

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da FCM/UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre.

Profa. Dra. Ellen E. Hardy

Orientadora *Ellen Hardy*

ANTERO MARQUES PERDIGÃO

**EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA.
ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS
DAS MULHERES E DE SEUS COMPANHEIROS**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA À FACULDADE
DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE CAMPINAS PARA A OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE MESTRE EM TOCGINECOLOGIA**

**ORIENTADOR: Prof^a. Dr^a. ELLEN HARDY
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. ANIBAL FAÚNDES**

**UNICAMP
1996**

UNIDADE... BC
PROGRAMA...
TITULO...
F...
27444.
66+196
X
R \$11,00
DATA 25/04/96
N.º CPF 01.000.87260-1

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
- UNICAMP -

P412e Perdígão, Antero Marques
Evolução da prevalência de laqueadura tubária: Associação com
variáveis demográficas e sociais das mulheres e de seus
companheiros / Antero Marques Perdígão. Campinas, SP: [s.n.],
1996.

Orientador: Ellen Hardy
Tese (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Esterilização tubária. 2. Planejamento familiar. 3.
Demografia. I. Ellen Hardy. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Aluno: Antero Marques Perdigão

Orientador: Profa.Dra. Ellen Elizabeth Hardy

Membros:

1. Ellen Hardy

2.

3.

4.

5.

Curso de pós-graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 15/03/96

DEDICATÓRIA

DEDICO ESTA TESE:

A MEUS PAIS,

À MINHA ESPOSA, MARIA ZELMA, PELO APOIO E COMPREENSÃO
QUE ME DERAM A TRANQUILIDADE NECESSÁRIA PARA A REALIZAÇÃO
DESTE TRABALHO.

AO MEU FILHO, RODRIGO, PELA GRANDE ALEGRIA QUE TEM TRAZIDO À
MINHA VIDA.

AGRADECIMENTOS

Quando comecei a escrever as primeiras páginas deste trabalho, acreditava, ingenuamente, que uma vez terminado, necessitaria apenas de umas poucas alterações nas revisões posteriores.

Com o tempo percebi que a cada revisão, extensas porções deviam ser reescritas, a medida que nosso conhecimento ia-se aprofundando. Esse maior conhecimento é resultado de idéias, sugestões e críticas recebidas de professores e colegas que ajudaram a resolver os impasses que iam aparecendo. Essas pessoas não podem ser listadas para mostrar-lhes meu reconhecimento. Preocupa-me a possibilidade de esquecer de mencionar alguém. Espero que todos os que me auxiliaram, aceitem meus mais sinceros agradecimentos.

Agradeço particularmente à minha orientadora, Professora Dr.^a Ellen Hardy, que me desvendou os primeiros caminhos. Muito exigente mas disposta a ajudar com sugestões precisas e oportunas. Exemplo de responsabilidade, companheirismo, compreensão e amor. Compartilhou comigo seu conhecimento e seu tempo, colaborando de maneira decisiva na elaboração desta tese.

Ao Professor Dr. Aníbal Faúndes, co-orientador e amigo, pelos valiosos ensinamentos, por todo estímulo e ajuda; confiou em mim e me instruiu não só na minha tese mas também na minha formação. Exemplo de pesquisador, a quem devo dedicação e respeito pelo seu precioso tempo a mim dedicado, sem o qual a realização deste trabalho teria sido ainda mais difícil.

Quero deixar registrado meu agradecimento ao CEMICAMP em geral, aos profissionais que ali trabalham e que me assessoraram em todas as etapas de preparação desse trabalho e cujo estímulo e paciência sempre me foram preciosos.

RESUMO

O presente estudo teve por finalidade investigar a evolução da prevalência da laqueadura tubária no Estado de São Paulo, bem como avaliar a associação desta cirurgia com algumas características sócio-demográficas das mulheres e de seus maridos/companheiros. Para isto, foi realizada uma análise secundária de dados obtidos em dois estudos de avaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), realizados em 1988 e 1991, numa amostra de mulheres do Estado de São Paulo. Foram analisadas as respostas de 992 e 1294 mulheres de 15 a 49 anos, entrevistadas em cada um desses anos. Para formar o banco de dados e para a análise estatística foi usado o SPSS-PC+4.01 (Statistical Package for the social Sciences). Para análise estatística foram utilizados os testes de qui-quadrado, de Fischer e de tendência, e feita uma regressão logística. Na análise univariada a prevalência de laqueadura tubária foi maior nos grupos de mulheres com maior idade e número de gestações; entre as com menor escolaridade delas e de seus companheiros, e entre as que moravam em habitação classificada como boa. Após controlar por idade e número de gestações em 1988, apenas a menor escolaridade do companheiro e ter sido alguma vez casada mantiveram associação estatística com a prevalência de laqueadura; em 1991, nenhum desses fatores manteve a associação. A prevalência de laqueadura foi significativamente maior em 1991 do que em 1988, apenas entre mulheres com 35 anos ou mais, e entre as com 5ª a 8ª série de escolaridade. As mulheres laqueadas apresentaram uma prevalência significativamente menor de corrimento

vaginal do que as não laqueadas. Não houve diferenças significativas entre os dois grupos quanto a irregularidade menstrual, dor na relação sexual ou na menstruação e outros problemas ginecológicos. Conclue-se que não há uma associação muito clara entre condições sócio-econômicas e ligadura tubária, que não houve grandes variações na prevalência entre 1988 e 1991, e que a ligadura nao parece provocar maior incidência de problemas ginecológicos.

SUMMARY

The aims of this study were to evaluate the evolution of the prevalence of tubal ligation in São Paulo State, and the possible association between prevalence and socio-demographic characteristics of the women and their partners. A secondary analysis of data obtained by two studies carried out to evaluate the Program for Integral Assistance to Women's Health (PAISM) in São Paulo State had been done in 1988 and 1991. The studies included 992 and 1,294 sterilized women, 15-49 years of age. The Statistical Package for the Social Sciences was used to create a new data base and for statistical analysis. Chi square, Fisher and trend tests were used, as well as logistic regression. The univariate analysis showed a higher prevalence of tubal ligation among older women and those with a larger number of gestations, among those with fewer years of schooling or whose partners had less schooling, and among women living in houses qualified as good. After controlling by age and number of gestations, only less schooling of the partners and ever having been married maintained their association with prevalence of tubal ligation in 1988, while only age and number of gestations were associated to tubal ligation in 1991. Prevalence of tubal ligation was significantly higher in 1991 only among women over 34 years of age and having 5 through 8 years of schooling. Sterilized women presented a significantly lower prevalence of vaginal discharge than those who had not had a tubal ligation. No differences were found when comparing the incidence of menstrual irregularities, pain during intercourse or during menstruation, nor

of other gynecological problems. It is concluded that there was no clear association between socio-economic level and prevalence of tubal ligation, that there were not great changes in prevalence between 1988 and 1991, and that tubal ligation does not seem to be associated with any increase in gynecological complaints.

SUMÁRIO

	Páginas
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	21
2.1. Geral	21
2.2. Específicos	21
3. HIPÓTESES	22
4. SUJEITOS E MÉTODOS	23
4.1. Desenho do estudo	23
4.2. Tamanho amostral	23
4.3. Seleção de sujeitos	24
4.4. Definição de variáveis	25
4.5. Processamento e análise de dados	26
4.6. Considerações éticas	28
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSSÃO	56
7. CONCLUSÕES	67
8. REFERÊNCIAS BIBLIORÁFICAS	68

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1 - Material e métodos (PAISM I E PAISM II)	. 81
9.2. ANEXO 2 - Questionários	93
PAISM I	94
PAISM II	108

ÍNDICE DAS TABELAS

	Páginas
TABELA 1	Prevalência de laqueadura tubária entre todas as mulheres em idade fértil e entre as unidas. 1988 e 1991 29
TABELA 2	Distribuição porcentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e idade (1988) 30
TABELA 3	Distribuição porcentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e número de gestações (1988) 31
TABELA 4	Distribuição porcentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e escolaridade (1988) 32
TABELA 5	Distribuição porcentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e estado marital (1988) 33
TABELA 6	Distribuição porcentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e o tipo de trabalho da mulher (1988) 34
TABELA 7	Distribuição porcentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e o tipo de moradia (1988) 35
TABELA 8	Distribuição porcentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e escolaridade dos maridos (1988) 36
TABELA 9-A	Fatores associados à laqueadura. Modelo geral. (1988) 37
TABELA 9-B	Fatores associados à laqueadura. Modelo para mulheres não solteira. (1988) 38
TABELA 9-C	Fatores associados à laqueadura. Modelo geral. (1988) 38
TABELA 9-D	Fatores associados à laqueadura. Modelo para mulheres não solteiras. (1988) 38
TABELA 10	Distribuição porcentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e idade (1991) 39

TABELA 11	Distribuição percentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e número de gestações (1991)	40
TABELA 12	Distribuição percentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e escolaridade (1991)	41
TABELA 13	Distribuição percentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e estado marital (1991)	42
TABELA 14	Distribuição percentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e tipo de trabalho da mulher (1991)	43
TABELA 15	Distribuição percentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e o tipo de moradia (1991)	44
TABELA 16	Distribuição percentual das mulheres segundo métodos anticoncepcionais usados e escolaridade do marido (1991)	45
TABELA 17-A	Fatores associados à laqueadura. Modelo geral (1991)	46
TABELA 17-B	Fatores associados à laqueadura. Modelo para mulheres não solteiras (1991)	46
TABELA 17-C	Fatores associados à laqueadura. Modelo geral (1991)	47
TABELA 17-D	Fatores associados à laqueadura. Modelo para mulheres não solteiras (1991)	47
TABELA 18	Porcentagem de mulheres laqueadas nos anos de 1988 e 1991 segundo idade	48
TABELA 19	Porcentagem de mulheres laqueadas nos anos de 1988 e 1991 segundo número de gestações anteriores	49
TABELA 20	Porcentagem de mulheres laqueadas nos anos de 1988 e 1991 segundo escolaridade	50
TABELA 21	Porcentagem de mulheres laqueadas nos anos de 1988 e 1991 segundo estado marital	51
TABELA 22	Porcentagem de mulheres laqueadas nos anos de 1988 e 1991 segundo o tipo de trabalho da mulher	52

TABELA 23	Porcentagem de mulheres laqueadas nos anos de 1988 e 1991 segundo o tipo de moradia . . .	53
TABELA 24	Porcentagem de mulheres laqueadas nos anos de 1988 e 1991 segundo grau de escolaridade do marido	54
TABELA 25	Porcentagem de mulheres laqueadas e não laqueadas que apresentaram problemas de saúde no último ano	55

1. INTRODUÇÃO

O livre acesso ao planejamento familiar é uma das condições básicas para se exercer o direito da liberdade individual. Do ponto de vista da saúde pública, é um importante elemento na profilaxia da morbidade e mortalidade materno-infantil, prevenindo as gestações não desejadas, evitando-as nas pacientes com risco reprodutivo e diminuindo os índices de abortos clandestinos. Constitui-se, portanto, numa das mais importantes atividades da medicina preventiva (HARDY, OSIS, FAÚNDES et al., 1993).

O objetivo primordial do planejamento familiar é proporcionar aos casais, e às mulheres em particular, o acesso a tecnologia contraceptiva adequada, às informações e aos meios necessários para que possam decidir, de modo voluntário e consciente, a oportunidade e número de filhos que desejam ter. O planejamento familiar permite realizar na prática, o princípio da paternidade responsável, permitindo desta forma, o pleno exercício da sexualidade e que a mulher possa ocupar o seu espaço na sociedade (PINOTTI & FAÚNDES, 1987).

A institucionalização do planejamento familiar é um fenômeno de origem recente. Com o progresso industrial e tecnológico, e principalmente depois da Segunda Guerra Mundial, acentuou-se a discussão demográfica em vista do crescimento acelerado da população e o desenvolvimento econômico dos países do terceiro mundo (BEHRMAN, CORSA, FREEDMAN, 1969).

O rápido crescimento da população resultou de uma alta fecundidade juntamente com uma diminuição da mortalidade, causada pela transferência de tecnologia médica de fora daqueles países, e não pelo desenvolvimento social e econômico de suas próprias populações (FAÚNDES & HARDY, 1995).

Dentro do contexto latino-americano, no Brasil, a população também vinha crescendo no início deste século com taxas médias anuais de 2%. Nos anos 40 houve um aumento acelerado, com taxa de crescimento anual de 2,3%. Com o crescimento atingindo 3%, a década de 50 foi marcada por uma inflexão no desenvolvimento econômico do país, ao se intensificarem a industrialização e a urbanização, assim como as migrações rural-urbanas (CAMARANO, BELTRÃO, NEUPERT, 1987).

O crescimento da década de 50, se devia à manutenção de altas taxas de natalidade, cerca de 43,2%, e um declínio de mortalidade, situada em torno de 14 mortes por mil habitantes (mais baixa do que da década de 40, que era 21%, sendo a taxa de fecundidade 6,3 filhos por mulher (ROCHA, 1993).

Com o aumento da população urbana das maiores cidades do país, mais os grandes problemas sócio-econômicos e políticos, iniciaram-se nos anos 60 intensos debates nacionais referentes à anticoncepção, em consequência de uma redução acentuada dos indicadores de fecundidade (OSIS, 1994; ROCHA, 1993). Apesar disso,

até o início dos anos 70, o governo brasileiro não havia definido nenhuma política populacional. Em 1974 o governo assumiu oficialmente, pela primeira vez, o planejamento familiar como um direito humano fundamental, julgando apropriado posicionar-se em relação a ele. O evento catalizador dessa tomada de posição foi a realização, em Bucareste, da 1ª Conferência Mundial de População promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU). O documento ali apresentado pelo Brasil considerava um dever do Estado, se solicitado, oferecer às populações de mais baixa renda informações e meios para a regulação da fecundidade. Embora tivesse assumido essa posição, o governo não tomou medidas efetivas para viabilizá-la naquele momento (FONSECA SOBRINHO, 1993).

Entre os debates na sociedade e no parlamento e o hesitante posicionamento do governo, a prevalência de uso de anticoncepcionais no Brasil alcançava proporções bem significativas no início dos anos 80, constituindo-se na principal determinante da mudança do comportamento reprodutivo (PERPÉTUO, 1995). O capítulo VII, artigo 226, parágrafo 7, da Constituição Brasileira de 1988 diz: "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 coersiva por parte das instituições oficiais ou privadas" (BRASIL, 1988).

Independente da política do governo, o uso de contraceptivos vinha aumentando no Brasil, pelo menos desde fins da década de 1970, mantendo-se entretanto, grandes diferenças regionais. Em torno de 1980, a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) realizou diversos inquéritos de prevalência de uso de métodos anticoncepcionais (MACs). Estes apontaram, por exemplo, que 66,2% das mulheres casadas, de 15 a 44 anos, praticavam anticoncepção na Região Sul em 1981, enquanto apenas 35% o faziam no Piauí em 1982 (RODRIGUES, MORRIS, JANOWITZ, 1981). Uma alta proporção de mulheres que praticava anticoncepção tinha realizado laqueadura tubária.

Uma pesquisa nacional realizada pela BEMFAM em 1986 apontou para o Brasil, uma surpreendente alta prevalência de 66% de uso de métodos contraceptivos entre mulheres em união, com 15-44 anos de idade. Ao mesmo tempo, esta pesquisa mostrou que 27% delas estavam esterilizadas e 25% eram usuárias de pílula (ARRUDA, RUTEMBERG & MORRIS, 1987). Apesar dessa alta prevalência de uso de anticoncepcionais, o Estado brasileiro só veio a ser mais explícito quanto ao seu papel como provedor de serviços de planejamento familiar, efetivando ações para o seu desenvolvimento, em 1983, com o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (FONSECA SOBRINHO, 1993; OSIS, 1994).

O PAISM resultou da estruturação da idéia de assistência integral à saúde da mulher, cujo ponto de partida foram discussões internas do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), na década de 70, acerca da melhor maneira de se atender às mulheres (PINOTTI, FAÚNDES, ZEFERINO, 1987). Esse programa teve o decisivo apoio político de uma intensa movimentação de mulheres, feministas ou não, que nos anos 80 se juntaram a profissionais de saúde, demógrafos, cientistas sociais e militantes de partidos políticos, para exigirem que o Estado brasileiro suprisse sua omissão quanto à regulação da fecundidade, no contexto da preocupação mais ampla pela saúde da mulher (OSIS, 1994).

As áreas de atuação do PAISM, propostas no documento "Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática" (BRASIL, 1984) são: pré-natal, parto, aleitamento materno, identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama, identificação e controle das doenças sexualmente transmissíveis e de outras patologias de maior prevalência entre as mulheres, e atividades de regulação da fertilidade, incluindo o diagnóstico e tratamento de estados de infertilidade. Nesse contexto, a anticoncepção deveria ser parte de uma política ampla de saúde reprodutiva, cuja responsabilidade de execução seria do Estado (OSIS, 1994).

Apesar de sua ampla aceitação na sociedade, e de ter sido proposto pelo próprio governo, o processo de implantação do PAISM tem sido um tanto moroso e irregular, apresentando marcadas diferenças nos graus de implantação e efetivação das atividades previstas. No Estado de São Paulo, o PAISM teve o seu desenvolvimento mais acentuado, com iniciativas do próprio governo estadual, quase que simultaneamente ao lançamento nacional do Programa em 1983. Apesar disso, os resultados da implantação do programa, no que diz respeito à anticoncepção, não permitem afirmar que tenha havido grandes mudanças nas características da prevalência do uso de MACs, mantendo-se o predomínio da laqueadura tubária e do uso da pílula, também no Estado de São Paulo (COSTA, 1992; OSIS, 1994).

Diversos estudos realizados nas últimas décadas mostram um progressivo aumento na utilização da laqueadura tubária como método para prevenir nascimentos. Em 1965, a prevalência de esterilização feminina, no Distrito de São Paulo, entre as mulheres casadas de 15 a 49 anos era de 7,8% (CAMARGO, BERQUÓ, OLIVEIRA, 1977). Em 1978 essa taxa foi para 16%, ou seja, o aumento na taxa de prevalência, em pouco mais de dez anos, foi maior que 100% (NAKAMURA & FONCECA, 1978). Este fenômeno, entretanto, não era apenas brasileiro. Nos EUA, entre 1973 e 1988, também duplicou-se o número de indicações da laqueadura tubária como método anticoncepcional (MOSHER & PRATT, 1990).

Já dados para quatro municípios do Estado de São Paulo, em 1984, indicavam que havia 28% de mulheres esterilizadas entre as que viviam em união, sendo que metade delas tinha se operado antes dos 30 anos de idade (CEBRAP/NEPO, 1986). Em 1986, ainda no início da implantação do PAISM em São Paulo, a pesquisa desenvolvida pela BEMFAM mostrou que, no Estado de São Paulo, 31,5% das mulheres unidas de 15 a 49 anos estavam laqueadas. Ao mesmo tempo, a prevalência na região Sul era de 18%, e no Norte-Centro-Oeste 42%. Evidenciava-se aí que a situação do planejamento familiar e a evolução da prevalência da laqueadura no Estado de São Paulo não eram muito diferentes que no resto do Brasil (ARRUDA et al., 1987).

