FAÚNDES; CECATTI, 1993; KILSZTAJAN et al., 2006; VILLAR et al., 2006). Em Ribeirão Preto, SP, no período de 1988 a 1998, a taxa de cesarianas foi de 36% entre as mulheres que tiveram morte materna por causa obstétrica direta. No Estado São Paulo, em 1996, a mortalidade materna decorrente de complicações no parto cirúrgico, no Sistema Único de Saúde (SUS), foi 3,7 vezes maior do que entre as mulheres que tiveram parto vaginal (OBA; TAVARES; PECINI, 2001).

De forma que o alto número de cesáreas, realizadas em âmbito nacional, é preocupante. No Brasil, mais de 36% de todos os partos são cesáreas (BEMFAM, 1997; STANTON; HOLTZ, 2006), o que equivale ao índice mais que duas vezes maior do que aquele recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa propõe limites de, no

mínimo, 5% e, no máximo, 15% de partos operatórios para todos os nascimentos de um país. Índices abaixo de 5% de cesárea revelam dificuldades de acesso a essa alternativa de parto como parte dos serviços de saúde, e índices acima de 15% não trazem benefícios adicionais para a segurança da mãe e do bebê (WHO, 1994).

Um dos argumentos sobre o crescente aumento nas taxas de cesárea é que as mulheres solicitam o parto cirúrgico, principalmente por temerem as dores do trabalho de parto e parto vaginal em si. Dessa forma um dos aspectos que se tem estudado é a preferência das mulheres pelo tipo de parto. Diversos estudos têm apontado que esse é argumento que não se sustenta, pois, em investigações sobre a preferência das mulheres pelo tipo de parto, o parto vaginal está em primeiro lugar, com justificativas sobre a recuperação ser mais rápida, por serem mais participativas no momento de nascimento de seus filhos e por ser natural. Em relação à cesárea em geral as mulheres a consideram mais arriscada por ser um ato operatório e por prolongar a recuperação da mulher no pós-parto. Esses estudos afirmam que o aumento nas taxas de cesárea não está diretamente relacionado à preferência das mulheres por tal tipo de parto, mas refletem que, na escolha sobre o tipo de parto, o que predomina é a decisão médica e o modo como a assistência obstétrica é organizada (CHACHAM, 1999; DODD; PEARCE; CROWTHER, 2004; HOPKINS, 2000; HOTIMSKY et al., 2002; OSIS et al., 2001a, 2001b; POTTER et al., 2001).

Pode-se considerar que, a despeito dos riscos que possa gerar, o parto cirúrgico, que deveria ser adotado em casos de emergência, quando a mãe ou o bebê correm risco de vida, ou de morbidade, tornou-se lugar-comum e normativo no contexto brasileiro, excedendo as indicações estritamente médicas (HOPKINS, 2000).

Considera-se que as mulheres que foram submetidas a cesariana, como forma de serem esterilizadas, tiveram seus direitos reprodutivos desrespeitados, pois elas e seus bebês foram expostos a riscos desnecessários (ARILHA apud SERRUYA, 1996).

Devido a esses aspectos, tem-se elaborado propostas para a redução das taxas de cesárea. O Ministério da Saúde (MS) publicou, em 1998, a Portaria GM 2 816, na qual autoriza o aumento do pagamento ao parto normal e estabelece percentuais máximos de pagamento por cesáreas em relação ao total de partos por hospital que atende pelo SUS. Estabeleceu pagamento para a porcentagem máxima de 40% de cesáreas, em 1 998, com o objetivo de alcançar 30% até 2 000, considerando que a elevada taxa de morbimortalidade materna e perinatal se relaciona aos problemas da assistência pré-natal e parto, e da elevada taxa de cesárea como determinantes desses (BRASIL, 2002; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

A redução da indicação de cesarianas foi testada pelo Estudo Latino-americano de Cesáreas, realizado na Argentina, Brasil, Cuba, Guatemala e México, sobre a segunda opinião médica obrigatória, baseada na melhor evidência científica existente, sobre a indicação de cesariana, quando essa não for de emergência. Observou-se que a segunda opinião médica pode reduzir até 20 cesáreas em cada 1 000 partos, sem aumentar a morbidade e mortalidade materna e perinatal (ALTHABE et al., 2004; OSIS et al., 2006a).

Dentro da mesma proposta de melhoria da assistência obstétrica e do enfoque da humanização no atendimento à mulher e do reconhecimento de sua autonomia, foi lançado, em 2 000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) por meio da Portaria GM 569 do Ministério da Saúde. O PHPN também preconiza, em sua proposta, a redução da morbimortalidade materna e perital, e, entre essas, objetiva a redução das altas taxas de cesárea. Está incluso no seu projeto, inserido no contexto da humanização do atendimento à mulher no momento do parto, a garantia ao acesso com cobertura e qualidade suficientes para melhorar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério e atendimento ao neonato. Outra medida adotada é evitar práticas intervencionistas desnecessárias que não trazem benefícios adicionais à mulher e nem ao recém-nascido, entre elas inclui-se a cesárea

eletiva, como uma das formas de se garantir o exercício dos direitos reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2002; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Outra medida tomada, com o intuito de desvincular a esterilização feminina das cesáreas, no Brasil, é a legislação sobre o planejamento familiar, de 1 996. Essa regula o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal, a partir do qual a esterilização cirúrgica voluntária passa a ser ofertada pelo sistema público de saúde (OSIS, 1998; VIEIRA, 1999, 2003).

A Lei 9 263, regulamentada em agosto de 1 997, por meio da Portaria 144 do Ministério da Saúde, discorre sobre parâmetros para a realização de esterilização em homens e mulheres. Entre outras medidas proíbe a esterilização na ocasião da cesárea, exceto por comprovada necessidade (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003; VIEIRA et al., 2001; VIEIRA, 2003).

Ampliando as disposições da Lei, em fevereiro de 1999, foram realizadas alterações na regulamentação e ficou vedada, desde então, também, a realização da esterilização no período do parto ou aborto até 42 dias depois desses, exceto em casos de comprovada necessidade, como aqueles por cesarianas sucessivas e em casos em que a realização de outra cirurgia represente risco de vida para a mulher (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003; VIEIRA et al., 2001; VIEIRA, 2003).

A Lei ainda estabelece, como critérios de elegibilidade para a realização da esterilização voluntária, que homens e mulheres devam ter capacidade civil plena, serem maiores de 25 anos, ou ter dois filhos vivos. Deve-se aguardar 60 dias, no mínimo, para a realização da esterilização a partir da data de solicitação, período no qual a pessoa deve ter acesso ao serviço de planejamento familiar, obter informações e ser orientada sobre métodos contraceptivos reversíveis, objetivando desencorajar a esterilização precoce (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003; BRASIL, 1996,1997; VIEIRA et al., 2001; VIEIRA, 2003).

No Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, a esterilização cirúrgica feminina (laqueadura tubária) e masculina (vasectomia) passou a ser ofertada, no contexto do planejamento familiar, em outubro de 1999, pela rede pública de serviços de saúde (GUELERI et al., 2000; VIEIRA et al., 2005).

Para a implementação do planejamento familiar, os profissionais de saúde dos serviços de atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto foram treinados para a realização de aconselhamentos em planejamento familiar e orientação aos usuários do serviço de saúde sobre opções e uso de métodos contraceptivos. Criou-se, simultaneamente, grupos de supervisão mensal para esses profissionais. Tal como solicita a Lei todos os requerimentos legais foram implementados em um hospital da rede pública para a efetiva provisão de esterilização (GUELERI et al., 2000; VIEIRA et al., 2000; VIEIRA; FORD, 2004; VIEIRA et al., 2005; VIEIRA, 2006).

Após a implantação da oferta de métodos cirúrgicos, os números de laqueaduras e vasectomias vêm aumentando em Ribeirão Preto, SP. No período de fevereiro de 2000, quando as esterilizações começaram a ser realizadas, a dezembro de 2004, foram executadas 1 824 esterilizações femininas.

Diante de tais dados, da relação da cesárea com a esterilização feminina e por não haver estudos, até o momento, que investiguem as mulheres esterilizadas pelo SUS, que passaram por aconselhamento em planejamento familiar, após a regulamentação da Lei sobre esterilização cirúrgica, esta pesquisa tem por objetivo conhecer as características dessas mulheres, tomando como parâmetro o tipo de parto, ou seja, investigar as características das mulheres que tiveram somente partos vaginais em comparação às mulheres que tiveram ao menos uma cesárea em sua história obstétrica.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

► O presente estudo tem por objetivo conhecer as características das mulheres que se esterilizaram, através do planejamento familiar da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, entre 2000 e 2004, segundo o tipo de parto, ou seja, comparar as mulheres que tiveram somente partos vaginais com as mulheres que tiveram ao menos uma cesárea em sua história obstétrica.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas e socioeconômicas.
- Descrever os dados relacionados à esterilização, como a idade ao esterilizar-se, motivo e satisfação com a cirurgia.
- Descrever a história reprodutiva dessas mulheres.
- Comparar as características sociodemográficas, condições socioeconômicas, idade na esterilização, motivo da opção, satisfação com a cirurgia e história reprodutiva dessas mulheres, de acordo com os tipos de parto ao longo de suas histórias obstétricas, categorizados como parto vaginal e cesárea.

3 SUJEITOS E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Esta investigação está baseada na análise dos dados colhidos na pesquisa sobre “Avaliação da oferta e satisfação com os métodos de planejamento familiar, após a implantação da Lei 9 263 no Município de Ribeirão Preto, SP”, da Prof^a. Dr^a. Elisabeth Meloni Vieira, processo Fapesp nº. 03/00549-0, do qual o presente estudo faz parte.

Trata-se de estudo transversal, de abordagem quantitativa que investiga algumas variáveis selecionadas das condições sociodemográficas, socioeconômicas, de aspectos relacionados à laqueadura tubária e da história reprodutiva das mulheres esterilizadas.

3.2 População estudada

A avaliação da satisfação dos usuários com a esterilização cirúrgica e com o serviço de saúde foi um dos componentes da pesquisa financiada pela Fapesp, na qual foram feitas entrevistas com homens e mulheres, residentes em Ribeirão Preto, SP, esterilizadas pelo SUS, através do planejamento familiar, passando por aconselhamento e aguardando o prazo mínimo de 60 dias para realizar a cirurgia, a partir da data de solicitação da mesma. As esterilizações foram realizadas entre fevereiro de 2 000 e dezembro de 2 004, ou seja, nos primeiros cinco anos de oferta da esterilização cirúrgica no município. Nesse período, foram realizadas 2 635 esterilizações, sendo 1 824 laqueaduras tubárias e 811 vasectomias (Tabela 1).

Neste estudo não foram incluídas as mulheres esterilizadas na ocasião do parto já que, até o ano 2 003, não havia registros dessas cirurgias na Mater. A partir de 2 003, as cirurgias

começaram a ser registradas e atendem mulheres com necessidade de esterilização decorrente de risco de vida ou saúde, segundo o item II do art. 10º da Lei 9 263. Realizou-se estimativa para verificar o quanto significaria as esterilizações intraparto comparado a esterilizações de intervalo. Entre 2 003 e 2 004, foram realizadas, no mesmo hospital onde as esterilizações voluntárias foram feitas, 67 esterilizações intraparto, o que corresponde a 5,52% das esterilizações de intervalo realizadas no mesmo período.

Tabela 1 - Laqueaduras e vasectomias realizadas de 2000 a 2004, Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP, 2005

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Esteriliz.						
Laqueaduras	61	206	344	554	659	1.824
Vasectomias	31	121	176	212	271	811
Total	92	327	520	766	930	2.635

Para o presente estudo foram utilizadas apenas as entrevistas feitas com as mulheres esterilizadas. Do total de 1 824 laqueaduras realizadas, entre fevereiro de 2 000 e dezembro de 2 004, trabalhou-se aqui, com amostra probabilística de 233 mulheres. O sorteio foi baseado no procedimento de amostragem sistemática (LEVEY; LEMESHOW, 1991) proporcional ao número de laqueaduras tubárias realizadas por ano. Para o cálculo amostral, considerando população finita, foi utilizada a fórmula dada por

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1 - p) \cdot N}{d^2 \cdot (N - 1) + z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

onde: N = 1.824, $z_{\alpha/2} = 1,96$, p = 0,5, $\alpha = 5\%$ e d = 6%. Resultando em n = 233.

As proporções consideradas para cada ano são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Proporção e número de mulheres esterilizadas, sorteados por ano, para serem entrevistadas, Ribeirão Preto, SP, 2005

Ano	%	Total
2000	3,3	08
2001	11,3	26
2002	18,9	44
2003	30,4	71
2004	36,1	84
Total	100	233

A amostra calculada foi de 233 mulheres esterilizadas, no entanto, foram realizadas 235 entrevistas, porque duas entrevistadoras fizeram, simultaneamente, uma entrevista a mais cada, seguindo a listagem extra de nomes e endereços que lhes fora dada para substituição das perdas.

As mulheres participantes do estudo responderam ao questionário com perguntas referentes a informações sociodemográficas (questões de 2 a 14), sobre a esterilização cirúrgica (questões 15, 16 e de 18 a 38), história reprodutiva (questões 12 e 17), assistência hospitalar (questões de 39 a 45) e função sexual (questões parte V de 1 a 19) (ANEXO A).

Verificou-se se existem variáveis associadas ao tipo de parto (cesárea e parto vaginal), na história obstétrica da mulher esterilizada, tal como descrito no Quadro 1.

Variável dependente	Variáveis independentes
- Tipo de parto: considerando cesárea como resposta sim, para as mulheres que tiveram ao menos uma cesárea em sua história obstétrica e parto vaginal como não, para as mulheres que tiveram todos seus partos vaginais.	<ul style="list-style-type: none"> - Estado marital - Cor - Grau de escolaridade - Anos Completos de escolaridade - Condição sócio-econômica (CCEB) - Religião - Número de membros na família - Tipo de moradia - Idade na esterilização - Motivo para ter optado pela esterilização - Satisfação com a esterilização - Número de filhos vivos - Idade na primeira gestação - Número de gestações - Número de partos

Quadro 1 – Relação entre as variáveis

3.3 Definição das variáveis

Variável dependente

- Tipo de parto: considerando cesárea como resposta sim, para as mulheres que tiveram ao menos uma cesárea em sua história obstétrica, e parto vaginal como não, para as mulheres que tiveram todos seus partos vaginais.

Variáveis independentes

Dados sociodemográficos

- Estado marital atual: considerando a ocasião da entrevista e categorizado em casada, morando junto, solteira, separada ou divorciada e viúva, na ocasião da entrevista.

- Cor e/ou etnia: segundo auto-referência da entrevistada e categorizadas em branca, parda, preta, oriental e indígena.

- Grau de escolaridade: categorizada em analfabeto, primário incompleto, primário completo, ginásio incompleto, ginásio completo, colegial incompleto, colegial completo, superior incompleto e superior completo.

- Anos de escolaridade: somatória dos anos completos de escolaridade.

- Escolaridade do chefe da família: conforme referido pela entrevistada e categorizado em analfabeto, primário incompleto, primário completo, ginásio incompleto, ginásio completo, colegial incompleto, colegial completo, superior incompleto, superior completo.

- Condições socioeconômicas: a categoria socioeconômica das entrevistadas foi avaliada segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2003), que considera, para o cálculo da pontuação, a soma do grau de instrução de quem é referido como chefe da família com os itens de conforto da residência da entrevistada. As classes econômicas, de acordo com a ABEP, são divididas em sete categorias (A1, A2, B1, B2, C, D, E) de acordo com o poder de compra. No entanto, somou-se, aqui, as pontuações referentes a A1 e A2 e, transformadas na categoria A, e o mesmo foi feito com as categorias B1 e B2, que, somadas, formam a categoria B.

- Religião: categorizado em católica, evangélica, espírita, protestante ou outra, conforme relatado na entrevista.

- Número de membros da família: considerou-se como número de membros da família o número de pessoas que reside no mesmo domicílio da entrevistada.

- Tipo de moradia: categorizada em casa própria, alugada ou cedida, conforme relatado na entrevista.

Dados sobre a esterilização

- Idade na esterilização: número de anos completos da mulher quando foi esterilizada.

- Motivo da esterilização: conforme referido pela entrevistada.

- Satisfação com a esterilização: conforme referido pela entrevistada e categorizada em sim, não e mais ou menos.

História reprodutiva e contraceptiva

- Número de filhos vivos: conforme informado pela entrevistada.

- Idade na primeira gestação.

- Número de gestações: somatória do número de gestações informado pela entrevistada.

- Número de partos: somatória do número de partos informado pela entrevistada.

Variáveis de contexto

- Chefe da família: conforme considerado pela entrevistada.

- Renda familiar: soma dos salários mensais de todos aqueles que trabalham e contribuem para o pagamento das despesas domiciliares.

- Renda familiar *per capita*: renda familiar mensal dividida pelo número de pessoas que moram no mesmo domicílio.

- Método anticoncepcional usado nos seis meses que antecederam a esterilização: categorizado em pílula, injeção, preservativo, tabelinha, DIU, espermicida, coito interrompido, nenhum, ou outros, conforme informado pela entrevistada.