A laqueadura tubária como método de esterilização feminina foi inicialmente postulada, em 1824, por BLUNDELL, com intuito de se evitar as cesáreas iterativas, tecnicamente muito perigosas na época (SIENGLER & GRUNEBAUM, 1980). O registro da primeira ligadura, datado de 1881, foi realizado por LUNGREN¹.

A laqueadura tubária popularizou-se com o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas convencionais e, mais recentemente, com a laparoscopia, tornando-se um dos métodos anticoncepcionais mais amplamente usado no mundo. Aproximadamente 100 milhões de casais evitam gestações não planejadas através da laqueadura tubária (LISKIN et al., 1985; WILCOX et al., 1992).

¹ LUNGREN, S.S. - apud BORDAHL, E. - Tubal sterilization. A historical review. *J Reprod. Med.*, 30(1):18-24, 1985.

A esterilização é um tema que está estreitamente ligado a fatores políticos, jurídicos, sócio-culturais e religiosos. Sabemos que a sexualidade não surge somente com o casamento, ela manifesta-se desde a infância e determina comportamentos bem definidos a partir da adolescência. Garantir à população programas seguros para o exercício dos direitos reprodutivos, inclui o direito à esterilização voluntária (BARROSO, 1984; PANA, 1989; ÁVILA, 1994). Mas em muitos países a sua prática tem sido rejeitada por quem a considera como mutilação física ou lesão corporal e também por aqueles que argumentam que faça parte de políticas anti-natalistas que pretendem diminuir o crescimento da população e/ou grupos específicos. Critica-se a idéia de esterilização em massa como a forma simplista da erradicação da pobreza. A esterilização apresenta, de forma mais aguda e dramática, as dificuldades que as mulheres apresentam no controle da sua vida reprodutiva. De um modo geral, uma consequência da ausência de uma política de saúde mais clara é que permite que a contracepção seja uma indústria controlada por interesses econômicos (BARROSO, 1984; PANA, 1989; ÁVILA, 1994).

Colocada a anticoncepção como mais um bem de consumo numa sociedade eminentemente capitalista, o seu uso associa-se às condições sócio-econômicas da população, e à oferta dos diferentes métodos pelo "mercado", isto é, pela indústria farmacêutica e pelo sistema público e privado de saúde.

Em 1965 a laqueadura tubária era mais frequente entre as mulheres pertencentes às classes sociais mais altas, com 30 a 34 anos de idade, residentes de zonas urbanas e que já tinham entre três e cinco filhos. As mulheres com maior probabilidade de fazer a laqueadura foram as que deram à luz em clínicas privadas, e custearam o parto mediante o seguro social e seus próprios recursos (RUTEMBERG & FERRAZ, 1988).

Em 1981 verificou-se, na Região Sul, um aumento consistente na prevalência do uso de MACs com o nível educacional da população: 57% entre as analfabetas e 73% nas que tinham oito anos ou mais de educação formal. O tipo de método também era muito diferente segundo o nível econômico: apenas 0,4% das mulheres com renda menor que um salário mínimo usavam DIU na região Sul em 1981, comparados com 2,8% de uso deste método pelas mulheres cuja renda era de 5 ou mais salários mínimos (RODRIGUES et al., 1981).

As percentagens de uso de pílula entre as mulheres sem escolaridade era de 24% e de 38,7% entre aquelas com oitava série ou mais. Em contraste, quatro vezes mais mulheres sem instrução usavam coito interrompido (12,6%), que mulheres com oito ou mais anos de escolaridade (3,2%). A laqueadura tubária era mais frequente em mulheres do primeiro grupo (17,2%) que em mulheres do segundo (12,4%). O inverso foi observado no estado do Piauí, onde 11,8% das mulheres casadas sem escolaridade estavam laqueadas, enquanto que 29,6% das com mais que quatro anos de escolaridade

submeteram-se à esterilização feminina (RODRIGUES et al., 1981; ARRUDA, THOMÉ, MORRIS, 1982). Esses dados evidenciavam, portanto, uma clara desigualdade social quanto ao uso de métodos anticoncepcionais em geral (PINOTTI & FAÚNDES, 1987).

Em 1986, a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais para mulheres unidas, em idade reprodutiva, segundo a raça, era de 70,1% para brancas e 61,4% para negras. Estes índices não eram muito diferentes na Grande São Paulo e no Interior. A esterilização era de 27,9% entre as mulheres brancas e de 22,2% entre as mulheres negras no estado. Entretanto, na Grande São Paulo a percentagem de mulheres brancas laqueadas era quase o dobro das mulheres negras (30,5% e 18,7% respectivamente). No interior essa proporção invertia-se, com 27,7% de mulheres negras laqueadas para 25,5% de mulheres brancas (BERQUÓ, 1994).

Nos EUA foi realizado um estudo que mostrava um aumento na proporção de esterilização tubária de 1970 a 1977 e uma diminuição significativa em 1978. A taxa de esterilização entre as mulheres negras mais jovens na época era maior que nas mulheres brancas. Parte da diferença destas taxas de esterilização tubária entre mulheres negras e mulheres brancas pode ser explicada pela maior paridade da mulher negra que a mulher branca, especialmente no grupo de idade mais jovem (DESTEFANO, GREENSPAN, ORY et al., 1982).

A laqueadura é um método legítimo de planejamento familiar. É o método anticoncepcional mais usado em todo o mundo, e as mulheres têm direito a dispor livremente sobre a sua utilização (BARROSO, 1984). Entretanto, sempre deve-se considerar que a esterilização por laqueadura tubária é um procedimento que pode levar a complicações imediatas e sequelas tardias. Entre as complicações imediatas intra-operatória e pós-operatórias, descrevem-se hemorragias, rotura de intestino ou bexiga, infecção que pode chegar à doença inflamatória pélvica que requer cirurgias mais ou menos extensas e mutiladoras (PINOTTI, LANE, COLLIER et al., 1980; HUGGINS & SONDEHEIMER, 1984).

O evento mais sério conseqüente à esterilização é a mortalidade. Entretanto, as mortes ocorrem muito raramente e não são sistematicamente relatadas. Múltiplos fatores contribuem para sua ocorrência, incluindo problemas de saúde pré-existente, infecção, anestesia e hemorragia. Uma série de três artigos publicados em 1982, descreve mortes associadas com a esterilização em Bangladesh (GRIMES, SATTERTHWAITTE, ROCHAT et al., 1982; ROSEMBERG, ROCHAT, AKBAR et al., 1982; ROCHAT, BHIWANDIWALA, FELDBLUM et al., 1986). Uma publicação do CDC sobre 29 mortes atribuídas à esterilização nos Estados Unidos entre 1977 a 1981, mostrou que, destas mortes, 11 ocorreram depois de complicações de anestesia geral, 7 depois de sepsis e 4 depois de hemorragia e

complicações cardiovasculares. Houve dúvidas sobre a causa de morte nos três restantes (PETERSON, DESTEFANO, RUBIN et al., 1983; ROCHAT et al., 1986).

Entre as sequelas tardias encontra-se a chamada "síndrome pós-laqueadura" que inclui uma série de distúrbios, entre as quais se destacam as alterações menstruais com dor, alterações no sangramento e tensão pré-menstrual. WILLIAMS, JONES, MERRIL (1951) foram os primeiros a revelar aumento na incidência de distúrbios menstruais em 200 pacientes submetidas à esterilização cirúrgica.

Uma grande parte das pesquisas que avaliaram a evolução clínica das mulheres submetidas à laqueadura tubária, não revelou disfunção menstrual (RIOUX, 1977; LIEBERMAN, BELSEY, GORDON et al., 1978; WHITELAW, 1979; CORSON, LEVINSON, BATZER et al., 1981; HUGGINS & SONDEHEIMER, 1984; RULIN, TURNER, DUNWORT et al., 1985; ROJANSKY & HALBREICH, 1991; WU, XIAO, YAN, 1992; RULIN, DAVIDSON, PILLIBER et al., 1993). Há, no entanto, outros estudos que constataram discretas alterações (LU & CHUN, 1967).

KASONDE & BONNAR (1976), medindo quantitativamente a perda sanguínea menstrual após a laqueadura, não encontraram modificações, embora tenham estudado somente até o 12º ciclo após a realização da cirurgia. Outros pesquisadores que avaliaram um período mais longo sustentam que as alterações menstruais têm

início após dois anos da laqueadura (DESTEFANO, PERLAMAN, PETERSON et al., 1985; SHAIN, MILLER, MITCHELL et al., 1989).

Uma avaliação crítica dos trabalhos que mostravam hipermenorragia após a esterilização tubária, realizada por BHIWANDIWALA, MUNFORD, FELDBLUM (1983), observou que estes não levavam em consideração as alterações pré-menstruais existentes. Alguns estudos divergem quanto à presença ou ausência de alterações menstruais em pacientes que usaram anticoncepcionais orais previamente à laqueadura tubária (EDGERTON, 1977; RULIN et al., 1985; RULIN et al., 1993).

SHY, STERGACHIS, GROTHAUS et al. (1992), comparando 7.253 mulheres esterilizadas com 25.448 não submetidas ao mesmo procedimento, concluíram que as primeiras apresentaram 2,4 vezes maior risco de internação hospitalar decorrente de sangramento menstrual excessivo. Alguns autores convictos de que as alterações menstruais são significativas, sugerem que as mulheres que não desejam engravidar deveriam se submeter a histerectomia durante a cesárea do último filho (WILLIAMS et al., 1951; POWELL, 1962; HAYNES & WOLFE, 1970; SCOTT, 1972; TEMPLETON & COLE, 1982; COOPER, 1983; WILCOX et al., 1992).

Na tentativa de explicar estas alterações menstruais, vários estudos foram conduzidos, avaliando-se os níveis séricos dos esteróides sexuais no ciclo menstrual. Alguns constataram redução

do estriol e da progesterona (RADWANSKA, BERGER, HAMMOND et al., 1979; ALVAREZ-SANCHES, SEGAL, BRACHE et al., 1981; DONNEZ, WAUTERS, THOMAS., 1981; HARGROVE & ABRAHAM, 1981; RADWANSKA, HEADLEY & DMOWSKI, 1982; FAÚNDES, 1991). Outros, entretanto, não obtiveram os mesmos resultados, como o de WU et al. (1992) que não encontraram alterações no perfil hormonal de dez mulheres avaliadas cinco anos após a laqueadura.

No Brasil, CELESTINO (1988) realizou um estudo prospectivo, onde avaliou os níveis séricos dos esteróides sexuais em três grupos de mulheres: o primeiro, com laqueadura tubária e com queixa de irregularidade menstrual; o segundo, também com laqueadura, porém sem irregularidade menstrual e o terceiro sem laqueadura tubária. No primeiro grupo o autor constatou diminuição da progesterona em 40% das mulheres e uma diferença estatisticamente significativa na morfologia endometrial quando se comparou com aquelas do segundo e terceiro grupos. Outros estudos prospectivos importantes, como os de ALVAREZ, FAÚNDES, BRACHE et al. (1989), por sua vez, não encontraram alterações dos níveis séricos dos esteróides ovarianos, após seis meses de laqueadura. GARZA-FLORES, VAZQUEZ-ESTRADA, REYES et al. (1991) não evidenciaram alterações nos níveis plasmáticos de estrogênio e progesterona, um ano após a laqueadura e TRHANOV, HERTZ, KJER et al. (1992) observaram apenas diminuição da progesterona sérica, embora todas as mulheres continuassem ovulando.

A causa vascular está entre as hipóteses que tentam justificar os mecanismos envolvidos na gênese das alterações menstruais. Admite-se que, no momento da laqueadura, poderia ocorrer comprometimento dos ramos ováricos da artéria uterina, gerando assim, insuficiente irrigação dos ovários e, conseqüentemente, perturbações na esteroidogênese gonadal (POWELL, 1962; BERGER, RADWANSKA, HAMMOND, 1978; ALVAREZ-SANCHES et al., 1981).

As alterações menstruais podem também depender da técnica adotada. Todos são unânimes em afirmar que se deve dar preferência às técnicas que menos danos causam aos vasos da mesossalpinge e que as que lesam maior quantidade de tecido, determinam maior incidência de distúrbios menstruais, como é o caso da diatermo-coagulação (HERRMANN & SOUZA, 1985; UCHIDA, 1975; LIEBERMAN et al., 1978; SHAIN, et al., 1989). Reforçando a hipótese vascular, alguns autores justificam que a perturbação na irrigação dos ovários após a laqueadura é, provavelmente, a maior responsável pelos insucessos nos resultados de gestações, após cirurgias de recanalizações tubárias anatomicamente bem sucedidas (GOMEL, 1977; BERGER et al., 1978).

Um outro problema que surge algum tempo após a esterilização, e que afeta cada vez um maior número de mulheres no Brasil, é o arrependimento pós laqueadura, e que não depende das possíveis alterações menstruais descritas acima.

Estudo realizado em Campinas entre mulheres laqueadas três ou mais anos antes da entrevista, revelou que 27,3% não fariam a laqueadura se pudessem voltar atrás no tempo. Essa porcentagem aumentou para 50% entre as mulheres laqueadas antes dos 25 anos (PINOTTI, DÍAZ, DÍAZ et al., 1986). Estas proporções de arrependimento são muito maiores que as observadas nos países mais avançados, apesar dos estudos apresentarem muitas limitações metodológicas (GOMEL, 1977; VEMER, PSYCH, SCHOOT et al., 1986). Estudo de GRUBB, PETERSON, LAYDE et al. (1985) encontrou que essa proporção flutuava entre 2,0% no primeiro ano e 2,7% no segundo ano após a esterilização, numa amostra de 4.441 mulheres estudadas. Em relação ao tempo de esterilização, o fator de risco mais significativamente associado com o arrependimento foi a realização da cesárea, quando a taxa foi de 6% após dois anos do procedimento. Entretanto, a esterilização realizada após parto normal foi associado com 1,5% e 1,7% de risco de arrependimento no primeiro e segundo anos, respectivamente (GRUBB et al., 1985).

No Brasil, o aumento do número e proporção de mulheres laqueadas vem sendo acompanhado por uma redução paralela na idade em que a laqueadura é realizada, aumentando a proporção de mulheres submetidas a esterilização cirúrgica antes dos 25 anos de idade. Um estudo realizado por HARDY & COUTINHO (1988)² encontrou 11% na área metropolitana e 17% na amostra do interior do estado de mulheres

² HARDY, E. & COUTINHO, M. das G. - Avaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo. Campinas, CEMICAMP, 1988, mimeo.

nessa faixa etária (OSIS, HARDY, SIMÕES et al., 1993). Essa mesma pesquisa mostrou que 72% das laqueaduras foram realizadas durante uma cesariana. Ao mesmo tempo, vem aumentando a proporção de cesáreas somente com o propósito de realizar a laqueadura. Também BARROS, VAUGHAN, VICTORA et al., (1991) encontraram que a laqueadura tubária é a principal causa de parto abdominal.

Como resultado deste aumento indiscriminado de laqueaduras em mulheres jovens e durante uma cesárea, observa-se também um grande aumento na solicitação de reversão da laqueadura. Um estudo retrospectivo realizado no Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), comparou o diagnóstico do fator tubário de todas as mulheres que consultaram por infertilidade conjugal no serviço durante dois períodos de 30 meses, o primeiro em torno de 1980 e o segundo, em torno de 1990. O resultado mostrou que aumentou cerca de cinco vezes o número de mulheres que consultaram no Ambulatório de Reprodução Humana à procura de reversão da laqueadura, passando de 2,4% a 12,4% num período de 10 anos (BAHAMONDES, PETTA, FAÚNDES et al., 1992).

Uma experiência multidisciplinar na seleção de pacientes para esterilização tubária concluiu que o uso de parâmetros bem definidos de idade, paridade, tempo de união conjugal, número de filhos vivos e presença de patologias maternas é útil na identificação de mulheres com baixo risco e menor probabilidade de arrependimento após a cirurgia (BARINI, PINTO NETO, COSTA et al.,

1995). Somente o casal deve tomar a decisão final contra ou a favor da esterilização. O papel do médico e de todos os outros profissionais envolvidos é apenas o de fornecer orientação (SCHNEIDER, 1973; BARINI et al., 1995).

O problema da laqueadura no Brasil refere-se mais à falta de opções e alternativas, realização da cirurgia sem plena compreensão de seu significado pela mulher, e em idades muito baixas e à prática de cesárea apenas para realizar laqueadura. É também importante que o governo defina a legalidade da laqueadura, em vez de manter uma ambiguidade em que diz que não paga, mas na realidade financiando centenas de milhares de cesarianas ou outras cirurgias que encobrem o procedimento de esterilização realizada. Se a laqueadura fosse reconhecida legalmente, isso permitiria estabelecer-se normas, melhorar a ação educativa com as solicitantes e limitaria o pagamento de acordo com o procedimento, com menor custo para os casais e para o sistema de saúde (JANOWITZ, HIGGINS, RODRIGUES et al., 1985; BAHAMONDES et al., 1992). Entretanto, as tentativas de normatização da ligadura nos serviços públicos frequentemente tem sido frustradas por entraves políticos e burocráticos. Exemplo dessa situação foi o recente veto do Presidente Fernando Henrique Cardoso à lei de esterilização, que já tinha sido aprovada no Congresso (depois de quatro anos de tramitação), e que autorizava a rede pública de saúde a realizar, de graça, cirúrgias de esterilização - laqueadura e vasectomia. Logo em seguida ao veto o Presidente veio a público dizer que havia

se enganado, por ter se baseado em parecer jurídico equivocado do Ministério da Saúde. Os partidos de oposição ao governo, porém acreditam que o veto foi, na verdade, fruto de pressões contrárias à lei, especialmente da Igreja Católica. Qualquer que seja a explicação, o fato é que a normatização da ligadura ainda não se concretizou, e deverá demorar, uma vez que a legislação prevê que será necessário apresentar novo projeto de lei para tramitar longamente nas casas legislativas (O AVESSEO ..., 1996; RUTH ..., 1996).

A implantação do PAISM, por seus objetivos programáticos, deveria alterar esse panorama da anticoncepção em São Paulo, especialmente pela primazia desse estado quanto às condições de efetivação do programa. Pensando nessa hipótese é que se propõe a presente análise secundária de dados, focalizando especificamente a prevalência da laqueadura e suas características, utilizando dados de duas pesquisas que avaliaram o PAISM no Estado de São Paulo, em 1988 e 1991.

A alta e crescente prevalência de laqueadura tubária é um fenômeno consistentemente observado nas décadas de 80 e 90, e tem suscitado muita discussão acerca de seu significado, em termos de política de planejamento familiar e oferecimento de serviços de saúde reprodutiva. Investigar como tem se caracterizado essa prevalência de laqueadura será útil na identificação de grupos específicos a serem alcançados com ações mais efetivas de

planejamento familiar, em termos de ampliar a gama de MACs disponíveis, bem como o acesso a eles. Ao mesmo tempo, acompanhar as possíveis mudanças ocorridas entre 1988 e 1991 quanto à prevalência de laqueadura e algumas características sócio-demográficas poderá contribuir para um melhor dimensionamento do alcance do PAISM na área de anticoncepção.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Estudar a prevalência de laqueadura tubária, sua associação com algumas características sócio-demográficas das mulheres e dos seus companheiros, comparativamente entre 1988 e 1991, em duas amostras de mulheres do Estado de São Paulo.