3.4 Operacionalização

3.4.1 Critérios de inclusão na amostra

Participaram deste estudo as mulheres que tiveram, voluntariamente, a esterilização cirúrgica de intervalo e que passaram pelo aconselhamento em planejamento familiar em Ribeirão Preto, SP, entre o período de fevereiro de 2 000 e dezembro de 2 004.

3.4.2 Trabalho de campo

O trabalho de campo foi estruturado de acordo com a seqüência de atividades mostradas a seguir.

1 Pré-teste do questionário

O questionário foi testado pelas supervisoras de campo, treinadas pela orientadora do estudo, no período de 12/10 a 3/11/2005. Foram realizadas oito entrevistas domiciliares, em

população e contexto similares àqueles da pesquisa. Foram sorteadas aleatoriamente 12 pessoas, sendo sete mulheres e cinco homens, que haviam sido esterilizados pelo planejamento familiar de Ribeirão Preto, SP, no ano 2 005, ou seja, período que não entrou no sorteio da amostra da pesquisa. Houve quatro perdas, duas devido à mudança de endereço e outras duas por endereço inconsistente.

O objetivo do teste foi verificar inconsistências e pertinência das questões, adequação da linguagem e da formatação do questionário, como forma de garantir maior facilidade no manejo do instrumento.

Por meio do teste pôde-se realizar as seguintes alterações no questionário (ANEXO A):

- inclusão da opção “não” na questão 21 - houve alguma mudança na sua vida desde a cirurgia?

- alteração na ordem e linguagem das questões de 22 a 25, referentes ao processo pelo qual o candidato passa, desde a expressão do desejo de ser esterilizado, no serviço de saúde, até a obtenção da cirurgia.

- modificação de alguns termos utilizados nas afirmativas que compõem a questão 29 – investigação sobre conhecimento em relação à esterilização - como forma de facilitar a compreensão da entrevistada.

Pôde-se também colocar observações no manual da entrevistadora para se ter maior atenção em relação a algumas questões (ANEXO B).

2 Sorteio, levantamento e transcrição de informações dos prontuários

O sorteio da amostra, proporcional ao número de esterilizações por ano, foi feito através do programa de computador Excel, em 5/10/2005. Os endereços das pessoas sorteadas para

compor a amostra foram levantados na Mater, maternidade onde foram realizadas as esterilizações, nos dias 11 e 13/10/2005, pelas supervisoras de campo.

No decorrer da pesquisa de campo, foi necessária a realização de mais dois sorteios para substituição de nomes perdidos, sendo sorteados, respectivamente, mais 75 e 40 nomes, somando-se ao todo 348 nomes para a realização das 235 entrevistas (Tabela 3).

Informações como a data da entrada da pessoa no programa de planejamento familiar, características do relacionamento conjugal à época do aconselhamento, número de sessões de aconselhamento, tempo de espera para a realização da cirurgia e data da esterilização foram obtidas por meio do levantamento de prontuários da maternidade, por profissional devidamente treinado para essa tarefa, e foram colhidas no decorrer da realização das entrevistas.

3 Classificação dos endereços

A classificação dos endereços foi realizada em 1/10/2005 pelas supervisoras do campo e durante a realização das entrevistas, em razão das substituições que se fizeram necessárias. Os endereços foram classificados por bairro, segundo o Star Guia Mais 2004 - guia comercial de Ribeirão Preto, SP.

A distribuição dos endereços para a realização das entrevistas foi feita de acordo com a maior proximidade da área de residência da entrevistadora, com o intuito de reduzir os gastos com vale-transporte e com o tempo despendido nas viagens.

4 Seleção, treinamento e supervisão das entrevistadoras

A seleção das entrevistadoras foi realizada em etapa anterior à pesquisa, no período, de 17 a 25 de agosto de 2004, pela orientadora do estudo, com o auxílio de uma psicóloga, por meio de entrevista e avaliação do *curriculum vitae*. As candidatas foram recrutadas por anúncio público, cuja divulgação foi feita por cartazes distribuídos no *Campus* da USP, em Ribeirão Preto, SP. Como critério, as candidatas deveriam ter nível superior completo, ou em andamento, boa comunicação, experiência anterior com entrevistas e não poderiam ser vinculadas aos programas de saúde do município, isso como forma de não serem identificadas pelas entrevistadas como parte das equipes de saúde do aconselhamento em planejamento familiar. Do total de 20 candidatas, nove foram selecionadas.

Para a etapa da pesquisa a qual pertence este estudo, sobre satisfação com a esterilização, trabalharam cinco entrevistadoras previamente selecionadas. O treinamento foi realizado no Departamento de Medicina Social, nos dias 9 e 11 de novembro de 2005. O treinamento constou da apresentação do projeto da pesquisa, de conceitos relacionados à esterilização e sexualidade, técnica de entrevista, manejo e prática de aplicação do questionário (ANEXO C).

Devido à desistência de duas entrevistadoras foi necessário treinar mais uma pessoa previamente selecionada. O treinamento dessa foi realizado em 14/12/2005, no Departamento de Medicina Social, no mesmo molde do treinamento anterior (ANEXO C).

A supervisão das entrevistas foi realizada semanalmente, em encontros agendados entre as entrevistadoras e as supervisoras de campo para checagem dos questionários, verificação de preenchimento correto, observações de inconsistências e questões não preenchidas ou com respostas incompletas. Também era feito o controle do número e alternância de dias e horários das visitas feitas em cada domicílio, verificação de perdas, substituição de nomes,

conferência, reposição e distribuição de vales-transporte. A revisão e crítica dos questionários foram feitos pelas supervisoras de campo sob a coordenação da orientadora do estudo.

5 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas entre 11 de novembro de 2005 e 01 de junho de 2006, no domicílio, eram feitas até três tentativas de visita, com dias e horários alternados para aumentar a possibilidade das entrevistadas serem encontradas em seus domicílios. As mulheres que não foram encontradas até a terceira visita foram substituídas por outras que realizaram a cirurgia esterilizadora no mesmo ano que a primeira sorteada que não foi encontrada. O mesmo procedimento de substituição se deu nos casos de mudança de endereço sem referência, endereço inconsistente e morte.

Devido a um erro de campo, uma pessoa que trabalha no serviço de saúde onde as esterilizações são feitas e que havia sido contratada para realizar o levantamento dos prontuários das mulheres esterilizadas realizou, inadvertidamente, duas entrevistas. Quando o equívoco foi identificado, as supervisoras de campo o discutiram com a coordenadora do estudo, que achou por bem anular as duas entrevistas. O trabalho de campo consolidado pode ser conferido na Tabela 3.

De todos os nomes sorteados para a amostra, 20% foram novamente sorteados, por meio de reamostragem, como forma de realizar a checagem do trabalho das entrevistadoras para evitar fraudes no preenchimento do questionário e vieses na pesquisa.

Tabela 3 - Relação das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, sorteadas para participar da amostra do estudo, Ribeirão Preto, SP, 2006

Mulheres esterilizadas	1ª visita	2ª visita	3ª visita	%	Total
Entrevistadas	89	113	33	67,5	235
Três visitas sem sucesso	-	-	-	5,7	20
Endereço não confere	-	-	-	8,3	29
Mudança sem referência	-	-	-	16,7	58
Fora da cidade	-	-	-	0,6	2
Recusa ser entrevistada	-	-	-	0,3	1
Faleceu	-	-	-	0,3	1
Entrevista anulada	-	-	-	0,6	2
Total	-	-	-	100	348

3.4.3 Recursos humanos

A equipe do trabalho de campo foi composta por duas supervisoras de campo, cinco entrevistadoras, uma colaboradora treinada para extrair informações sobre as mulheres laqueadas do prontuário da maternidade e um digitador.

3.4.4 Participação na pesquisa

Como participante da equipe de pesquisa do estudo “Avaliação da oferta e satisfação com os métodos cirúrgicos de planejamento familiar após a implantação da Lei 9 263 no município de Ribeirão Preto, SP”, desenvolvi as seguintes atividades em relação ao componente “Avaliação do grau de satisfação com a cirurgia esterilizadora”, da qual os dados subsidiam a presente dissertação: pré-teste do questionário, levantamento de nomes e endereços no hospital onde as cirurgias foram realizadas, classificação dos endereços das mulheres a serem entrevistadas, participação no treinamento das entrevistadoras, compra e distribuição de vales-

transporte, pagamento das entrevistadoras e dos demais membros que trabalharam na pesquisa e realização de entrevistas de checagem do questionário.

3.5 Análise dos dados

Neste estudo, utilizou-se como variável dependente o tipo de parto (cesárea ou parto vaginal), ao longo da trajetória reprodutiva das mulheres esterilizadas, e como variáveis independentes o estado marital, cor, escolaridade, condição socioeconômica, religião, número de membros na família, tipo de moradia, idade na esterilização, motivo para ter optado pela esterilização, satisfação com a esterilização, número de filhos vivos, idade na primeira gestação, número de gestações e número de partos.

Verificou-se se havia associação entre as variáveis independentes e o tipo de parto (cesárea ou parto vaginal), definido como variável dependente, como forma de investigar quais variáveis podem se relacionar ao tipo de parto, ou seja, quais características poderiam se diferenciar segundo o tipo de parto, ao longo de suas histórias obstétricas. A verificação de associação entre as referidas variáveis se deu por meio dos testes de associação qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher, teste de correlação e análise uni e multivariada por regressão logística (HOSMER; LEMESHOW, 1989).

3.5.1 Processamento dos dados

As entrevistas realizadas, por meio de questionário com perguntas estruturadas, foram numeradas, arquivadas e armazenadas em pastas no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Os dados dos questionários foram digitados no programa Epi-Info, em máscara, por pessoa especialmente contratada e treinada para essa tarefa. O programa Epi-Info foi utilizado devido à facilidade de mimetização do questionário, o que diminui as chances de erros no processo de digitação.

Para verificar a distribuição de frequência das variáveis e para realizar os testes de associação entre as variáveis dependentes e independentes, utilizou-se o pacote estatístico Stata em sua versão 8.0.

3.6 Aspectos éticos

Os princípios éticos de confidencialidade das informações coletadas, não redução da autonomia dos participantes e a beneficência/não-maleficência dos propósitos da pesquisa foram sempre respeitados no desenvolvimento desta pesquisa.

O termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO D) foi apresentado e assinado pelas mulheres que, convidadas, aceitaram participar voluntariamente do estudo, como forma de garantir e registrar a obediência ao princípio de não-vulnerabilidade às mesmas (BRASIL, 2000).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, de acordo com a Resolução nº. 196/96 do MS (ANEXO E) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (ANEXO F).

4 RESULTADOS

A descrição da distribuição de frequências abaixo refere-se às informações sobre as 235 mulheres esterilizadas pertencentes a este estudo.

4.1 Dados sociodemográficos

Com o objetivo de caracterizar a população de mulheres esterilizadas, utilizou-se, aqui, as variáveis referentes ao estado marital, cor/etnia, escolaridade e religião.

Estado marital

A maioria das mulheres esterilizadas (89,8%) referiu que vivia com companheiro no momento da entrevista, sendo que 50,6% eram casadas e 39,2% viviam em união consensual. As demais referiram ser solteiras (5,1%), separadas ou divorciadas (3,8%) e viúvas (1,3%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de frequência do estado marital entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Estado marital	F	%
Casada	119	50,6
Mora junto	92	39,2
Solteira	12	5,1
Separada/divorciada	9	3,8
Viúva	3	1,3
Total	235	100

Cor/etnia

Mais da metade das mulheres esterilizadas (57,9%) referiu ser de cor branca, 30,2% referiu ser de cor parda e 11,9%, de cor preta (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição de frequência da cor/etnia referida pelas mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Cor/etnia	F	%
Branca	136	57,9
Parda	71	30,2
Preta	28	11,9
Total	235	100

Escolaridade

A escolaridade foi medida de duas maneiras, por meio do grau e dos anos completos de escolaridade. A média de anos de escolaridade entre as mulheres esterilizadas, desta amostra, é de 6,3 anos, com mediana igual a seis e moda igual a quatro anos de escolaridade. O nível de escolaridade predominante entre essas mulheres, à época da entrevista, era o ensino fundamental incompleto, sendo que 53,2% referiu ter entre quatro e sete anos completos de estudo. O ensino médio incompleto foi referido por 23,4% delas, variando de oito a 10 anos completos de escolaridade. Dentre aquelas que concluíram o ensino médio (10,2%), apenas duas cursaram e concluíram o ensino superior. Dentre as 31 mulheres que não terminaram os primeiros quatro anos de escolaridade (13,2%), quatro não freqüentaram a escola (Tabela 6 e 7).

Tabela 6 - Distribuição de frequência do grau de escolaridade entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Grau de escolaridade	F	%
Primário incompleto	31	13,2
Fundamental incompleto	125	53,2
Médio incompleto	55	23,4
Médio e Superior completo	24	10,2
Total	235	100

Tabela 7 - Distribuição de frequência dos anos completos de escolaridade das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Anos completos de escolaridade	F	%
Nenhum	4	1,7
1 a 4	72	30,6
5 a 8	116	49,4
9 a 15	43	18,3
Total	235	100

Religião

Quanto à religião, mais da metade das entrevistadas referiu ser católica (66,8%), seguida daquelas que são evangélicas (27,2%) e das que referiram outras religiões (6%) como espírita, protestante, seicho-no-iê e budismo (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição de frequência da religião das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Religião	F	%
Católica	157	66,8
Evangélica	64	27,2
Outras	14	6,0
Total	235	100

4.2 Condições socioeconômicas

Para caracterizar a população de mulheres esterilizadas, quanto às suas condições socioeconômicas utilizou-se as variáveis referentes ao chefe da família, categoria socioeconômica, renda familiar mensal, renda familiar *per capita* mensal, número de membros da família e tipo de moradia.

Chefe da família

Quando perguntadas sobre quem as entrevistadas consideram como chefe da família, 82,1% responderam que quem ocupa essa posição é o companheiro ou marido e 14,9% das mulheres se consideram chefe da família. Para 1,3%, o casal é o responsável pelo comando da família e 1,7% das entrevistadas consideram que outras pessoas ocupam essa posição (Tabela 9).

Entre as 35 mulheres (14,9%) que se consideram chefes de família, mais da metade (54,4%) estava sem companheiro no momento da entrevista (Tabela 10).

Tabela 9 - Distribuição de frequência de quem é considerado chefe de família, segundo as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Chefe de família	F	%
A própria entrevistada	35	14,9
Marido	193	82,1
Casal	3	1,3
Outro	4	1,7
Total	235	100

Tabela 10 - Distribuição da frequência do estado marital entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, que se consideram chefe de família, Ribeirão Preto, SP, 2006

Estado marital	F	%
Casada	6	17,1
Mora junto	10	28,6
Solteira	8	22,9
Separada/divorciada	8	22,9
Viúva	3	8,6
Total	35	100

Categoria socioeconômica

Segundo o critério utilizado, a média de pontos obtidos entre as mulheres esterilizadas foi de 13,5, com mediana e moda igual a 13 pontos, inserindo a população da amostra, em média, na categoria C. A pontuação mínima do CCEB foi de quatro pontos (classe E) e a máxima de 29 pontos (classe A).

Mais da metade das mulheres entrevistadas (51,9%) pertencia à classe econômica C, 25,5% à classe D e 20,9% à classe B, como pode ser observado na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição de frequência da classe econômica à qual pertencem as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Classe econômica	F	%
A (25–29 pontos)	2	0,9
B (17–24 pontos)	49	20,9
C (11–16 pontos)	122	51,9
D (6–10 pontos)	60	25,5
E (0–5 pontos)	2	0,9
Total	235	100

Outra forma de se avaliar o nível socioeconômico das entrevistadas é por meio da renda familiar mensal e do cálculo da renda familiar *per capita* mensal. A renda familiar dessa população variou de R\$ 95,00 a R\$ 4 000,00, tendo média igual a R\$ 854,00, mediana igual a R\$ 790,00 e moda igual a R\$ 1 000,00. A renda familiar *per capita* variou de R\$ 12,00 a R\$ 1 166,00, com média igual a R\$ 185,50, mediana igual a R\$ 156,00 e moda igual a R\$ 200,00. Duas entrevistadas referiram não ter renda e uma não forneceu essa informação.

Número de membros da família

O número de membros da família variou de duas a 12 pessoas, sendo a média, mediana e moda igual a cinco pessoas. Para 33,2% delas, a família é composta por cinco pessoas, para 30,6% varia de seis a 12 pessoas e para 27,7% a família é composta por quatro pessoas (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição de frequência do número de membros da família entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Número de membros da família	F	%
2 a 3	20	8,5
4	65	27,7
5	78	33,2
6 ou mais	72	30,6
Total	235	100

Tipo de moradia

Mais da metade das entrevistadas referiu morar em casa própria (53,6%); 23,8% referiram pagar aluguel, 17,9% em residência cedida e 5,1% em outras modalidades de residência como favela, casa invadida ou com algum familiar (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição de frequência do tipo de casa em que moram as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Casa	F	%
Própria	126	53,6
Alugada	56	23,8
Cedida	42	17,9
Outras	11	4,7
Total	235	100

4.3 Esterilização

Os dados sobre a esterilização incluem as variáveis referentes à idade na esterilização, método anticoncepcional utilizado nos seis meses que antecederam a esterilização, motivo da esterilização e satisfação com a cirurgia. Todas as mulheres, investigadas por este estudo, realizaram a esterilização cirúrgica de intervalo.

Idade na esterilização

A média de idade encontrada das mulheres que foram esterilizadas foi de 33,3 anos, variando de 23 a 46 anos, com mediana igual a 33 e moda de 32 anos de idade. Mais da metade das mulheres (61,2%) foi esterilizada entre 30 e 39 anos de idade, sendo 32,3% entre 30 e 34 anos e 28,9% entre 35 e 39 anos. As demais estavam entre 23 e 29 anos (26%) e 40 e 46 anos (12,8%), como pode ser observado na Tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição de frequência da idade, em faixas etárias, na esterilização entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Faixa etária (anos)	F	%
23 a 29	61	26,0
30 a 34	76	32,3
35 a 39	68	28,9
40 a 46	30	12,8
Total	235	100

Método anticoncepcional utilizado nos seis meses que antecederam a esterilização

Mais da metade das entrevistadas (52,3%) fazia uso da pílula anticoncepcional nos seis meses que antecederam a esterilização. Delas, 14,9% referiram que seus parceiros usaram preservativos e 12,3% faziam uso de método hormonal injetável. As demais referiram ter usado o dispositivo intra-uterino (DIU) (4,3%), coito interrompido (2,6%) e tabelinha (0,4%) (Tabela 15).

Entre as mulheres que referiram não ter feito uso de nenhum método contraceptivo nos seis meses que antecederam a esterilização (13,2%), a maioria (77,4%) vivia em união estável e 22,7% referiu estar sem parceiro no momento da entrevista (Tabela 16).

Tabela 15 - Distribuição de frequência dos métodos anticoncepcionais usados pelas mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, nos seis meses antes da esterilização, Ribeirão Preto, SP, 2006

Método anticoncepcional	F	%
Pílula	123	52,3
Injeção	29	12,3
Preservativo	35	14,9
Tabelinha	1	0,4
DIU	10	4,3
Coito interrompido	6	2,6
Nenhum	31	13,2
Total	235	100

Tabela 16 - Distribuição de frequência do estado marital entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, que referiram não terem feito uso de nenhum método anticoncepcional nos seis meses antes da esterilização, Ribeirão Preto, SP, 2006

Estado marital	F	%
Casada	15	48,4
Mora junto	9	29,0
Solteira	3	9,7
Separada/divorciada	2	6,5
Viúva	2	6,5
Total	31	100

Motivo da esterilização

Os motivos mencionados pelas mulheres para a esterilização atinge ampla gama de opções. Os motivos mais freqüentemente referidos são que já haviam tido os filhos que queriam (36,2%) e tinham muitos filhos (17,5%). Recomendação médica (11,5%), motivos econômicos (10,6%), efeito colateral do método anticoncepcional usado (8,1%), não adaptação aos métodos (6%), falha do método que usava (2,1%), consideraram a esterilização o melhor método (1,3%) e não conheciam outros métodos (0,4%) também compõem os motivos que justificam a opção pela esterilização (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição de frequência dos motivos pelos quais as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, referem ter optado pela laqueadura tubária, Ribeirão Preto, SP, 2006

Motivo	F	%
Tinha os filhos que queria	85	36,2
Muitos filhos	41	17,5
Recomendação médica	27	11,5
Motivos econômicos	25	10,6
Efeito colateral do método	19	8,1
Não se adaptava a métodos	14	6,0
Problemas de saúde	13	5,5
Falha do método que usava	5	2,1
Esterilização é o melhor método	3	1,3
Outros	2	0,9
Não conhecia outros métodos	1	0,4
Total	235	100

Satisfação com a cirurgia

A maioria das mulheres entrevistadas (98,7%) referiu estar satisfeita com a esterilização. Apenas duas mulheres (0,9%) não estavam satisfeitas e uma (0,4%) referiu estar mais ou menos satisfeita, isso porquê, apesar de haver somente duas opções de resposta, sim e não, a entrevistada insistiu em dar essa resposta, anotada pela entrevistadora, treinada para anotar as respostas na íntegra (Tabela 18). Entre os motivos declarados para a não satisfação está querer ter mais filhos, ter se esterilizado enquanto estava brigada com o marido e ter engordado depois da operação.

Tabela 18 - Distribuição de frequência de satisfação com a esterilização entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Satisfeita	F	%
Sim	232	98,7
Não	2	0,9
Mais ou menos	1	0,4
Total	235	100

4.4 História reprodutiva

A descrição da história reprodutiva das mulheres esterilizadas envolve as variáveis relacionadas ao número de filhos vivos, idade na primeira gestação, número de gestações, número de partos e tipos de parto.

Número de filhos vivos

A média do número de filhos vivos dessas mulheres é de 3,2, com mediana e moda igual a três, e varia de um a nove filhos vivos por mulher. Mais da metade das entrevistadas (56,2%) referiu ter entre três e quatro filhos vivos, 30,6% entre um e dois, sendo que apenas cinco mulheres (2,1%) tinham um filho e 13,2% referiu ter cinco filhos vivos ou mais (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição de frequência do número de filhos vivos entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Número de filhos vivos	F	%
1 a 2	72	30,6
3 a 4	124	56,2
Mais de 5	32	13,2
Total	235	100

Idade na primeira gestação

A idade das mulheres na primeira gestação* variou de 13 a 33 anos, com média igual a 20, mediana e moda igual a 19 anos de idade. A distribuição da idade na primeira gestação foi organizada em faixas etárias e pode-se observar que mais da metade das mulheres esterilizadas (51,7%) engravidou pela primeira vez ainda na adolescência, entre 13 e 19 anos de idade. As demais, 37% engravidaram pela primeira vez entre 20 e 24 anos, 7% entre 25 e 29 anos e apenas 4,3% tiveram sua primeira gestação entre 28 e 33 anos de idade (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição da idade na primeira gravidez, em faixas etárias, das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Faixa etária (anos)	F	%
13 a 19	120	51,7
20 a 24	86	37,0
25 a 29	16	7,0
30 a 33	10	4,3
Total	232	100

*Obs: no caso de três mulheres em que não há informação sobre a idade na primeira gestação, a gravidez resultou em aborto e elas não se lembravam da data e nem da idade que tinham na ocasião.

Número de gestações

Entre as mulheres esterilizadas, o número de gestações variou de uma a 10, com média igual a 3,7, mediana e moda iguais a três gestações. Dessas mulheres, 34% tiveram três gestações, 23,4% engravidaram quatro vezes e 19,2% engravidaram duas vezes (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição de frequência do número de gestações por mulher esterilizada pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Gestações	F	%
1	3	1,3
2	45	19,2
3	80	34,0
4	55	23,4
5	24	10,2
6	15	6,4
7	9	3,8
8	2	0,9
9	1	0,4
10	1	0,4
Total	235	100

Número de partos

Entre as entrevistadas somou-se a ocorrência total de 784 partos, sendo que variou de um a nove partos por mulher, com média igual a 3,6, mediana e moda iguais a três partos. Dessas mulheres, 34% tiveram três partos, 23,8% tiveram quatro partos e 19,1% tiveram dois partos (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição de frequência do número de partos por mulher esterilizada pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Partos	F	%
1	3	1,3
2	45	19,1
3	80	34,0
4	56	23,8
5	23	9,8
6	15	6,4
7	10	4,3
8	2	0,9
9	1	0,4
Total	235	100

Tipos de parto

Entre as 235 mulheres esterilizadas, participantes deste estudo, encontrou-se o total de 861 gestações, ao longo de suas trajetórias reprodutivas. Dessas gestações, 226 (26,2%) foram concluídas por meio da cesárea, 558 (64,8%) parto vaginal, para tal somou-se partos fórceps aos partos normais, e 77 (8,9%) terminaram em aborto (Tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição de frequência dos tipos de parto, ao longo da trajetória reprodutiva, entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Conclusão da gestação	F	%
Cesárea	226	26,2
Vaginal (normal e fórceps)	558	64,8
Aborto	77	8,9
Total	861	100

Ao longo da história reprodutiva de todas as mulheres somou-se a ocorrência de 784 partos, sendo que 28,8% desses foram cesáreas e 71,2% partos vaginais. De acordo com a distribuição do tipo de parto em relação ao número de gestações pode-se observar que maior número de mulheres (80) teve três gestações, sendo 11,9% cesáreas e 17,6% partos vaginais em relação ao total de partos. Em seguida, estão as mulheres (56) que tiveram quatro gestações, das quais 8,2% foram concluídas por cesárea e 18,2% em parto vaginal. Pode-se observar também que a maior ocorrência de cesárea (11,9%) foi entre as mulheres que

tiveram três gestações, e a maior ocorrência de partos vaginais (18,2%) entre as mulheres que tiveram quatro gestações (Tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição de frequência dos tipos de parto em relação ao número de gestações entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Número de gestações	Parto				Total de mulheres
	Cesárea		Vaginal		
	F	%	F	%	
1	0	-	3	0,4	03
2	36	4,6	52	6,6	45
3	93	11,9	138	17,6	80
4	64	8,2	143	18,2	56
5	22	2,8	75	9,6	23
6	7	0,9	70	8,9	15
7	3	0,4	51	6,5	9
8	1	0,1	10	1,3	2
9	0	-	09	1,1	1
10	0	-	07	0,9	1
Total	226	28,8	558	71,2	235

Assim, 110 mulheres (46,8%) tiveram ao menos uma cesárea em sua história obstétrica e 125 mulheres (53,2%) tiveram somente partos vaginais (Tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição de frequência das mulheres que tiveram ao menos uma cesárea ao longo de sua trajetória reprodutiva e daquelas que tiveram somente partos vaginais, esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Tipo de parto	F	%
Ao menos uma cesárea	110	46,8
Somente partos vaginais	125	53,2
Total	235	100

Cesárea

Dentre as 235 mulheres esterilizadas, 110, ou seja, 46,8%, tiveram algum de seus partos por meio de cesárea em sua trajetória obstétrica. A média encontrada foi de 2,1 cesáreas por mulher, com mediana igual a duas e moda de 1 cesárea, variando de 1 a 4 cesáreas por mulher. A maior frequência encontrada foi de 1 cesárea por mulher (36,4%), seguida daquelas que tiveram três (29,1%), duas (28,2%) e quatro cesáreas (6,4%), como pode ser conferido na Tabela 26.

Tabela 26 - Distribuição de frequência do número de cesáreas entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Número de cesáreas	Número de mulheres	%
1	40	36,4
2	31	28,2
3	32	29,1
4	7	6,4
Total	110	100

Entre essas 110 mulheres, que tiveram algum de seus partos por meio da cesárea, contabilizou-se a ocorrência de 226 cesáreas. Com base na distribuição do número de cesáreas, segundo o número de partos, a maior frequência de cesáreas encontrada foi entre as mulheres que tiveram três partos (46,4%), seguida daquelas que tiveram dois partos (23,5%). Ainda, segundo o número de partos, a maior frequência encontrada para dois, três e quatro partos foi de mulheres que tiveram todos os partos por cesárea, representando, respectivamente, 19,5, 34,5 e 12,4% do total de ocorrência de cesárea ao longo da trajetória reprodutiva dessas mulheres (Tabela 27).

Tabela 27 - Distribuição de frequência de cesáreas, segundo o número de partos das mulheres que tiveram cesárea em sua história obstétrica, que foram esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Número de partos	Seqüência dos partos	% no total de cesáreas	Número de mulheres
2	CC	19,5	22
	VC	1,8	4
	CV	2,2	5
	Total	23,5	31
3	CCC	34,5	26
	VCC	3,5	4
	CVC	2,7	3
	VVC	2,2	5
	CVV	3,1	7
	VCV	0,4	1
	Total	46,4	46
4	CCCC	12,4	7
	VCCC	2,7	2
	VVVC	2,7	6
	VVCC	1,8	2
	VVCV	0,9	2
	CVVV	1,8	4
	Total	22,3	23
5	VVVVC	0,9	2
	CVCCC	1,8	1
	CVVVV	0,9	2
	VCVVV	0,4	1
	CCVVV	0,9	1
	Total	4,9	7
6	VVVCCC	1,3	1
	Total	1,3	1
7	VVVVCVV	0,4	1
	CVVVVCC	1,3	1
	Total	1,7	2
Total		100	110

Partos vaginais

Do total de 235 entrevistadas, 180 mulheres, ou seja, 76,6%, tiveram ao menos um de seus partos pela via vaginal, que variou de um a nove partos vaginais por mulher, com média igual a 3,1 e mediana e moda iguais a três. Dessas, 30% tiveram três partos vaginais, 23,3% dois e 18,3% quatro partos vaginais (Tabela 28). E 125 mulheres (53,2%) tiveram somente partos vaginais (Tabela 25).

Tabela 28 - Distribuição de frequência do número de partos vaginais de mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Número de partos vaginais	F	%
1	24	13,3
2	42	23,3
3	54	30,0
4	33	18,3
5	13	7,2
6	9	5,0
7	4	2,2
9	1	0,6
Total	180	100

Aborto

Entre as 235 mulheres esterilizadas, 52 (22,1%) referiram ter tido aborto em algum momento de sua vida reprodutiva. A média de abortos referidos foi igual a 1,5, com mediana e moda iguais a um aborto por mulher. Entre essas, o número de abortos variou de um a quatro, a maior frequência encontrada foi de um aborto por mulher (67,3%), seguida daquelas que tiveram dois (26,9%), três (3,8%) e quatro (3,8%) abortos (Tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição de frequência do número de abortos por mulher esterilizada pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Número de abortos	Número de mulheres	%
1	35	67,3
2	14	26,9
3	2	3,8
4	2	3,8
Total	52	100

4.5 Associação entre as variáveis

Para verificar a associação entre as variáveis dependentes e independentes, utilizou-se, aqui, as ferramentas estatísticas teste qui-quadrado de Pearson, correlação de Pearson/Spearman e regressão logística uni e multivariada (HOSMER; LEMESHOW, 1989). Considerou-se associação entre as variáveis dependentes e independentes quando se encontrou valor de p menor ou igual a 0,05 nos testes realizados.

Como variável dependente, utilizou-se o tipo de parto, considerando a resposta sim, para as mulheres que tiveram ao menos uma cesárea, e não para as mulheres que tiveram todos os partos vaginais.

Para compor as variáveis independentes, foram consideradas as variáveis referentes ao estado marital, cor, escolaridade, condição socioeconômica, religião, número de membros na família, tipo de moradia, idade na esterilização, motivo da opção pela esterilização, satisfação com a esterilização, número de filhos vivos, idade na primeira gestação, número de gestações e número de partos.

Tipo de parto

O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para verificar a associação entre a variável tipo de parto (cesárea e parto vaginal) e as variáveis independentes, que foram recodificadas, estado marital (casada, mora junto, sem parceiro), cor (branca, parda/preta), anos de escolaridade (menos de 4, 5-8, 9 ou mais), classe socioeconômica (A/B, C, D/E), religião (católicas, não católicas), número de membros da família (dois a quatro, cinco, seis ou mais), tipo de moradia (própria, alugada, outras), idade na esterilização (23-29, 30-34, 35-39, 40-46), motivo da opção pela esterilização (satisfação com o número de filhos, recomendação médica,

motivos econômicos, a esterilização é o melhor método), satisfação com a esterilização (sim, não), número de filhos vivos (1-2, 3-4, 5 ou mais), idade na primeira gestação (13-17, 18-22, 23-27, 28-33), número de gestações (1-2, 3, 4 ou mais) e número de partos (1-2, 3, 4 ou mais). Em nenhuma das comparações foi encontrada associação, estatisticamente significativa. No entanto, a variável tipo de parto em relação ao estado marital apresentou valor de p igual a 0,075, em relação à cor apresentou valor de p igual a 0,093, em relação à classe econômica valor de p igual a 0,09 e em relação ao número de filhos vivos valor de p igual a 0,066, que são valores de p próximos do valor fixado.

Entre as mulheres que tiveram cesárea, a proporção de casadas (58,2%) é maior do que as que moram junto (31,8%) (Tabela 30).

Tabela 30 – Relação do tipo de parto com o estado marital entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Estado marital	Casada	Mora junto	Sem parceiro	Total
Tipo de parto				
Cesárea	64 58,2%	35 31,8%	11 10%	110 100%
Parto vaginal	55 44%	57 45,6%	13 10,4%	125 100%
Total	119 50,6%	92 39,2%	24 10,2%	235 100%

p = 0,075

Observa-se que a proporção de mulheres brancas que tiveram ao menos uma cesárea (63,6%) é quase duas vezes maior do que entre as mulheres não brancas (36,4%) (Tabela 31).