2.2. ESPECÍFICOS

- . Avaliar comparativamente a prevalência de laqueadura tubária entre 1988 e 1991 nas amostras estudadas.
- . Comparar algumas características sócio-demográficas das mulheres laqueadas com aquelas que usavam métodos reversíveis ou não usavam nenhum método, nos dois períodos.
- . Comparar a prevalência de alguns problemas ginecológicos durante o último ano entre mulheres laqueadas e entre aquelas usando anticoncepcionais reversíveis ou nenhum método, nos dois períodos.

3. HIPÓTESES

- . A prevalência de mulheres laqueadas em 1991 é significativamente superior à de 1988.
- . Existe diferença significativa das características sócio-demográficas entre as mulheres laqueadas e aquelas que usavam métodos reversíveis ou não usavam nenhum método anticoncepcional, e entre os dois períodos.
- . A prevalência de problemas ginecológicos durante o último ano entre as mulheres laqueadas é significativamente menor que entre as que usam anticoncepcionais reversíveis ou nenhum método.

4. SUJEITOS E MÉTODOS

4.1. Desenho do estudo

Realizou-se um estudo descritivo, de corte transversal, séries temporais para uma mesma população em dois períodos diferentes. O estudo consistiu em uma análise secundária dos dados obtidos pelo Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP) através de duas pesquisas, desenvolvidas em 1988 e 1991¹. Estas pesquisas tiveram como objetivo avaliar o PAISM na área metropolitana da cidade de São Paulo e no interior do Estado de São Paulo (PAISM I e PAISM II respectivamente). Estas pesquisas também foram descritivas, de corte transversal, com base populacional. As informações sobre a metodologia utilizada nessas pesquisas encontram-se no Anexo 1 e os questionários aplicados aos sujeitos no Anexo 2.

4.2. Tamanho amostral

Foi utilizada uma estimativa da proporção de esterilização para 1991 em mulheres de baixa renda, com idade entre 15 e 49 anos, na região metropolitana de São Paulo, igual a 22% (VIEIRA, 1994). Estabeleceu-se uma diferença absoluta entre a proporção de esterilização em 1988 e 1991 de 6%, um Erro Tipo I de 5% e Erro

¹HARDY, OSIS, ALVES - Reavaliação do Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo. Campinas, 1991 /Revisado em 1995.

Tipo II de 20%, resultando em um tamanho amostral de 819 mulheres por grupo a ser estudado (POCOCK, 1987).

Pela disponibilidade de dados, serão analisadas as respostas obtidas de 992 mulheres entrevistadas em 1988 e de 1294 mulheres entrevistadas em 1991 no Sistema Único de Saúde (SUDS) de Penha de França (área metropolitana da cidade de São Paulo) e no de Campinas.

4.3. Seleção de sujeitos

Critérios de inclusão:

Foram selecionadas todas as mulheres entrevistadas nas pesquisas do PAISM I e PAISM II que tinham sido laqueadas, que usavam métodos reversíveis ou não usavam nenhum método anticoncepcional.

Critérios de exclusão:

Foram excluídas as mulheres que nas duas pesquisas estavam classificadas como usando métodos definitivos, mas que não eram laqueadas : 35 casos do PAISM I e 11 casos do PAISM II, em que o marido/parceiro tinha sido vasectomizado; seis e cinco casos respectivamente em que a mulher declarou ter feito "curativo".

4.4. Definição de variáveis

A seguir são definidas as variáveis estudadas e são indicadas as categorias quando corresponde.

a) Características sócio-demográficas

- . Idade na entrevista: anos completos até o momento da entrevista.
- . Idade na laqueadura: anos completos no momento da cirurgia.
- . Nível de escolaridade da mulher: última série completada na escola segundo referido pela mulher: sem escolaridade/mobral, primário (1ª a 4ª), 1º grau (5ª a 8ª), 2º grau (1ª a 3ª série), superior.
- . Nível de escolaridade do marido: última série completada na escola segundo referido pela mulher: sem escolaridade/mobral, primário (1ª a 4ª), 1º grau (5ª a 8ª), 2º grau (1ª a 3ª série), superior.
- . Estado marital da mulher: segundo referido pela mulher: casada, solteira, amasiada, viúva ou separada.
- . Número de gestações: número de gravidezes que a mulher refere ter tido.
- . Trabalho da mulher: a mulher refere se estar ou não desenvolvendo atividade remunerada: sim, não.
- . Local de trabalho: local onde a mulher refere desenvolver atividade remunerada: dentro ou fora de casa.

- . Tipo de moradia: classificada pela entrevistadora: favela/barraco/cortiço; habitação média (de alvenaria); habitação boa (fino acabamento).
- b) Características de anticoncepção
- . Método anticoncepcional em uso por ocasião da entrevista: contraceptivo que a mulher refere estar usando antes de se esterilizar: laqueadura, reversíveis ou nenhum.
 - . Indicador de arrependimento pós-laqueadura: resposta das mulheres laqueadas, se voltariam a fazer cirurgia: sim, não.
 - . Conversou com o médico sobre a laqueadura durante o pré-natal: a mulher refere ter conversado com o médico: sim ou não.
- c) Características de saúde
- . Problemas de saúde que as mulheres apresentaram: problemas que as entrevistadas referem ter tido no último ano: corrimento, irregularidade menstrual, dor na relação sexual, dor na menstruação.

4.5. Processamento e análise de dados

Não foi necessário o processamento de dados, visto que se trata de uma análise secundária de dados que já tinham sido limpos e cuja consistência tinha sido realizada. Preparou-se um banco de dados com as variáveis relacionadas para este estudo. Para formar

o banco de dados e para as análises usou-se o SPSS-PC+4.01 (Statistical Package for Social Sciences). Prepararam-se tabelas, conforme os objetivos propostos, estudando-se as diferenças entre 1988 e 1991 com os testes de Qui-Quadrado, Qui-Quadrado para tendência para variáveis categóricas ordenadas, Teste de Fisher e de Mantel-Haenszel (ARMITAGE & BERRY, 1987). Posteriormente foi realizada uma regressão logística (HOSMER & LEMESHOW, 1989) para a análise multivariada, com as seguintes variáveis:

Variável dependente:

- . Laqueadura (sim=1 / não=0)

Variáveis preditoras:

- . Escolaridade da mulher (até 4ª série = 0 / 5ª série ou mais = 1)
- . Estado marital (solteira, amasiada = 1 / casada, separada, viúva = 0)
- . Trabalho remunerado (sim = 1 / não = 0)
- . Tipo de moradia (favela/barraco/cortiço = 1 / outro = 0)
- . Escolaridade do marido (até 4ª série = 0 / 5ª série ou mais = 1)
- . Idade (anos)
- . Número de gestações (até 1 = 0 / 2 ou mais = 1)
- . Número de MAC's conhecidos (até 1 = 0 / 2 ou mais = 1)
- . Escolaridade do marido (até 4ª série = 0 / 5ª série ou mais = 1)²

² Variável nos modelos 1B e 2B (mulheres não solteiras).

4.6. Considerações éticas

Nenhuma das etapas deste estudo envolveu risco para a população pesquisada. Todas as informações utilizadas não permitem a identificação, de suas fontes, garantindo confidencialidade.

5. RESULTADOS

1. Prevalência de laqueadura tubária em 1988 e 1991

Observou-se um ligeiro aumento na prevalência de mulheres laqueadas, em 1988 e 1991, tanto ao se considerar todas as mulheres de 15 a 49 anos entrevistadas, quanto ao se incluir apenas aquelas casadas ou amasiadas. Estas diferenças não foram estatisticamente significativas (Tabela 1).

TABELA 1

PREVALÊNCIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA ENTRE TODAS AS MULHERES EM IDADE FÉRTIL E ENTRE AS UNIDAS. 1988 e 1991¹

População	Ano				p
	1988		1991		
	(n)	%	(n)	%	
Todas as mulheres	(1008)	21,2	(1335)	22,9	0,767
Mulheres em união	(794)	30,8	(1029)	32,5	0,355

¹ Só nesta tabela de prevalência, foram consideradas todas as mulheres entrevistadas, incluindo aquelas que tinham feito curativo ou cujos maridos eram vasectomizados.

2. Fatores associados à prevalência de laqueadura em 1988

2.1. Idade da mulher

Enquanto a prevalência de laqueadura foi próxima de 2% na faixa etária de 15 a 24 anos, 25% estavam laqueadas na faixa de 25 a 34 anos e um pouco mais de dois quintos entre aquelas com 35 ou mais anos de idade.

Quase 70% das mulheres entre 15 e 24 anos não utilizavam nenhum método anticoncepcional no momento da entrevista, enquanto que essa porcentagem diminuiu a 33-34% nas faixas etárias seguintes. O uso de métodos reversíveis aproximou-se a 30% nas mulheres de menos de 25 anos, aumentou mais de 40% entre aquelas com 25 a 34 anos, e diminuiu novamente a 23% entre mulheres com mais de 34 anos.

A diferença na distribuição porcentual do uso de métodos anticoncepcionais nas três faixas etárias analisadas foi estatisticamente significativa, com tendência, também significativa, de aumento da prevalência de laqueadura com a maior idade da mulher (Tabela 2).

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E IDADE (1988)

Métodos	Idade		
	15 - 24	25 - 34	35 ou mais
Nenhum	68,6	33,3	34,9
Laqueadura *	1,9	25,1	42,1
Reversíveis	29,5	41,6	23,0
(n)	(373)	(315)	(304)

Total: $p = 0,0001$; tendência: $p = 0,00001$

2.2. Número de gestações

Não houve ligaduras tubárias entre as mulheres sem gestações. A prevalência de laqueadas aumentou significativamente com o maior número de gestações até três ou quatro, diminuindo ligeiramente entre as mulheres com cinco ou mais gravidezes. A proporção de mulheres que não usavam métodos foi máxima no grupo sem gestações e diminuiu para 25% entre as com três ou quatro gravidezes, voltando a aumentar, a 35%, entre as com quatro ou cinco gestações anteriores. A análise de tendência revelou alta significância estatística (Tabela 3).

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E NÚMERO DE GESTAÇÕES (1988)

Métodos	Gestações			
	0	1 - 2	3 - 4	5 ou mais
Nenhum	87,5	31,0	25,2	35,2
Laqueadura	0,0	13,5	46,3	40,7
Reversíveis	12,5	55,4	28,5	24,1
(n)	(297)	(303)	(246)	(145)

Total: $p = 0,00000$; tendência: $p = 0,00009$

2.3. Escolaridade da mulher

Entre as mulheres sem escolaridade, houve maior porcentagem de laqueadas do que entre as mulheres usando métodos reversíveis, enquanto em todos os outros grupos de escolaridade houve maior prevalência de uso de métodos reversíveis do que de laqueadura.

Observou-se uma tendência estatisticamente significativa na diminuição da prevalência de laqueadura conforme o maior grau de escolaridade. Em todas as categorias de escolaridade o não uso de métodos anticoncepcionais foi mais prevalente que o de laqueadura e de métodos reversíveis. As diferenças foram estatisticamente significativas (Tabela 4).

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E ESCOLARIDADE (1988)

Métodos	Escolaridade			
	Sem	1-4 série	5-8 série	9 ou mais
Nenhum	49,5	38,5	52,2	55,1
Laqueadura *	30,3	28,4	14,8	14,0
Reversíveis	20,2	33,2	33,0	30,9
(n)	(99)	(395)	(318)	(178)

Total: $p = 0.0001$; tendência: $p = 0,00001$

2.4. Estado marital

A prevalência de laqueadura foi mais de duas vezes superior entre as mulheres casadas (35%), que entre as amasiadas ou entre viúvas/separadas.

A maior prevalência de uso de qualquer método anticoncepcional foi observado entre as mulheres casadas (76%), seguidas pelas amasiadas (60%) e pelas separadas/viúvas (26%). A menor prevalência de uso de qualquer método deu-se entre as solteiras (13%) (Tabela 5).

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E ESTADO MARITAL (1988)

Métodos	Estado marital			
	Solteira	Casada	Amasiada	Separada/Viúva
Nenhum	87,1	24,0	36,9	73,8
Laqueadura *	1,0	35,0	13,6	16,4
Reversíveis	11,9	41,0	49,5	9,8
(n)	(294)	(534)	(103)	(61)

Total: $p = 0,0001$; laqueadas versus não laqueadas: $p = 0,00001$

2.5 Trabalho da mulher

Não houve diferenças na prevalência de laqueaduras entre as mulheres que desenvolviam ou não um trabalho remunerado, nem segundo o tipo de trabalho, quando as mulheres ligadas foram comparadas com todas as outras.

A menor prevalência de uso de métodos reversíveis (25,2%) e a maior prevalência de não uso de métodos (54,7%) observaram-se entre as mulheres com trabalho remunerado fora de casa (Tabela 6).

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E O TIPO DE TRABALHO DA MULHER (1988)

Métodos	Tipo de trabalho		
	Não remunerado	Trabalho em casa	Trabalho fora de casa
Nenhum	43,5	41,1	54,7
Laqueadura	22,2	23,2	20,1
Reversíveis	34,3	35,7	25,2
(n)	(607)	(56)	(329)

Total: $p = 0,0133$; laqueadas versus não laqueadas $p = 0,707$

2.6. Tipo de moradia

Não se observou diferença na prevalência de uso de qualquer método anticoncepcional segundo tipo de moradia, mas houve um aumento na prevalência da laqueadura tubária quanto melhor o tipo de habitação, sem que entretanto, essa tendência tivesse significação estatística (Tabela 7).

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E O TIPO DE MORADIA (1988)

Métodos	Tipo de moradia		
	Favela ou cortiço	Habitação média	Habitação boa
Nenhum	48,6	46,6	47,5
Laqueadura	19,7	21,3	32,2
Reversíveis	31,7	32,2	20,3
(n)	(218)	(751)	(59)

Total: $p = 0,194$; laqueadas versus não laqueadas: $p = 0,114$

2.7. Escolaridade do marido/companheiro

A prevalência de laqueadura foi muito semelhante nos diferentes grupos de escolaridade dos maridos/companheiros das mulheres estudadas, exceto por uma menor prevalência no grupo com 5ª a 8ª série (22,7%). O uso de métodos reversíveis foi menor (28,3%) entre as mulheres cujos maridos/companheiros não estudaram ou tinham apenas o primário.

Dois quintos das esposas de homens sem escolaridade não usavam nenhum método anticoncepcional. A porcentagem do não uso de métodos, foi menor nos grupos com maior educação do marido/companheiro, chegando a menos de 20% no grupo com maior escolaridade.

Houve diferenças significativas entre os grupos quanto à distribuição de uso de diferentes métodos anticoncepcionais e quanto a prevalência da laqueadura (Tabela 8).

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E ESCOLARIDADE DO MARIDO (1988)

Métodos	Escolaridade do marido/companheiro			
	Sem	1-4 série	5-8 série	9 ou mais
Nenhum	40,0	28,2	32,0	18,5
Laqueadura	31,7	35,0	22,7	35,2
Reversíveis	28,3	36,8	45,3	46,3
(n)	(60)	(294)	(181)	(108)

Total: $p = 0,0001$; laqueadas versus não laqueadas $p = 0,0029$

2.8. Análise multivariada

Analisando a associação do conjunto das variáveis anteriores (excluindo idade) e ligadura tubária, através de regressão logística, encontrou-se que ser ou ter sido alguma vez casada foi o único fator associado quando foram incluídas todas as mulheres. Isto significou que a variável escolaridade do marido/companheiro foi excluída da análise pelo fato de ter sido incluídas as mulheres solteiras neste modelo (Tabela 9-A).

Num segundo modelo, que exclui as solteiras e que inclui, portanto, a escolaridade do marido/companheiro, encontrou-se que ser ou ter sido alguma vez casada associou-se positivamente com a laqueadura, e a escolaridade da mulher associou-se negativamente (Tabela 9-B).

Um terceiro modelo incluiu-se também na análise as variáveis idade, número de gestações e número de métodos anticoncepcionais conhecidos. Neste modelo, apenas o número de gestações mostrou-se associado a laqueadura (Tabela 9-C).

Excluindo as mulheres solteiras do modelo anterior encontrou-se que a maior escolaridade do marido/companheiro esteve negativamente associado à prevalência da laqueadura e estar ou ter sido casada esteve positivamente associado (Tabela 9-D).

TABELA 9-A

FATORES ASSOCIADOS À LAQUEADURA. MODELO GERAL. (1988)

Variável	Coef.	E.P. coef.	p
Estado marital	2,4037	0,2628	0,0001
Constante	-0,7032	0,0871	0,0001

TABELA 9-B

FATORES ASSOCIADOS À LAQUEADURA
 MODELO PARA MULHERES NÃO SOLTEIRAS. (1988)

Variável	Coef.	E.P. coef.	p
Estado marital	1,2817	0,3234	0,0002
Escolaridade da mulher	-0,4086	0,1789	0,0224
Constante	-0,4859	0,1134	0,0001

TABELA 9-C

FATORES ASSOCIADOS À LAQUEADURA. MODELO GERAL. (1988)

Variável	Coef.	E.P. coef.	p
Número de gestações	5,5474	1,0035	0,0001
Constante	-6,0469	0,9998	0,0001

TABELA 9-D

FATORES ASSOCIADOS À LAQUEADURA
 MODELO PARA MULHERES NÃO SOLTEIRAS. (1988)

Variável	Coef.	E.P. coef.	p
Escolaridade do esposo/companheiro	-0,8455	0,1345	0,0001
Estado marital	1,6338	0,3235	0,0001

3. Fatores associados à prevalência de laqueadura em 1991

3.1. Idade da mulher

Houve uma tendência altamente significativa a maior prevalência de laqueadura quanto maior a idade da mulher. Enquanto a prevalência de laqueadura foi um pouco mais de 2% na faixa etária de 15 a 24 anos, um pouco menos de um quarto das mulheres estavam laqueadas na faixa de 25 a 34 anos e mais de 50% estavam laqueadas com 35 anos ou mais.

Mais de um terço das mulheres estava usando algum método anticoncepcional no grupo de 15 a 24 anos. A prevalência de uso de qualquer método aumentou ao dobro na faixa de 25 a 34 anos (71%) e atingiu 73% no grupo de 35 ou mais.

A diferença na distribuição porcentual do uso de métodos anticoncepcionais nas três faixas etárias analisadas foi estatisticamente significativa (Tabela 10).

TABELA 10
DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS
ANTICONCEPCIONAIS USADOS E IDADE (1991)

Métodos	Idade		
	15 - 24	25 - 34	35 ou mais
Nenhum	64,9	28,9	26,8
Laqueadura	2,5	22,3	51,2
Reversíveis	32,6	48,8	22,0
(n)	(487)	(412)	(395)

Total: $p = 0,00001$; tendência: $p < 0,00001$

3.2. Número de gestações

Não houve mulheres ligadas entre aquelas sem gestações. A proporção foi máxima, próxima 50%, foi encontrada entre as mulheres com três ou quatro gestações, diminuindo ligeiramente entre as com cinco ou mais gravidezes. A porcentagem de mulheres que não usava nenhum método foi maior (81,4%) no grupo sem gestações e houve poucas diferenças entre os outros grupos. A tendência a aumento de prevalência de laqueadura com maior número de gestações foi estatisticamente significativa (Tabela 11).