Tabela 31 – Relação do tipo de parto com a cor entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Cor/raça	Brancas	Pardas e Pretas	Total
Tipo de parto			
Cesárea	70 63,6%	40 36,4	110 100%
Parto vaginal	66 52,8%	59 47,2	125 100
Total	136 57,9%	99 42,1%	235 100%

p = 0,093

Entre as mulheres esterilizadas, que tiveram ao menos uma cesárea, 25,5% pertencem às categorias socioeconômicas A/B enquanto, aquelas que tiveram partos vaginais representam 18,4%; entre as mulheres da classe D/E, apenas 20% tiveram pelo menos uma cesárea e 32% tiveram partos vaginais (Tabela 32).

Tabela 32 – Relação do tipo de parto com a classe econômica entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Classe econômica	A/B	C	D/E	Total
Tipo de parto				
Cesárea	28 25,5%	60 54,6%	22 20%	110 100%
Parto vaginal	23 18,4%	62 49,6%	40 32%	125 100%
Total	51 21,7%	122 51,9%	62 26,4%	235 100%

p = 0,090

Entre as mulheres com pelo menos uma cesárea, apenas 8,2% tinha cinco filhos ou mais, enquanto para aquelas com partos vaginais, 18,4% tiveram cinco filhos ou mais (Tabela 33).

Tabela 33 – Relação do tipo de parto com o número de filhos entre as mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

No. de filhos	1 a 2	3 a 4	5 ou mais	Total
Tipo de parto				
Cesárea	41 37,3%	60 54,6%	9 8,2%	110 100%
Parto vaginal	38 30,4%	64 51,2%	23 18,4%	125 100%
Total	79 33,6%	124 52,8%	32 13,6%	235 100%

p = 0,066

As correlações entre as variáveis contínuas número de gestações (1-10), idade na esterilização (23-46), número de filhos (1-9), número de pontos obtidos no CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil) (4-29), renda familiar mensal (0 - R\$4 000,00), anos de escolaridade (0-15), idade na primeira gestação (13-33) e número de membros da família (2-12) foram obtidas utilizando correlação de Pearson e Spearman (Tabela 34). E considerou-se correlações significantes aquelas com valor de $p \leq 0,05$.

Encontrou-se correlação positiva entre pontuação obtida no CCEB e anos de escolaridade ($r=0,4917$), conforme aumenta o número de pontos no CCEB aumenta os anos de escolaridade. A pontuação obtida no CCEB também tem correlação com o número de membros da família ($r=-0,2927$), número de filhos vivos ($r=-0,3256$) e número de gestações ($r=-0,3257$) e são inversamente proporcionais, conforme diminui a pontuação obtida no CCEB aumenta o número de membros da família, filhos vivos e gestações.

A renda familiar também apresentou correlação positiva com os anos de escolaridade ($r=0,3781$), conforme aumenta a renda familiar aumentam os anos de escolaridade.

Encontrou-se correlação positiva entre idade na primeira gestação e idade na esterilização ($r=0,3506$), conforme diminui a idade na primeira gestação diminui a idade na esterilização. A idade na primeira gestação também apresentou correlação com o número de filhos

($r=-0,3546$) e com o número de gestações ($r = -0,3682$), conforme diminui a idade na primeira gestação aumenta o número de gestações e de filhos vivos. A Tabela 34 resume os resultados.

Tabela 34 – Correlação entre as variáveis contínuas

	Anos de escolaridade	CCEB	Renda familiar	Idade esterilização	Membros da família	No. de filhos	Idade na 1ª. gestação	No. de gestações
Anos de escolaridade	—							
CCEB	0,4917*	—						
Renda familiar	0,3781*	0,6900*	—					
Idade na esterilização	0,0544	0,1353*	0,1376*	—				
Membros da família	-0,2260*	-0,2927*	-0,1648*	-0,2209*	—			
No. de filhos	-0,2824*	-0,3256*	-0,2066*	-0,1351*	0,7404*	—		
Idade na 1ª. gestação	0,2059*	0,0864	0,0672	0,3506*	-0,1573*	-0,3546*	—	
No. de gestações	-0,2746*	-0,3257*	-0,2200*	-0,0692	0,6035*	0,8408*	-0,3682*	—

* $p \geq 0,05$

Com o objetivo de verificar quais variáveis independentes estão explicando a variável tipo de parto (cesárea = 0 e parto vaginal = 1) ajustou-se o modelo de regressão logística, considerando as variáveis que obtiveram valor de p menor ou igual a 0,20, nos testes de associação em relação à variável dependente tipo de parto.

Considerou-se como variáveis independentes estado marital (casada, mora junto, sem parceiro), cor (branca, parda/preta), classe socioeconômica (A/B, C, D/E), idade na esterilização (23-29, 30-34, 35-39, 40-46), motivo para ter optado pela esterilização

(satisfação com os filhos que têm, recomendação médica, motivos econômicos, a esterilização é o melhor método) e número de filhos vivos (1-2, 3-4, 5 ou mais).

Previamente realizou-se a análise univariada, considerando o tipo de parto com cada variável independente. Encontrou-se relação do tipo de parto com o estado marital, classe econômica e número de filhos (Tabela 35).

Quanto ao estado marital, as mulheres que moram junto têm 53% da chance das mulheres casadas, de passarem por cesárea. As mulheres da categoria socioeconômica D/E têm 45% da chance das mulheres da categoria A/B de fazer uma cesárea. Quanto ao número de filhos as mulheres que tiveram cinco filhos ou mais tem 36% da chance das mulheres com um a dois filhos de ter feito cesárea.

Tabela 35 – *Odds ratio* (OR), erro padrão, intervalo de confiança (IC) e valor de p, obtidos através do modelo de regressão logística univariado para estimar a relação do tipo de parto com as características das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Variáveis	OR	Erro padrão (OR)	IC 95% (OR)	Valor de p
Estado marital				
Casada	-	-	-	-
Mora junto	0,528	0,149	0,303 – 0,918	0,024
Sem parceiro	0,727	0,327	0,302 – 1,753	0,478
Cor				
Branças	-	-	-	-
Parda/preta	0,639	0,171	0,379 – 1,079	0,094
Classe econômica				
A/B	-	-	-	-
C	0,795	0,266	0,413 – 1,532	0,493
D/E	0,452	0,174	0,212 – 0,964	0,040
Número de filhos				
1 a 2	-	-	-	-
3 a 4	0,869	0,250	0,494 – 1,528	0,626
5 ou mais	0,363	0,164	0,149 – 0,881	0,025

No modelo de regressão logística multivariada não houve diferença significativa para as variáveis cor, classe econômica e número de filhos. No entanto a variável estado marital, idade na esterilização e ter se esterilizado por recomendação médica se relacionam com o tipo de parto (Tabela 36).

A chance das mulheres que moram junto de ter tido cesárea, em relação às casadas, se manteve em 54%. As mulheres que se esterilizaram entre 40 e 46 anos tem 29% da chance de ter tido cesárea em relação às mulheres que se esterilizaram entre os 23 e 29 anos. Mulheres que se esterilizaram por recomendação médica têm o dobro da chance de ter tido cesárea em relação às mulheres que se esterilizaram por estarem satisfeitas com o número de filhos.

Tabela 36 – *Odds ratio* (OR), erro padrão, intervalo de confiança (IC) e valor de p, obtidos através do modelo de regressão logística multivariado para estimar a relação do tipo de parto com as características das mulheres esterilizadas pelo SUS, no período de 2000 a 2004, Ribeirão Preto, SP, 2006

Variáveis	OR	Erro padrão (OR)	IC95% (OR)	Valor de p
Estado Marital				
Casada	-	-	-	-
Mora junto	0,538	0,169	0,290 – 0,995	0,048
Sem parceiro	1,073	0,552	0,3916 – 2,942	0,891
Cor				
Brancas	-	-	-	-
Pardas/pretas	0,685	0,203	0,383 – 1,226	0,203
Classe econômica				
A/B	-	-	-	-
C	0,913	0,329	0,451 – 0,185	0,800
D/E	0,580	0,254	0,246 – 1,369	0,214
Idade esterilização				
23 a 29	-	-	-	-
30 - 34	0,626	0,237	0,298 – 1,315	0,216
35 – 39	0,982	0,392	0,449 – 2,146	0,963
40 - 46	0,287	0,153	0,101 – 0,814	0,019
Motivo esterilização				
Satisfação filhos	-	-	-	-
Recom. médica	2,352	0,934	1,080 – 5,122	0,031
Motivo econôm.	1,365	0,639	0,545 – 3,417	0,506
Melhor método	1,800	0,713	0,828 – 3,915	0,138
Número de filhos				
1 a 2	-	-	-	-
3 a 4	0,908	0,289	0,487 – 1,695	0,763
5 ou mais	0,510	0,261	0,187 – 1,392	0,189

5 DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com o objetivo de investigar as características das mulheres esterilizadas voluntariamente pelo SUS, em Ribeirão Preto-SP, entre fevereiro de 2000 e dezembro de 2004, segundo o tipo de parto, cesárea ou parto vaginal.

Encontrou-se relação do tipo de parto com estado marital. Entre as mulheres com antecedentes de cesárea a proporção de casadas (58,2%) é maior do que aquelas que moram junto (31,8%). Já em estudo realizado no Estado de São Paulo, em 2003, sobre a estimativa da taxa de cesárea em hospitais públicos e privados, a cesárea esteve mais relacionada às mulheres não-casadas (solteira, não teve união conjugal ou viúvas) (KILSZTAJN et al., 2006).

Quanto ao tipo de parto em relação à cor, observou-se que a proporção de mulheres brancas que tiveram ao menos uma cesárea (63,6%) é quase duas vezes maior do que entre as mulheres pardas e pretas (36,4%), isso a despeito da proporção de mulheres esterilizadas brancas e pardas e pretas não apresentar diferença significativa.

O tipo de parto e a categoria socioeconômica também estão relacionados, entre as mulheres que tiveram ao menos uma cesárea, 25,5% pertencem às categorias socioeconômicas A/B, enquanto aquelas que tiveram partos vaginais representam 18,4% dessa categoria. Entre as mulheres da categoria D/E, apenas 20% tiveram antecedentes de cesárea e 32% tiveram partos vaginais. Tal relação também pôde ser observada em Ribeirão Preto, SP, em estudo sobre a incidência de cesárea segundo a fonte de financiamento para o parto, sendo que a cesárea foi mais freqüente entre as mulheres com mais alto poder aquisitivo, pois entre aquelas que pagaram pelo parto a ocorrência de cesárea foi da ordem de 81,8% em contraposição a 32,1% no SUS, no mesmo período (1986-1995) (YAZLLE et al.,

2001). O mesmo se confirmou entre mulheres que tiveram partos hospitalares em São José do Rio Preto, SP, em 1992, no qual a cesárea foi mais freqüente entre mulheres que residiam em regiões de estratos socioeconômicos com rendimento e escolaridade alta e intermediária (MORAIS; GOLDENBERG, 2001).

Encontrou-se que o tipo de parto apresentou relação com o número de filhos vivos, sendo que entre as mulheres com cinco filhos ou mais é maior a proporção daquelas que tiveram partos vaginais (18,4%) em comparação às que tiveram cesáreas (8,2%), enquanto para aquelas com um a dois filhos, 37,3% tiveram cesárea e 30,4% tiveram parto vaginal. O que confirma resultados encontrados sobre a limitação da fecundidade após três cesáreas consecutivas, pois, apenas 6,4% das mulheres com antecedentes de cesáreas tiveram quatro partos, corroborando assim com conformação de que a esterilização é realizada, entre mulheres com cesáreas consecutivas, freqüentemente, após a terceira cesárea (FAÚNDES; CECATTI, 1993).

Quanto ao perfil, de modo geral, as mulheres esterilizadas em Ribeirão Preto, SP, apresentam algumas características semelhantes às observadas em outros estudos. A esterilização cirúrgica, em comparação às usuárias de outros métodos contraceptivos, é mais freqüente entre mulheres unidas, com baixa escolaridade, que, em sua maioria, são de baixa renda, têm maior fecundidade e a vida reprodutiva teve início precoce (BEMFAM, 1997; CARVALHO et al., 2004; BERQUÓ, 1993, 1999; MOLINA, 1999; OSIS et al., 2003; VIEIRA, 1994, 1998, 2001, 2003). A maioria dessas mulheres (66,8%) referiu ser católica, tinham a família composta, em média, por cinco pessoas e mais da metade (53,6%) referiu morar em residência própria.

A maioria das mulheres esterilizadas (89,8%), em Ribeirão Preto, SP, referiu viver em união (casadas ou em união consensual). Em São Paulo, SP, entre mulheres de baixa renda, de até 40 anos, 92,5% viviam em união conjugal (VIEIRA, 1994). Entre mulheres esterilizadas,

com, no mínimo dois partos, Fernandes et al. (2006) encontraram 86% de mulheres que viviam em união, próximo também dos 90% observados por Carvalho e Schor (2005) em estudo com 31 mulheres esterilizadas, atendidas pelo ambulatório de planejamento familiar de um hospital universitário. Entre mulheres esterilizadas que tiveram filhos em 1985, em Campinas, SP, em estudo realizado em 1995, 93,3% viviam em união (CARVALHO et al., 2004). Em outro estudo conduzido em Campinas, SP, com 236 mulheres esterilizadas, de 30 a 49 anos, 88,1% viviam em união (OSIS et al., 2003), e no Rio Grande do Sul, de 220 mulheres esterilizadas no Hospital São Leopoldo – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS), 69,2% eram casadas (EICHENBERG et al., 2002). Apesar das diferenças encontradas, pode-se observar que a maioria das mulheres que optam pela esterilização vive em união marital.

Com relação à cor, 57,9% das mulheres esterilizadas declararam ser de cor branca e 42,1% pardas e pretas. Essa proporção variou em diversas investigações. Em Campinas, SP, em 1995, estudo realizado com mulheres esterilizadas, 64,2% se declararam brancas e 35,8% não-brancas (CARVALHO et al., 2004), no Rio Grande do Sul, as mulheres esterilizadas no HSL-PUCRS eram predominantemente brancas (82,2%) (EICHENBERG et al., 2002). Em Campinas, SP, entre mulheres esterilizadas, com idade entre 30 e 49 anos, 72% eram brancas (OSIS et al., 1999). Comparando-se com a população como um todo, em 1991, no Nordeste, e em 1992, no Estado de São Paulo, não foi encontrada diferença na proporção de esterilizações no total de mulheres brancas e negras, sendo que estavam esterilizadas 38,5% das mulheres brancas e 37,5% das negras, e, 28% das mulheres brancas e 27,2% negras no Nordeste e no Estado de São Paulo, respectivamente (BERQUÓ, 1993). Os resultados ora apresentados mostram que a diferença na proporção de mulheres brancas e pretas e pardas que se esterilizaram em Ribeirão Preto, SP, não se mostra significativa, isso se levar em consideração a constituição da população residente nesse município que, segundo dados do

Censo de 2000, é composta por 76,9% de pessoas que se declaram brancas e por 21,3% que se declaram pardas ou pretas (IBGE, 2000). O que leva à consideração de que o acesso à esterilização pelo planejamento familiar dos serviços públicos de saúde do município é igualitário para mulheres, independente de raça/cor.

Em relação à escolaridade, mais da metade dessas mulheres (53,2 %) estudou até o ensino fundamental, sendo que 49,4% tinham de cinco a oito anos de escolaridade e 18,3% de nove a 15 anos de estudo. Resultados próximos foram encontrados em Campinas, SP, em investigação realizada em 1995 (CARVALHO et al., 2004) e no Rio Grande do Sul (EICHENBERG et al., 2002), em que 55,9 e 52%, respectivamente, das mulheres esterilizadas tinham escolaridade até o ensino fundamental. Em Campinas, SP, Osis et al. (1999) constataram que entre mulheres esterilizadas, de 30 a 49 anos, também predominou o estudo até o ensino fundamental (68%). Fernandes et al. (2006) encontraram que 87,5% das mulheres esterilizadas tinham até oito anos de escolaridade. Já, na investigação conduzida por Vieira (1994), a escolaridade das mulheres esterilizadas, de baixa renda em São Paulo, SP, foi menor, pois 66% tinham até quatro anos de estudo. Comparadas com a população como um todo, pode-se observar que, quando se considera a escolaridade, é maior a ocorrência de esterilizações entre mulheres com menos anos de estudo. Essa tendência foi observada em diversos estudos, como entre usuárias de contraceptivos no Estado de São Paulo, no qual se constatou que a porcentagem de mulheres esterilizadas diminui de 43,9% entre aquelas que tiveram até três anos de estudo para 26% entre aquelas que tiveram 12 anos ou mais (VIEIRA et al., 2001). Em São Leopoldo, RS (CARRENO et al., 2006), São Paulo, SP, e Porto Alegre, RS (HOPKINS et al., 2005) o mesmo padrão foi observado. Faúndes et al. (1998) não encontraram associação entre baixo nível de escolaridade e maior prevalência de esterilização entre mulheres usuárias de métodos contraceptivos de 15 a 49 anos em Campinas, SP. Pode-se observar que, comparado a outros estudos, permanece a tendência atual em que a maioria

das mulheres esterilizadas têm baixa escolaridade, sendo que a maioria frequentou o estudo formal até o ensino fundamental. Por outro lado, esses dados revelam que o acesso à esterilização feminina para mulheres de menor escolaridade está se ampliando, diferente do observado por Vieira (1994) em que mulheres de baixa renda tinham menos acesso a esse procedimento. O que é condizente com as características sociodemográficas dessa população, que são mulheres de baixa renda, o que se associa à menor escolaridade, e caracteriza a maioria da população usuária do SUS.

Quanto às condições socioeconômicas mais da metade das mulheres (51,9%) pertencia à categoria socioeconômica C e um quarto (25,5%) à D. Em Campinas, SP, Osis et al. (1999) constataram que a maioria das mulheres esterilizadas (64,9%), de 30 a 49 anos, também pertencia às categorias socioeconômicas C, D e E. Tomando-se como referência a categoria socioeconômica, em São Leopoldo, RS, entre mulheres de 20 a 60 anos, com vida sexual ativa e uso de algum MAC, foi observado que, independente da faixa etária, a esterilização feminina é mais prevalente nos estratos socioeconômicos D e E (CARRENO et al., 2006). Por meio desses resultados pôde-se observar que mulheres dos estratos socioeconômicos menos favorecidos estão tendo maior acesso à laqueadura tubária, não dependendo mais de convênio ou de pagamento extra a um médico para ser realizada, ampliando, assim, suas opções contraceptivas, pois, como foi observado por Vieira (1994), o acesso à esterilização feminina era menor para mulheres de menor renda.

Em relação à idade na esterilização, em Ribeirão Preto, a média de idade encontrada foi de 33,3 anos e a mediana de 33 anos, sendo que mais da metade das mulheres (61,2%) foi esterilizada entre 30 e 39 anos. Em outro estudo, realizado no mesmo município, com mulheres esterilizadas na ocasião do parto, o resultado foi semelhante, pois a média de idade encontrada foi de 32,8 anos, sendo que 73,6% delas foram esterilizadas depois dos 30 (VIEIRA; FORD, 2004). Em estudo realizado por Fernandes et al. (2006), a maioria das

mulheres (56,4%) foi esterilizada depois dos 30, e Carvalho e Schor (2005), em estudo com 31 mulheres esterilizadas, encontrou a média de 34 e mediana de 33 anos à época da esterilização. Na PNDS, realizada em 1996, a idade mediana das mulheres à esterilização foi de 28,9 anos, sendo que 57,1%, antes dos 30 anos (BEMFAM, 1997). No Estado de São Paulo, ainda em 1996, entre mulheres de 15 a 49 anos, a média da idade à esterilização foi de 29,1 anos, sendo que 55,6 e 44,4% foram esterilizadas, respectivamente, antes e depois dos 30 anos de idade (VIEIRA et al., 2001). Em 1991, no Nordeste, a média de idade encontrada à esterilização foi de 29,7 anos e, no Estado de São Paulo, em 1992, de 31 anos (BERQUÓ, 1993). No Rio de Janeiro, RJ, em 1985, entre mulheres de 15 a 49 anos, de baixa renda, 47,9% foram esterilizadas antes dos 30 anos (COSTA et al., 1989). Maior ocorrência de esterilizações antes dos 30 anos (65%) também foi encontrada por Vieira (1994) entre mulheres de baixa renda, em São Paulo. Assim, pode-se observar que, em comparação aos estudos acima referidos, e condizentes com os estudos mais atuais, a média de idade dessas mulheres à esterilização foi maior, bem como foi maior a quantidade daquelas esterilizadas depois dos 30 anos. Pode-se, dessa forma, considerar que essas mulheres, de acordo com as características descritas neste estudo, podem ter sido esterilizadas mais tarde por pelo menos duas razões. Primeiramente por terem podido ter melhor acesso a outras alternativas contraceptivas, em seguida, por não terem tido acesso a esse método antes, pois, antes da regulamentação da Lei sobre o planejamento familiar, a esterilização era freqüentemente realizada por meio de pagamento em atendimento médico particular, conveniado ou no setor público de saúde, através de pagamento “por fora” (CAETANO, 2000; VIEIRA, 1994).

A maioria das entrevistadas (86,8%) referiu uso de algum método contraceptivo nos seis meses que antecederam a esterilização, sendo que mais da metade (52,3%) fazia uso da pílula e 13,2% não fizeram uso de nenhum método nesse mesmo período. Em estudo realizado com demandantes de esterilização em seis capitais estaduais brasileiras (Palmas, Recife, Cuiabá,

Belo Horizonte, São Paulo e Curitiba), 23,9% das mulheres que aguardavam pela esterilização não faziam uso de nenhum método contraceptivo, dentre aquelas que usavam algum método, 30,7% faziam uso da pílula (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003), apresentando assim não uso de MAC, maior do que o encontrado entre as mulheres deste estudo. Pirotta, Machado e Schor (1999) observaram que, em São Paulo em 1992, 67% das mulheres esterilizadas faziam uso da pílula antes da cirurgia, muito próximo dos resultados encontrados no Rio Grande do Sul, em que 67,9% das mulheres esterilizadas usavam métodos anticoncepcionais hormonais antes da cirurgia (EICHENBERG et al., 2002). A porcentagem de uso de MAC, antes da esterilização, é maior que o observado nos estudos acima referidos, o que pode estar refletindo maior acesso ao uso de contraceptivos reversíveis às usuárias dos serviços públicos de planejamento familiar em Ribeirão Preto, bem como pode ser considerado indício de que o aconselhamento em planejamento familiar, pelo qual a mulher ou o casal passam quando solicitam esterilização, está sendo adequado, com cobertura de mais da metade das necessidades de contracepção para as mulheres que aguardam pela cirurgia.

O motivo mais citado pelas mulheres para justificar a opção pela esterilização foi que tinham tido os filhos que queriam (36,2%). Em Ribeirão Preto, em 1998, entre mulheres esterilizadas na ocasião da cesárea, o motivo mais citado (56,1%) também foi satisfação com o número de filhos (VIEIRA; FORD, 2004), bem como nos estudos de Vieira (1994) e de Fernandes et al. (2006) com, respectivamente, 44 e 38,5% das justificativas. Em São Paulo, em 1991, 61,1% das mulheres solicitaram esterilização porque não queriam mais ter filhos e 25% por problemas de saúde (BERQUÓ, 1993). Em Feira de Santana, BA, os principais motivos foram dificuldade do uso da pílula, rejeição ou inadequação ao uso de outros métodos contraceptivos e satisfação com o número de filhos (CARVALHO, 2003). Problemas com o método anticoncepcional anterior foi a justificativa dada por 67% das mulheres em São Paulo, em 1992, (PIROTTA; MACHADO; SCHOR, 1999) e pela maioria das mulheres no Rio

Grande do Sul (EICHENBERG et al., 2002). Para Berquó (1993), a difusão dos Direitos Reprodutivos é responsável pelas mulheres assumirem, na atualidade, que a opção pela esterilização se dá por estarem satisfeitas com os filhos que têm, o que reflete mudança na postura das mesmas que passaram a sentir que têm o direito de expressar que não querem mais filhos. No entanto, é importante pensar sobre o que propõe Carvalho et al. (2004) que, subjacente ao argumento das mulheres de que optam pela esterilização por estarem satisfeitas com o número de filhos, pode estar o fato de que, na realidade, já tiveram mais filhos do que queriam.

Praticamente todas as mulheres (98,7%) deste estudo referiram satisfação com sua opção pela laqueadura, entre as três mulheres que não estavam satisfeitas os motivos são: querer ter outro filho, ter feito a esterilização enquanto estava brigada com o marido e ter engordado depois da cirurgia. Em outros estudos também foi observada alta porcentagem de satisfação com a opção pela esterilização, 91% das mulheres esterilizadas, em São Paulo, em 1992, (PIROTTA; MACHADO; SCHOR, 1999), 90,6% em Campinas, SP, (OSIS et al., 1999), 88% das mulheres esterilizadas da região metropolitana de São Paulo (VIEIRA, 1998) e 81,5% das mulheres esterilizadas do estudo de Fernandes et al. (2006). Em São Paulo, em 1991, 89% das mulheres referiram satisfação com a laqueadura. Entre as não satisfeitas os motivos referidos são morte de filhos, novas uniões maritais, vontade de ter mais filhos e problemas de saúde (BERQUÓ, 1993). Pode-se, assim, observar, por meio dos resultados dos estudos acima citados, que, de modo geral, é alto o número de mulheres que estão satisfeitas com a esterilização, o que ocorre também em Ribeirão Preto, e que pode estar refletindo tanto a adequação das orientações e informações oferecidas às candidatas à esterilização sobre a cirurgia, levando-as a se submeterem ao procedimento, conscientes de como ocorre e de suas conseqüências, como é o caso da irreversibilidade, bem como por estarem satisfeitas por não

quererem mais ter filhos e por acreditarem que a esterilização é o método contraceptivo mais seguro.

As mulheres esterilizadas deste estudo têm, em média, 3,2 filhos vivos, sendo que 30,6% têm de um a dois e mais da metade (56,2%) referiu ter entre três e quatro filhos. Em São Paulo, entre mulheres esterilizadas de baixa renda, a média de filhos entre elas era de 3,1 (VIEIRA, 1994), e entre mulheres esterilizadas atendidas pelo planejamento familiar de um hospital universitário foi encontrada média de 3,6 filhos por mulher (FERNANDES, et al., 2006). Berquó (1993) encontrou média menor de filhos por mulher esterilizada, sendo de 2,7 em São Paulo, em 1992, e de três no Nordeste, em 1991. Em Campinas, SP, 68,6% das esterilizadas tinham três filhos vivos ou mais (OSIS et al., 2003) e no Rio Grande do Sul 60% tinha de três a cinco filhos (EICHENBERG et al., 2002). Tomando por referência o número de filhos, dados da PNDS de 1996 mostraram que, no Brasil, a esterilização era mais prevalente entre mulheres com três filhos ou mais (BEMFAM, 1997), o mesmo foi observado no Estado de São Paulo, entre mulheres unidas de 15 a 49 anos, em que a esterilização feminina aumenta de 35,9% entre as mulheres com dois filhos para 61,4% entre aquelas com três filhos (VIEIRA et al., 2001). Assim, pode-se notar que o número médio de filhos das mulheres esterilizadas em Ribeirão Preto é maior do que o observado em outras investigações, no entanto, permanece a tendência de que a maioria das mulheres esterilizadas têm mais de três filhos.

A média da idade dessas mulheres na primeira gestação foi de 20 anos, no entanto, mais da metade (51,7%) engravidou pela primeira vez na adolescência, entre 13 e 19 anos de idade. Em Campinas, SP, 36% das mulheres laqueadas tiveram o primeiro filho antes dos 19 anos (OSIS et al., 2003). Carvalho e Schor (2005) encontraram a média de 22 anos e mediana de 20 anos de idade ao ter o primeiro filho entre mulheres esterilizadas, e Vieira (1994), a média e mediana de 20,9 e 20 anos, respectivamente, entre mulheres esterilizadas de baixa renda, da

região metropolitana de São Paulo, SP. Comparando os resultados, mostrados nesta pesquisa, aos dos estudos citados, pode-se perceber que é maior o número de mulheres esterilizadas voluntariamente, em Ribeirão Preto, que tiveram a primeira gestação ainda na adolescência. Dados da PNDS–1996 revelam que a taxa de fecundidade de mulheres entre 15 e 19 anos aumentou, principalmente nas regiões urbanas e em localidades mais carentes (BEMFAM, 1997), contexto condizente àqueles onde estão inseridas as mulheres esterilizadas em Ribeirão Preto. No Brasil, em 1996, 18% das adolescentes de 15 a 19 anos já haviam tido seu primeiro filho (BEMFAM, 1997). Gera (2004), em estudo com adolescentes grávidas de Ribeirão Preto, aponta que a gravidez na adolescência está relacionada a questões relativas à contracepção, como a falta de informação sobre as opções contraceptivas, acesso restrito ao planejamento familiar, gasto com contraceptivos e a não cooperação do parceiro. A maioria das gestações na adolescência ocorre com jovens de baixo poder aquisitivo e de baixa escolaridade, o que sugere a restrição de acesso a informação sobre as opções contraceptivas a essas adolescentes (VILLELA; DORETO, 2006). Apesar de no Brasil haver o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), implantado pelo Ministério da Saúde desde 1989, são poucos os profissionais de saúde que se sentem devidamente capacitados para lidar com essa clientela, apontando para a necessidade de rever a organização dos serviços e ampliar a oferta de ações de saúde voltada para os adolescentes (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006).

Entre as mulheres esterilizadas em Ribeirão Preto, 34,4% tiveram três gestações e 23,4% tiveram quatro. Em Campinas, SP, 38,6% das mulheres esterilizadas tiveram três e 37,4% quatro gestações (OSIS et al., 2003), e em outro estudo realizado em Campinas, SP, em 1995, 53,2% das esterilizadas tiveram mais que duas gestações (CARVALHO et al., 2004). No presente estudo, o número de partos encontrados foi consistente com o número de gestações, sendo que 34,% das mulheres tiveram três partos e 23,8% quatro partos. Cinquenta e duas

mulheres da amostra (22,1%) referiram ocorrência de aborto em algum momento de sua vida reprodutiva, sendo que a média de abortos referidos foi igual a 1,5, e a maior frequência foi de um aborto por mulher (67,3%). Embora o número de abortos encontrado não seja pequeno, deve-se levar em consideração que essa informação pode estar subestimada, já que a revelação sobre aborto é difícil, principalmente porque não houve um desenho específico para tal, neste estudo.

Encontrou-se correlação entre categoria socioeconômica e renda familiar mensal com os anos de escolaridade, pois, quanto mais alta é a categoria socioeconômica e a renda familiar maior é o nível de escolaridade da mulher esterilizada. Já a correlação entre escolaridade e número de filhos vivos é inversamente proporcional, quanto menor o nível de escolaridade dessas mulheres maior é seu número de filhos. Os resultados são consistentes com aqueles observados por Vieira e Ford (2004), em Ribeirão Preto, entre mulheres esterilizadas intraparto, sendo que aquelas que tinham maior nível de escolaridade tiveram menos gestações e menos filhos do que as mulheres com menos anos de estudo.

A categoria socioeconômica apresentou correlação inversa em relação ao número de membros da família, número de filhos vivos, número de gestações e número de partos, conforme diminui a categoria socioeconômica a que pertence a mulher esterilizada, maior o número de membros da família, filhos, gestações e partos. O mesmo foi observado em Ribeirão Preto, em 1998, por Vieira e Ford (2004) em que as mulheres de melhor nível socioeconômico tiveram menos gestações e menos filhos do que as mulheres de categorias socioeconômicas mais desfavorecidas. O que pode ser consequência da dificuldade no uso e ao acesso a contraceptivos e às orientações sobre planejamento familiar à população de baixa renda.

Encontrou-se, também, correspondência entre idade na esterilização e idade na primeira gestação, mulheres que iniciaram a vida reprodutiva mais cedo se foram esterilizadas mais

cedo em relação às demais mulheres, conforme apontou Vieira (1994), entre mulheres esterilizadas de baixa renda de São Paulo, SP. A idade na primeira gestação e o número de gestações e partos apresentam correlação inversamente proporcional, pois as mulheres que iniciaram a vida reprodutiva mais cedo tiveram mais gestações e partos quando comparadas àquelas que começaram a ter filhos mais tarde, o que pode ser confirmado em outros estudos (BEMFAM, 1997; CARVALHO et al., 2004; BERQUÓ, 1993, 1999; MOLINA, 1999; OSIS et al., 2003; VIEIRA, 1994, 1998, 2001, 2003).