TABELA 11

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E NÚMERO DE GESTAÇÕES (1991)

Métodos	Gestações			
	0	1 - 2	3 - 4	5 ou mais
Nenhum	81,4	24,1	24,3	26,2
Laqueadura *	0,0	18,8	47,5	45,6
Reversíveis	18,6	57,1	28,2	28,2
(n)	(393)	(415)	(337)	(149)

Total: $p = 0,00000$; tendência: $p = 0,00009$

3.3. Escolaridade da mulher

Entre as mulheres sem escolaridade houve maior porcentagem de laqueadas, enquanto que nas outras categorias prevaleceram as mulheres que não usavam métodos anticoncepcionais, seguidas das que usavam métodos reversíveis.

Em relação a escolaridade, houve uma tendência significativa para a diminuição na prevalência de laqueadura conforme o maior grau de escolaridade.

As diferenças na distribuição percentual do uso de métodos anticoncepcionais em relação ao grau de escolaridade foram estatisticamente significativas (Tabela 12).

TABELA 12

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E ESCOLARIDADE (1991)

Métodos	Escolaridade			
	Sem	1-4 série	5-8 série	9 ou mais
Nenhum	35,8	33,5	45,5	51,3
Laqueadura	42,0	30,0	19,0	15,7
Reversíveis	22,2	36,6	35,5	33,0
(n)	(81)	(454)	(484)	(273)

Total: $p = 0.00001$; tendência: $p < 0,00001$

3.4. Estado marital

Em relação ao estado marital, houve maior prevalência de laqueadura entre as mulheres casadas (37%), seguida das mulheres separadas ou viúvas (29,3%) e as amasiadas (23,1%). A menor prevalência de mulheres laqueadas foi entre as solteiras, abaixo de 1%. As diferenças em prevalência de laqueadura por estado marital foram estatisticamente significativas. Houve maior prevalência de métodos reversíveis em relação à laqueadura em quase todas as categorias de estado marital, exceto entre as separadas ou viúvas.

As diferenças na distribuição porcentual do uso de métodos anticoncepcionais entre as mulheres solteiras, casadas, amasiadas, separadas ou viúvas foram estatisticamente significativas (Tabela 13).

TABELA 13

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E ESTADO MARITAL (1991)

Métodos	Estado marital			
	Solteira	Casada	Amasiada	Separada/Viúva
Nenhum	80,3	20,0	31,4	47,5
Laqueadura	0,8	37,0	23,1	29,3
Reversíveis	18,9	43,0	45,5	23,2
(n)	(391)	(635)	(169)	(99)

Total: $p = 0,0001$; laqueadas versus não laqueadas: $p < 0,00001$

3.5. Trabalho da mulher

As mulheres com trabalho remunerado em casa apresentaram a maior prevalência significativa de uso de métodos, principalmente reversíveis. A menor (20,8%) prevalência de laqueadura observou-se entre as mulheres com trabalho remunerado fora de casa mas as diferenças em prevalência de laqueadura não foram estatisticamente significativas (Tabela 12).

TABELA 14

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E O TIPO DE TRABALHO DA MULHER (1991)

Métodos	Tipo de trabalho		
	Não remunerado	Trabalho em casa	Trabalho fora de casa
Nenhum	42,2	25,3	44,6
Laqueadura	24,6	29,7	20,8
Reversíveis	33,2	45,1	34,6
(n)	(761)	(91)	(442)

Total: $p = 0,0102$; laqueadas versus não laqueadas: $p = 0,125$

3.6. Tipo de moradia

O uso total de contracepção foi semelhante nas mulheres morando nos diferentes tipos de moradia. Entretanto, a prevalência de laqueadura tubária foi significativamente maior (28,7%) entre as mulheres que moravam em habitação catalogadas como boas (Tabela 15).

TABELA 15

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E O TIPO DE MORADIA (1991)

Métodos	Tipo de moradia		
	Favela ou cortiço	Habitação média	Habitação boa
Nenhum	43,3	41,1	42,1
Laqueadura	22,4	20,2	28,7
Reversíveis	34,3	38,6	29,2
(n)	(201)	(598)	(487)

Total: $p = 0,0037$; laqueadas versus não laqueadas:
 $p = 0,0106$

3.7. Escolaridade do marido/companheiro

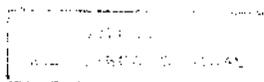
As mulheres cujos maridos/companheiros tinham 5ª série ou mais de escolaridade apresentaram uma menor prevalência de uso de laqueadura e maior de métodos reversíveis que as mulheres com maridos/companheiros de menor escolaridade. Houve uma tendência significativa para diminuição da laqueadura com o aumento da escolaridade (Tabela 16).

TABELA 16

DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS USADOS E ESCOLARIDADE DO MARIDO (1991)

Métodos	Escolaridade do marido/companheiro			
	Sem	1-4 série	5-8 série	9 ou mais
Nenhum	34,8	25,0	22,3	22,6
Laqueadura	39,1	38,8	30,6	31,0
Reversíveis	26,1	36,2	47,2	46,4
(n)	(46)	(340)	(301)	(168)

Total: $p = 0,0184$; tendência: $p = 0,0317$



3.8. Análise multivariada

No primeiro modelo da análise por regressão logística, ter sido ou estar atualmente casada foi a única variável positivamente associada à laqueadura (Tabela 17-A).

No modelo que exclui as solteiras, manteve-se a mesma associação que no modelo anterior, agregando-se que a prevalência de laqueadura foi menor quanto maior a escolaridade do marido/companheiro (Tabela 17-B).

No terceiro modelo, que inclui idade e número de gestações e de métodos anticoncepcionais conhecidos, apenas o número de gestações mostrou-se associado à prevalência de laqueadura (Tabela 17-C).

No quarto modelo, que exclui as mulheres solteiras, a única variável associada a laqueadura foi a idade da mulher (Tabela 17-D).

TABELA 17-A

FATORES ASSOCIADOS À LAQUEADURA. MODELO GERAL. (1991)

Variável	Coef.	E.p. coef.	p
Estado marital	+1,9444	0,1780	0.0001
Constante	-0,5639	0,0771	0,0001

TABELA 17-B

FATORES ASSOCIADOS À LAQUEADURA
MODELO PARA MULHERES NÃO SOLTEIRAS. (1991)

Variável	Coef.	E.p. coef.	p
Estado marital	0,6283	0,2032	0,0020
Escolaridade marido/companheiro	-0,3751	0,1459	0,0102
Constante	-0,3287	0,1107	0,0030

TABELA 17-C

FATORES ASSOCIADOS À LAQUEADURA. MODELO GERAL. (1991)

Variável	Coef.	E.p. coef.	p
Número de gestações	4,6274	0,5070	0.0001
Constante	-4,9558	0,5013	0,0001

TABELA 17-D

FATORES ASSOCIADOS À LAQUEADURA
MODELO PARA MULHERES NÃO SOLTEIRAS. (1991)

Variável	Coef.	E.p. coef.	p
Idade	0,1074	0,0101	0.0001
Constante	-4,2476	0,3568	0,0001

4. Comparação das características sócio-demográficas das mulheres laqueadas entre 1988 e 1991

4.1. Idade

Houve um aumento de nove pontos percentuais na prevalência de laqueadura na faixa de 35 anos ou mais ao comparar os dois anos. As variações nos outros grupos etários e no conjunto, não atingiram significação estatística (Tabela 18).

TABELA 18

PORCENTAGEM DE MULHERES LAQUEADAS NOS ANOS DE 1988 E 1991
SEGUNDO IDADE

Anos	Idade		
	15 - 24	25 - 34	35 ou mais
1988	1,9	25,1	42,1
(n)	(373)	(315)	(304)
1991	2,5	22,3	51,2
(n)	(487)	(412)	(395)
p	0,729	0,437	0,022

Total: p = 0,203

4.2. Número de gestações

Não houve diferenças significativas na porcentagem de mulheres que estavam laqueadas em 1988 ou 1991 quando comparando mulheres com diferente número de gestações. Entretanto, houve um aumento de 5,3 pontos percentuais no grupo 1-2 gestações com $p < 0,10 > 0,05$ (Tabela 19).

TABELA 19

PORCENTAGEM DE MULHERES LAQUEADAS NOS ANOS DE 1988 E 1991
SEGUNDO NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES

Anos	Gestações			
	0	1 - 2	3 - 4	5 ou mais
1988	0,0	13,5	46,3	40,7
(n)	(297)	(303)	(246)	(145)
1991	0,0	18,8	47,5	45,6
(n)	(393)	(415)	(337)	(149)
p	-	0,061	0,786	0,392

4.3. Escolaridade

Houve um aumento de prevalência da laqueadura em todos os graus de escolaridade. Esse aumento na prevalência atingiu significação estatística apenas no grupo com 5ª a 8ª série. Apesar que a maior diferença, de quase doze pontos percentuais, observou-se no grupo sem escolaridade não chegou a ser significativa. O incremento da porcentagem de mulheres laqueadas não atingiu significação estatística para o grupo total (Tabela 20).

TABELA 20

PORCENTAGEM DE MULHERES LAQUEADAS NOS ANOS DE 1988 E 1991
SEGUNDO ESCOLARIDADE

Ano	Escolaridade			
	Sem	1-4 série	5-8 série	9 ou mais
1988	30,3	28,4	14,8	14,0
(n)	(99)	(395)	(318)	(178)
1991	42,0	30,9	19,0	15,7
(n)	(80)	(454)	(484)	(273)
p	0,141	0,602	0,000	0,719

Total: p = 0,12538

4.3. Estado marital

Com exceção das solteiras, houve um aumento na prevalência das mulheres que estavam laqueadas em 1991, que se observou principalmente entre as mulheres amasiadas e entre as separadas ou viúvas. Nestes dois grupos o p foi $< 0,10 > 0,05$ (Tabela 21).

TABELA 21
PORCENTAGEM DE MULHERES LAQUEADAS NOS ANOS DE 1988 E 1991
SEGUNDO O ESTADO MARITAL

Ano	Estado marital			
	Solteira	Casada	Amasiada	Separada/Viúva
1988	1,0	35,0	13,6	16,4
(n)	(294)	(534)	(103)	(61)
1991	0,8	37,0	23,1	29,3
(n)	(391)	(635)	(169)	(99)
p	*0,516	0,519	0,079	0,097

Total: p = 0,0878 * Teste de Fisher

4.5. Trabalho

Em 1991, houve um aumento de seis pontos percentuais na prevalência de laqueadura entre as mulheres que trabalhavam em casa e de 2,4 pontos entre as sem trabalho remunerado. Estas diferenças não foram significativas (Tabela 22).

TABELA 22

PORCENTAGEM DE MULHERES LAQUEADAS NOS ANOS DE 1988 E 1991
SEGUNDO O TIPO DE TRABALHO DA MULHER

Ano	Tipo de trabalho		
	Não remunerado	Trabalha em casa	Trabalha fora de casa
1988	22,2	23,2	20,1
(n)	(607)	(56)	(329)
1991	24,6	29,7	20,8
(n)	(761)	(91)	(442)
p	0,344	0,507	0,803

Total: p = 0,2661

4.5. Tipo de moradia

Houve um pequeno aumento de prevalência de laqueadura entre 1988 e 1991 entre as mulheres que moravam em barraco/favela/cortiço e também uma pequena redução na porcentagem de laqueadas no grupo com habitação catalogada como boa.

Esta comparação das porcentagens das mulheres laqueadas entre 1988 e 1991, em relação ao tipo de moradia, não teve significância estatística (Tabela 23).

TABELA 23

PORCENTAGEM DE MULHERES LAQUEADAS NOS ANOS DE 1988 E 1991
SEGUNDO O TIPO DE MORADIA

Ano	Tipo de moradia		
	Favela ou cortiço	Habitação média	Habitação boa
1988	19,7	21,3	32,2
(n)	(228)	(715)	(59)
1991	22,4	20,2	28,7
(n)	(201)	(598)	(487)
p	0,579	0,698	0,689

Total: p = 0,841

4.6. Escolaridade dos maridos/companheiros

Houve um aumento na prevalência de mulheres laqueadas em todas as categorias de escolaridade, exceto entre aquelas cujos maridos/companheiros tinham 9 ou mais anos de estudo, onde foi verificado uma diminuição (35,2% para 31,0%) entre 1988 e 1991, apesar de não atingir significação estatística. No grupo de mulheres cujos maridos/companheiros tinham de 5ª a 8ª série a diferença foi significativa (Tabela 24).

TABELA 24

PORCENTAGEM DE MULHERES LAQUEADAS NOS ANOS DE 1988 E 1991
SEGUNDO GRAU DE ESCOLARIDADE DO MARIDO

Ano	Escolaridade dos marido/companheiro			
	Sem	1-4 série	5-8 série	9 ou mais
1988	31,7	35,0	22,7	35,2
(n)	(60)	(294)	(181)	(108)
1991	39,1	38,8	30,6	31,0
(n)	(46)	(340)	(301)	(168)
p	0,553	0,397	0,075	0,548

Total: p = 0,1288

5. Prevalência de alguns problemas de saúde durante o último ano em mulheres laqueadas e não laqueadas

A porcentagem de mulheres com corrimento foi menor entre as laqueadas que entre as não laqueadas, diferença que foi estatisticamente significativa.

Não houve outras diferenças significativas, entretanto a prevalência de irregularidade menstrual foi cinco pontos percentuais menor entre as laqueadas do que entre as não laqueadas. A ocorrência de outros problemas foi muito semelhante nos dois grupos (Tabela 25).

TABELA 25

PORCENTAGEM DE MULHERES LAQUEADAS E NÃO LAQUEADAS QUE APRESENTARAM PROBLEMAS DE SAÚDE NO ÚLTIMO ANO

Problemas de saúde	Laqueadas		p
	Sim	Não	
Corrimento	35,9	47,3	0,0006
Irregularidade menstrual	29,4	34,9	0,086
Dor na relação sexual	25,5	24,0	0,646
Dor na menstruação	37,4	33,9	0,296
Outros problemas	4,2	3,0	0,394
(n)	(306)	(988)	

6. DISCUSSÃO

A prevalência de laqueadura encontrada em 1988, foi maior que a descrita por ARRUDA e cols. (1987) para o Brasil em 1986, 21,2% e 17,2% respectivamente, considerando todas as mulheres em idade fértil. Quanto à prevalência de laqueadura entre mulheres em idade fértil e em união conjugal, a prevalência para Brasil em 1986 era de 26,9%, bem menor ao 30,8% deste estudo. Entretanto, o estudo de Arruda encontrou para o Estado de São Paulo uma prevalência de 31,4% neste grupo de mulheres, o que é muito próximo a nossos resultados.

Há, entretanto, duas diferenças entre o estudo de Arruda e o nosso, além dos dois anos que separam as coletas de dados. O estudo de Arruda tentou colher uma amostra representativa de todo o estado e inclui todos os níveis sociais, enquanto este estudo inclui uma amostra de dois antigos ERSAS, um na Grande São Paulo e outro no interior, inclui apenas mulheres morando em bairros de nível sócio econômico baixo ou médio-baixo. Uma vez que nessa amostra a maior prevalência foi encontrada entre mulher que moravam em melhores habitações, é de esperar que, se os bairros mais abastados estiveram mais representados neste estudo, a prevalência poderia aproximar-se mais à descrita por Arruda e cols., ou ainda ultrapassá-la.

Quanto à prevalência encontrada neste estudo para 1991 (32,5%) supera a encontrada por Arruda e cols. em 1986 para São Paulo, entre mulheres unidas e em idade fértil. Considerando a prevalência entre todas as mulheres de 15 a 49 anos, este estudo encontrou 22,9% em 1991, o que é ligeiramente superior ao encontrado por Berquó e colaboradores em 1992, no Município de São Paulo, tanto entre mulheres brancas (22,0%) como negras (20,1%).

Por outro lado, enquanto Arruda e cols. (1987), encontraram uma prevalência bem maior em São Paulo que no Nordeste, 31,4% e 24,6%, respectivamente, o inquérito demográfico e de saúde do Nordeste de 1991 apontou prevalência de 37,7% entre as mulheres em idade fértil, bastante superior aos 32,5% encontrados em nosso estudo para São Paulo.

Estes resultados sugerem que, enquanto em São Paulo tem havido uma tendência à estabilização na curva de aumento da prevalência de laqueadura tubária, no Nordeste persistiu um aumento alarmante, de 24,6% a 37,7% das mulheres unidas, em apenas 5 anos. Uma diferença de 13,1 pontos percentuais, comparada com o aumento de 1,7 pontos percentuais em três anos, observado neste estudo.

Na prática, a laqueadura tubária é realizada no Brasil com uma frequência surpreendentemente elevada. A baixa oferta de outras alternativas de métodos anticoncepcionais, assim como a divulgação da laqueadura no seio da família, entre as mulheres amigas,

campanhas eleitorais que oferecem esterilização gratuita em troca de votos, clínicas privadas que difundem e oferecem este método, ausência de regulamentação, entre outros fatores, explicariam este fenômeno (VIEIRA, 1994).

A situação acima descrita é confirmada pela maior parte dos resultados de pesquisas sobre prevalência de métodos anticoncepcionais, que mostram que a esterilização tem sido o método mais utilizado em quase todo o país. No momento atual, um casal com vida conjugal estável que já completou a sua família, ou quando tem indicação médica, tem acesso à esterilização, principalmente se tem condições de pagar valores relativamente modestos.

Os resultados deste estudo mostram alguma tendência de que exista maior prevalência de laqueadura tubária em mulheres de menor nível social, assim como a manutenção do progressivo aumento da percentagem de mulheres laqueadas ao longo do tempo.

O banco de dados utilizado tinha como principais indicadores de nível social, a escolaridade da mulher e de seu companheiro, assim como o tipo de moradia. Os resultados mostraram uma menor prevalência de laqueaduras entre as mulheres com maior escolaridade, assim como entre aquelas cujos maridos/companheiros em mais instruídos, associação que se manteve após controlar por outras variáveis na análise multivariada, para 1988. Já para 1991, a maior prevalência de laqueadura entre os casais de menor

escolaridade desapareceu após controlar por variáveis demográficas como número de gestações e idade atual da mulher.

Uma interpretação mais provável desses resultados é que, ao menos parte da maior porcentagem de laqueaduras entre as mulheres com menor escolaridade, pode ser explicada por sua tendência a ter um maior número de gestações e a ter a primeira gestação numa idade mais precoce (DESTEFANO, GREENSPAN, ORY et al., 1982).

A idade atual pode atuar também como fator confundidor, por correlacionar-se tanto com a prevalência de laqueadura como com escolaridade. Como a laqueadura tubária é definitiva, as mulheres laqueadas em idades mais precoces continuarão utilizando esse método em todas as seguintes faixas etárias ao longo de sua vida. Assim, a prevalência de laqueadura em uma determinada faixa etária representa a soma das laqueadas em todas as idades anteriores e que atingiram esse grupo etário, mais as laqueadas nessa faixa específica. Assim sendo, é lógico esperar uma maior prevalência de laqueadura quanto maior a idade da mulher, como foi identificado neste estudo, tanto na análise univariada nos dois períodos estudados, quanto na análise multivariada para o ano de 1991.

Quanto à relação entre a idade e escolaridade, temos que considerar que, ao longo das últimas décadas, a oportunidade de educação tem melhorado vagarosamente. Assim, a menina que tinha 10 anos de idade há 30 anos, tinha menor possibilidade de frequentar

a escola que aquela que tinha 10 anos há 15 anos atrás. Desta forma, a mulher que em 1988 ou 1991 tinha 35 ou mais anos, teve menos oportunidade de educação que aquela com 20 anos, o que levaria a um menor nível de escolaridade quanto maior a idade da mulher. Este mesmo raciocínio aplica-se, naturalmente, ao esposo ou companheiro dessas mulheres.

Assim sendo, a relação inversa entre escolaridade e prevalência de laqueadura poderia estar, ao menos parcialmente, confundida pela relação inversa também existente entre idade e escolaridade. Isto fica mais evidente nos dados de 1991, onde a análise multivariada revela apenas associações entre idade ou número de gestações, com a prevalência de laqueadura. Portanto, se existe uma certa tendência a uma maior proporção de laqueaduras entre as mulheres com menor nível de educação, esta é pouco acentuada, e possivelmente "confundida" pela maior fertilidade e idade deste grupo.

Outros estudos realizados em São Paulo, em 1986 e 1992, encontraram esta correlação inversa entre nível de escolaridade e prevalência de laqueadura (MORREL, 1994; BERQUÓ, 1994). Nenhum desses estudos, entretanto, controlou por possíveis variáveis confundidoras, exceto cor, que não mostrou relação com a prevalência de laqueadura.

A debilidade da correlação menor nível social-maior prevalência de laqueadura, expressa-se também no resultado contraditório que se obteve quando se avaliou o tipo de moradia. Na análise dessa variável, há uma maior percentagem de mulheres laqueadas entre aquelas com habitação boa, que deveriam ter melhor nível sócio-econômico. Uma possível hipótese para explicar esta aparente contradição seria que o tipo de habitação seria um indicador apenas da situação econômico-financeira das mulheres entrevistadas, que não seria necessariamente coincidente com o nível de escolaridade. Isto é, pessoas com maior escolaridade, dentro de limites relativamente baixos, como em nossa amostra, nem sempre teriam melhor situação econômica que pessoas com menor nível de educação formal.

Por outro lado, a maior capacidade financeira poderia proporcionar um acesso mais fácil à laqueadura tubária, que sabemos não era oferecida gratuitamente nos serviços de saúde na época da pesquisa. Isto explicaria que as pessoas morando em melhor tipo de habitação e, portanto com maiores recursos, tivessem maior prevalência de laqueadura, como identificado neste estudo.

Em contraste com o nível econômico, a maior escolaridade daria acesso a maior informação sobre outras alternativas de anticoncepção. Quanto maior as opções conhecidas e melhor a qualidade da informação obtida sobre outros métodos de regulação da fertilidade, mais provável que estes sejam utilizados, em lugar de

laqueadura tubária. Esta última hipótese vê-se apoiada pela observação de que o uso de métodos reversíveis é claramente menor nos grupos com menos escolaridade, tanto da mulher como de seu esposo ou companheiro.

De qualquer forma, os resultados confirmam a tendência histórica, caracterizada por um predomínio da laqueadura tubária nos grupos com maior escolaridade na década de 60 e 70 (RUTEMBERG & FERRAZ, 1988), passando a um maior equilíbrio nos anos seguintes, até inverter-se nos anos mais recentes (RODRIGUES et al., 1981; ARRUDA, THOMÉ, MORRIS, 1982).

Esta mudança ao longo do tempo, na relação entre a escolaridade e prevalência de laqueadura, recebe algum apoio nos dados deste estudo quando se comparam os resultados de 1988 e 1991. Observa-se um certo aumento da prevalência de laqueadura em todos os níveis de escolaridade, mas principalmente entre mulheres sem escolaridade, entre as quais este incremento chegou a 12 pontos percentuais, apesar que a diferença entre os dois períodos não chegou a atingir significação estatística.

Resultado animador encontrado nesse estudo é uma baixa prevalência de mulheres laqueadas na faixa de 15 a 24 anos. É importante lembrar, entretanto, que foram incluídas todas as mulheres nesta faixa etária e não apenas as casadas ou amasiadas. Entende-se que a prevalência de laqueadura entre mulheres jovens,

solteiras e sem filhos, deva ser próxima a zero. Se o grupo das solteiras, que é a maioria nessa faixa etária, for excluído, a prevalência de laqueadura aumenta muito. Ainda mais, se for incluído apenas o grupo de 20-24 anos, em que a prevalência sempre é muito maior que entre as menores de 20 (OSIS et al., 1993).

Foi também alentador verificar que não houve aumento na prevalência de laqueadura no período 1988-1991 nos grupos mais novos de idade. Houve aumento, que chegou a ser significativo, apenas no grupo maior de 34 anos de idade. Ao mesmo tempo, observou-se um aumento no uso de métodos reversíveis em faixas etárias mais jovens, o que sugere que houve maior disponibilidade desses métodos no período. Este achado deve interpretar-se como um indício de melhor implementação das atividades de anticoncepção do PAISM no período entre 1988 e 1991.

A menor prevalência de laqueadura entre as mulheres em união não legalizada (amasiadas), que entre as atualmente ou alguma vez casadas (viúvas/separadas), parece ser bastante consistente, já que se manteve no segundo modelo de regressão logística (que exclui as solteiras), em ambos os anos estudados. Este fato poderia ter diversas explicações, entre as quais, a maior necessidade de "segurar" o companheiro mantendo a capacidade de ter filhos, ou o menor poder do companheiro para impor a laqueadura à sua mulher ou,

ainda, a dificuldade da mulher em obter a laqueadura por não ter marido legalmente reconhecido que possa assinar a autorização para a cirurgia.

A variável trabalho da mulher não apresentou nenhuma associação com a laqueadura, apesar de que as mulheres com trabalho remunerado dentro de casa foram as com maior prevalência de uso de métodos reversíveis, principalmente em 1991. Esses resultados não estão de acordo com as informações de que se exija laqueadura para se contratar mulheres em diversas firmas, com o intuito de evitar a licença maternidade e outros "problemas". De acordo com essa informação, dever-se-ia esperar uma maior prevalência de laqueaduras no grupo de mulheres com trabalho remunerado fora de casa, o que não está de acordo com esses resultados que, ao contrário, mostram menor prevalência de laqueadura justamente nesse grupo de mulheres (VIEIRA, 1994).

Entretanto, esses dados não permitem negar que, de fato, exista essa exigência por parte de algumas firmas. Apenas indica que seu impacto sobre a prevalência de laqueadura nas regiões estudadas é menos importante que o de outros fatores que devem estar atuando sobre as mulheres, sem trabalho remunerado ou que trabalham na sua própria casa. Mais uma vez, esses dois grupos são provavelmente os com maior idade e maior fecundidade, fatores estes fortemente associados à prevalência de laqueadura e que, portanto, podem "confundir" esses resultados.

As informações fornecidas pelas próprias mulheres sobre a ocorrência de doenças ginecológicas ou sexuais durante o ano anterior tendem a apoiar os resultados de trabalhos que negam qualquer associação entre a laqueadura e transtornos menstruais. A menor proporção deste tipo de transtornos entre as mulheres laqueadas pode ser apenas o resultado da inclusão de praticamente todas as adolescentes no grupo de não laqueadas, uma vez que é sabido que as alterações menstruais são mais frequentes quanto mais próxima da menarca encontra-se a mulher.

É verdade que as mulheres laqueadas encontram-se, em sua maioria, próximas à menopausa. Mas apenas um pouco mais da metade dessas estão laqueadas, e seu número é bem inferior ao das adolescentes. De qualquer forma, é difícil chegar a qualquer conclusão sem controlar por idade, assim como pelo uso de pílula e outros métodos hormonais, fatores esses que também poderiam confundir os resultados. A intenção desta análise foi apenas uma tentativa de se testar a hipótese de que existiria uma síndrome pós-laqueadura, com alterações menstruais e dispareunia, entre outros sintomas. No mínimo, os resultados revelam que este não é um fenômeno característico apenas de mulheres laqueadas, e que esses resultados não dão nenhum apoio à existência desta síndrome.

Por outro lado, a frequência de corrimento significativamente menor poderia se explicar apenas pela maior idade das mulheres laqueadas. Sabe-se que o número de parceiros sexuais e, portanto, o risco de infecção, diminui com a idade (SWUEET & GIBBS, 1990).

Em resumo, esse estudo não identificou uma clara tendência a uma maior prevalência de laqueadura entre as mulheres com menor nível sócio-econômico. As que moravam em favela ou cortiço tiveram menor percentagem de laqueadura que as que moravam em habitações classificadas como boas. Apesar de que na análise multivariada a menor escolaridade apareceu associada à maior prevalência de laqueadura, esta associação parece estar influenciada pela maior idade e número de gestações das mulheres esterilizadas.

A hipótese de que o maior nível de escolaridade favorece o uso de métodos reversíveis e reduz a laqueadura, enquanto a maior capacidade econômica contribui para tornar a laqueadura mais acessível, merece um estudo mais apurado, com um protocolo de pesquisa especificamente preparado para responder essas perguntas.

Por enquanto, os resultados reforçam a necessidade de assegurar a informação e acesso aos métodos anticoncepcionais reversíveis para os casais com menor nível de instrução, que continuam em grave desvantagem quanto à disponibilidade de métodos que não sejam a laqueadura tubária.

7. CONCLUSÕES

- . Houve um pequeno aumento, não significativo, menor de 2 pontos percentuais, na prevalência da laqueadura tubária entre 1988 e 1991.
- . A prevalência de laqueadura tubária foi maior nos grupos de mulheres com menor escolaridade, alguma vez casadas, e morando em habitação codificada como boa, além de entre aquelas com maior idade. Só em 1991 houve também maior prevalência de laqueadura entre as mulheres cujos companheiros tinham menor educação.
- . Houve um aumento na prevalência de laqueadura entre mulheres com 35 anos ou mais, com 5ª a 8ª série de escolaridade, tanto delas mesmo como de seus companheiros, e entre as mulheres amasiadas e viúvas/separadas.
- . Houve menor prevalência de corrimento entre as mulheres laqueadas que nas outras mulheres e a prevalência de irregularidade menstrual foi também menor no grupo de laqueadas, apesar de não atingir significação estatística.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

ALVAREZ-SANCHES, F.; SEGAL, S.J.; BRACHE, V.; ADEJUWON, A.C.; LEON, P.; FAÚNDES, A. - Pituitary-ovarian function after tubal ligation. *Fertil. Steril.*, 36(5):606-9, 1981.

ALVAREZ, F.; FAUNDES, A.; BRACHE, V.; TEJADA, A.S.; SEGAL, S. - Prospective study of the pituitary-ovarian function after tubal sterilization by the Pomeroy or Uchida techniques. *Fertil. Steril.*, 51(4):640-48, 1989.

ARMITAGE, P. & BERRY, G. - *Statistical Methods in Medical Research*, Second Edition. Oxford, Blackwell Scientific Publication, 1987.

ARRUDA, J.M.; RUTENBERG, N.; MORRIS, L. - *Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar, Brasil 1986*. Rio de Janeiro, BEMFAM IRD, 1987.

ARRUDA, J.M.; THOMÉ, A.M.; MORRIS, L. - *Pesquisa sobre Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar, Piauí*. Rio de Janeiro, Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), 1982.

ÁVILA, M.B.M. - *Modernidade e cidadania, Direitos Reprodutivos*. Centro Feminina de Estudos e Assessoria, CEFEMEA, 1994.

¹ De acordo com Herani, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. São Paulo, BIREME, 1990.

BAHAMONDES, L., PETTA, C.A., FAÚNDES, A., BEDONE, A. - Significado do recente aumento do número de solicitantes de reversão de laqueadura em um serviço de esterilidade. *Femina* 20(5): 360-62, 1992.

BARINI, R.; PINTO NETO, A.M.; COSTA, L.H.S.; BARROS, A.S.; MARCHI, N.M.; FERREIRA, L.L.; BUENO, E.M.; MURAYAMA, A.; NASCIMENTO, C.S.; HINZ, L.P.S.; ALMEIDA, O.J.B. - Mutidisciplinary experience in the selection of patients for tubal sterilization. *São Paulo Medical Journal/RPM*, 113(1): 715-20, 1995.

BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P.; VICTORA, C.G.; HUTTLY, S.R.A. - Epidemic of cesarean sections in Brazil. *Lancet*, 338:167-69, 1991.

BARROSO, C. - Esterilização Feminina: Liberdade e Opressão. *Rev. Saúde Públ.* 18:170-80, 1984.

BEHRMAN, S.J.; CORSA, L.; FREEDMAN, R. - *Fertility and Family Planning*. Ann Arbor, University of Michigan Press, 1969.

BERGER, G.S.; RADWANSKA, E.; HAMMOND, J.E. - Possible ovulatory deficiency after tubal ligation. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 132(6):699-700, 1978.

BERQUÓ, E.S. - Esterilização e raça em São Paulo. São Paulo, CEBRAP, 1994.

BHIWANDIWALA, P.P.; MUNFORD, S.D., FELDBLUM, P.J. - Menstrual pattern changes following laparoscopic sterilization with different occlusion techniques: A review of 10,004 cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 145:684-94, 1983.

BRASIL. Constituição da República Federativa, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde - Brasil. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

CAMARANO, A.A.; BELTRÃO, K.; NEUPERT, R., op. cit - Estatísticas históricas do Brasil, Séries Estatística Retrospectivas, volume 3, Séries Econômicas, Demográficas e Sociais 1950 à 1985, IBGE, 1987.

CAMARGO, C.P.F.; BERQUÓ, E.S.; OLIVEIRA, M.C.A.F. - A Fecundidade em São Paulo. Características demográficas, biológicas e sócio-econômicas. CEBRAP - Editora Brasileira de Ciências, SÃO PAULO. 1977.

CELESTINO, C. A. - Estudo comparativo da morfologia endometrial e do perfil hormonal em pacientes com ligadura tubária. São Paulo, 1988. (Tese - Doutorado - Universidade São Paulo).

CEBRAP/NEPO: Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo (análise preliminar). TEXTOS NEPO 6. Campinas, UNICAMP, 1986.

COOPER, P.J. - Risk of hysterectomy after sterilization. *Lancet*, 1:59, 1983.

CORSON, S.L.; LEVINSON, C.J.; BATZER, F.R.; OTIS, C. - Hormonal levels, following sterilization and hysterectomy. *J. Reprod. Med.*, 26:363-70, 1981.

COSTA, A.M. - O PAISM: Uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo, Comissão de Cidadania e Reprodução, dezembro, 1992.

DESTEFANO, F.; GREENSPAN, J.R.; ORY, H.W.; PETERSON, H.B.; MAZE, J.M.; SMITH, J.C.; - Demographic Trends in Tubal Sterilization: United States, 1970-1978. *AJPH*, 72(5):480-83, 1982.

DESTEFANO, F.; PERLAMAN, J.A.; PETERSON, H.B.; DIAMOND, E.L. - Long-term risk of menstrual disturbances after tubal sterilization. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 152:835-41, 1985.

DONNEZ, J.; WAUTERS, M.; THOMAS, K.; - Luteal function after tubal sterilization. *Obstet. Gynecol.*, 57:65-68, 1981.

EDGERTON, W.D. - Late complications of laparoscopic sterilization. *J. Reprod. Med.*, 18:275-7, 1977.

FAÚNDES, A.; ALVAREZ-SANCHEZ, F.; BRACHE, V.; JIMENEZ, E.; TEJADA, A.S. - Hormonal changes associated with bleeding during low dose progestogen contraception delivered by Norplant subdermal implants. *Advances in Contraception*, 7(1): 85-94, 1991.

FAÚNDES, A. & HARDY, E. - From birth control to reproductive health, *Int.J.Gynecol. Obst.*, 49(1):55-62, 1995.

FONSECA SOBRINHO, D. - Estado e População: Uma história do planejamento familiar no Brasil. UNFPA/FNUAP, 143, 1993.

GARZA-FLORES, J.; VAZQUEZ-ESTRADA, L.; REYES, A.; VALERO, A.; MORALES DEL OLMO, A.; ALBA, V.M.; BONILLA, C. - Assessment of luteal function after surgical sterilization. *Adv. Contracept.*, 7:373-7, 1991.

GOMEL, V. - Tubal reanastomosis by microsurgery. *Fertil. Steril.*, 28:59-65, 1977.

- GRIMES, D.A.; SATTERTHWAITTE, A.P.; ROCHAT, R.W.; AKHTER, N. - Deaths from contraceptive in Bangladesh: rates, causes, and prevention. *Obstet. Gynecol.*, 60:635-40, 1982.
- GRUBB, G.S.; PETERSON, H.B.; LAYDE, P.M.; RUBIN, G.L. - Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertil. Steril.* 44(2): 247-53, 1985.
- HARDY, E.; OSIS, M.J.D.; FAUNDES, A.; ALVES, G.; PINOTTI, J.A. - A laqueadura tubárea precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. *Rev. Ginecol. Obst. São Paulo*, 4(2): 70-6, 1993.
- HARGROVE, J,T.; ABRAHAM, G.E, - Endocrine profile of patients with Post-Tubal-Ligation Syndrome. *J. Reprod. Med.*, 26: 359-70, 1981.
- HAYNES, D.M. & WOLFE, W.M. - Tubal sterilization in an indigent population: report of 14 years experience. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 106:1044-53, 1970.
- HERRMANN, V.; SOUZA, G.A. - Síndrome Pós-Laqueadura. *Femina*, 13(9):845-49, 1985.
- HOSMER, D. W. & LEMESHOW, S. - *Applied Logistic Regression*, New York, John Wiley & Sons, 1989.

HUGGINS, G.R. & SONDHEIMER, S.J. - Complications of female Sterilizations: Immediate and delayed. *Fertil. Steril.*, 41(3):337-55, 1984.

JANOWITZ, B.; HIGGINS, J.E.; RODRIGUES, W.; ARRUDA, J.M., SMITH, J.B.; MORRIS, L. - Sterilization in the Northeast of Brazil. *Soc. Sci. Med.* 20(3):215-21, 1985.

KASONDE, J.M. & BONNAR, J. - Effect of sterilization on menstrual blood loss *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 83:572-75, 1976.

LISKIN, L.; RINEART, W.; BLACKBURN, R.; RUTLEDGE, M.S. - Minilaparotomy and laparoscopy: safe, efective and widle used. *Popul. Rep.*, 13:1-167, 1985.

LIEBERMAN, B.A.; BELSEY, E.; GORDON, A.G.; WRIGHT, C.S.W.; LETCHWORTH, A.T.; NOBLE, A.D.; NIVEN, P.A.R. - Menstrual patterns after laparoscopic sterilization using a spring-loaded clip. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 85:376-80, 1978.

LU, T. & CHUN, D. - A long term follow-up study of 1,055 cases of postpartum tubal ligation. *J. Obstet. Gineacol. Cwlth.*, 74:875-80, 1967.

MOSHER, W.D. & PRITT, W.F. - Contraceptive use in the United States, 1973-88. *Patient. Educ. Counsel*, 16:163-74, 1990.