Do total de 861 gestações ocorridas ao longo da vida reprodutiva entre as mulheres que participaram deste estudo, 64,8% (558) foram concluídas por meio de parto vaginal (fórceps e partos normais), 26,2% (226) por meio da cesárea, e 8,9% (77) terminou em aborto. Dessas gestações, somou-se a ocorrência de 784 partos, sendo que desses 28,8% (226) foram cesáreas e 71,2% (558) foram partos vaginais. Embora não tenha sido encontrado na literatura consultada nenhum estudo que, como este, se dedique a investigar a taxa de cesárea durante a vida reprodutiva de mulheres esterilizadas, utilizou-se, aqui, para comparação, trabalhos próximos referentes às taxas de cesáreas. A ocorrência de 28,8% de cesáreas, no total de partos que essas mulheres tiveram, é menor do que se observou em outras populações e estudos. A taxa de cesárea no Brasil, investigada em 1996, pela PNDS, foi de 36,4% (BEMFAM, 1997). Em Ribeirão Preto, SP, a taxa de cesárea aumentou de 54,2%, em 2000, para 57%, em 2006, e, apesar dos hospitais públicos serem responsáveis, em média, por 61,8% dos partos realizados no município, no período de 2000 a 2006, os hospitais particulares são responsáveis por 60,5% das cesáreas ocorridas no mesmo período. Já nos hospitais públicos, a taxa de cesárea teve a média de 39,5% (RIBEIRÃO PRETO, 2007). Entre mulheres esterilizadas de baixa renda, residentes na região metropolitana de São Paulo, o índice de cesárea, somente no último parto, foi de 77% (VIEIRA, 1994). Em São José do Rio Preto, SP, entre mulheres que tiveram partos hospitalares, no ano de 1992, a prevalência

de cesárea foi de 80,4% (MORAIS; CHIARAVALLI, 1997) e somente entre as esterilizadas (26,9%) a porcentagem de cesáreas chegou a 94,6% (MORAIS; GOLDENBERG, 2001). Tomando como referência a incidência de cesárea, Berquó (1993) mostrou que em São Paulo, em 1992, 53,4% dos partos foram resolvidos por meio da cesárea, com variações de 32 a 78% entre as cidades do Estado. Em quatro cidades brasileiras (Porto Alegre, Belo Horizonte, Natal e São Paulo) foi observado que a porcentagem de cesáreas no setor público de saúde era de 31 e de 72% no setor privado (POTTER et al., 2001). No Estado de São Paulo, em 2003, 51,4% de todos os nascimentos foram por meio de cesáreas, no sistema público de saúde 32,9% dos partos foram cesáreas e no setor privado 80,4% (KILSZTAJN et al., 2006). Como se pode notar, a cesárea ocorre com menor frequência no setor público de saúde, o mesmo foi observado em Ribeirão Preto, SP. Entre as mulheres esterilizadas, no mesmo município, entre 2000 e 2004, investigadas neste estudo, apesar de não se identificar o local em que tiveram seus partos, é provável que, devido às suas características, como a escolaridade e nível socioeconômico, a maioria dos partos tenha sido através do SUS, o que, por si, é dado que justifica a menor ocorrência de partos cirúrgicos. A taxa de cesárea entre essas mulheres, menor que a observada em outros estudos, leva à constatação de que a regulamentação da Lei sobre o planejamento familiar, com definições claras para quem deseja a esterilização, está permitindo a desvinculação da cesárea com a esterilização. Assim, mesmo que a maioria dos partos dessas mulheres tenha sido partos vaginais elas foram esterilizadas sem ter que se submeter a cesárea.

Do total da população de estudo, 76,6% (180 mulheres) tiveram partos vaginais, com média de 3,1 partos, sendo que 30% tiveram três, 23,3% dois e 18,3% quatro partos vaginais. Dentre as 235 mulheres entrevistadas 46,8% (110 mulheres) tiveram algum de seus partos por meio de cesárea. A média de cesáreas encontrada nessa população foi de 2,1, variando de uma a quatro cesáreas por mulher, sendo que a maior frequência foi de uma cesárea (36,4%),

seguida das mulheres que tiveram três (29,1%), duas (28,2%) e quatro cesáreas (6,4%). Fernandes et al. (2006) encontraram 64,2% de mulheres esterilizadas que tinham tido ao menos uma cesárea. Pode-se observar que é maior a ocorrência de partos vaginais entre as mulheres esterilizadas em Ribeirão Preto, SP, e que, em comparação às mulheres que apresentaram antecedente de cesárea, as mulheres que tiveram partos vaginais tinham maior número de filhos. Segundo Berquó (1993), um dos determinantes da esterilização no Brasil é o abuso das cesáreas, no entanto, os 28,8% de ocorrência de cesárea nessa população, apesar de ser quase o dobro dos 15% recomendado pela OMS e de se comparar às taxas da América Latina, Caribe e Ásia Oriental, que apresentam taxa regional de 26% de cesárea (STANTON; HOLTZ, 2006), está abaixo da média nacional que é de 36%, revelando que a maioria das mulheres deste estudo optou pela esterilização por outros motivos que não a ocorrência consecutiva e numerosa de partos operatórios.

6 CONCLUSÕES

Algumas características sociodemográficas das mulheres deste estudo são semelhantes às encontradas em outras investigações com mulheres esterilizadas, que, em sua maioria, são casadas, brancas, de baixa escolaridade, pertencentes ao estrato socioeconômico C, o que parece caracterizar boa parte da população brasileira que faz uso dos serviços públicos de saúde e, nesse contexto específico, são as mulheres em idade reprodutiva aquelas que mais necessitam dos serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

A média da idade dessas mulheres ao se esterilizar é maior do que a encontrada em outros estudos, no entanto, mais da metade teve a primeira gestação entre 13 e 19 anos de idade, têm entre três e quatro filhos e referem como motivo para a esterilização a satisfação com seu número de filhos. Sabe-se que, de modo geral, quanto mais cedo a mulher inicia sua vida reprodutiva, mais filhos tem e mais cedo é esterilizada, quando comparadas às demais mulheres.

O maior uso de contraceptivos e maior idade ao esterilizar-se sugerem adequação do planejamento familiar da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto em relação à orientação sobre uso de métodos reversíveis, refletindo que os serviços de saúde do município, após a implantação do planejamento familiar, ampliaram a oferta e orientação sobre o uso de métodos reversíveis, consequência dos treinamentos específicos que os profissionais de saúde da atenção primária receberam para tal. Essa característica do planejamento familiar nos serviços de saúde de Ribeirão Preto se deve também ao fato da cidade estar situada em uma das regiões de melhor desenvolvimento econômico e social do país, o que garante que, apesar das características socioeconômicas desfavoráveis dessa população em específico, há melhor acesso aos serviços públicos de saúde, uma vez que é

conhecido que o menor índice de uso de MAC tem sido observado entre mulheres de regiões do país menos desenvolvidas, social e economicamente.

O alto índice de satisfação com a laqueadura (98,7%) indica que o aconselhamento, pelo qual a candidata à esterilização passa, está adequado, já que as orientações e informações fornecidas visam prevenir o arrependimento. Revela também que as mulheres, por acreditarem que a esterilização é o método contraceptivo mais seguro, tranquilizaram-se por terem alcançado o objetivo de limitar de forma segura sua fecundidade.

Outros achados deste estudo confirmam resultados encontrados em outras investigações, como a relação da baixa escolaridade das mulheres esterilizadas com o menor poder aquisitivo, menor renda familiar e maior número de filhos, assim como a relação do baixo estrato socioeconômico com o maior número de membros da família, filhos, gestações e partos. Esses aspectos fogem ao escopo do contexto relacionado unicamente aos serviços de saúde e ao planejamento familiar, como a dificuldade de acesso a informações e a contraceptivos nos serviços de saúde, mas reflete também uma realidade nacional relacionada às condições sociais desfavoráveis às quais está exposta grande parte da população brasileira.

A relação do tipo de parto com as características das mulheres revela que a cesárea é mais prevalente entre aquelas com menor número de filhos, o que nessa população relacionou-se com mais anos de escolaridade, casadas, brancas e de melhor nível socioeconômico. Esse perfil é condizente com as características das mulheres que mais são submetidas à cesárea em nosso país, e que merece atenção especial porque reflete que a cesárea, que deveria ser adotada em casos de necessidade, é realizada com mais frequência entre as mulheres propensas a apresentar menor risco obstétrico.

Outro aspecto relevante é a porcentagem de 28,8% de cesáreas ao longo da trajetória reprodutiva dessas mulheres, que é bem menor quando comparado a estudos com mulheres

esterilizadas. Assim, a maioria dos partos dessas mulheres foi vaginal (71,2%), o que sugere que, após a regulamentação da Lei do planejamento familiar, a esterilização cirúrgica está acessível a mulheres que, em sua maioria, foram esterilizadas por opção e não necessariamente por cesáreas consecutivas, ou que fizeram uma cesárea somente com o objetivo de serem esterilizadas, apontando assim mudança na prática e no acesso à esterilização.

REFERÊNCIAS*

- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil: dados com base no levantamento sócio econômico – 2000. IBOP, 2003. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acesso em: 10/08/2005.
- ALTHABE F. et al. Segunda opinión obligatoria para reducir cesáreas innecesarias em Latino América: um estudio controlado randomizado em racimo. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, Santiago, v. 69, n.5, p. 338 – 404, 2004.
- BARROS F. C.; VAUGHAM J. P.; VICTORA C. G. Why so many cesarean sections. The need for further policy change in Brazil. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 1, n. 19, 1986.
- BEMFAM. **Macro pesquisa nacional sobre demografia e saúde, Brasil 1996**. Rio de Janeiro, 1997.
- BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar – anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar. Seminário A situação da mulher e o desenvolvimento. Campinas: Ministério das Relações Exteriores e Núcleo de Estudos de População/Núcleo de Estudos Populacionais NEPO/UNICAMP. **Revista Estudos Feministas**, Trindade, v. 1, p. 366 – 81, 1993.
- _____. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: GIFFIN, K. (Org) **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p 113 – 126.
- BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, p. 441 – 453, 2003.

* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em:
<https://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em:
10/11/2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Saúde da Mulher. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília, 1996.

_____. Poder Legislativo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de agosto de 1997.

_____. Ministério da Saúde. Normas para Pesquisa envolvendo seres humanos (resolução do CNS. 196/96). **Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Ética em Pesquisa**, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 2, n. 1, p. 69 - 71, jan./abril. 2002.

CAETANO, A. J. **Sterelization for votes in the Brazilian Northeast: the Case of Pernambuco**. Austin: University of Texas at Austin, 2000.

CARRENO I. et al. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1101-1109, 2006.

CARVALHO L. E. C. et al. Número ideal de filhos como fator de risco para a laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1565 – 1574, 2004.

CARVALHO M. L. O.; SCHOR N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 788 – 94, 2005.

CARVALHO, N. T. **Motivos que levam à escolha da esterilização entre mulheres usuárias do SUS – Feira de Santana – BA.** Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

CHACHAM A. S. **A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte.** 1999. Brasil. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

COOK, R. J. International Human Rights and Women's Reproductive Health. **Studies in Family Planning**, Nova Iorque, v. 24, n. 2, p. 73 – 86, março/ abril. 1993.

CORRÊA, S. Saúde Reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, K. (Org) **Questões de saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p 39 – 49.

COSTA S. H. et al. A prática de planejamento familiar em mulheres de baixa renda no município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p. 187 – 206.

COSTA, A. M. O PAISM: uma política de assistência integral à Saúde da Mulher a ser resgatada. São Paulo: **Comissão de Cidadania e Reprodução**, 1992.

_____. Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K. (Org) **Questões de saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p 319 – 35.

_____. ; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.6, n.1, p. 75 – 84, 2006.

CUNHA A. A. et al. Modelo preditivo para cesariana com uso de fatores de risco. **RBGO.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2002.

DE MUYLDER, X. Caesarian sections in developing countries: some considerations. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 8, p. 101-112, 1993.

- DODD J.; PEARCE E.; CROWTHER C. Women's experiences and preferences following Caesarean birth. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Adelaide, v. 44, p. 521 – 524, 2004.
- EICHEMBERG A. et al. Perfil das pacientes submetidas a ligadura tubária no HSL – PUC – RS: análise de 220 pacientes. **Rev. Méd. PUCRS**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 113 - 118, abr./jun. 2002.
- FABRI R. H. et al. Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público – universitário e um hospital privado. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 2, n. 1, p. 29 - 35, jan./abril. 2002.
- FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150 – 173, abr./jun. 1991.
- _____. Which policy for caesarian sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 8, n. 1, p. 33-42, 1993.
- _____. et al. Associação entre prevalência de laqueadura tubária e características sócio-demográficas de mulheres e seus companheiros no Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14. supl. 1, p. 49 – 57, 1998.
- FERNANDES A. M. S. et al. Laqueadura intraparto e de intervalo. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 323 – 7, 2006.
- FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491 – 2495, 2006.
- FNUAP/CNPD. **Relatório da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, Egito, 1994.

FREEDMAN, L. P.; ISAACS, S. L. Human rights and reproductive choice. **Studies in Family Planning**, Nova Iorque, v. 24, n. 1, p. 18-30, jan./fev. 1993.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **IV Conferência Mundial sobre a Mulher** – Pequim. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

GALVÃO, L.; DÍAZ J. (Orgs). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999.

GERA, N. F. **Gravidez na adolescência: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de baixa renda**. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GUELERI W. et al. A implementação da Lei do Planejamento Familiar (9.263) no Município de Ribeirão Preto. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 326, 2000.

HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 5, p. 725-740, 2000.

_____. et al. The impact of health care providers on female sterilization among HIV – positive women in Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 61, p. 541 – 554, 2005.

HOSMER, D. M. & LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**, New York, John Wiley & Sons, 1989.

HOTIMSKY S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 5, p. 1303 – 1311, 2002.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/defaulttab_indicadores.shtm?c=6
Acesso em: 12/11/06.

KILSZTAJAN S. et al. Caesarean sections and maternal mortality in Sao Paulo, **Eur. J. Obstet. Gynecol.**, 2006. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com>>. Acesso em: 03/09/06.

LEVY, P. S.; LEMESHOW, S. **Sampling of populations: methods and applications**. New York: Wiley, 1991.

MOLINA, A. Laqueadura tubária: situação nacional, internacional e efeitos colaterais. In: GIFFIN, K. (Org) **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 127 – 145.

MORAIS M. S.; CHIARAVALLOTI F.N. Cesáreas no Município de São José do Rio Preto. **HB cient.**, v. 4, n. 1, p. 14 – 21, jan./abril. 1997

_____.; GOLDENBERG P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, maio/junho. 2001.

OBA, M. D. V.; TAVARES, S. G.; PECINI, M. H. Análise da mortalidade materna do Município de Ribeirão Preto – SP no período de 1988 a 1998. **Anais: A Concretude Social e Política de Enfermagem**, Curitiba, 2001.

OSIS, M. J. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 1, p. 25 – 32, 1998.

_____. et al. Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 521 – 532, jul./set. 1999.

_____. et al. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, s 59 – 66, 2001a.

_____. et al. As mulheres brasileiras preferem a cesárea? **Reprodução & Climatério**, São Paulo, sup. 1, p. 72, 2001b.

_____. et al. Fertility and reproductive history of sterilized and non-sterilized women in Campinas, São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, set./out. 2003.

_____. et al. Brazilian doctor's perspective on the second opinion strategy before a C-section. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 233-9, 2006a.

_____. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2481 – 2490, 2006b.

PIROTTA K.; MACHADO C.; SCHOR N. Carências e desejos: estudo sobre a opção pela esterilização entre mulheres residentes na Região Sul do Município de São Paulo, em 1992. **Saúde Soc.**, v. 8, n. 2, p. 33 - 57, ago./dez. 1999.

PITANGUY, J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: GIFFIN, K. (Org.) **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 19 – 38.

POTTER J. E. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **BMJ**, v. 323, p. 1155 – 1158, 2001.

RIBEIRÃO PRETO - Dados sobre nascidos vivos. Disponível em: <http://www.ribeirãopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/vigilancia/vigep/tabnet/i16indice.htm>. Acesso em: 20/02/07.

SERRUYA, S. **Mulheres esterilizadas: submissão e desejo**. Belém: NAEA, 1996.

_____.; LAGO T. D. G.; CECATTI J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269 - 279, jul./set. 2004.

STANTON, C.; HOLTZ, S. A. Levels and trends in cesarean birth in the developing world. **Studies in Family Planning**, v. 37, n. 1, mar. 2006.

STAR GUIA MAIS – **Guia Comercial de Ribeirão Preto**, 2004.

VIEIRA, E. M. **Regret after female sterilization among low-income women in São Paulo, Brazil**. 1994. Thesis (Doctoral) - Faculty of Social Studies, University of Exeter, Exeter, 1994.

_____. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do Sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 440 - 8, 1994.

_____. O arrependimento após a esterilização feminina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 1, p. 59 – 68, 1998.

_____. Do women's attitudes towards abortion and contraceptive methods influence their option for sterilization? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 739 – 47, out./dez. 1999.

_____. et al. Capacitação profissional para implementação do aconselhamento e orientação em planejamento familiar na Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 44 – 5, 2000.

_____.et al. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 263 – 70, 2001.

_____. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

_____. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Ed. Unicamp, 2003. p. 151-96.

_____.; FORD, N.J. Provision of female sterilization in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1201-1210, set./out. 2004.

_____. et al. Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1785 – 1791, nov./dez. 2005.

_____. **Avaliação da oferta de métodos cirúrgicos no planejamento familiar em Ribeirão Preto, SP.** 2006. Tese (Livre Docente) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

VILLAR, J. et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, v. 367, p. 1819-29, may. 2006.

VILLELA, W. V. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (11): 2467 – 2472, nov, 2006.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators to Monitor Maternal Health Goals: Report of a Technical Working Group. **WHO/FHE/MSM 94**. Geneva: WHO, 1994.

YAZLLE M. E. H. D. et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 202 – 206, 2001.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA ESTERILIZADORA

Entrevistadora: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

PARTE I: DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1) ID: _____

2) situação: _____

☐ 1. LAQUEADURA

☐ 2. VASECTOMIA

3. Data de nascimento: _____

____/____/____
dia / mês / ano

4. Idade (ANOS COMPLETOS): _____

5. Estado marital :

(LER AS ALTERNATIVAS)

1. Casado
2. Mora junto
3. Solteiro
4. Separado/divorciado
5. Viúvo

6. Qual é a sua cor?

(LER AS ALTERNATIVAS)

1. Branca
2. Parda
3. Preta
4. Oriental
5. Indígena

7a. Escolaridade :

(ATÉ QUE ANO DA ESCOLA VOCÊ
ESTUDOU? Assinalar com "x" no
número entre parênteses)

Analfabeto	(1).....0
Primário incompleto	(2).....0
Primário completo	(3).....1
Ginásio incompleto	(4).....1
Ginásio completo	(5).....2
Colegial incompleto	(6).....2
Colegial completo	(7).....3
Superior incompleto	(8).....3
Superior completo	(9).....5

7b. Anos completos de escolaridade:

(Usar 02 dígitos): _____

8a. Quem é o chefe da família (Se for ela pular para Q.9)

8b. Até que ano o chefe da família estudou?	Analfabeto (1).....0 Primário incompleto (2).....0 Primário completo (3).....1 Ginásio incompleto (4).....1 Ginásio completo (5).....2 Colegial incompleto (6).....2 Colegial completo (7).....3 Superior incompleto (8).....3 Superior completo (9).....5 NSA (0)

9a. Você possui em sua casa? Quantos?					
Itens de Conforto:	Não tem:	Tem:			
(MARCAR COM "X" A QUANTIDADE DE CADA ÍTEM)	0	1	2	3	4+
a. TV cores	0	2	3	4	5
b. rádios	0	1	2	3	4
c. banheiro	0	2	3	4	4
d. automóvel	0	2	4	5	5
e. empregada mensalista fixa	0	2	4	4	4
f. aspirador de pó	0	2	4	4	4
g. máquina de lavar roupas	0	1	1	1	1
h. video-cassete	0	2	2	2	2
i. geladeira	0	2	2	2	2
j. freezer duplex ou separado	0	1	1	1	1

9b.CCEB Total de Pontos _____	
10. Religião	1.Católica () 2.Evangélica () 3.Espírita () 4.Protestante () 5.Outra (): _____ _____
11. Nº. de membros na família:	12. Nº. de filhos vivos: _____

14. Casa: 1) própria () 2) alugada () 3) cedida () () outros_____

15. Idade na esterilização (em anos completos): _____

Para mulheres: perguntar sobre a primeira gestação. Para homens, perguntar sobre o primeiro filho.

IDADE – Perguntar a idade que tinha quando a gravidez terminou (parto ou aborto)

MAC – Perguntar sobre o MAC que usava antes da gravidez

17. História reprodutiva – **USAR CODIFICAÇÃO DO BOX ABAIXO**

[illegible]

Resultado: Nascido Vivo = 1; Nascido Morto = 2; Aborto Espontâneo = 3; Aborto Provocado = 4 Data: Não Sabe = 00/00/00 Sexo: Masculino = 1; Feminino = 2; Não se Aplica = 9 Tipo de Parto: Normal = 1; Cesárea = 2; Fórceps = 3; Não se Aplica = 9	Vivo: Sim = 1; Não = 2 Idade ao Morrer: <1 ano = 00; 1 a 9 anos = 01, 02, 03,... (02 DÍGITOS) Não se Aplica = 99 MAC: Pílula = 1; Injeção = 2; Preservativo = 3; Tabela = 4; DIU = 5; Espermicida = 6; Coito interrompido = 7; Nenhum = 8
--	--

18. Porque quis fazer a operação? (ACEITAR ATÉ 02 EXPLICAÇÕES PARA A PERGUNTA. ASSINALAR COM NÚMERO POR ORDEM DE APARECIMENTO NO DISCURSO.)	1. Tinha tido os filhos que queria () 2. Não se adaptava a métodos () 3. A esterilização é o melhor método () 4. Não conhecia outros métodos () 5. Recomendação médica () 6. Muitos filhos () 7. Motivos econômicos () 8. Falha do método que estava usando () 9. Efeito colateral do método que estava usando () 10. Outro(especificar): _____
--	---

19. Data da entrada no programa ____/____/____	19a. Características do relacionamento conjugal	19b. Número de Sessões	19c. Tempo de Espera para a Cirurgia (dias)
---	---	------------------------	---

20a. Data da entrevista: ____/____/____	20. Data da realização da cirurgia ____/____/____	20b. Tempo de cirurgia (meses) ____/
--	--	---

21. Houve alguma mudança na sua vida desde a cirurgia?
(LER AS ALTERNATIVAS)

1. Não ()
2. Você se separou ()
3. Você casou de novo ()
4. Você ficou viúvo ()
5. Você engravidou ()
6. Você mudou de emprego ()
7. Você perdeu algum dos filhos ()
8. Você ficou desempregado ()
9. outro () _____

Q20 e 20b -DADOS DE PRONTUÁRIOS

!19 -DADOS E PRONTUÁRIOS. NOTAR

22. Como você considera a facilidade de obtenção da cirurgia (realização do procedimento) desde a entrada no programa até a cirurgia?	☐ fácil ☐ difícil ☐ razoável
---	---

22 a. Por quê?

22b. Você considera o processo de aconselhamento para liberação da cirurgia: (LER AS ALTERNATIVAS)	☐ longo ☐ curto ☐ adequado
---	---

22 c. Em relação ao aconselhamento que recebeu, você:
(LER AS ALTERNATIVA)

1. Ficou satisfeita ()
2. Não gostou ()
3. Outro: _____

23. Você considera o tempo entre a liberação para a cirurgia (entrega do envelope) e o momento da realização do procedimento: (LER AS ALTERNATIVAS)	☐ pequeno ☐ médio ☐ grande
--	---

24. Você considera a orientação sobre a cirurgia (ato operatório):
(LER AS ALTERNATIVAS)

- ☐ suficiente
☐ insuficiente(faltou nformação)
☐ outros: _____

25. Você considera a orientação sobre a marcação da cirurgia (entrega do envelope, preparo para o dia da cirurgia): (LER AS ALTERNATIVAS)	☐ suficiente ☐ insuficiente (faltou informação) ☐ outros: _____
--	--

26. Você utilizou algum outro método contraceptivo após o procedimento? ☐ sim ☐ não
(SE NÃO, PULAR PARA A QUESTÃO 29)

27. Se sim, qual método adotado? (PODE ANOTAR ATÉ 02 RESPOSTAS. USAR ORDEM CRONOLÓGICA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pílula () 2. Injeção () 3. Preservativo () 4. Tabelaquinha () 5. DIU () 6. Espermicida () 7. Coito interrompido () Outro (citar): _____
---	---

28. Qual o motivo da escolha de outro método?

1. proteção contra doenças ()
2. desconfiança em relação ao método ()
3. medo de gravidez ()
4. orientação médica ()
5. outros (): _____

29. Em relação à operação você diria: (**LEIA A AFIRMAÇÃO E PERGUNTE SE É VERDADEIRA OU FALSA**)

a) Pode ocorrer gravidez, mas seria muito difícil, ocorre com poucas pessoas.

V () F ()

b) A mulher ou o homem que fez a operação pode facilmente ter mais filhos.

V () F ()

c) A operação para poder ter filhos de novo existe, mas é muito difícil de dar certo.

V () F ()

d) Depois da operação a mulher fica fria.

V () F ()

e) Depois da operação o homem fica impotente.

V () F ()

PARTE III: SOBRE A CIRURGIA

**SOMENTE PARA
AS MULHERES**

30. Você considera a cicatriz da cirurgia

(LER AS ALTERNATIVAS)

1. satisfatória ()
2. insatisfatória ()

30a) Se insatisfatória, o que a incomoda:

(LER AS ALTERNATIVAS)

1. Dor ()
2. Estética ()
3. Outro () _____

31. Você considera a dor pós-operatória:

(LER AS ALTERNATIVAS)

1. pequena ()
2. moderada ()
3. grande ()

32. Você considera a recuperação pós-operatória: **(LER AS ALTERNATIVAS)**

- 1. fácil ()
- 2. difícil ()
- 3. muito difícil ()

32a Por que ?

33. Alterações clínicas orgânicas no pós-operatório:

A) Em relação ao peso você:

- 1. Manteve ()
- 2. Aumentou ()
- 3. Diminuiu ()

A1) Qual seu peso : **(PRESTE ATENÇÃO EM ANTES E DEPOIS)**

Antes da cirurgia	Atualmente
kg	Kg

Em relação aos ciclos menstruais: (SOMENTE PARA MULHERES)		Antes da cirurgia	Atualmente
B). Quanto ao intervalo entre uma menstruação e outra.		Nº.dias	Nº. dias
B1). Quanto à duração do sangramento.		Nº.dias	Nº.dias
B2).Quanto à quantidade de sangue durante a menstruação (fluxo).		☐ 1 pouco ☐ 2 moderado ☐ 3. muito	☐ 1 pouco ☐ 2 moderado ☐ 3. muito
B3) Quanto à cólica menstrual, você:		☐ 1. nunca teve ☐ 2. tinha e ficou igual ☐ 3. tinha e melhorou ☐ 4. tinha e piorou ☐ 5. não tinha e passou a ter	
B4) Você tem outro problema em relação à menstruação?	Antes da cirurgia	Atualmente	
C) Após a cirurgia você apresentou <i>dor em baixo ventre</i> ?			
(REFERE-SE À DOR CRÔNICA, NÃO À DOR DO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO - PARA HOMENS PERGUNTAR SE APRESENTOU DOR NO LOCAL DA CIRURGIA "SACO ESCROTAL")		☐ 1. sim ☐ 2. não	
C1). Se sim, qual a frequência? (QUANTAS VEZES NO MÊS. SE DIÁRIA, COLOCAR 30 X / MÊS)			
C2). Intensidade da dor		☐ pequena ☐ moderada ☐ grande	
C3). Você usa analgésicos para essa dor (remédio para dor)?		☐ 1. sim ☐ 2.não	
34. Você acha que depois da cirurgia seu relacionamento conjugal:		☐ melhorou ☐ piorou ☐ não mudou	
35. Você recomendaria a cirurgia para outra pessoa?		☐ 1. sim ☐ 2.não	
36. Hoje por sua opção, você faria novamente a cirurgia?		☐ 1. sim ☐ 2. não	
37. Você está satisfeito com a cirurgia?		☐ 1. sim ☐ 2. não	
38a). Por quê ?			

PARTE IV: ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

(LER AS ALTERNATIVAS)

39. Você considera que o Tempo de internação foi:

- ☐ 1. pequeno
- ☐ 2. moderado
- ☐ 3. grande

40. Você considera que o Tempo de cirurgia foi:

- ☐ 1. pequeno
- ☐ 2. moderado
- ☐ 3. grande

41. Você considera que a orientação que recebeu no hospital foi:

(SE RUIM OU MODERADO, ANOTAR O PORQUÊ)

- ☐ 1. ruim
- ☐ 2. moderado
- ☐ 3. bom
- ☐ 4. ótimo

42. Você considera o atendimento hospitalar na cirurgia:

(SE RUIM OU MODERADO, ANOTAR O PORQUÊ)

- ☐ 1. ruim
- ☐ 2. moderado
- ☐ 3. bom
- ☐ 4. ótimo

43. Você considera as acomodações hospitalares:

(SE RUIM OU MODERADO, ANOTAR O PORQUÊ)

- ☐ 1. ruim
- ☐ 2. moderado
- ☐ 3. bom
- ☐ 4. ótimo

44. Você considera a assistência médica hospitalar:

(SE RUIM OU MODERADO, ANOTAR O PORQUÊ)

- ☐ 1. ruim
- ☐ 2. moderada
- ☐ 3. boa
- ☐ 4. ótima

45. Você considera a assistência da enfermagem:

(SE RUIM OU MODERADO, ANOTAR O PORQUÊ)

- ☐ 1. ruim
- ☐ 2. moderada
- ☐ 3. boa
- ☐ 4. ótima

PARTE V – FUNÇÃO SEXUAL

DESEJO

Desejo Sexual ou **Interesse sexual** é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa **sexual** de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.

1- Nas últimas 4 semanas **com que frequência** (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu **grau** de desejo ou interesse sexual?

- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou absolutamente nenhum

TENHA EM MENTE:

Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação e ato sexual.

Ato Sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

EXCITAÇÃO SEXUAL

Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada), ou contrações musculares. **CUIDADO COM A PALAVRA “TESÃO” QUE PODE SIGNIFICAR TANTO EXCITAÇÃO COMO PRAZER SEXUAL**

3- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu **grau** de excitação sexual durante a atividade ou a relação sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou absolutamente nenhum

5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de **segurança** para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Segurança muito alta
- ☐ Segurança alta
- ☐ Segurança moderada
- ☐ Segurança baixa
- ☐ Segurança muito baixa ou Sem segurança

6- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

LUBRIFICAÇÃO

Lubrificação vaginal é a sensação de umidade vaginal decorrente do estímulo sexual. Pode ter como sinônimos vagina molhada, "tesão vaginal" entre outros.

7- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a vagina "molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua **difículdade** em ter lubrificação vaginal (ficar com a vagina "molhada") durante o ato sexual ou atividades sexuais?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nada difícil

9- Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você **manteve** a lubrificação vaginal (ficou com a vagina "molhada") até o final da atividade ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua **dificuldade** em manter a lubrificação vaginal (vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nada difícil

ORGASMO

Orgasmo é uma sensação de prazer intenso que é precedido por uma excitação grande e sucedido por um relaxamento muscular

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, **com que frequência** você atingiu o orgasmo?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua **dificuldade** em você atingir o orgasmo “(clímax)”?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nada difícil

13- Nas últimas 4 semanas, quão **satisfeita** você ficou com sua capacidade de atingir o orgasmo durante atividade ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito Satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

RELACIONAMENTO SEXUAL

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve **satisfeita** com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito Satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto **satisfeita** você esteve com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

- ☐ Muito Satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto **satisfeita** você esteve com sua vida sexual de um modo geral?

- ☐ Muito Satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

DOR

Dor é uma sensação subjetiva. Dor na relação sexual pode ocorrer por vários motivos e em várias localizações como dor na vulva, vagina abdome inferior, ânus, cabeça, etc. Não se preocupe em localizar a dor, somente se a entrevistada sente "dor"

17- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor **durante** a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relação
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

18- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor **após** a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relação
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu **grau** de desconforto ou dor **durante ou após** a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relação
- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou absolutamente nenhum

MANUAL DA ENTREVISTADORA

Treinamento destinado às entrevistadoras da pesquisa:

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA ESTERILIZADORA

Pesquisadora: Profa. Dra. Elisabeth Meloni Vieira

09 de Novembro de 2005

Serão abordados neste treinamento os seguintes tópicos:

1. A PESQUISA

TÍTULO

Avaliação da oferta e satisfação com os métodos cirúrgicos de planejamento familiar após a implantação da lei 9263 no município de Ribeirão Preto.

JUSTIFICATIVA

OBJETIVOS DA PESQUISA

GERAL

Avaliar a satisfação dos usuários do Programa de Planejamento Familiar com os métodos cirúrgicos em Ribeirão Preto após a implantação da lei 9.263.

ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil e antecedentes de anticoncepção das pessoas que realizaram a esterilização cirúrgica voluntária.
- Descrever a distribuição de métodos cirúrgicos escolhidos e estabelecer comparação anual.
- Caracterizar os casais que realizaram o procedimento de contracepção cirúrgica.
- Identificar fatores relacionados à realização da contracepção cirúrgica.
- Estudar a satisfação do usuário em relação ao método escolhido (vasectomia ou laqueadura).

RESPONSABILIDADE DA PESQUISA

O estudo está sob a responsabilidade da Profa. Dra. Elisabeth Meloni Vieira, professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. A pesquisa se caracteriza em nível de livre-docência, é financiada pela FAPESP sob o processo no. 2003/00549-0.

2. CRONOGRAMA E ORGANIZAÇÃO PARA TRABALHO DE CAMPO

- Data prevista para o início das entrevistas: 09 de novembro de 2005.
- Data prevista para o término das entrevistas: 09 de janeiro de 2006.

→ Os questionários serão aplicados a uma amostra selecionada dentre todas as pessoas que realizaram o procedimento cirúrgico definitivo de contracepção, que são usuárias do SUS (Sistema Único de Saúde) do município de Ribeirão Preto.

→ As entrevistas serão domiciliares.

→ Cada entrevistadora terá em média 15 entrevistas para serem feitas semanalmente, a apresentação e entrega de tais questionários deverá ser feita semanalmente pela assistente da pesquisa.

→ Em tais encontros, além da entrega dos questionários, serão discutidos os problemas, dúvidas e intercorrências. Nestes encontros as entrevistadoras também receberão os vales transportes necessários para a próxima semana.

→ Cada domicílio deverá ser contatado no máximo três vezes, caso o entrevistado desejado não seja encontrado (os contatos devem ser feitos em horários e dias diferentes para aumentar as chances de encontrar a pessoa). A entrevistadora receberá vale transporte para todas as visitas necessárias. No entanto, se a necessidade de nova visita ao domicílio for de responsabilidade da entrevistadora (anotações confusas, esquecimento de alguma questão ou outros), o pagamento da passagem será também de responsabilidade da mesma.

→ Serão checados 20% de todos os questionários aplicados por cada entrevistadora, ou seja, será verificado se a entrevista foi realmente realizada. A seleção dos questionários a serem verificados será por sorteio.

→ O pagamento a entrevistadora se dará somente ao final de cada mês. Caso a entrevistadora abandone a pesquisa antes de completar as entrevistas, serão pagas apenas aquelas que foram realizadas (isto é válido para qualquer momento da pesquisa).