NAKAMURA, M.S. & FONCECA, J.P.B. - São Paulo State Contraceptive Prevalence Survey. PESMI/PUC, Rio de Janeiro, 1978.

O AVESSE do avesso. Revista Veja, 24 de janeiro de 1996, p. 44.

OSIS, M.J.D.; HARDY, H.E.; SIMÕES, I.R.S.; VERA, S.; FAUNDES, A. - A laqueadura tubárea nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. Rev. Ginec. Obst. 1:195-204, 1993. 3, 1993.

OSIS, M.J.D. - Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa: História de Uma Intervenção. Tese de Mestrado, - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, dezembro de 1994.

PANA, M.J. - La Esterilización Feminina en Costa Rica, 1976-1986. Persp. Int. en Planif. Familiar, Nº Especial: 22-27, 1989.

PERPÉTUO, I.H.O. - A esterilização Feminina no Brasil - Apresentado na REUNIÃO INTERNACIONAL sobre desenvolvimento e Cidadania, CEDEPLAR/UFMG, 1995.

PETERSON, H.B.; DESTEFANO, F.; RUBIN, G.L.; GREENSPAN, J.R.; LEE, N.C.; ORY, H.W. - Deaths attributable to tubal sterilization in the United States, 1977 to 1981. Am. j. Obst. Gynecol. 146:131-36, 1983.

PINOTTI, J.A.; DÍAZ, A.J.; DÍAZ, M.M.; HARDY, E.; FAÚNDES, A. - Identificação de fatores associados à insatisfação após esterilização cirúrgica. *Gin. Obst. Bras.* 9(4):152-56, 1986.

PINOTTI, J.A. & FAÚNDES, A. - Saúde da mulher e planejamento familiar, In: HALBE, H. W. (ed.) *Tratado de Ginecologia. Vol.1.* São Paulo, Livraria Roca Ltda. pp 399-408, 1987.

PINOTTI, J.A.; FAÚNDES, A.; ZEFERINO, L.C. - A evolução Histórica do Conceito de Atenção Integral à Saúde. IN: *A mulher e seu direito de saúde: Por uma política de saúde no Brasil.* Editora Monell, São Paulo, 1987. p. 13-4.

PINOTTI, J.A.; LANE, E.; COLLIER, A.M.; FAUNDES, A. - Ligadura tubária transvaginal. *Gin. Obst. Bras.* 3(2):417-23, 1980. ??????

POCOCK, S.J. - *Clinical trials - A Practical Approach.* Chichester, John Wiley & Sons, 1983.

POWELL, L.C. - Cesarean section sterilization - hysterctomy or tubal ligation? *Obstet. Gynecol.*, 19(3):387-96, 1962.

RADWANSKA, E.; BERGER,G.S.; HAMMOND, J. - Luteal deficiency among women with normal menstrual cycles, requesting reversal of tubal sterilization. *Obstet. Gynecol.*, 54(2):189-92, 1979.

- RADWANSKA, E.; HEADLEY, S.; DMOWSKI, P. - Evaluation of ovarian function after tubal sterilization. *J. Reprod. Med.*, 27(7):376-84, 1982.
- RIOUX, J.E. - Late complications of female sterilization: A review of the literature and a proposal for further reserch. *J. Reprod. Med.*, 19:329-40, 1977.
- ROCHA, M.I.B. - Política demográfica e parlamento: Debates e decisões sobre controle de natalidade - Campinas: UNICAMP. Textos NEPO 25: 13-18, 1993.
- ROCHAT, R.W.; BHIWANDIWALA, P.P.; FELDBLUM, P.J.; PETERSON, H.B. - Mortality associated with sterilization: preliminary results of an international collaborative observational study. *Int. J. Gynecol.Obstet.*, 24:275-84, 1986.
- RODRIGUES, W.; MORRIS, L.; JANOWITZ, B. - Pesquisa sobre saúde materno infantil e planejamento familiar - Região Sul. BEMFAM - Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil e Secretaria de Saúde do Estado de Piauí, 1981.
- ROJANSKI, N. & HALBREICH, U. - Prevalence and severity of premenstrual changes after tubal sterilization. *J. Reprod. Med.*, 36(8):551-55, 1991.

ROSENBERG, M.J.; ROCHAT, R. W.; AKBAR, J.; GOULD, P.; KHAN, A. R.; MEASHAM, A.; JABEEN, S. - Sterilization in Bangladesh: mortality, morbidity, and risk factors. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 20:283-91, 1982.

RULIN, M.C.; TURNER, J.H.; DUNWORT, R.; THOMPSON, D.S. - Post-tubal sterilization syndrome - A misnomer. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 15:13-9, 1985.

RULIN, M.C.; DAVIDSON, A.R.; PILLIBER, S.G. GRAVES, W.L.; CUSHMAN, L.F. - Long-term effect of tubal sterilization on menstrual indices and pelvic pain. *Obstet. Gynecol.*, 82(1):118-21, 1993.

RUTH Cardoso defende planejamento familiar. *Correio Popular*, 19 de janeiro de 1996, p. 7.

RUTEMBERG, N.; FERRAZ, E.A. - Female sterilization and its demographic impact in Brazil. *Int. Family Planning Perspectives.*, 14(2):61-8, 1988.

SCOTT, J.S. - Gynaecological illness after sterilization. *Br. Med. J.*, 1:504-12, 1972.

- SHAIN, R.N.; MILLER, W.B.; MITCHELL, G.W.; HOLDEN, A.E.C.;
ROSENTHAL, M. - Menstrual pattern change 1 year after
sterilization: results of a controlled, prospective study.
Fertil. Steril., 52(2):192-203, 1989.
- SHY, K.K.; STERGACHIS, A.; GROTHAUS, L.G.; WAGNER, E.H.; HECHT, J.
ANDERSON, G. - Tubal sterilization and risk of subsequent
hospital admission for menstrual disorders. **Am. J. Obstet.
Gynecol.** 166(6):1698-706, 1992.
- SCHNEIDER, J. - Counseling for sterilization. **Obstet. Gynecol.**,
42(5):778-84, 1973.
- SIENGLER, A.M. & GRUNEBAUM, A. - The 100th anniversary of tubal
sterilization. **Fertil. Steril.**, 34:610-13, 1980.
- SWEET, R.L. & GIBBS, R.S. - Infectious vulvovaginites. In: SWEET,
R.L. & GIBBS, R.S. (eds.). *Infectious Disease of the Female
Genital Tract*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1990, p.109-143.
- TEMPLETON, A.A.; COLE, S. - Hysterectomy following sterilization.
Br. J. Obst. gynecol., 89:845-48, 1982.
- THRANOV, I.; HERTZ, J.B.; KJER, J.J.; ANDRESEN, A.; - Hormonal and
menstrual changes after laparoscopic sterilization by Falope-
rings or Filshie-clips. **Fertil. Steril.** 57(4):751-55, 1992.

- UCHIDA, H. - Uchida tubal sterilization. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **121**(2):153-58, 1975.
- VEMER, H.M.; PSYCH, P.C.; SCHOOT, D.C.; WILLEMSSEN, W.N.P.; BIERKENS, P.B., ROLLAND, R. - Women regretting their sterilization. *Fertil. Steril.*, **46**(4):724-26, 1986.
- VIEIRA, E.M. - A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do Sudeste do Brasil e fatores ligados a sua prevalência. *Rev. Saúde públ.*, **28**(6):440-8, 1994.
- WHITELAW, R.G. - 10 year survey of 485 sterilizations. *Br. Med. J.*, **1**:32-35, 1979
- WILCOX, L.S.; MARTINEZ-SCNELL, B.; PETERSON, H.B.; WARE, J.H.; HUGUES, J.M. Menstrual function after tubal sterilization. *Am. J. Epidemiol.*, **135**:1368-81, 1992.
- WILLIAMS, E.L.; JONES, H.E.; MERRILL, R.E.; TENN, N. - The subsequent course of patients sterilized by tubal ligation. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **61**(2):423-26, 1951.
- WU, E.; XIAO, B.; YAN, W. - Hormonal profile of the menstrual cycle in Chinese women after tubal sterilization. *Contraception*, **45**:583-93, 1992.

Anexo I

Material e métodos (PAISM I e PAISM II)

4. MATERIAL E MÉTODO:

4.1. SUDS estudados:

A pesquisa foi desenvolvida em um Serviço Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) da área metropolitana e um do interior do Estado de São Paulo. Na área metropolitana foi estudado o SUDS nº 4 (Penha de França) onde o desenvolvimento do PAISM foi qualificada como mau no processo amostral da pesquisa anterior. No interior, estudou-se o SUDS nº 27 (Campinas), que recebeu a qualificação de bom na pesquisa de 1988. O processo amostral da avaliação de 1988 está descrito detalhadamente no Relatório I RESULTADOS PARCIAIS DA ÁREA METROPOLITANA: CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS. PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E MAMÁRIO E MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.

4.1.1. Seleção das Mulheres:

Da mesma forma que em 1988 foram selecionadas mulheres de 15 a 49 anos de idade, residentes na área metropolitana e no interior do estado de São Paulo. Eram principalmente mulheres de renda baixa ou média, justamente as que têm mais probabilidade e necessidade de utilizar os serviços oferecidos pelo PAISM.

A seleção da amostra compreendeu dois processos: o percurso da entrevistadora e a seleção da mulher propriamente dita.

4.1.2. Definição do número de entrevistas:

O número de entrevistas feitas foi definido levando em consideração vários fatores: a verba disponível, o número de pessoas que poderiam ser treinadas razoavelmente bem para serem entrevistadoras, o número de entrevistas que poderiam ser feitas por dia, e o número de entrevistas feitas na pesquisa anterior, em cada um dos SUDS especificados.

A duração do trabalho de campo foi fixada em 13 dias. A meta padrão para cada dia de trabalho foi de cinco entrevistas por entrevistadora. Considerando-se que trabalhariam quatro equipes, com cinco entrevistadas cada uma, definiu-se:

⇒ 5 entrevistas X 5 entrevistadoras = 25 entrevistas por equipe/dia;

• 4 equipes X 25 entrevistas por equipe /dia = 100 entrevistas/dia;

- 13 dias x 100 entrevistas/dia = 1.300 entrevistas

Com base nesses cálculos, decidiu-se fazer 486 entrevistas no SUDS de Penha de França e 822 em Campinas, totalizando 1.308 mulheres a serem entrevistadas. Isto implicou que, em certo momento, algumas entrevistadoras realizassem mais de cinco entrevistas por dia.

4.2. *Treinamento e seleção das candidatas e entrevistadoras:*

4.2.1. Pré-seleção:

A divulgação do projeto foi feita através de um anúncio no jornal de maior circulação em Campinas, solicitando candidatas a entrevistadoras. Nessa ocasião foram fornecidas informações sobre o objetivo do projeto, o treinamento, o trabalho de campo, a forma de pagamento e quais as exigências necessárias que a candidata deveria cumprir para desenvolver o trabalho.

As candidatas deveriam ser do sexo feminino, ter alguma formação universitária e oferecer dedicação em tempo integral durante o treinamento e trabalho de campo.

As interessadas preencheram uma ficha com alguns dados pessoais. Após a inscrição foi feita uma pré-seleção para o treinamento em que foram consideradas, entre outras características: a idade, experiência prévia com trabalho de campo, a legalidade da letra e a razão pela qual estava interessada no trabalho. Foram pré-selecionados 30 pessoas.

4.2.2. Treinamento e seleção:

Todas as 30 candidatas tiveram oito dias de treinamento, durante os quais foi ensinada a forma de selecionar as mulheres a serem entrevistadas, de desenvolver a entrevista e de preencher o formulário. Exigiu-se 100% de participação às aulas.

Ao final do período de treinamento as candidatas fizeram uma prova escrita que, juntamente com o seu desempenho durante esse período, teve a finalidade de avaliar sua

preparação para desenvolver o trabalho. Com base nessa avaliação, escolheram-se 24 entrevistadoras.

Dentre estas foram selecionadas quatro supervisoras. Elas foram escolhidas levando-se em consideração a avaliação escrita, as suas qualidades de liderança, percebidas durante o treinamento, e também a sua vontade de desempenhar esse trabalho. Foi lhes dado um dia a mais de treinamento, quando se abordaram suas funções específicas: entrega e recepção de material, revisão de formulários preenchidos, controle do trabalho de campo e da seleção das mulheres entrevistadas.

4.3. Documentos utilizados:-

4.3.1. Formulário

O formulário utilizado foi basicamente o mesmo empregado na primeira pesquisa. Foi acrescentada uma seção para tratar da qualidade do atendimento e nas outras seções foram feitas pequenas modificações visando evitar alguns problemas detectados no processamento e análise dos dados da primeira pesquisa. O objetivo principal dessas mudanças foi aperfeiçoar a maneira de coletar os dados para melhor interpretá-los no momento da análise, sem perder a possibilidade de comparação com os resultados obtidos anteriormente.

O formulário foi estruturado com perguntas pré-codificadas e outras onde a resposta deveria ser anotada textualmente. É composto de uma capa e cinco seções: Características,

Métodos Anticoncepcionais, Exames Preventivos. Qualidade do Atendimento e Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério (Anexo 1).

4.3.2. Manual da entrevistadora:

O manual utilizado na pesquisa de 1988 foi revisado com base nas alterações que foram feitas no formulário, o que significa que foi mantido o seu conteúdo básico, incluindo as informações pertinentes ao bom desenvolvimento do trabalho de campo e a designação de responsabilidades e atividades.

O manual contava com uma descrição geral do formulário, informações sobre a técnica de entrevista e instruções específicas para cada seção, com o objetivo de homogeneizar os conceitos utilizados durante o trabalho de campo e permitir um coleta de dados uniforme. Este manual foi usado durante o treinamento das entrevistadoras e para consulta sempre que o trabalho de campo o exigiu.

4.3.3. Manual da supervisora:

O manual utilizado em 1988 foi revisto em função das experiências do trabalho de campo anterior. Seu conteúdo básico foi de instruções específicas que permitiam à supervisora desenvolver as atividades de liderança de maneira uniforme e sistemática. Tal manual foi usado durante o treinamento das supervisoras e utilizado para consulta no trabalho de campo.

4.3.4. Manual de crítica:

O manual de crítica continha as instruções seguidas pelas revisoras dos formulários preenchidos, logicamente, ele também foi revisado em função das mudanças que foram feitas no formulário. Os formulários completados no campo foram revistos pelas revisoras, o escritório, de forma mais sistemática e crítica. Durante a revisão verificadas as respostas a todas as perguntas, a algumas combinações de perguntas, e se todas as instruções no formulário foram seguidas corretamente.

O processo de crítica tinha dois objetivos: verificar se a informação registrada estava completa, anotada de acordo com as instruções e sem inconsistências, e tomar as providências que correspondiam quando não tinham sido cumpridos os requisitos referidos acima.

4.3.5. Manual de codificação e digitação:

A digitação das respostas pré-codificadas foi feita diretamente a partir do formulário. Para a codificação das respostas textuais preparado um manual de uma amostra das respostas dadas pelas mulheres a cada pergunta desse tipo. Os códigos serão definidos levando-se em conta aqueles que já foram usados na pesquisa de 1988. e acrescentando-se-ão tantos mais quantos se fizerem necessários.

4.4. Trabalhos de campo:

4.4.1. Desenvolvimento:

O trabalho de campo foi desenvolvido entre 3 e 16 de junho de 1991. Trabalharam quatro equipes com cinco entrevistadoras e uma supervisora cada uma. Inicialmente, duas equipes estiveram na área metropolitana e duas no interior. Quando as primeiras terminaram o trabalho, juntaram-se às demais em Campinas para concluir o total de entrevistas.

Na área metropolitana, tanto a equipe do CEMICAMP como as supervisoras e entrevistadoras ficaram hospedadas em hotel na cidade de São Paulo. Ali foi montado um escritório para entrega e recebimento de material, reuniões com o pessoal, esclarecimento de dúvidas e prestação de contas. Em Campinas, o escritório foi no próprio CEMICAMP.

Foram entrevistadas 487 mulheres na área metropolitana e 848 no interior. Por um erro de cálculo, entrevistaram-se uma mulher a mais na capital e vinte e seis no interior, em relação ao número planejado.

4.4.2. Dificuldades:

As primeiras dificuldades foram sentidas já na fase de inscrição das candidatas a entrevistadoras. Foram preenchidos 121 fichas, das quais era necessário selecionar apenas 30 para participarem do treinamento. Foi muito difícil fazer essa primeira seleção, porque todas as candidatas pareciam ter os requisitos necessários para o trabalho como entrevistadora e todas

diziam estar precisando muito de emprego. Isso não poderia deixar de ser mencionado, porque reflete as condições enfrentadas por muitos profissionais brasileiros diante das dificuldades econômicas sentidas em todo o país. Embora não fosse exigido curso superior completo, candidataram-se para o trabalho até mesmo profissionais com mestrado e doutorado.

Esse quadro, além de refletir a difícil situação econômica do país, representava uma dificuldade potencial para a pesquisa: as candidatas provavelmente estavam se apresentando para vários tipos de trabalho, e poderiam abandonar a pesquisa antes do seu término, caso surgisse um trabalho não temporário. Para prevenir essa possibilidade, foi explicado às candidatas que se elas desistissem do trabalho antes de ter sido completado o número de entrevistas necessário, elas receberiam apenas pelos formulários feitos até essa data. Para as que permanecessem até o final do trabalho o pagamento seria maior, porque receberiam pela entrevistas completadas e ainda uma espécie de prêmio equivalente ao que seria pago por 40 entrevistas.

Como as entrevistadoras foram selecionadas e treinadas em Campinas, grande parte delas não conhecia os bairros onde seriam feitas as entrevistas na cidade de São Paulo. Esse fato contribuiu para dificuldades de adaptação aos locais onde deveriam trabalhar. Talvez tenha sido esse o motivo de algumas terem apresentado problemas de saúde. Essa dificuldade de adaptação exigiu reuniões constantes para garantir a qualidade do trabalho e a motivação de cada entrevistadora. Contribuíram pra dificultar o trabalho o fato das distâncias serem grandes, dos meios de transporte estarem constantemente lotados e dos mapas nem sempre corresponderem à realidade, havendo até necessidade de refazê-los algumas vezes.

Às dificuldades principais ocorreram em decorrência da saída de três entrevistadoras: duas que precisaram ser dispensadas e uma que se afastou por problemas de saúde. Outras duas entrevistadoras também deixaram de trabalhar alguns dias por ficarem doentes. Algumas vezes

houve necessidade da supervisora do grupo assumir o trabalho que deveria ser feito pela entrevistadora ausente. Dessa forma, uma parte do trabalho de supervisão mais direta que ela faria do trabalho das outras entrevistadoras acabou ficando prejudicada. À saída de uma supervisora de Campinas que também teve problemas de saúde, tornou necessária a transferência de uma das coordenadoras da área metropolitana para o interior, em substituição à supervisora afastada. Isso exigiu uma nova organização do trabalho das coordenadoras, tornando necessário que fosse alguém de Campinas para São Paulo para auxiliar na revisão dos formulários.

De forma geral, não houve problemas quanto à receptividade das mulheres, exceto em um bairro de Campinas. Nesse bairro existe uma área se localiza uma zona de prostituição e outra área residencial. Nas casas pertencentes à primeira área, ocorreram recusas porque as mulheres diziam não poderem responder porque estavam em horário de trabalho.

4.5. Controle de qualidade:

A qualidade dos dados e dos resultados apresentados foram conseqüências de uma série de cuidados tidos desde o planejamento da pesquisa até a preparação do relatório.

Estes cuidados incluíram, entre outros:

- ♦ O pré-teste do formulário. O formulário foi testado numerosas vezes, e modificado sempre que necessário. O pré-teste foi feito primeiramente com as mulheres que consultavam no Hospital de Clínicas da UNICAMP, depois com outras, identificadas nos seus domicílios.

- ◆ Todo o processo de seleção das mulheres e o desenvolvimento das entrevistas foi acompanhado de perto pelas supervisoras, o que permitiu detectar quando havia sido feito um percurso errado ou selecionado um mulher não correspondente. No primeiro caso, a entrevistadora retornava ao campo para refazer o percurso, e no segundo, retornava para entrevistar a (s) mulher (es) corrta (s). As coordenadoras do estudo estavam em contato constante com as supervisoras pelo telefone. Isto permitiu esclarecer dúvidas, corrigir conceitos errados e orientar o trabalho em geral. Além disso, periodicamente as coordenadoras fizeram visitas ao campo para acompanhar o trabalho de supervisoras e entrevistadoras.
- ◆ Os formulários preenchidos primeiramente foram revisados pela supervisora da equipe, ainda no campo, e depois por uma das coordenadoras do estudo, no escritório. Caso houvesse dúvidas, a entrevistadora era consultada e, se não fosse possível o esclarecimento desta forma, ela retornava ao campo.
- ◆ Os formulários preenchidos e revisados foram levados para o escritório do CEMICAMP em Campinas, onde foram arquivados em ordem numérica e separados por SUDS e bairros ou municípios.
- ◆ Os dados foram digitados duas vezes por pessoas diferentes para detectar possíveis erros de digitação.
- ◆ Analisando-se as frequências de diferentes variáveis, foram identificados e corrigidos erros restantes do preenchimento inadequado do formulário (erros lógicos) e de digitação equivocada pelas duas pessoas.

4.6. Processamento e análise dos dados:

Para digitar os dados foi preparado um programa de computador que acompanhou a organização do formulário, o que permite digitar diretamente a partir dele. Utilizou-se o módulo de entrada de dados do SPSSPC (1).

Na análise dos dados, utilizou-se o teste de qui-quadrado e os pacotes estatísticos: Statistical Package for the Social Science (SPSSPC) e Statistical Analysis System (SAS).

Anexo II

Questionários

SEÇÃO 1: CARACTERÍSTICAS

1.1 A Sr^a. consulta em algum lugar quando a Sr^a. tem algum problema de saúde?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO (PASSE A 1.5)

1.2 Onde? (NOME O ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

1.2a. (SE NÃO EXPECIFICA NA 1.2.) A Sr^a. consulta particular, por convênio ou pelo INPS?

| 1 | PARTICULAR

| 2 | CONVÊNIO

| 3 | INPS

1.3. A Sr^a. tem alguma dificuldade para consultar nesse lugar?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO (PASSE A 1.6)

1.4. Qual?

TEXTUAL _____

PASSE A 1.6

1.5. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

1.6. Qual a data do seu nascimento? (USAR DOCUMENTO)

| | | | | | | |
dia mes ano

| 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA

1.7. Quantos anos fez em seu último aniversário? _____ ANOS

1.1.1. ENTREVISTADORA: CORRIJA EM CASO DE INCONSISTÊNCIA

1.8. Foi à escola?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 1.10)

1.9. Qual o último ano (série) de estudos que completou?

_____ ANO DO _____

1.10. Atualmente a Sr^a é solteira, amasiada, separada ou viúva?

| 1 | SOLTEIRA-----> PASSE A 1.14

| 2 | CASADA

| 3 | AMASIADA

| 4 | SEPARADA

| 5 | VIÚVA

1.11. Seu marido (ou companheiro) foi à escola?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 1.13) | 8 | NÃO SABE PASSE A 1.13

1.12. Qual o último ano de estudos que ele completou?

_____ ANO DO _____ | 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA

1.13. Em que seu marido (ou companheiro) trabalha (trabalhava)?

TEXTUAL _____

1.14. A Sr^a está fazendo algum trabalho pago?

| 1 | SIM | 2 | NÃO PASSE A 1.17

1.15. Esse trabalho é em casa ou fora de casa?

| 1 | EM CASA | 2 | FORA DE CASA

1.16. No que a Sr^a trabalha?

TEXTUAL _____

1.1.2. ENTREVISTADORA DIGA: Agora vou lhe perguntar sobre outros assuntos

1.17. Alguma vez teve corrimento vaginal com cheiro forte?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 1.20) | 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA PASSE A 1.20.

1.18. Já foi consultada por esse problema?

| 1 | JÁ (PASSE A 1.20) | 2 | NÃO

1.19. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

1.20. Com quantos anos teve sua primeira menstruação?

_____ ANOS | 7 | NUNCA MENSTRUOU (PASSE A 2.1) | 8 | NÃO SABE /NÃO LEMBRA

1.21. Alguma vez já ficou grávida?

| 1 | JÁ | 2 | NÃO (PASSE A 1.27)

1.22. Quantas (os) _____ a Sr^a. teve?

GRAVIDEZES | ABORTOS | N. VIVOS | N. MORTOS
1.23 1.24 1.24a

1.25. Quantos filhos estão vivos hoje?

_____ FILHO(S)

1.25a. Atualmente a Sr^a. está grávida?

| 1 | SIM | 2 | NÃO | 3 | NÃO SABE

1.26. Quando terminou sua última gravidez?

| 1 | ESTÁ GRÁVIDA (PASSE A 2.1)
mês ano

1.27. A Sr^a. menstrua (tem regras)?

| 1 | SIM (PASSE A 2.1) | 2 | NÃO

1.28. Por que? (Mais alguma coisa)?

TEXTUAL _____

F.1.1. ENTREVISTADORA: MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.28.

1 MENOPAUSA/NÃO SABE/ OUTROS	2 CONTRACEPTIVO HORMONAL/ TRATAMENTO (PASSE A 2.1)	3 AMAMENTANDO/ PÓS-PARTO (PASSE A 2.1)
-----------------------------------	--	--

1.29. Há quanto tempo teve sua última menstruação?

| 1 | 1 ANO OU MAIS | 2 | MENOS DE 1 ANO (PASSE A 2.1)

1.30. Já teve algum problema causado pela falta de menstruação?

| 1 | JÁ | 2 | NÃO (PASSE A 2.1.) | 8 | NÃO SABE SE CAUSADO

1.31. Consultou em algum lugar por esse problema?

| 1 | SIM (PASSE A 1.33) | 2 | NÃO

1.32. Por que? (Mais alguma coisa)?

TEXTUAL _____

PASSE A 2.1.

1.33. Onde? (Nome ou ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

1.34. Fez algum tratamento?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 2.1)

1.35. Esse tratamento resolveu (está resolvendo) esse problema?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

SEÇÃO 2: MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

2.1. A Srª. conhece ou já ouviu falar em algum jeito para não engravidar?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO (PASSE A 1.3.1.)

1.2.1. ENTREVISTADORA: Faça a pergunta 2.2; depois, a 2.3. Para cada método conhecido, pergunte 2.4.

2.2 Quais métodos conhece?	2.3. Conhece ou ouviu falar?		2.4. Sabe onde pode conseguir ou aprender a usar?
	2.2. ESP.	2.3. PER.	2.4.
a) PÍLULA (comprimido)			
b) INJETÁVEL (injeção)			
c) NORPLANT (implante no braço)			
d) DIU (aparelho)			
e) DIAFRAGMA			
f) CAMISINHA, CONDON OU PRE-SERVATIVO			
g) ESPUMA, GELEIA, CREME, SUPPOSITÓRIO VAVINAL			
h) LAQUEADURA (operação da mulher)			
i) VASECTOMIA (operação do homem)			
j) TABELA (tabelinha)			
k) BILLINGS, MUCO CERVICAL, MÉTODO DA OVULAÇÃO			
l) TEMPERATURA			
m) COITO INTERROMPIDO (homem tira fora, evita)			
n) SINTO-TÉRMICOS			

2.5. Qual método está usando?

| 8 | NENHUM

PASSE A 2.7

2.6. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

PASSE A 1.3.1.

2.7. Há quanto tempo usa esse método?

TEXTUAL _____

F.2.1. ENTREVISTADORA: MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 2.5.

| 1 | LAQUEADURA/
CURATIVO

| 2 | DIU/NORPLANT
PASSE A 2.17

| 3 | OUTROS
PASSE A 2.14

| 4 | VASECTOMIA
PASSE A 1.3.1.

2.8. Em que data fez a laqueadura (curativo)?

____|____|____|____|

mês ano

| 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.9. Teve que pagar para fazer laqueadura (curativo)?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

2.10. Em qual hospital fez a laqueadura (curativo)? (NOME E ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

2.11. A Sr^a. fez a laqueadura (curativo) por ocasião de uma cesárea?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO (PASSE A 1.3.1.)

2.12. Por que a Sr^a. fez cesárea? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

2.13. A Sr^a. conversou com o médico durante o pré-natal sobre fazer a laqueadura?

| 1 | SIM (PASSE A 1.3.1.)

| 2 | NÃO (PASSE A 1.3.1.)

| 3 | SEM PRÉ-NATAL (PASSE A 1.3.1.)

2.14. Quem ensinou a Sr^a. a usar _____ (VER 2.5)?

TEXTUAL _____

2.15. A Sr^a. consultou quando começou a usar _____?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A F.2.2.)

2.16. Onde? (NOME OU ENDEREÇO).

TEXTUAL _____

PASSE A 2.18

2.17. Em qual posto (hospital etc.) colocaram o _____? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

2.18. Quando começou a usar esse método, foi marcado algum retorno?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A F.2.2.)

2.19. A Sr^a. foi no último retorno marcado?

| 1 | SIM (PASSE A F.2.2.) | 2 | NÃO

2.20. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

F.2.2. ENTREVISTADORA: MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 2.5.

| 1 | PÍLULA, INJEÇÃO | 2 | DIU, NORPLANT | 3 | COMPORTAMENTAIS
BARREIRA (PASSE A 2.22) (PASSE A 1.3.1.)

2.21. Onde consegue (conseguiu) esse método? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

F.2.3. ENTREVISTADORA: MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 2.5.

| 1 | PÍLULA/INJEÇÃO (PASSE A 2.22) | 2 | BARREIRA (PASSE A 1.3.1.)

2.22. Antes de usar _____ a Sr^a. tinha ou teve algum destes problemas?

- | | | | |
|--|---------|---------|--------------|
| a) sangramento muito forte na menstruação | 1 SIM | 2 NÃO | 8 NÃO SABE |
| b) gravidez nas trompas | 1 SIM | 2 NÃO | 8 NÃO SABE |
| c) diabetes (açúcar no sangue) | 1 SIM | 2 NÃO | 8 NÃO SABE |
| d) pressão alta | 1 SIM | 2 NÃO | 8 NÃO SABE |
| e) doença do coração | 1 SIM | 2 NÃO | 8 NÃO SABE |
| f) hepatite (ficar amarela, icterícia) | 1 SIM | 2 NÃO | 8 NÃO SABE |
| g) ataques (convulsões) | 1 SIM | 2 NÃO | 8 NÃO SABE |
| h) dor de cabeça forte e seguidamente | 1 SIM | 2 NÃO | 8 NÃO SABE |
| i) varizes doloridas, que as vezes ficam quentes e inchadas. | 1 SIM | 2 NÃO | 8 NÃO SABE |

2.23. A Sr^a. fuma?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

3.20. Há quanto tempo fez o último preventivo?

TEXTUAL _____

3.21. Onde fez o preventivo? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

3.22. Nessa ocasião fizeram um exame “por baixo”?

| 1 | SIM | 2 | NÃO | 8 | NÃO LEMBRA

I.3.2. ENTREVISTADORA DIGA: Agora vou-lhe perguntar de um outro exame preventivo.

3.23. A Sr^a. já ouviu falar do exame de prevenção do câncer de mama?

| 1 | JÁ | 2 | NÃO

3.24. Algum médico ou enfermeira já examinou suas mamas?

| 1 | SIM (PASSE A 3.28) | 2 | NÃO -----> SE 3.23. E 3.24 = 2 PASSE A 3.44

3.25. Sabe onde fazer esse exame?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 3.44)

3.26. Onde? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

3.27. Por que nunca fez? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

PASSE A I.3.3.

3.28. Alguma vez o resultado desse exame deu alterado?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 3.42) | 8 | NÃO SABE PASSE A 3.42

3.29. Onde a Sr^a. fez o exame que deu alterado? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

3.30. Há quanto tempo fez esse exame?

TEXTUAL _____

3.31. Depois de ser informada desse resultado alterado, foi encaminhada para outro lugar?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

3.23. Para onde? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

3.33. A Sr^a. foi colstutada lá?

| 1 | SIM (PASSE A 3.37) | 2 | NÃO

3.34. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

3.35. A Sr^a. consultou em algum outro lugar?

| 1 | SIM | 2 | NÃO PASSE A 3.42

3.36. Onde? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

3.37. Nessa consulta o médico ou a enfermeira examinou suas mamas?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

3.38. Tiraram chapa (Rx, mamografia) de suas mamas?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

3.39. Fez algum tratamento?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

3.40. Onde fez? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

PASSE A I.3.3.

3.41. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

PASSE A I.3.3.

PAISM II

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Nº

1

6

ENTREVISTADORA: _____

VISITA	DATA	RESULTADO	RETORNO
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____

| 1 | FAVELA

| 4 | HABITAÇÃO MÉDIA (de alvenaria)

| 2 | CORTIÇO

| 5 | HABITAÇÃO BOA (acabamento fino)

| 3 | BARRACO (fora de favela)

OBSERVAÇÕES:

1ª REVISÃO:

NOME: _____ RESULTADO: _____ DATA: _____

2ª REVISÃO:

NOME: _____ RESULTADO: _____ DATA: _____

3ª REVISÃO:

NOME: _____ RESULTADO: _____ DATA: _____

DIGITAÇÃO

1ª VEZ

2ª VEZ

PRÉ-CODIFICADOS

TEXTUAIS:

SEÇÃO 1: CARACTERÍSTICAS

1.1. Qual a data do seu nascimento? (USAR DOCUMENTO)

|_|_|_|_|_|_|_|
DIA MÊS ANO

| 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA

1.2. Quantos anos fez em seu último aniversário? _____ ANOS

1.1.1. ENTR. CORRIJA EM CASO DE INCONSISTÊNCIA

1.3. Foi à escola?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO (PASSE A 1.5)

1.4. Qual o último ano (série) de estudos que completou?

_____ ANO DO _____

1.5 Atualmente a Sr^a. é solteira, casada, amasiada/vive junto, separada/divorciada ou viúva?

| 1 | SOLTEIRA -----> PASSE A 1.9

| 2 | CASADA

| 3 | AMASIADA/VIVE JUNTO

| 4 | SEPARADA/DIVORCIADA

| 5 | VIÚVA

1.6. Seu marido (ou companheiro) foi à escola?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO (PASSE A 1.8)

| 8 | NÃO SABE (PASSE A 1.8)

1.7. Qual o último ano (série) de estudos que ele completou?

_____ ANO DO _____ | 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA

1.8. Em que seu marido (ou companheiro) trabalha (trabalhava)?

TEXTUAL _____

1.1.2. ENTR. INTERESSA SABER O QUE O MARIDO FAZ NO EMPREGO E NÃO O CARGO

1.9. A Sr^a. está fazendo algum trabalho pago?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO PASSE À 1.1.4.

1.10. Esse trabalho é em casa ou fora de casa?

| 1 | EM CASA

| 2 | FORA DE CASA

1.11. No que a Sr^a. trabalha?

TEXTUAL: _____

1.1.3. ENTR. INTERESSA SABER O QUE A MULHER FAZ NO EMPREGO E NÃO O CARGO

1.1.4. ENTR. Agora vou lhe perguntar sobre outros assuntos.

1.12. Com quantos anos teve sua primeira menstruação?

|__| |__| ANOS

| 7 | NUNCA MENSTRUOU (PASSE A 2.1)

| 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA

1.13. Alguma vez já ficou grávida?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO (PASSE A 2.1)

1.14. Quantas gravidezes a Sr^a. teve?

|__| |__|

1.15. Quantos abortos?

|__| |__|

1.16. Quantos recém nascidos?

|__| |__|

1.17. Quantos nascidos mortos?

|__| |__|

1.18. Quantos filhos estão vivos hoje?

|__| |__|

1.19. Atualmente a Sr^a. está grávida?

| 1 | SIM (PASSE F.1.1)

| 2 | NÃO

| 8 | NÃO SABE

1.20. Em que data terminou sua última gravidez?

|__| |__| |__| |__|

MÊS ANO

F.1.1 ENTR MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.15

| 1 | 1.5 ≠ 0

| 2 | 1.15 = 0 -----> PASSE A 2.1

1.1.5. ENTR. Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre os abortos que a Sr^a. teve.

1.21. Quanto foi o seu último aborto?

ANO ANOS ATRÁS | 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA

1.22. A Sr^a. teve problemas de saúde logo depois desse aborto?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 1.29)

1.23. A Sr^a. precisou tomar remédios por causa desses problemas?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

1.24. A Sr^a. ficou internada por causa desses problemas?

| 1 | SIM | 2 | NÃO PASSE A 1.26

1.25. Quantos dias?

DIAS

1.26. A Sr^a. precisou fazer curetagem por causa desses problemas?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

1.27. A Sr^a. precisou fazer alguma cirurgia por causa desses problemas?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 1.29)

1.28. Qual? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL: _____

1.29. Esse aborto foi espontâneo ou provocado?

| 1 | ESPONTÂNEO (PASSE A 2.1.) | 2 | PROVOCADO

1.30. Como foi feito o aborto?

TEXTUAL _____

SEÇÃO 2: MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

2.1. A Sr^a. conhece ou já ouviu falar em alguma maneira para evitar filhos?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO (PASSE A 1.3.1)

1.2.1 ENTR. FAÇA A PERGUNTA 2.2; DEPOIS A 2.3 PARA CADA MÉTODO CONHECIDO PERGUNTE 2.4.

2.2 Quais métodos conhece?

2.3. Conhece Onde pode conseguir ou aprender a ou ouviu falar? usar.....?

	2.2 ESP.	2.3 PER.	2.4
a) PÍLULA (comprimentos)			
b) INJETÁVEL (injeção)			
c) NORPLANT (implante no braço)			
d) DIU (aparelho)			
e) DIAFRAGMA			
f) CAMISINHA, CONDOM OU PRESERVATIVO			
g) ESPUMA, GELÉIA, CREME, SUPOSITÓRIO VAGINAL			
h) LAQUEADURA (operação da mulher)			
i) VASECTOMIA (operação do homem)			
j) TABELA, BILLINGS, TEMPERATURA, COITO INTERRONPIDO: Não ter relação sexual alguns dias do mês.			

2.5. Qual método está usando?

_____ PASSE A 2.7

| 8 | NENHUM

2.6. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

1.2.2 ENTR. SE A RESPOSTA NA 2.6 É LAQUEADURA/VASECTOMIA CORRIGIR A 2.5 SE NÃO, PASSE A 1.3.1

2.7. Há quanto tempo usa esse método?

TEXTUAL _____

F.2.1. ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDA 2.5.

| 1 | LAQUEADURA/ CURATIVO | 2 | VASECTOMIA (PASSE A 1.3.1) | 3 | OUTROS PASSE A 2.18

2.8 Em que data fez a laqueadura (curativo)?

_____|_____|_____|
MÊS ANO

_____|_____| ANOS ATRÁS

| 8 | NÃO SABE/NÃO LEMRBA

2.9. A internação para fazer a laqueadura (curativo) foi pelo INPS/SUDS, por convênio ou particular?

| 1 | INPS/SUDS

| 3 | PARTICULAR -----> PASSE A 2.11

| 2 | CONVÊNIO

| 4 | OUTRO. QUAL? _____

2.10. Teve que pagar por fora para fazer a laqueadura (curativo)?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO

2.11. A Sr^a. fez a laqueadura (curativo) por ocasião de um parto normal, ou de uma cesária ou em outra ocasião?

| 1 | PARTO NORMAL (PASSE A 2.13)

| 2 | CESÁREA

| 3 | OUTRA OCASIÃO (PASSE A 2.15)

2.12. Por que a Sr^a. fez cesária? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

2.13. A Sr^a. conversou com o médico durante o pré-natal sobre a laqueadura?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 2.15) | 3 | SEM PRÉ-NATAL (PASSE A 2.15)

2.14. O que o médico disse para a Sr^a. sobre a laqueadura?

TEXTUAL _____

2.15. Por que decidiu fazer a laqueadura ao invés de usar outro método?

TEXTUAL _____

2.16. Se a Sr^a. tivesse hoje a mesma idade que tinha quando fez a laqueadura e pudesse decidir de novo, voltaria a fazer a laqueadura?

| 1 | SIM | 2 | NÃO SABE | 3 | NÃO SABE

2.17. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

PASSE A 1.3.1

2.18. A Sr^a. consultou quando começou a usar _____ (VER 2.5)?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 2.21)

2.19 A Sr^a. consultou pelo INPS/SUDS, por convênio ou particular?

| 1 | INPS/SUDS | 3 | PARTICULAR
| 2 | CONVÊNIO | 4 | OUTRO. QUAL? _____

2.20. Quando começou a usar esse método, foi marcado algum retorno?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

hospital?

| 1 | SIM (PASSE A 1.3.2.) | 2 | NÃO

3.10. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

PASSE A 1.3.2.

3.11. Sabe onde pode fazer o preventivo?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 1.3.2.)

3.12. Porque nunca fez? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

1.3.2 ENTR. Agora vou lhe perguntar de um outro exame preventivo.

3.13. A Sr^a. já ouviu falar do exame de prevenção do câncer de mama?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 3.16)

3.14 A Sr^a. considera esse exame: muito importante, pouco importante ou desnecessário?

| 1 | MUITO IMPORTANTE | 2 | POUCO IMPORTANTE | 3 | DESNECESSÁRIO

3.15. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

3.16. Algum médico ou enfermeira já examinou suas mamas?

| 1 | SIM | 2 | NÃO-----> SE 3.13 = 1 PASSE A 3.23

SE 3.13 = 2 PASSE A 1.3.3.

3.17. Há quanto tempo fez o último exame de mama?

- | 1 | ATÉ 1 ANO
- | 2 | MAIS DE 1 ATÉ 2 ANOS
- | 3 | MAIS DE 2 ATÉ 3 ANOS
- | 4 | MAIS DE 3 ANOS
- | 8 | NÃO LEMBRA

3.18. A Sr^a. fez esse último exame de mama pelo INPS/SUDS, por convênio ou particular?

- | 1 | INPS/SUD
- | 2 | CONVÊNIO
- | 3 | PARTICULAR
- | 4 | OUTRO. QUAL? _____

3.19. A Sr^a. pediu para fazer, foi orientada ou simplesmente foi feito?

- | 1 | PEDIU
- | 2 | ORIENTADA
- | 3 | FEITO

3.20 Alguma vez o resultado desse exame deu alterado?

- | 1 | SIM
- | 2 | NÃO (PASSE A 1.3.3.)
- | 8 | NÃO SABE (PASSE A 1.3.3.)

3.21. Depois de ser informada desse resultado alterado, foi encaminhada para outro ambulatório ou hospital?

- | 1 | SIM
- | 2 | NÃO

3.22. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

PASSE A 1.3.3

3.23. Sabe onde fazer esse exame?

- | 1 | SIM
- | 2 | NÃO (PASSE A 1.3.3)

3.24. Por que nunca fez? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

1.3.3. ENTR. Agora vou lhe perguntar de um último exame.

3.25. A Sr^a. já ouviu falar da auto-palpação de mamas? (Da mulher mesma examinar suas mamas?)

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 1.4.1.)

3.26. Sabe fazer esse exame?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 1.4.1.)

3.27. Como aprendeu?

TEXTUAL _____

3.28. A Sr^a. costumaa fazer esse exame de palpar suas mamas uma vez mês, mais espaçado ou nunca?

| 1 | 1 VEZ AO MÊS (PASSE A 3.30) | 2 | MAIS ESPAÇADO (PASSE A 3.30) | 3 | NUNCA

3.29. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

3.30. A Sr^a. considera esse exame: muito importante, pouco importante ou desnecessário?

| 1 | MUITO IMPORTANTE | 2 | POUCO IMPORTANTE | 3 | DESNECESSÁRIO

3.31. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

SEÇÃO 4: QUALIDADE DO ATENDIMENTO

1.4.1. ENTR. Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o que a Sr^a. faz quando tem algum problema de saúde.

4.1. Durante o último ano a Sr^a. teve:

	SIM	NÃO
a) Corrimento	1	2
b) Irregularidade menstrual, que não fosse gravidez	1	2
c) Dor na relação sexual	1	2
d) Outros problemas nas relações sexuais	1	2
e) Dor ou caroço nas mamas	1	2
f) Dor muito forte durante a menstruação	1	2
g) Necessidade de usar um método para não engravidar	1	2

F.4.1. ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA SEGUNDO 4.1.

| 1 | SE ALGUMA FOR = | 1 | | 2 | TODAS = | 2 | PASSE A F.4.2.

4.2. A Sr^a. consultou por algum desse (s) problema (s)?

| 1 | SIM (PASSE A 4.4.) | 2 | NÃO

4.3. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

PASSE A 1.4.2.

4.4 A Sr^a. consultou num posto de saúde?

| 1 | SIM (PASSE A 4.6) | 2 | NÃO

4.5. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

4.6. Para quais desses problemas a Sr^a. consultou num posto?

TEXTUAL _____

4.7. A Sr^a. conseguiu resolver todos, alguns ou nenhum desses problemas consultando no posto?

| 1 | TODOS (PASSE A F.4.2.) | 2 | ALGUNS | 3 | NENHUM (PASSE A 4.10)

4.8. Que problemas a Sr^a. conseguiu resolver no posto?

TEXTUAL _____

4.9. Que problemas a Sr^a. não conseguiu resolver no posto?

TEXTUAL _____

4.10. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

F.4.2. ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 4.4.

| 1 | 4.4. = 1 (PASSE A 4.13) | 2 | 4.4. = 0 OU 2

1.4.2. ENTR. Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua opinião acerca dos postos de saúde em geral.

4.11. Durante os últimos três anos, consultou em posto de saúde?

| 1 | SIM (PASSE A 4.13) | 2 | NÃO

4.12. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

4.13. Na última vez em que a Sr^a. consultou no posto teve alguma dificuldade quando foi marcar consulta?

| 1 | SIM

| 2 | NÃO (PASSE A 4.15)

4.14. Teve algumas destas dificuldades:

	SIM	NÃO
a) Ter poucas guias/consultas	1	2
b) Distância/é longe	1	2
c) Horário de atendimento não dá certo	1	2
d) Consulta marcada para muito tempo depois	1	2
e) Ter que enfrentar fila	1	2
f) Dificuldade para deixar a casa e as crianças	1	2
g) Outra. Qual? (Mais alguma coisa?) _____	1	2

4.15 Quanto tempo demorou entre a marcação e o dia da consulta?

| 1 | FOI ATENDIDA NO MESMO DIA

| 2 | ATÉ 7 DIAS

| 3 | DE 8 A 15 DIAS

| 4 | DE 16 A 30 DIAS

| 5 | MAIS DE UM MÊS ATÉ 2 MESES

| 6 | MAIS DE DOIS MESES

4.16 Quanto tempo a Sr^a. teve que esperar para ser atendida quando foi consultar?

| 8 | NÃO SABE -----> PASSE A 4.18

| 1 | ATÉ 1 HORA

| 2 | MAIS DE 1 ATÉ 2 HORAS

| 3 | MAIS DE 2 ATÉ 3 HORAS

| 4 | MAIS DE 3 HORAS

| 5 | FOI EMBORA SEM SER ATENDIDA

| 6 | NÃO FOI CONSULTAR

4.17. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

4.18. Nessa última vez em que foi consultar, a Sr^a. foi tratada: muito bem, bem, regular ou mal?

| 1 | MUITO BEM | 2 | BEM | 3 | REGULAR | 4 | MAL

4.19. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

4.20. Já lhe foi receitado algum remédio no posto?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 4.22)

4.21. O posto lhe forneceu este remédio?

| 1 | SIM | 2 | NÃO | 3 | ÀS VEZES

4.22. O posto de saúde onde a Sr^a. consulta:

	SIM	NÃO	ÀS VEZES	N/ SABE
a) Marca consulta por telefone	1	2	3	8
b) Atende no período da manhã	1	2	3	8
c) Atende no período da tarde	1	2	3	8
d) Atende no período da noite	1	2	3	8
e) Tem médico ginecologista	1	2	3	8
f) Tem outros especialistas	1	2	3	8
g) É perto de sua casa	1	2	3	8
h) Faz exame de laboratório	1	2	3	8
i) Fornece remédios	1	2	3	8
j) Faz exame de mama	1	2	3	8
k) Faz exame preventivo de câncer de colo de útero	1	2	3	8

l) Medo a pressão	1	2	3	8
m) Faz exame de sangue para diabete (açúcar no sangue)	1	2	3	8
n) Faz pré-natal	1	2	3	8
o) Faz revisão pós-parto	1	2	3	8
p) Fornece métodos para não engravidar	1	2	3	8

4.23. A Sr^a. considera que o posto fornecer métodos para não engravidar é: muito importante, pouco importante ou desnecessário

| 1 | MUITO IMPORTANTE | 2 | POUCO IMPORTANTE | 3 | DESNECESSÁRIO

4.24. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

4.25. A Sr^a. considera que nos últimos três anos os serviços dos postos de saúde melhoraram, ficaram iguais ou pioraram?

| 1 | MELHORARAM | 2 | FICARAM IGUAIS | 3 | PIORARAM

4.26. Por que? (Mais alguma coisa)

TEXTUAL _____

4.27. A Sr^a. sabe que os postos de saúde agora são da prefeitura?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 1.4.3)

4.28. A Sr^a. acha que é por isso que os serviços _____ (VER 4.25)?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

1.4.3. ENTR. Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre grupos de mulheres.

4.29. A Sr^a. conhece algum grupo de mulheres?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A F.4.3)

4.30. Qual? (Conhece mais algum?)

TEXTUAL _____

4.31. Alguma vez a Sr^a. pediu ajuda desses (s) grupo (s)?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A F.4.3.)

4.32. Na última vez em que isto aconteceu para qual grupo a Sr^a. pediu ajuda?

TEXTUAL _____

4.33. O grupo ajudou a Sr^a.?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 4.35)

4.34. Como? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

PASSE A F.4.3.

4.35. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

F.4.3. ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.19 E 1.20

| 1 | GRÁVIDA (1.19 = 1 OU 1.20 = 90/91 PASSE AO ANEXO)

| 2 | NÃO GRÁVIDA (1.20 ≠ 90/91 FIM DA ENTREVISTA)

ANEXO

Nº | | | | | | | |
1 6

SEÇÃO 5: ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

1.5.1. ENTR. Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua última gravidez.

5.1. Está fazendo (fez) pré-natal durante essa gravidez?

| 1 | SIM (PASSE A 5.4) | 4 | NÃO

5.2. Sabe onde fazer o pré-natal?

| 1 | SIM | 4 | NÃO (PASSE A F.5.1.)

5.3. Por que não está fazendo (fez)? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

PASSE A F.5.1.

5.4. Com quantos meses de gravidez a Sr^a. estava quando fez a primeira consulta pré-natal?

_____ MESES | 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA

5.5. Fez a primeira consulta pelo INPS/SUDS, por convênio ou particular?

| 1 | INPS/SUDS | 3 | PARTICULAR
| 2 | CONVÊNIO | 4 | OUTRO. QUAL? _____

5.6. Durante a gravidez foi encaminhada para consultar em outro lugar?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

5.6. Durante a gravidez ficou internada?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 5.11)

5.7. A internação foi pelo INPS/SUDS, por convênio ou particular?

| 1 | INPS/SUDS | 3 | PARTICULAR
| 2 | CONVÊNIO | 4 | OUTRO. QUAL? _____

5.9. Por que foi internada?

TEXTUAL _____

5.10 No total quantos dias ficou internada?

|__|__| DIAS

5.11. No total, quantas consultas fez no pré-natal (COPIAR DO CARTÃO)

|__|__| CONSULTAS

| 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA

5.12. Durante o pré-natal, alguma vez foi feito exame:

- | | | |
|---------------------------------|---------|---------|
| a) de urina | 1 SIM | 2 NÃO |
| b) de fezes | 1 SIM | 2 NÃO |
| c) de sangue | 1 SIM | 2 NÃO |
| d) preventivo de câncer de colo | 1 SIM | 2 NÃO |
| e) de mamas | 1 SIM | 2 NÃO |
| f) ginecológico | 1 SIM | 2 NÃO |
| g) vacina anti-tetânica | 1 SIM | 2 NÃO |

5.13. Em todas as consultas de pré-natal foi:

- | | | |
|---------------------|---------|---------|
| a) pesada | 1 SIM | 2 NÃO |
| b) medida a pressão | 1 SIM | 2 NÃO |
| c) medida a barriga | 1 SIM | 2 NÃO |

5.14. Durante essa gravidez a Sr^a. teve:

- | | | |
|-------------------------------|---------|---------|
| a) diabete (açúcar no sangue) | 1 SIM | 2 NÃO |
| b) infecção de urina | 1 SIM | 2 NÃO |
| c) pressão alta | 1 SIM | 2 NÃO |
| d) doença do coração | 1 SIM | 2 NÃO |
| e) sífilis | 1 SIM | 2 NÃO |

5.15. Durante o pré-natal foi orientada:

- | | | |
|---------------------------------|---------|---------|
| a) sobre aleitamento materno | 1 SIM | 2 NÃO |
| b) sobre como não ficar grávida | 1 SIM | 2 NÃO |

F.5.1. ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.19

- | 1 | GRÁVIDA (1.19 = 1) | 2 | ESTE GRÁVIDA (1.20 = 90/91) (PASSE A 5.17)

5.16. Com quantos meses de gravidez a Sr^a. está?

|__| MESES

FIM DA ENTREVISTA

5.17. Essa gravidez da Sr^a. terminou em parto normal, cesárea ou aborto?

- | 1 | PARTO NORMAL/FÓRCEPS | 2 | CESÁREA | 3 | ABORTO

5.18. Com quantos meses estava quando terminou sua última gravidez?

|__|__| MESES

5.19. A Sr^a. teve o parto (aborto) pelo INPS/SUDS, por convênio ou particular?

- | 1 | INPS/SUDS | 4 | OUTRO. QUAL? _____
- | 2 | CONVÊNIO | 5 | DOMICILIAR -----> PASSE A 5.21.
- | 3 | PARTICULAR

5.20. A Sr^a. foi internada no primeiro lugar que procurou para o parto?

- | 1 | SIM (PASSE A F.5.2.) | 2 | NÃO

5.21. Por que não foi internada?

TEXTUAL _____

F.5.2. ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 5.17.

- | 1 | PARTO NORMAL/FÓRCEPS) | 2 | CESÁREA | 3 | ABORTO

5.22. Por que a Sr^a. fez cesárea?

TEXTUAL _____

5.23. O bebê quando nasceu estava:

a) | 1 | BEM | 2 | MAL | 3 | MORTO -----> PASSE A 5.29b

b) quanto pesou |||||

5.24. Essa criança ainda está viva?

| 1 | SIM (PASSE A 5.26)

| 2 | NÃO

5.25 Com que idade la morreu?

TEXTUAL _____

5.27. Por que?

TEXTUAL _____

PASSE A 5.29

5.28. Até que idade ela foi amamentada:

| 1 | MENOS DE 1 MÊS

| 2 | MAIS DE 1 ATÉ 2 MESES

| 3 | MAIS DE 2 ATÉ 3 MESES

| 4 | MAIS DE 3 ATÉ 4 MESES

| 5 | MAIS DE 4 MESES

| 6 | AINDA MAMA

5.29. Na maternidade lhe orientaram:

- | | | |
|---------------------------------|---------|------------------------|
| a) sobre o aleitamento | 1 SIM | 2 NÃO |
| b) sobre como não ficar | 1 SIM | 2 NÃO |
| c) para fazer revisão pós-parto | 1 SIM | 2 NÃO (PASSE A 5.32) |

5.30. Fez revisão pós-parto no local para onde a orientaram?

- | 1 | SIM (PASSE A 5.34) | 2 | NÃO

5.31. Por que? (Maia alguma coisa?)

TEXTUAL _____

PASSE A 5.34

5.32. A Sr^a. fez revisão pós-parto?

- | 1 | SIM (PASSE A 5.34) | 2 | NÃO

5.33. Por que? Mais alguma coisa?

TEXTUAL _____

FIM DA ENTREVISTA

5.34. A Sr^a. fez a revisão pós-parto pelo INPS/SUDS, por convênio ou particular?

- | | |
|---------------|------------------------|
| 1 INPS/SUDS | 3 PARTICULAR |
| 2 CONVÊNIO | 4 OUTRO. QUAL? _____ |

5.35. Quanto tempo depois do parto a Sr^a. fez essa revisão?

- | 1 | ATÉ 1 MÊS
| 2 | ATÉ 2 MESES
| 3 | MAIS DE 2 MESES

5.36. Nessa revisão foi:

- | | | |
|---|---------|---------|
| a) feito exame “por baixo” | 1 SIM | 2 NÃO |
| b) orientada sobre como evitar gravidez | 1 SIM | 2 NÃO |
| c) foi decidido sobre qual método usar | 1 SIM | 2 NÃO |
| d) orientada sobre aleitamento materno | 1 SIM | 2 NÃO |
| e) medida a pressão | 1 SIM | 2 NÃO |

5.37. A Sr^a. considera a revisão pós-parto, muito importante, pouco importante ou desnecessária?

| 1 | MUITO IMPORTANTE | 2 | POUCO IMPORTANTE | 3 | DESECESSÁRIA

5.38 Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

FIM DA ENTREVISTA