3. A ENTREVISTADORA

→ Qualidades essenciais da boa entrevistadora:

- sensibilidade
- capacidade de estabelecer bom relacionamento com grande número de pessoas
- postura neutra
- falar claramente
- ter letra legível
- ser preciso ao registrar as respostas
- deixar o entrevistado satisfeito

→ Evitando o viés da entrevistadora

- falar de forma neutra e isenta de julgamento
- nunca parecer surpreso e manifestar desaprovação

- ter conduta uniforme, expressando apenas gentil interesse
- nunca ficar constrangido com perguntas e respostas
- nunca se desculpar por fazer perguntas embaraçosas
- fazer perguntas de forma não tendenciosa de modo a não induzir respostas. Exemplo:
 “Você não sente dor no peito, sente?” (tendenciosa)
 “Você sente dor no peito?” (não tendenciosa)

→ Paciência em contatar

- deve-se estar comprometido com a realização da tarefa e ser persistente
- ser educado e evitar incomodar em horários inconvenientes
- planejar trajetos

→ Abordando o entrevistado

- usar roupas de cores neutras e recatadas
- não revelar detalhes pessoais
- aproximar-se do entrevistado de maneira positiva para motivá-lo
- informar quem é (se apresentar) e a razão da visita
- explicar a importância da participação do entrevistado

→ Motivando a responder

- os entrevistados devem sentir-se valorizados, interessados no assunto e motivados
- a entrevistadora deve ter boa intuição: saber quando se retirar e quando abordar de novo entrevistados relutantes
- agir com honestidade: dizer o tempo de duração da entrevista
- estar familiarizada com o estudo bem como com seus objetivos
- quando há recusa do entrevistado, falar da importância do estudo e sobre o sigilo, conforme consta no termo de compromisso
- a participação é voluntária e recusas categóricas devem ser respeitadas

→ Outras pessoas e distrações

- a pessoa que atende a entrevistadora pode não ser a que se deseja para a entrevista, deve-se então estabelecer rapidamente quem é a pessoa desejada
- a presença de outras pessoas pode influenciar as respostas e causar viés; procurar sempre que possível local restrito e seguro para realizar a entrevista

4. COMEÇANDO A ENTREVISTA

→ Sentar-se em local onde possa escrever (levar prancheta e folhas avulsas), ficar diante do entrevistado em posição de modo que ele não possa ler o questionário e nem o que está sendo anotado

→ Relacionamento:

- a confiabilidade da informação colhida depende, em parte, do relacionamento satisfatório entre entrevistado e entrevistadora
- um entrevistado ansioso e/ou inquieto pode não se sentir capaz ou disposto para responder ao questionário
- a entrevistadora deve estar sensível às necessidades em relação às necessidades do entrevistado (como também pode ser o caso de pessoas portadoras de dificuldade visual e auditiva)
- não cansar pessoas doentes e/ou debilitadas

5. TÉCNICAS DE ENTREVISTA

→ Ler claramente as questões e não falar baixo (entender completamente as questões)

→ Fazer perguntas exatamente como estão escritas e na ordem do questionário

→ Forma de ler e a ordem das questões: a forma de ler as questões afeta a resposta (induz ao viés)

→ A entrevistadora:

- deve evitar acrescentar suas próprias palavras
- nunca deduzir respostas a partir de respostas anteriores
- nunca deixar para preencher depois as respostas, devendo anotar em folha avulsa as ocorrências, respostas não completadas, comentários daquela questão
- deve-se seguir rigorosamente a ordem das questões

→ Respondendo as questões antes que sejam feitas:

- nunca deduzir respostas e deixar de perguntar as questões com base na falsa crença de que o entrevistado já respondeu questões que estão adiante

→ Inconsistência

- deve ser detectada e confirmada com o entrevistado dizendo, por exemplo: “Posso confirmar? Parece que não anotei isso corretamente.”

→ Necessidade de confiança

- em relação às atitudes por parte da entrevistadora, é importante salientar que: “Não há respostas certas ou erradas, estou apenas tentando conhecer suas idéias.”
- quanto aos conhecimentos, se o entrevistado quer saber se sua resposta está certa ou errada, dizer que no final da entrevista serão esclarecidas suas questões

→ Mal entendidos

- repetir a questão como está escrita no questionário
- se o entrevistado não entende a palavra usada (estar atenta e verificar o significado para a pessoa): se a compreensão estiver correta confirmar e repetir a questão, se incorreta anotar ao lado explicar e refazer a questão
- o manual contém alternativas de definições de palavras

→ Relutância em responder a itens

- esclarecer que a informação é confidencial e que não haverá identificação do entrevistado
- se o entrevistado se manter relutante respeitar sua vontade e passar para a próxima questão

→ Incertezas, respostas “não sei” e imprecisas

- alguns entrevistados são incapazes de decidir qual resposta se aplica a eles: nunca deve-se sugerir respostas possíveis
- falta de entendimento, tempo para pensar, relutância em responder: a técnica mais efetiva é repetir a questão

→ Sondando

- sondagem: motivar, sem viés, o entrevistado a esclarecer e informar mais sobre o que disse e ajudá-lo a se concentrar no conteúdo da pergunta
- é importante, para a entrevistadora, entender o objetivo da questão para fazer a sondagem de forma efetiva
- questões mais longas têm maior chance de produzir mais informações do que as curtas.
Exemplo:

“Há outras razões para que você se sinta assim?” – é mais eficaz que “Mais alguma?”, que estimula a resposta “não”

- sondagem direcionada: é quando se procura informações objetivas. Por exemplo com a dificuldade para se lembrar de datas o entrevistador pode ajudar perguntando “Foi há mais de um ano?”

- direcionando: no caso do entrevistado sair do assunto e conversar sobre outras coisas sem importância, a entrevistadora deve ter habilidade para trazê-lo de volta ao assunto de interesse

→ Registrando as respostas

- não se admite resumo em questões abertas, deve-se fazer uma transcrição das próprias palavras do entrevistado
- fazer o registro enquanto os entrevistados estão falando
- não deixar o entrevistado sentado esperando que termine de escrever: enquanto é feito o registro repetir a resposta, o que também estimula outros comentários

6. O FIM DA ENTREVISTA

→ após a entrevista:

- ouvir o entrevistado para deixá-lo em bom estado de espírito
- se for solicitado, explicar o estudo e responder as perguntas do entrevistado
- examinar todas as folhas e certificar-se de que nenhuma questão foi omitida
- agradecer a participação e reforçar sobre o sigilo da pesquisa

7. NOTAS DA ENTREVISTA

→ Fazer uma curta descrição, no fim do questionário, sobre o entrevistado, outras pessoas presentes, como foi a entrevista, se houve constrangimento, intromissões ou outras intercorrências

→ Observações exageradas ou críticas pessoais não são apropriadas

→ Registro: os registros devem ser feitos com caneta azul ou preta (nunca vermelha) e lápis de ponta fina e macia para anotações

→ A letra deve ser legível, bem como as anotações e registros devem ser feitas de maneira clara de modo a facilitar a compreensão

8. INTERROGANDO A ENTREVISTADORA

→ Conversas entre a entrevistadora e a pesquisadora principal e assistente de pesquisa são importantes e devem ocorrer sempre:

- depois de qualquer problema
- periodicamente, ao longo do estudo
- no final do estudo

- pois tais informações são importantes para a pesquisadora e permite a entrevistadora se sentir valorizada trabalhando em equipe

9. ASPECTOS GERAIS E ESPECÍFICOS SOBRE O QUESTIONÁRIO

Manuseio do instrumento

→ O questionário é composto por quatro partes:

Parte I. Informações Sócio Demográficas

1. ID → preenchida pela assistente de pesquisa

6. “Qual é a sua cor?” → Os entrevistados podem demonstrar indecisão sobre a sua cor e a que “está no registro”, por ser uma questão auto-referente deve-se estimular o entrevistado a responder de acordo com sua própria percepção.

7. “Anos completos de escolaridade” → Devem ser contados a partir da 1ª. série do 1º. grau e são contados apenas os anos completos.

8 a. “Quem é o chefe da família?” → Também deve ser respondido de acordo com a percepção do entrevistado.

11. “Número de membros da família” → todas as pessoas que moram na casa.

13 a. “Renda familiar” → soma de todos os ganhos das pessoas que residem e contribuem para o orçamento familiar.

13 b. “RFPC” → Renda Familiar Per Capta: renda familiar dividida por todos os membros da família.

Parte II. Sobre a Esterilização

16 a. “História Contraceptiva” →

Para mulheres

Especificar para cada gestação os itens contidos na tabela: idade da mãe naquela gestação; o nome da criança; o resultado (ou seja, se a gestação resultou num nascido vivo, morto, em aborto espontâneo ou provocado); a data do nascimento da criança (pode ser somente o ano do

nascimento)*; o sexo; tipo de parto; se a criança (ou hoje adolescente, adulto) ainda está vivo; se morreu, a data da morte (ou somente o ano)* e se usava algum método anticoncepcional (MAC) quando engravidou e especificar qual.

* caso a pessoa não se lembre da data completa

Para homens

Perguntar somente a idade que tinha quando foi pai pela primeira vez.

19. “Data da realização da cirurgia” → este dado já temos

19 b. “Tempo de cirurgia em meses” → calcular depois, não perguntar

20. “Houve alguma mudança na sua vida desde a cirurgia” → perguntar e ver se a pessoa diz algo, se disser que não ler as alternativas como estímulo.

OBS: estar atento para o contexto da entrevista para não ler uma alternativa que seja redundante.

21 a 24 → Estas questões se referem ao processo pelo qual as pessoas passam para obtenção da esterilização. E são:

1. Aconselhamento: os aconselhamentos se dão na unidade de saúde em que o candidato se inscreveu para o programa de planejamento familiar, com o intuito de informar sobre outras opções de métodos de contracepção, irreversibilidade da esterilização, possibilidades de gravidez após esterilização a fim de evitar arrependimento após o procedimento e se certificar da escolha do método. O número de encontros varia de candidato para candidato, mas tem uma média de três encontros.

2. O mesmo referido na questão anterior.

3. Levando-se em consideração todo o processo: aconselhamento, espera para “liberação/aprovação” da cirurgia, recebimento do envelope com a guia autorizada para a realização da esterilização, entrega da guia na Mater, reunião informativa na Mater, agendamento da cirurgia e dia da realização da mesma.

4. Tempo entre a entrega da guia de autorização na Mater até o dia da cirurgia.

5. Orientação sobre o ato operatório: como seria a cirurgia, tamanho e local da incisão, dor, tempo de duração da cirurgia.

6. A orientação sobre a marcação da cirurgia se refere a que a guia deve primeiro ser entregue pelo paciente na Mater para daí ser marcada a data da cirurgia, e o candidato precisa ter clareza deste procedimento.

28 As entrevistadoras devem estar atentas neste campo uma vez que pode ocorrer dificuldade de compreensão e linguagem não familiar ao entrevistado.

B→ o termo operação se refere à esterilização

D → caso haja dúvidas sobre o termo fria, frígida: explicar que é quando a mulher não tem mais vontade de ter relações sexuais.

E→ atentar para o termo “impotente” que pode ser confundido com “estéril”; o termo pode ser substituído pela expressão popular “ficar broxa”.

Parte III. Sobre a Cirurgia

Atentar para as questões que são feitas somente para as mulheres e para as que são feitas para homens e mulheres.

Parte IV. Assistência Hospitalar

36. Tempo de internação: se refere quanto ao número de horas que o paciente permaneceu “internado” no hospital.

37. Tempo de cirurgia: tempo de duração da cirurgia – de 15 a 20 minutos.

38. Orientação que recebeu no hospital: orientação sobre técnica do método, tricotomia (raspagem de pelos), eficácia, tempo de realização da cirurgia e internação, técnica e tipo de anestesia, recuperação pós-operatória e irreversibilidade do método.

39. Atendimento/assistência hospitalar: recepção, nutrição.

40. Acomodações: sala de espera, quarto, banheiros, cama, sala de cirurgia.

PROGRAMA DO TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS
PESQUISA – AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA
ESTERILIZADORA

09/11/05

Horário	Tema	Apresentação
8:30h	Apresentação do Projeto	Profa. Elisabeth M. Vieira
8:50h	Esterilização Cirúrgica	Dr. Ricardo
9:10h	Sexualidade	Dr. Rodolfo
9:30h	Apresentação do questionário	Adriana, Mariana e Rodolfo
10:30h	Intervalo	
10:45h	Aplicação do questionário e tirar dúvidas	Adriana, Mariana e Rodolfo
12:00h	Encerramento	

11/11/05

Sala de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social

Horário	Tema	Apresentação
8:30h	Revisão e discussão dos questionários	Adriana, Mariana e Rodolfo
10:00h	Trabalho de Campo	Adriana, Mariana e Rodolfo

Universidade de São Paulo
Campus de Ribeirão Preto
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social
Av. dos Bandeirantes 3900 2º andar
Telefone: (016)602-2433/ 602-25-38 FAX (016)633-1386
14049-900 – RIBEIRÃO PRETO - Est. São Paulo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Está sendo realizada uma pesquisa sobre o planejamento familiar do município de Ribeirão Preto, sob a responsabilidade da Dra. Elisabeth Meloni Vieira, professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da USP.

Esta pesquisa quer saber, entre as pessoas que foram atendidas no Programa de Planejamento Familiar, se foram aconselhadas em relação a esterilização e quem as orientou. Esta pesquisa vai entrevistar algumas pessoas que foram sorteadas entre aquelas que foram atendidas pela Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto. A participação de cada pessoa sorteada será responder a uma curta entrevista que deve ter a duração de no máximo 30 minutos. Nesta entrevista será perguntado sobre informações gerais de sua vida como idade, estado marital, escolaridade, utensílios de sua casa, sobre o número de filhos que teve, os métodos anticoncepcionais que conhece e já usou e os motivos que levaram a decidir sobre a esterilização cirúrgica.

O nome das pessoas que participarem desta pesquisa jamais será divulgado, nem conhecido por outras pessoas, além da pesquisadora. Todas as informações serão gravadas em computador em código. As pessoas que participarem desta pesquisa não receberão qualquer benefício direto por isto. Os resultados poderão, entretanto, beneficiar outras pessoas no futuro, caso seja possível utilizar os dados em programas de orientação e aconselhamento voltados para ajudar pessoas em suas decisões acerca de ter ou não ter filhos em serviços de planejamento familiar. Não haverá nenhum prejuízo ou punição para as pessoas que convidadas decidam não participar do estudo, ou para aquelas que, mesmo depois de terem decidido participar, desistam. Todas as pessoas que aceitarem participar também têm o direito de não responder alguma ou algumas das perguntas, se não desejarem fazê-lo, sem sofrer nenhum prejuízo por isto. Será solicitado às pessoas que aceitarem participar da pesquisa que assinem um Certificado de Consentimento, para documentar a sua decisão.

Certificado de Consentimento

Eu, _____, declaro haver recebido os esclarecimentos acima e que pude fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas acerca do assunto. Aceito participar da pesquisa acima referida, sob responsabilidade da médica Dra. Elisabeth Meloni Vieira, conforme esclarecimentos e condições descritas acima.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2005.

Nome da Entrevistada: _____ Assinatura: _____

Nome da entrevistadora: _____ Assinatura: _____

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA-FMRP-USP

Endereço: Rua Teresina, 690-Sumarezinho-Ribeirão Preto-SP
CEP: 14.055-370 – Telefone (016) 633.23.31

OF. N.º 110 /03/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP . 24 DE MARÇO DE 2003.

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 17ª reunião ordinária, realizada em 18 de março de 2003, analisou e apreciou o parecer do relator, referente ao **Projeto de Pesquisa: "Avaliação da oferta e satisfação com os métodos cirúrgicos de planejamento familiar após a implantação da Lei 9263 no município de Ribeirão Preto"**, Protocolo: 0066/03/CEP/CSE-FMRP-USP, que será conduzido por V.Sª. **FOI APROVADO**. Entretanto durante a discussão do parecer do Senhor Relator, por parte dos demais membros deste CEP, constatou-se que a folha de rosto está assinada mas sem a identificação do nome e função de quem assina. Solicita-se pois cumprir com esta exigência.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antônio Ribeiro Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dra. Elisabeth Meloni Vieira
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

Of. 2234/02 - GS

RAS/ras

Ribeirão Preto, 02 de setembro de 2002.

Prezada Senhora,

Informamos nossa concordância com a realização do projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da Oferta e Satisfação com os Métodos Cirúrgicos de Planejamento Familiar após a implantação da Lei 9.263 do Município de Ribeirão Preto". No entanto, necessitamos do parecer do Comitê de Ética dessa Faculdade para que seja efetuado tal projeto.

Solicitamos a especial atenção no sentido de mencionar o local de realização do trabalho (Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto) em toda publicação cuja base de dados tenha sido a pesquisa em foco e que nos seja enviada uma cópia quando estiver concluída.

Valemo-nos do ensejo para apresentar nossos protestos de distinta consideração e elevado apreço.

Cordialmente,

DR. FERNANDO MENDES GARCIA NETO
Secretário Municipal da Saúde - Substituto

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROFª DRA. ELIZABETH MELONI VIEIRA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP