

ANGELA MARIA BACHA

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE
ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO
ESTADO DE SÃO PAULO NO PERÍODO 1987-1990

TESE DE DOUTORADO APRESENTADA AO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE
CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE CAMPINAS PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE DOUTOR EM MEDICINA, ÁREA DE
TOCOGINECOLOGIA

ORIENTADOR: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES
CO-ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a ELLEN HARDY

UNICAMP
1997

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

ALUNA: ANGELA MARIA BACHA

ORIENTADOR: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES

CO-ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a ELLEN HARDY

MEMBROS:

1.

2.

3.

4.

5.

Curso de Pós-Graduação em Medicina na Área de Tocoginecologia da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

DATA: 5 / 12 / 1997

Dedico este trabalho ...

... a meus pais, **Miguel e Tereza,**

pela educação, pelo exemplo, pela dedicação, pelo amor:

“...um artista pode moldar o barro inerte que tem sobre a tripeça de trabalho, e fazer dele, à vontade, uma vasilha ou um deus...”
(Eça de Queirós)

... ao **Oswaldo,**

*pelo amor e pela vida compartilhados,
pelo exemplo, pela amizade, pela paixão:*

*“ Aimer, ce n'est pas se regarder l'un l'autre,
c'est regarder ensemble dans la même direction”*
(Saint-Exupéry)

... à **Andrea** e ao **Victor,**

pelo carinho, pela alegria, pela esperança:

“Não há nada como um sonho para criar o futuro”
(Victor Hugo)

... à **Tereza** e ao **Alex**

pela amizade e pelo estímulo:

*“A coisa mais importante deste mundo não é onde nós nos encontramos,
mas em que direção caminhamos.”*
(Goethe)

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti,
mestre, médico, conselheiro e, sobretudo, amigo,
porque sempre acreditou em mim:

*“Ce qui étonne, étonne une fois,
mais ce qui est admirable est de plus en plus admiré”*
(J. Joubert)

*“Je ne sais pas qui votre coeur préfère.
Mais l’univers sera jaloux de lui.”*
(Voltaire)

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Aníbal Faúndes, orientador excepcional, pela dedicação e estímulo constantes.

Ao Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto Neto, amigo de coração, pela confiança e pelo apoio precioso.

À Prof.^a Dr.^a Maria Salete Costa Gurgel, querida amiga, pela amizade, por ter compartilhado a Coordenação do PAISM em sua fase mais crítica, pelo estímulo, pela qualificação, pelos conselhos....por tanta coisa, Salete, que a lista seria interminável...

À equipe de técnicos da Secretaria de Estado da Saúde que aceitou o desafio de implantar o PAISM: Dr.^a Diva M. P. Araújo, Enf.^a Elaine A. Ferreira, Dr.^a Elizabete P. C. Leme (Bete Poli), Dr. Hélio Tabajara, Dr. Hermann G. de Medeiros, Dr. Jaime de Oliveira Gomes (Jaiminho), Dr. Jayme Golzer, Dr. João Salgado Neto, Enf.^a Laura Pastene, Dr.^a Marcia T. S. Carmona, Dr.^a Maria Cristina Megid, Dr.^a Tânia das Graças Santana e todos os coordenadores do Programa a nível dos Ersas.

À equipe administrativa do Programa na Secretaria de Estado da Saúde, de cuja ajuda inestimável e dedicação incondicional o PAISM não poderia prescindir: nossa eficiente secretária executiva Solange do Nascimento Ramos, nossa dedicada datilógrafa Alice e nossa querida mensageira Lenice.

Às conselheiras e técnicas do Conselho Estadual da Condição Feminina pelo apoio constante, em especial à então Presidenta, Maria Tereza Augusti e à Chefe de Gabinete, Elizabeth Vargas.

Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino, pelo estímulo, pelos conselhos, pelo apoio e pela confiança.

Ao Prof. Dr. José Guilherme Cecatti, pelo estímulo e pela profunda dedicação ao meu exame de qualificação.

Aos docentes, colegas e amigos da Obstetrícia, pelo apoio e estímulo e por suprirem minha ausência.

Ao meu amigo Belmiro, pela velha, sólida e sincera amizade.

Aos docentes, colegas e amigos do DTG e do CAISM, aos que aqui estão e aos que já se foram, pelo convívio afetivo ao longo desses 17 anos de carreira acadêmica.

Ao grupo que executou as duas pesquisas de avaliação do PAISM, pelo rigor metodológico e pelo profissionalismo com que foram conduzidas, o que gerou o excelente material que serviu de base para este trabalho.

Ao Klésio Divino Palhares, à Mariana Segatto, ao Carlos Carducci, à Luzia Gonçalves Aguiar, amigos e colaboradores, pela ajuda preciosa em momentos críticos.

Aos amigos e colaboradores da ASTEC: Sueli Chaves, Hélio José de Abreu, Cyrene O. S. F. A. Camargo, Vanda M. M. F. Ahvener, Maria do Rosário G. R. Zullo, William Alexandre de Oliveira, Néder Piagentini do Prado, Fernanda Atibaia, Sueli Regina Teixeira, Marisa Damasceno de Almeida.

Aos amigos e colaboradores da Obstetrícia, do DTG e do CAISM: Conceição, Silmara, Geraldo, Margareth, Neusinha, Vera, Cristiane, Lúcia, Dulcinéia, Lourdes e demais colegas.

Aos queridos residentes do DTG, pela alegria da convivência e pelo desafio de ensiná-los.

Aos meus alunos, razão primeira de minha carreira universitária, pelo carinho, pela força, pela pureza de intenções, pelo reconhecimento ...

*“...Se o triunfo é definitivo,
torna-se a medida da história e,
edificando o futuro,
decide sobre o sentido do passado.
Em caso de derrota,
a situação já é mais complexa.
Que acontece aos opositoristas?
Quem os julgará?
Em nome de que princípios?
E como se julgarão a eles próprios?
Aceitarão a norma dos vencedores?”*

(Jean-Paul Sartre)

“A verdade é filha do tempo, não da autoridade.”

(Francis Bacon)

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

%	Porcentagem
a.C.	Antes de Cristo
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
CA	Câncer
CEMICAMP	Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas
CENPLAFAM	Centro de Planejamento Familiar Natural
CS	Centro de Saúde
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
ELETROPAULO	Companhia de Eletricidade de São Paulo S/A
EMPLASA	Empresa Metropolitana de Planejamento da Grande São Paulo
ERSA	Escritório Regional de Saúde
Fundação SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MAC	Métodos Anticoncepcionais
N	Número
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAP	Papanicolaou
PCCCUC	Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino de Campinas
PCCM	Programa de Controle de Câncer de Mama
PN	Pré-Natal
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
SAS	Statistical Analysis System
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Unificado de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organization

RESUMO

Embora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher tenha sido proposto em 1983, existem até hoje grandes dificuldades para sua implantação abrangente. O objetivo do presente trabalho foi avaliar alguns aspectos da implantação desse Programa no Estado de São Paulo, no quadriênio 1987-1990, período em que as políticas públicas estaduais priorizaram a saúde da mulher. Foram entrevistadas, por amostragem domiciliar, 2.343 mulheres (1.008 em 1988 e 1.335 em 1991) residentes na região da Penha (município de São Paulo) e na região de Campinas (municípios de Campinas, Indaiatuba, Paulínia e Sumaré). As variáveis estudadas relacionaram-se à assistência ao pré-natal (cobertura, mês de início, número de consultas, exames clínicos e laboratoriais realizados), ao parto (tipo de parto, orientações recebidas na maternidade), ao puerpério (cobertura da consulta de revisão pós-parto, exames realizados, orientações recebidas); ao conhecimento e prática dos exames de prevenção contra o câncer de colo uterino e mama; ao conhecimento, prática e qualidade do planejamento familiar e à evolução da qualidade do atendimento recebido nos postos de saúde. Os dados obtidos em 1991 foram comparados aos de 1988, no sentido de identificarem-se as diferenças entre os dois instantes. A assistência pré-natal teve cobertura e qualidade satisfatórias, nos aspectos estudados, com pequenas variações entre os anos analisados. A incidência de cesáreas foi elevada e a atenção puerperal melhorou, particularmente, na região de

Campinas. O conhecimento e, principalmente, a prática dos exames preventivos de câncer de colo uterino e de mama tiveram incrementos importantes. A qualidade do planejamento familiar foi insatisfatória nos dois locais estudados, com poucas diferenças no decorrer dos quatro anos. Na percepção das mulheres houve melhor qualidade do atendimento recebido nos postos de saúde. Os resultados obtidos permitem concluir que, quando a saúde da mulher é prioridade dentro das políticas públicas, é possível progressos na implantação do PAISM.

SUMÁRIO

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

RESUMO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS	24
2.1. OBJETIVO GERAL.....	24
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	26
3.1. DESENHO DO ESTUDO	26
3.2. TAMANHO DA AMOSTRA	26
3.3. PROCESSO DA AMOSTRAGEM	28
3.4. TREINAMENTO E SELEÇÃO DAS ENTREVISTADORAS E SUPERVISORAS	35
3.5. DOCUMENTOS UTILIZADOS	36
3.6. VARIÁVEIS.....	41
3.7. TRABALHO DE CAMPO	46
3.8. CONTROLE DE QUALIDADE	47
3.9. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	48
3.10. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	49
3.11. ASPECTOS ÉTICOS	50
4. RESULTADOS	51
4.1. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	51
4.2. ASSISTÊNCIA AO PARTO	56
4.3. REVISÃO PÓS-PARTO.....	58
4.4. EXAMES PREVENTIVOS: CÂNCER DE COLO UTERINO	60
4.5. EXAMES PREVENTIVOS: CÂNCER DE MAMA	63
4.6. MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.....	66
4.7. QUALIDADE DO ATENDIMENTO	72
5. DISCUSSÃO.....	74
6. CONCLUSÕES.....	105
7. SUMMARY	107
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
9. BIBLIOGRAFIA DE NORMATIZAÇÕES	122
10. ANEXOS	123
ANEXO 1. Questionários utilizados.....	123
ANEXO 2. Características da população estudada.....	147
ANEXO 3. Serviço em que as mulheres o parto/aborto.....	149

"Com certeza haverá ênfase em certos pontos, porém minha desculpa é a de que quando as condições, durante tanto tempo, pesaram demais para um lado, é necessário fazer o outro pesar bastante".

Mary Beard (historiadora)

1. INTRODUÇÃO

Nos primórdios da humanidade, o papel exercido pela mulher era bem diferente do atual. Conforme relata MILES (1989): "a partir de 500.000 a.C., quando a *femina erecta* colocou-se de pé pela primeira vez ao lado do *homo erectus* em algum primitivo vale ensolarado, muitas mudanças tiveram lugar antes que ambos, juntos, se tornassem *sapiens*" (grifo nosso).

De fato, cada vez mais os indícios históricos têm posto por terra o mito do "homem caçador" - o todo poderoso responsável pela sobrevivência e evolução da espécie humana. Da mesma forma, tem sido reavaliada a visão tradicional da mulher primitiva - tida como desocupada e dependente, que ficava agachada à beira do fogo na entrada da caverna, aguardando seu macho voltar da caça para proporcionar-lhe prazer sexual (BLEIER, 1984).

Parece que as funções desempenhadas pelas mulheres primitivas eram muito importantes para a sobrevivência do grupo e foram fundamentais

para a evolução da espécie. Dos deveres das mulheres primitivas, a coleta de comida era um dos mais importantes. Vários indícios históricos fazem supor que, com frequência, o resultado da caça era frustrante e insuficiente para a alimentação de todo o grupo (LEE & DE VORE, 1968). Eram as mulheres - carregando seus filhos e saindo para a coleta- que, exercitando sua emergente capacidade de classificar, selecionar e coletar, garantiam frutos, raízes, folhas, pequenos animais, etc. para a alimentação da família primitiva (MORGAN, 1972; 1991).

O cuidado com a prole, em contraposição à proteção do grupo, talvez tenha sido a única divisão sexual de trabalho estabelecida nessas sociedades primitivas. E é provável que essas duas funções exercidas pelas mulheres -coletar comida e cuidar da prole- tenham tido importância pelo menos igual na organização social do grupo e no desenvolvimento do espírito de cooperação que as atividades de caça. Conforme argumenta SLOCUM (1975): "A necessidade de organização para a alimentação após o desmame, o aprendizado das ligações socioemocionais mais complexas que estavam aparecendo, as novas habilidades e invenções culturais envolvidas na coleta mais abrangente- tudo isso exigiria um cérebro maior. Excessiva atenção tem sido dada às habilidades exigidas pela caça, muito pouca às habilidades exigidas pela coleta de comida e à criação da prole ainda dependente".

Com o aparecimento da horticultura planejada, as mulheres consolidaram sua importância como as principais produtoras de alimentos. Conforme relata CALDER (1988): "Vem do Egito meridional, há 18.000 anos,

os primeiros traços do cultivo de cevada e trigo em jardins à beira do rio... o riso feminino sem dúvida perturbou as aves aquáticas quando as mulheres chegaram com uma sacola de sementes para inventar a colheita. Talvez fosse apenas um desperdício de comida e nada a ser contado aos homens - mas levava apenas uns instantes para enfiar as sementes nos sulcos já prontos na lama... As mulheres pouco sabiam a respeito de genética de plantas, mas os grãos cresceram e amadureceram antes de o sol ressecar o solo inteiramente, e quando elas voltaram com foices de pedra devem ter sentido orgulho um tanto divino".

Por cerca de 10 a 15.000 anos, segundo afirma CALDER (1988), acreditou-se nesse controle "quase divino" da natureza pela mulher. Mas, há cerca de 8.000 anos, uma explosão populacional provocou mudanças no modo de produção de alimentos. Gradativamente, a agricultura -mais pesada e intensa por exigir que o homem dominasse a natureza- substituiu a horticultura das mulheres (ROBERTS, 1976).

Limpar e arar a terra, plantar, cuidar, colher, começou a ser tarefa por demais árdua para as mulheres. Tendo que cuidar dos filhos, sendo os campos agrícolas não tão próximos dos lares primitivos, a mulher foi se concentrando mais no cuidado direto de seus dependentes e o homem foi gradativamente assumindo a responsabilidade pela subsistência do grupo.

Mas enquanto as mulheres puderam deter e guardar para si o segredo da procriação (que por razões óbvias descobriram primeiro), elas

foram reverenciadas, revestidas de uma aura de magia, quase que deusificadas: "Antes de o processo da reprodução ser compreendido, os bebês simplesmente nasciam das mulheres. Nenhuma ligação era feita com a relação sexual... Os homens, ou pelo menos assim parecia, não tinham, portanto, qualquer participação na cadeia de geração. Só as mulheres podiam produzir novas vidas, e eram por isso mesmo reverenciadas: todo o poder da natureza, e sobre a natureza, pertencia a elas" (MILES,1989)

De fato, as religiões pré-históricas corroboram essas assertivas. Os primeiros deuses que os homens cultuaram eram deusas (STONE,1976). E por cerca de 25.000 anos - que perduraram até poucos séculos antes da Era Cristã - a maior parte das religiões da época cultuou divindades femininas (GRAVES,1950; 1958; FISHER,1980).

Conforme mencionado anteriormente, durante milênios os homens ignoraram sua participação no processo reprodutivo. A gravidez era mágica, um dom feminino, enfim, um segredo das mulheres. Alguns historiadores atribuem à descoberta desse segredo pelos homens, a gênese de um sentimento de "vingança" que se foi aperfeiçoando ao longo do tempo, e que, aliando-se ao fascínio pelo poder, culminou no completo domínio dos homens sobre as mulheres (CAMPBELL, 1970; MARKDALE, 1983). A partir de então, inúmeras gerações de mulheres sofreram as conseqüências de um amargo e maldoso preconceito de inferioridade inata da mulher que, sob diferentes formas e em diferentes contextos, persiste até os dias atuais.

E foi nesse momento que se iniciou a luta das mulheres pela reconquista de seus direitos. Mas foi apenas ao final do primeiro milênio do Cristianismo que começaram a emergir os primeiros sinais de mudança (LABARGE,1986).

Inicialmente restritos à aristocracia, com o início da industrialização na Europa, esses sinais começaram a se tornar mais freqüentes, e vozes femininas oriundas de várias regiões e segmentos sociais começaram a se levantar em defesa da emancipação feminina (WHITELOCK¹ 1732).

A partir da Revolução Francesa as mulheres passaram a reivindicar melhoria das condições de vida e de trabalho, participação política, acesso à instrução e igualdade de direitos entre os sexos (GOUGES², 1791).

Foi somente meio século mais tarde, no bojo do movimento abolicionista mundial, que começou a emergir a luta pelo sufrágio feminino - inicialmente na Europa e alguns anos mais tarde na América (FULFORD, 1958; FRITZ, 1995). E foi na América a primeira vitória dessa luta, quando em 1869 o Estado de Wyoming concedeu o direito de voto às mulheres. O primeiro país que deu à mulher esse direito foi a Nova Zelândia, em 1893. Nos anos subseqüentes, Austrália, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega e Rússia permitiram o voto de suas cidadãs, mas foi apenas em 1918 que a vitoriana Inglaterra reconheceu esse direito. A França resistiu até 1944. (SCOTT & SCOTT, 1975). No Brasil, o Estado do Rio Grande do Norte foi o primeiro a

¹ WHITELOCK, 1732 apud MILES, R. - **A história do mundo pela mulher**. Rio de Janeiro, Casa-Maria Editorial, 1989.

garantir o direito ao voto às mulheres: em 05/04/1928, Celina Guimarães torna-se a primeira eleitora brasileira, ao depositar seu voto em uma urna em Mossoró. Em 1932, o novo Código Eleitoral Brasileiro incorpora o voto feminino e em 1934 esse direito é consagrado pela Constituição (CONSELHO, 1993).

Paralelamente a esse movimento sufragista, um outro movimento desenvolvia-se: a luta pelo direito ao ensino superior. Mais do que o direito ao voto, foi o acesso às faculdades a chave para a causa feminina em fins do século XIX. E este, como aquele, foi igualmente penoso e demorado (RAVEN & WEIR, 1981). A brasileira Nísia Floresta, em 1853, denunciou essa situação, que começava a se corrigir na Europa, mas ainda se expressava de forma marcada no Brasil: “Enquanto pelo velho e novo mundo vai ressoando o brado - emancipação da mulher -, nossa débil voz se levanta na capital do império de Santa Cruz, clamando: educai as mulheres! Povos do Brasil, que vos dizeis civilizados! Governo que vos dizeis liberal! Onde está a doação mais importante dessa civilização e desse liberalismo?”(FLORESTA³, 1853).

No período que se seguiu às reivindicações sufragistas e de ensino superior, eventos mundiais marcantes, como as duas grandes guerras, relegaram a um plano secundário a causa feminina. A partir de meados deste século, alguns acontecimentos foram expressivos para o renascimento e a

² GOUGES, 1791 apud MILES, R. - **A história do mundo pela mulher**. Rio de Janeiro, Casa-Maria Editorial, 1989.

³ FLORESTA, 1853 apud LOURO, G.L. - Mulheres na sala de aula. In: DEL PRIORI, M. (org.) & PASSANEZI, C. (coord). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo, Contexto, 1997. p.443-81.

evolução da luta das mulheres: a descoberta da pílula anticoncepcional e a publicação de obras literárias sobre a condição feminina que impulsionaram as lutas feministas das décadas de 60/70.

O isolamento de progestágenos que, ingeridos pela boca, tinham efeito anovulatório, foi anunciado em 1955 por GREGORY PINCUS: nascia aí a pílula anticoncepcional que tornou possível, para as mulheres, dissociar o sexo da reprodução (PINCUS et al, 1956; ROCK, PINCUS, GARCIA, 1956; PINCUS, ROCK, GARCIA, 1958).

O aparecimento, a partir de meados deste século, de obras literárias de cunho feminista teve grande impacto na sua época, e serviu de base teórica para as lutas das mulheres. Dentre elas destacam-se:

- "O Segundo Sexo" de Simone de Beauvoir, editado em 1949, que faz uma análise brilhante da condição feminina e que imortalizou a frase "Ninguém nasce mulher: torna-se mulher" (BEAUVOIR, 1980).
- "A Mística Feminina" de BETTY FRIEDAN (1963), que deitou por terra o mito da "dona de casa feliz" (FRIEDAN, 1963).

Nos últimos 30 anos cada vez mais as mulheres vêm conquistando um espaço maior na sociedade. Mas resta ainda muito por fazer. Conforme enuncia MILES (1989): "Todas as experimentações democráticas, todas as revoluções, todos os pedidos de igualdade, até aqui e em todos os casos,

pararam aquém da igualdade sexual. Toda sociedade tem, em suas estruturas de poder, uma série de códigos sutis, entrelaçados, de dominação que sempre, em todo lugar, acabam por situar o homem acima da mulher".

E podemos afirmar que esta história - a história das mulheres - que levou tanto tempo sendo feita, em certo sentido está apenas começando...

E por que então abordar neste trabalho uma breve história das conquistas das mulheres, sob uma perspectiva feminina? Porque a base dessas conquistas está na própria discriminação da mulher na sociedade. E porque essa discriminação, como veremos adiante, irá se refletir nas condições de saúde das mulheres.

Relatou-se aqui uma história (ainda que breve e incompleta), a história das vitórias femininas. Pois o outro lado -o do cotidiano, o das derrotas- poderá ser apreendido de qualquer livro tradicional de História. E muito mais pelo que esses livros não contêm; pois a maioria deles omite o papel histórico desempenhado por mais da metade da população do planeta. É na ausência de relatos e registros que se pode perceber quão cruel tem sido a discriminação da mulher na sociedade. E um trabalho como este, que tem na mulher o seu personagem central, não poderia -mesmo correndo o risco de introduzir visões e conceitos não-universais- perpetuar esse silêncio. Antes de tudo ele deve ser um agente de mudanças e, mesmo que de forma modesta, deve contribuir para resgatar a verdadeira história das mulheres, dar-lhes voz, enfim, recuperar seus discursos.

Quando se tenta racionalizar o problema da saúde da mulher, a abordagem deve ser feita dentro de um contexto global, que considere a mulher como um todo. Na verdade, a saúde da mulher não pode estar separada de seu bem-estar social e intelectual e os problemas de saúde não devem ser dissociados da questão global dos direitos da mulher na sociedade contemporânea. É a partir de uma visão histórica que se poderá analisar os aspectos conflitivos da área da saúde.

É notória, dentro do sistema de saúde, a marginalização da mulher (VAN WIJK, VAN VLIET, KOLK, 1996). Os determinantes dessa situação de desvantagem transcendem o setor saúde, relacionando-se intimamente com a definição social dos papéis masculino e feminino, reflexo das relações de poder entre os dois sexos. O processo milenar de dominação da mulher estende-se claramente ao sistema de saúde no sentido de considerá-la importante apenas durante o exercício de sua função procriadora, o que coincide com a visão que a sociedade vem tendo da mulher nos últimos séculos.

Desde o final do século XVIII, com o advento da medicina contemporânea, pode-se perceber mais claramente essas interrelações entre contexto social e médico. É quando a Medicina passa a ter uma racionalidade científica nova, mudam as formas de interpretar o visível e o invisível, surge o modelo de ciência experimental: a ocorrência de fenômenos passa a ser analisada a partir da observação neutra, procurando se “purificar” de qualquer juízo de valores ou interpretações subjetivas (FOUCAULT, 1980a)

A emergência do capitalismo -contexto histórico onde surgiu e se consolidou essa nova visão- traz para a área médica questões sociais maiores, relacionadas à urbanização, à regulação dos nascimentos, à demografia (DONANGELO & PEREIRA, 1979). O médico passa a ter então um papel mais abrangente e torna-se “um cientista social, integrando sua lógica à estatística, à geografia, demografia, topografia, história, torna-se um planejador urbano” (MACHADO et al, 1978).

É nesse contexto que a Medicina se apropria de questões sociais complexas que, embora tenham interfaces marcadas com a ciência médica, não lhe são exclusivas: a sexualidade e a reprodução. E , ao se comparar a visão do papel da mulher na sociedade nos séculos XVIII e XIX com a expressão do saber e da prática médicos nesse período, passa a ser compreensível (mas não aceitável) o fato de que, em sendo essas questões - sexualidade e reprodução- relacionadas aos dois gêneros, são as mulheres que passam a ter seus corpos controlados médica, social e politicamente. E é nesse processo que, segundo VIEIRA (1990), “a questão demográfica se transformará, assim, em problema de natureza ginecológica e obstétrica.”

A comparação dos índices de mortalidade materna e infantil nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos é mais um dado a evidenciar essa discriminação. Salvo raras exceções, a mortalidade infantil no Terceiro Mundo tem evoluído com índices decrescentes ao longo do tempo e seus valores, de um modo geral, não ultrapassam em dez a 15 vezes os índices dos países desenvolvidos. A mortalidade materna, entretanto, alcança índices até

50 vezes maiores que os observados nos países desenvolvidos e, freqüentemente, não mostra tendência à redução; estima-se que ocorram cerca de 585.000 mortes maternas por ano, no mundo: destas, 98% ocorrem em países em desenvolvimento (ROSENFELD, 1989; LOPEZ, 1990). Essas discrepâncias são de tal magnitude em algumas regiões - a mortalidade materna na região da África ao sul do Saara chega a ser 200 vezes maior que a do mundo desenvolvido - que colocam a mortalidade materna como o indicador de saúde que exhibe as maiores disparidades entre países ricos e pobres (KOBILINSKY, 1995).

Essa questão da discriminação da mulher - que é muito mais perversa no mundo não-desenvolvido (DYCHES & RUSHING, 1996) - e sua valorização apenas enquanto procriadora pode ser evidenciada na priorização que normalmente se dá a seus problemas de saúde. Tomemos como exemplo o Brasil. Nos últimos 20 anos, os sucessivos governos têm dado uma ênfase quase que exclusiva (embora insuficiente) à assistência à gestante. Nos últimos dez anos a Razão de Mortalidade Materna no Brasil esteve ao redor de 150/100.000 nascidos vivos, o que corresponde a cerca de 5.200 mortes por ano devido a esta causa. Por outro lado, estima-se que a cada ano cerca de 7.000 mulheres morram devido a neoplasias de colo uterino e mama (BRASIL, 1992b).

Não se trata aqui de desvalorizar a mortalidade materna, evento que, por si só, já significa uma tragédia, e cujos valores em níveis populacionais acabam por expressar a própria condição de saúde das mulheres de uma

determinada região. Mas tratar com descaso doenças tão graves e que ceifam a vida de um número até maior de mulheres - o que vem sendo feito nos últimos 30 anos - é, talvez, o exemplo mais contundente da forma como a sociedade encara a mulher e a "valoriza", ou seja, como procriadora (ou reprodutora).

Até recentemente, os serviços públicos de saúde do Brasil e do Estado de São Paulo estavam organizados no sentido de atender à mulher apenas durante o ciclo gravidopuerperal. De um modo geral, a própria estrutura de um Centro de Saúde impedia a ampliação de atividades voltadas à promoção da saúde da mulher: não existia, na maioria dos postos, o consultório ginecológico (apenas um divã para a realização de pré-natal); a figura central que atendia a mulher era o "pré-natalista"; não estavam disponíveis insumos e medicamentos específicos relacionados com a saúde da mulher.

Essa situação, que viria a perdurar até o final da década de 80, contrariava as expectativas de alguns especialistas que, se deparando com problemas ginecológicos graves em mulheres não-grávidas, começaram a questionar o modelo proposto e a desenvolver alternativas de abordagem aos problemas de saúde femininos.

O câncer de colo uterino era tema em debate já nos anos cinquenta nos Estados Unidos. A proliferação de programas de triagem através do teste de Papanicolaou trazia para a área médica a perspectiva - inédita e almejada - de cura do câncer (CAMPION & REID, 1990). No Brasil, algumas iniciativas

isoladas introduziram a prática da triagem do câncer cérvico-uterino em populações pré-determinadas já no final da década de 60. Nesse sentido, um dos programas pioneiros foi o Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino de Campinas (PCCCUC), desenvolvido pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) a partir de 1967, e que logrou reduzir, nas décadas subseqüentes à sua implantação, a incidência de casos avançados dessa neoplasia (PINOTTI & FAÚNDES,1988). Vertical em sua essência, em seus objetivos e em seu desenho, o PCCCUC tem o mérito de ter sido uma das primeiras iniciativas que enfocavam outros aspectos da saúde da mulher que não aqueles afeitos ao ciclo gravídopuerperal. E, principalmente, tem o mérito de ter alcançado resultados surpreendentes: em 1991, Campinas era um dos municípios brasileiros com as menores incidências dessa doença (KOIFMAN, 1995). Nos anos seguintes, outros programas verticais começaram a surgir, como foi o caso do Programa de Controle de Câncer de Mama (PCCM), também desenvolvido pela UNICAMP, a partir de 1973 (PINOTTI & FAÚNDES, 1988).

A necessidade de integrar melhor esses programas verticais fez surgir, na UNICAMP, a proposta do *check-up* ginecológico simplificado, onde - em um mesmo atendimento - se realizavam as ações de saúde dos diferentes programas: nasceu, em 1977, o Ambulatório Experimental de Tocoginecologia Preventiva que trazia, em sua concepção, os princípios de assistência integral e integrada à saúde da mulher, base para a conceituação do PAISM nos anos subseqüentes (PINOTTI & FAÚNDES, 1988).

Mas foi somente na década de 80 que -tanto a nível federal como no Estado de São Paulo- iniciou-se um processo de discussão, desencadeado por um lado por profissionais de saúde atentos às necessidades das mulheres e que não aceitavam essa visão fragmentária do sistema de saúde (PINOTTI & FAÚNDES, 1984; PINOTTI, 1984) e, por outro lado, por grupos organizados de mulheres que reivindicavam uma maior participação na política de saúde reprodutiva e propunham novas estratégias de abordagem da saúde da mulher pelo sistema de saúde. Com o início e posterior aprofundamento desse debate surgiu proposta de redirecionamento da assistência à mulher encarando-a como um ser integral, com necessidades de saúde que extrapolam o ciclo gravidopuerperal. Nascia então o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em cuja elaboração a UNICAMP teve papel fundamental, ao lado dos próprios grupos de mulheres (BRASIL, 1984; OSIS, 1994).

A nível federal, o PAISM enfrentou muitas dificuldades nos anos iniciais, o que permitiu ao Estado de São Paulo - naquela época um dos estados mais organizados do ponto de vista da saúde pública - avançar e tornar-se o estado pioneiro na implantação desse importante programa de saúde. Já em 1983, a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES - SP) constituiu um grupo de trabalho que tinha por objetivo planejar o desenvolvimento do PAISM a nível estadual.

A partir de meados de 1985, algumas medidas concretas começaram a ser adotadas como, por exemplo, a elaboração de normas técnicas, a contratação de médicos ginecologistas para algumas unidades de

saúde, a realização de simpósios para a sensibilização de profissionais de saúde para o PAISM.

Mas foi somente a partir de 1987 que o PAISM começou a se consolidar de forma significativa em São Paulo. E isso foi possível graças à priorização que a saúde e o bem-estar da mulher receberam dentro das políticas públicas do Estado no período 1987 - 1990.

Para que se possa analisar de forma adequada a implantação do PAISM, é fundamental que se exponha aqui quais foram as bases filosóficas e as diretrizes gerais adotadas para esse Programa no período de referência deste estudo. A premissa básica que norteou a implantação do PAISM em São Paulo foi a da atenção integral à saúde, considerando a mulher como um ser integral, biológico e psicossocial; como um ser que pensa, sente e tem emoções, que tem necessidades de saúde, algumas comuns à população geral, outras específicas de sua condição feminina.

A tradução desse conceito para a prática far-se-ia através da oferta de um elenco de ações, de forma integrada e integral em relação às demandas da população feminina, nas diferentes fases de sua vida. Todas as mulheres, solteiras, casadas, com ou sem filhos, grávidas ou não, deveriam ter acesso aos cuidados de saúde dirigidos à prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação dos principais agravos à saúde a que estão expostas.

O PAISM surgiu com a finalidade de integrar, ampliar e aprimorar as diferentes formas de assistência médica voltadas para a mulher e anular a

dicotomia preventivo-curativa. Dentro desse espírito, o PAISM deveria se constituir em instrumento para organizar os serviços de saúde voltados para a mulher, melhorar a qualidade do atendimento prestado à população feminina e permitir à mulher encontrar receptividade para discutir suas necessidades de saúde nesses locais.

O principal objetivo do PAISM, durante o período compreendido por este estudo, era “diminuir a mortalidade e a morbidade causadas pelas principais doenças que afetam a população feminina, oferecendo um conjunto de ações integradas e simplificadas que permitissem acesso fácil e eficiente à população feminina atendida pelo sistema público de saúde”.

O Programa tinha como objetivos específicos reduzir as mortalidades materna, perinatal e por câncer ginecológico; corrigir a distorção no uso de métodos anticoncepcionais e controlar as doenças sexualmente transmissíveis. A seleção desses problemas de saúde baseou-se em critérios epidemiológicos, na factibilidade das ações e na disponibilidade de tecnologias apropriadas para a sua resolução.

Na década de 80, no Estado de São Paulo, intensificavam-se os sinais da transição epidemiológica que caracterizaria a saúde da população brasileira nos anos subseqüentes: aos problemas de saúde típicos dos países não-desenvolvidos (elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, desnutrição, doenças infecto-contagiosas) se somavam problemas decorrentes do desenvolvimento urbano e do envelhecimento da população (doenças

cardiovasculares, neoplasias, acidentes e violências) (DUCHIADE, 1995; MURRAY & LOPEZ, 1997). O Brasil passaria a enfrentar, a partir de então, uma transição demográfica e epidemiológica (ESCOVITZ, 1992) com diferenças marcadas entre os gêneros: a “feminilização” da velhice traria mudanças no perfil de saúde da população (BONITA & HOWE, 1996).

Esse panorama foi o responsável pela inclusão no plano estratégico do PAISM desse período, de ações de combate à mortalidade materna com a mesma ênfase que aquelas relacionadas ao controle das neoplasias ginecológicas. E dentre as neoplasias selecionaram-se as de colo uterino e mama, porque a mulher brasileira vivenciava a concomitância de câncer ginecológico característico do mundo subdesenvolvido -colo uterino- e do desenvolvido -mama (KOIFMAN, 1995).

Embora ainda com um grande componente de saúde reprodutiva, a implantação do PAISM em São Paulo, no período de 1987 a 1990, trazia aspectos inovadores em seu plano estratégico: da mesma forma que previa a adoção de medidas técnicas para o controle do câncer ginecológico, por exemplo, dava ênfase aos aspectos educativos -em todos os níveis- para a consecução dos objetivos propostos.

Assim, como base para o desenvolvimento do Programa, foram adquiridos equipamentos e insumos para a organização de consultórios ginecológicos; foram contratados profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc.) que passaram por programas de sensibilização e treinamento; foram feitos

cursos de reciclagem para os profissionais de saúde já atuantes no Programa; foi desenvolvido material informativo e educativo para a população (folhetos, cartilhas, cartazes); organizou-se Comissão de assessoria para o Programa, formada por professores de diferentes Faculdades de Medicina do Estado e por mulheres representando órgãos de defesa da mulher; e criou-se uma estrutura descentralizada de gerenciamento do PAISM, onde, cada região do Estado (ERSA- Escritório Regional de Saúde) dispunha de um coordenador regional do Programa, que mantinha contato contínuo com a equipe do nível central.

Como medidas específicas para o combate à mortalidade materna foram criados Comitês de Morte Materna, iniciativa inédita no país (CUNHA et al, 1991); os coordenadores regionais do Programa foram estimulados e assessorados para a organização de atenção pré-natal segundo níveis de risco e para o aprimoramento do pré-natal na rede básica; foi desenvolvido material informativo de incentivo ao parto normal; foram adotadas medidas de controle da incidência de cesáreas na rede hospitalar; foi dada ênfase à consulta pós-parto e ao aconselhamento reprodutivo nesse período; e foram desenvolvidas atividades de treinamento para os profissionais de saúde.

Em relação ao câncer de colo uterino e mama, ampliou-se a capacidade dos Postos para a realização de exames ginecológicos e para a detecção e resolução de patologias ginecológicas benignas (treinamento dos profissionais de saúde, aquisição de material ginecológico básico, de colposcópios e de cautérios); incrementou-se a coleta do Papanicolaou na rede básica; ampliou-se a capacidade laboratorial para a leitura das lâminas, através

da ampliação dos laboratórios já existentes ou da organização de novos laboratórios modulares; foi estimulada a prática do exame clínico mamário e do ensino do auto-exame de mamas; foi organizada a Onco-Rede para o acompanhamento dos casos detectados na rede básica; e foram realizadas amplas campanhas de informação para a população.

Para a correção da distorção da prática do planejamento familiar, abasteceram-se os postos de saúde com os métodos anticoncepcionais previstos no PAISM; realizaram-se treinamentos para os profissionais de saúde e campanhas informativas para a população; estimulou-se a produção no Estado de métodos, até então, só obtidos através de importação (geléia espermicida e diafragma); realizaram-se convênios com instituições especializadas para a capacitação em métodos específicos (por exemplo, convênio com CENPLAFAM, para o ensino de métodos naturais).

Outras medidas foram adotadas para o desenvolvimento de outros aspectos do Programa, como por exemplo, para o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS, ou para o atendimento à mulher no período do climatério. Sua descrição, todavia, foge ao escopo deste trabalho, posto que esses aspectos não foram incluídos neste estudo.

Um outro aspecto importante refere-se à necessidade de adequação contínua das estratégias do Programa ao processo de mudança que estava ocorrendo no âmbito da SES/SP para a consolidação do Sistema Único de Saúde: em junho de 1987, o governo federal e o governo do estado assinaram

o convênio que definiu a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em São Paulo, o que permitiu ao Estado incorporar os órgãos (e as ações) de saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) que estavam aqui localizados. A partir daquele momento, teve início quase simultâneo o processo de municipalização da saúde, que se desenvolveu em ritmo acelerado: ao final de 1990, 574 dos 583 municípios existentes no Estado já haviam assinado o convênio de municipalização (SÃO PAULO, 1991a).

Com o início do processo de mudanças e, particularmente, com a incorporação do INAMPS e com o desenvolvimento da municipalização, a SES, que era responsável apenas por alguns programas de medicina preventiva realizados nos centros de saúde e por alguns poucos hospitais, assumiu, a partir de 1987, toda a responsabilidade assistencial ao incorporar os hospitais e ambulatórios próprios do INAMPS, os Hospitais Universitários e o controle solidário dos Sistemas Municipais de Saúde. Essa nova situação, particularmente por sua transitoriedade, exigia que o Programa se adaptasse, de forma contínua, a cada realidade regional e a cada fase do processo, o que tornava a implantação do PAISM mais complexa, mas também mais interessante, por ser mais desafiadora...

Para finalizar, faz-se mister esclarecer as razões que levaram a SES a planejar a realização das duas avaliações do PAISM a nível populacional, avaliações essas que serviram de base para a realização deste trabalho. No início de 1987, o sistema de informações de saúde da SES/SP em grande parte

ainda operava de forma manual: os boletins de produção dos postos de saúde eram preenchidos manualmente e remetidos, via malote, ao escritório regional. Nesse nível se consolidavam os boletins das unidades, e os disquetes ou relatórios mensais eram remetidos, também por malote, para a sede. Isso gerava uma morosidade no processamento de informações, que não raro eram incompletas. Para agravar essa situação, os dados relacionados à saúde da mulher que constavam dos boletins de produção eram muito superficiais para permitir uma real avaliação da implantação do Programa nesse período em que seria priorizado: referiam-se, em geral, à cobertura e número total de consultas de algumas ações de saúde.

Essa deficiência do sistema de informações de saúde, sugeria o agravamento das dificuldades em relação à disponibilidade de informações que seriam necessárias ao monitoramento da operacionalização do Programa: afinal, sobre um sistema de informações que já operava além de seus limites, estariam se somando toda a sobrecarga de informações gerada pela incorporação de novas responsabilidades com a implantação do SUDS. Para minimizar essas dificuldades, programaram-se e realizaram-se dois inquéritos populacionais por amostragem, um no primeiro ano (1988) e o outro no último ano do período (1991), de caráter comparativo entre si.

Esses dois inquéritos foram realizados por uma instituição de pesquisa não vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para garantir uma maior autonomia/ neutralidade ao processo avaliatório. Esta

instituição foi o Centro de Pesquisas e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), organização não-governamental de pesquisa.

Como pressuposto básico deste trabalho, assume-se que o Governo de São Paulo priorizou a Saúde da Mulher dentro das políticas sociais do Estado, e que a Secretaria de Estado da Saúde priorizou a implantação do PAISM, no período de 1987 a 1990 (SÃO PAULO, 1988b).

O objetivo do presente estudo é, então, avaliar os resultados da implantação do PAISM no Estado de São Paulo no período de 1987 a 1990, utilizando como fontes de informação comparativa os dois inquéritos supracitados. As ações desenvolvidas durante este período puderam ser elencadas, posto que a autora deste trabalho foi, no período estudado, coordenadora do PAISM no Estado de São Paulo.

Serão analisados alguns indicadores de saúde e algumas atividades relacionados aos objetivos específicos do PAISM naquele período, em duas regiões do Estado de São Paulo, sendo uma na Capital e outra no interior do Estado.

A análise desses dados poderá contribuir no futuro para o desenvolvimento e implementação do PAISM, posto que ações político-administrativas e técnicas poderão ser enfatizadas ou redirecionadas com base nos resultados aqui obtidos. Além disso, deverá permitir uma melhor compreensão do momento histórico e do processo político que determinaram as condições para a implantação pioneira do PAISM no território nacional.

*“La Femme naît libre et demeure égale
à l’Homme en droits.”*

Olympe de Gouges

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar os resultados das ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde para a implantação do PAISM no Estado de São Paulo, nos anos de 1987 e 1990, através da análise de alguns indicadores de saúde e de qualidade de assistência em duas regiões do Estado.

2.2. Objetivos específicos

- ? Analisar, de forma comparativa entre os anos de 1987 e 1990, alguns indicadores de cobertura (número e concentração de consultas, mês de início) e qualidade (avaliação clínica e laboratorial) da atenção pré-natal.

- ? Comparar a cobertura e a qualidade (tipo de parto, orientações recebidas) da assistência hospitalar ao parto, em 1987 e 1990.
- ? Estudar, comparativamente entre os anos de 1987 e 1990, alguns indicadores de cobertura e qualidade (exames clínicos, orientações recebidas) do seguimento pós-parto.
- ? Avaliar, de forma comparativa entre os anos de 1987 e 1990, alguns indicadores de conhecimento e prática dos exames de prevenção de câncer de colo uterino e mama.
- ? Identificar a adequação de uso de métodos anticoncepcionais nos dois momentos estudados.
- ? Avaliar a percepção das mulheres em relação à evolução da qualidade do atendimento recebido.

“I know nothing but woman and her disfranchised.”

Suzan B. Anthony

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. Desenho do estudo

O presente trabalho foi o resultado de um estudo comparativo de série temporal realizado através de duas pesquisas de avaliação do PAISM no Estado de São Paulo, desenvolvidas no início de 1988 (ano-base 1987) e 1991 (ano-base 1990).

Essas duas pesquisas foram descritivas, de corte transversal e base populacional, e tinham por objetivo avaliar a implantação do PAISM em algumas regiões do Estado.

3.2. Tamanho da Amostra

3.2.1. Primeira Avaliação

A avaliação de 1988 foi desenvolvida em nove Escritórios Regionais de Saúde (ERSA) dos 62 então existentes, sendo seis na Região Metropolitana

de São Paulo (RMSP) e três no Interior do Estado. A seleção dos ERSAs baseou-se na avaliação do desenvolvimento do PAISM junto aos coordenadores regionais, segundo critérios pré estabelecidos: dos nove ERSAs selecionados, um terço estava entre os que receberam as melhores pontuações, um terço entre os piores pontuados e um terço no grupo médio. Foram entrevistadas 3.703 mulheres na faixa etária de 15-49 anos, sendo 2.021 na RMSP e 1.682 no Interior.

Destas, selecionaram-se para o presente estudo 1.008 mulheres, por residirem na área de abrangência geográfica do ERSA-4 Penha de França (336 mulheres) ou do ERSA-27 Campinas (672 mulheres). A seleção dessa subamostra possibilitou o caráter comparativo deste estudo, posto que a segunda avaliação, como será visto adiante, só foi realizada nesses dois ERSAs.

Das 1.008 mulheres, 204 (20,2%) também responderam à Seção 4 - Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério do questionário, por estarem grávidas no momento da entrevista ou por terem tido gestações cujo término ocorreu durante o ano de 1987 ou 1988 (até a data da entrevista), sendo 61 mulheres na Penha e 143 em Campinas.

3.2.2. Segunda avaliação

Em 1991, em virtude da limitação de recursos para a viabilização da segunda pesquisa, esta só pôde ser realizada em dois ERSAs dos nove que

havam participado da avaliação anterior. Selecionaram-se os ERSA's da Penha e Campinas por serem de diferentes regiões do Estado (capital e interior) e por terem recebido qualificações diferentes na classificação feita para a primeira avaliação (Campinas - bom e Penha - mau).

Entrevistaram-se 1.335 mulheres na faixa etária de 15-49 anos, sendo 487 no ERSA-4 e 848 no ERSA-27. Para o presente estudo utilizou-se toda a amostra da segunda avaliação. Das 1.335 mulheres, 223 (16,7%) responderam também à Seção 5- Assistência ao Pré-natal, Parto e Puerpério, por estarem grávidas no período de referência (1990 e 1991, até a data da entrevista), sendo 60 na Penha e 163 em Campinas.

3.3. Processo da Amostragem

3.3.1. Regiões Estudadas

A pesquisa foi desenvolvida em duas regiões do Estado de São Paulo, uma correspondente à área de abrangência geográfica do Escritório Regional de Saúde de Penha de França (ERSA-4), na capital e a outra à área do ERSA-27 (Campinas), no interior.

3.3.2. Seleção dos Bairros e Municípios

Para selecionar os bairros (ERSA-4) ou municípios (ERSA-27) onde seriam feitas as entrevistas, considerou-se o número de mulheres de 15 a 49 anos de idade neles residentes e também a distância e as dificuldades de

transporte. O fato das entrevistadoras utilizarem transporte coletivo para ir ao campo não permitiu a inclusão no estudo de lugares muito afastados ou de difícil acesso.

No ERSA-4 incluíram-se os bairros de Tatuapé, Vila Matilde, Penha de França e Cangaíba e no ERSA-27, os municípios de Campinas, Indaiatuba, Paulínia e Sumaré.

3.3.3. Seleção dos setores censitários *

Obtiveram-se mapas dos municípios e bairros selecionados, através das respectivas prefeituras e da Empresa Metropolitana de Planejamento da Grande São Paulo (EMPLASA). Os setores censitários foram transcritos para esses mapas a partir daqueles existentes no setor de Documentação Censitária

* Setor censitário é a menor unidade de amostragem utilizada pelo IBGE, geralmente formado por vários quarteirões, outras vezes por uma favela.

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em São Paulo. Para a seleção dos setores onde se fariam as entrevistas, privilegiaram-se as seguintes características: a presença de favelas e cortiços, o fato de ser uma área com população de baixa renda e o interesse em incluir mulheres da maior diversidade geográfica possível.

Nos mapas do IBGE estavam assinaladas as favelas; outras informações sobre favelas, cortiços e bairros mais carentes no ERSA-4 foram

obtidos através da Companhia de Eletricidade de São Paulo S.A. (ELETROPAULO).

Em cada bairro ou município selecionaram-se tantos setores censitários quantos fossem necessários para completar o número desejado de entrevistas, considerando que cada entrevistadora faria, em média, quatro entrevistas por dia e trabalharia cada dia em um setor diferente.

3.3.4. Seleção das mulheres

A seleção das mulheres envolveu dois processos: o percurso da entrevistadora e a seleção da mulher.

A entrevistadora recebia, para cada dia de trabalho, um mapa do setor que lhe correspondia. Começava o seu percurso no primeiro endereço da esquina de uma das ruas que delimitavam o setor com uma rua que entrava nele. Continuava percorrendo a rua limite, sempre para a direita. Dessa forma, estava dando uma volta completa ao redor do setor, retornando ao ponto inicial.

Se até aquele momento não conseguisse completar o número estabelecido de entrevistas, continuava o percurso, desta vez entrando pela rua que fazia esquina com a rua limite do setor no ponto inicial. Seguia em frente, andando pela calçada de seu lado esquerdo. Se precisasse virar, sempre que possível, o fazia para a direita.

Se não fosse possível virar à direita, virava à esquerda ou recomeçava em outro ponto ainda não visitado do setor. Evitava, ao máximo, obter informações dos dois lados de uma mesma rua, no interior do setor.

No caso de encontrar um cortiço, prédio ou beco, entrava e obtia informações para cada endereço (moradia, apartamento, casa). No caso de favelas, devia obter as entrevistas percorrendo-a pelos limites externos, até conseguir o número desejado de entrevistas. Se desse uma volta completa e não conseguisse o número necessário, entrava no interior da favela pela rua ou entrada mais próxima do ponto onde completara a volta.

A entrevistadora utilizava fichas de itinerário para registrar seu percurso em cada área (bairro ou município), preenchendo quantas fossem necessárias e as entregava à supervisora ao término do trabalho. Para cada área, a entrevistadora começava uma nova numeração para essas fichas.

Na ficha de itinerário identificavam-se e anotavam-se os endereços onde moravam mulheres elegíveis. Qualquer pessoa adulta da casa podia fornecer os dados necessários ao seu preenchimento. Se não houvesse ninguém em casa, procurava-se obter as informações através de vizinhos.

Na primeira linha anotavam-se as informações correspondentes ao primeiro endereço visitado. Na coluna "END N.º" escrevia-se 1; na coluna "RUA E NÚMERO", anotava-se o nome da rua e o número da casa, apartamento ou barraco. Na terceira coluna "NOME 15-49 ANOS", referente às mulheres entre

15 e 49 anos, escrevia-se o nome ou apelido da(s) mulher(es) dentro dessa faixa etária que morava(m) nesse endereço.

Na quarta coluna "IDADE CRESC" anotavam-se as idades das mulheres ao lado dos respectivos nomes e em ordem crescente. Na coluna "SELEÇÃO", assinalava-se um "X" para a mulher selecionada, conforme critérios pré-estabelecidos. Na última coluna ("OBS") anotava-se qualquer eventualidade relacionada à mulher selecionada; também nessa coluna anotava-se o número do questionário utilizado, quando a mulher era entrevistada.

As informações para o endereço seguinte começavam a ser anotadas na primeira linha abaixo do nome da última mulher do endereço anterior. Exemplo:

End nº	Rua e número	Nome 15 a 49 anos	Idade cresc	Seleção	Obs.
1	Av. Anchieta/221	Joana	31	X	Internada
2	Dr. Quirino/47	Maria	19		Viajando
		Odete	23		-
3	Dr. Quirino/63	Denise	47	X	74/006
4	Dr. Quirino/71	Rosa	21		
		Marta	30		
		Maria	46	X	75/006
5	Dr. Quirino/77	Júlia	36		

As mulheres a serem entrevistadas eram selecionadas dentre aquelas que estavam registradas na ficha de itinerário. Devia-se entrevistar uma de cada três mulheres registradas. Em cada área, entrevistava-se a primeira mulher anotada na folha, depois pulavam-se duas e entrevistava-se a seguinte. Prosseguia-se dessa forma até obter-se o número de entrevistas que havia sido definido para a área.

Se uma mulher selecionada não pudesse ser entrevistada por qualquer razão (doença, ausência prolongada, recusa em participar, etc.), devia-se registrar o fato no espaço correspondente ("OBS") e continuar o processo de seleção, pulando as duas mulheres subseqüentes e entrevistando a seguinte.

3.3.5. Definição do número de entrevistas

O número de entrevistas feitas foi definido levando em consideração vários fatores: a verba disponível para as pesquisas; o número de pessoas que poderia ser treinado para ter uma atuação adequada como entrevistadores; o número de entrevistas que poderiam ser feitas por dia.

Na primeira avaliação (1988) as equipes foram constituídas por quatro entrevistadoras e uma supervisora cada uma. Cada entrevistadora realizaria quatro entrevistas por dia de trabalho.

Na segunda avaliação (1991), as equipes foram formadas por cinco entrevistadoras e uma supervisora cada uma. Cada entrevistadora realizaria cinco entrevistas por dia de trabalho.

Dessa forma, em 1988 entrevistaram-se 1.008 mulheres, sendo:

? 336 do ERSA-4

? 672 do ERSA-27

Em 1991, 1.335 mulheres foram entrevistadas:

? 487 do ERSA-4

? 848 do ERSA-27

3.4. Treinamento e seleção das entrevistadoras e supervisoras

3.4.1. Pré-seleção

Através de divulgação junto às Escolas de Enfermagem (1988) e em jornais de grande circulação (1988 e 1991), selecionaram-se candidatas a entrevistadoras. As condições pré-estabelecidas foram: sexo feminino, universitárias e possibilidade de oferecer dedicação em tempo integral durante o treinamento e trabalho de campo.

Após a inscrição foi feita uma pré-seleção para o treinamento em que se consideraram, entre outras características: idade, experiência prévia com trabalho de campo, a legibilidade da letra e a razão pela qual havia se candidatado ao trabalho.

3.4.2. Treinamento e seleção

As candidatas pré-selecionadas submeteram-se à aproximadamente 40 horas de treinamento teórico-prático. As candidatas foram ensinadas a selecionar as mulheres, a desenvolver entrevistas e a preencher corretamente o questionário. Desenvolveram-se numerosas entrevistas simuladas em aula e entrevistas como tarefa de casa para experiência prática. Exigiu-se 100% de frequência.

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 o desenvolvimento do trabalho.

Dentre estas, selecionaram-se supervisoras, na seguinte proporção: uma supervisora para cada quatro entrevistadoras (1988) e uma supervisora para cada cinco entrevistadoras (1991). As supervisoras foram escolhidas levando-se em consideração a avaliação escrita, sua capacidade de liderança e, também, seu interesse em desempenhar essa função. Para elas realizou-se um treinamento adicional de um dia e meio (1988) e um dia (1991), quando se abordaram suas funções específicas: entrega e recepção de material, revisão dos questionários preenchidos, controle do trabalho de campo e da seleção das mulheres entrevistadas.

3.5. Documentos utilizados

3.5.1. Questionários

Os questionários foram elaborados de modo a facilitar o trabalho da entrevistadora e ajudar a entrevistada a fornecer as informações necessárias, de forma lógica e coerente.

3.5.1.1. Questionário de 1988

O questionário constou de uma capa e quatro seções:

- ? Seção 1: Características
- ? Seção 2: Métodos Anticoncepcionais
- ? Seção 3: Exames Preventivos
- ? Seção 4: Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério.

Ele foi dividido em quatro seções com o objetivo de facilitar a dinâmica da entrevista. Por exemplo: nem todas as mulheres responderiam à Seção 4, apenas aquelas cuja gestação terminou no ano de 1987 ou 1988 (até a data da entrevista) ou as que estavam grávidas no momento da entrevista.

Quase todas as perguntas foram pré-codificadas, mas algumas exigiram respostas textuais. O modelo do questionário utilizado encontra-se no ANEXO 1.

3.5.1.2. Questionário de 1991

O questionário utilizado na Avaliação de 1991 foi basicamente o mesmo empregado na primeira pesquisa, realizada em 1988. Foi acrescentada uma nova seção para abordar a qualidade do atendimento dos serviços de saúde e nas outras seções foram feitas pequenas modificações visando evitar alguns problemas detectados no processamento e análise dos dados da primeira pesquisa.

Ele constou de uma capa e cinco seções:

- ? Seção 1: Características
- ? Seção 2: Métodos Anticoncepcionais

- ? Seção 3: Exames Preventivos
- ? Seção 4: Qualidade do Atendimento
- ? Seção 5: Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério.

A Seção 5 também só foi respondida pelas mulheres cuja gestação terminou em 1990 ou 1991 (até a data da entrevista) ou as que estavam grávidas no momento da entrevista.

Da mesma forma que o questionário anterior este também continha, em sua maioria, perguntas com respostas pré-codificadas, mas algumas exigiram respostas textuais. O modelo encontra-se no ANEXO 1.

3.5.2. Manual da entrevistadora

3.5.2.1. Avaliação de 1988

O manual teve por objetivo fornecer instruções básicas a serem seguidas pela entrevistadora em seu trabalho de campo, servindo de guia para dirimir dúvidas e/ou solucionar problemas que pudessem surgir no desenvolvimento do trabalho.

Em seu conteúdo constavam instruções sobre a seleção de domicílios e de mulheres, a técnica de entrevista, o conteúdo do questionário e a forma correta de registrar as informações.

Esse manual foi usado durante o treinamento das entrevistadoras e para consulta durante o trabalho de campo.

3.5.2.2. Avaliação de 1991

O manual utilizado na pesquisa de 1988 foi revisado com base nas modificações que foram feitas no questionário e foi adaptado ao novo formulário. Seu conteúdo básico foi mantido, incluindo informações pertinentes ao bom desenvolvimento do trabalho de campo e à designação de responsabilidades e atividades.

Esse manual continha uma descrição geral do questionário, informações sobre a técnica da entrevista e instruções específicas para cada seção, com o objetivo de tornar homogêneos os conceitos utilizados durante o trabalho de campo e permitir uma coleta de dados uniforme. Da mesma forma que na pesquisa anterior, esse manual foi utilizado durante o treinamento das entrevistadoras e para consulta, sempre que o trabalho de campo o exigiu.

3.5.3. Manual da supervisora

Esse manual forneceu informações sobre os procedimentos a serem seguidos pela supervisora, constituindo-se em um referencial durante o trabalho de campo. Transmitiu noções sobre as responsabilidades administrativas, de supervisão e de fiscalização do trabalho, bem como sobre a distribuição e revisão de todo o material utilizado.

Para isto, continha instruções sobre como completar as folhas de controle do trabalho da entrevistadora, conferir questionários, fiscalizar a conduta no campo e organizar toda a parte administrativa relacionada à sua

equipe, como por exemplo, o preenchimento do formulário de prestação de contas.

Esse manual, utilizado em 1988, foi revisto para a avaliação de 1991, com base nas experiências do trabalho de campo anterior. Seu conteúdo básico foi similar ao primeiro, dispondo de instruções específicas que permitiam à supervisora desenvolver suas atividades de maneira uniforme e sistemática.

Os manuais foram utilizados durante os treinamentos das supervisoras e também para consulta no trabalho de campo.

3.5.4. Manual de crítica

Os manuais de crítica foram dirigidos aos revisores dos questionários preenchidos. O manual de 1991 foi também revisado e adaptado às mudanças que foram feitas no questionário.

Os questionários preenchidos no campo foram revistos, no escritório, de forma mais sistemática e crítica. Durante a revisão foram verificadas as respostas a todas as perguntas, a coerência entre algumas combinações de perguntas, e se todas as instruções sobre o preenchimento do questionário 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 acima referidos.

3.5.5. Manual de codificação e digitação

A digitação das respostas pré-codificadas foi feita diretamente a partir do formulário.

Para a codificação das respostas textuais foi preparado um manual com base em amostra das respostas dadas pelas mulheres a cada pergunta desse tipo.

3.6. Variáveis

- ? ***Realização de pré-natal*** - utilização de serviço de assistência pré-natal na gestação estudada: sim ou não.
- ? ***Conhecimento de recursos de pré-natal*** - conhecimento, referido pela mulher, de local onde pode ser realizado o pré-natal: sim ou não.
- ? ***Mês de início do pré-natal*** - informação, fornecida pela mulher, sobre o mês de gestação em que foi realizada a primeira consulta de pré-natal, obtido de forma contínua e, posteriormente, classificado em: até terceiro mês; de quarto a sexto mês; de sétimo a nono mês.
- ? ***Número de consultas de pré-natal*** - número total de consultas de pré-natal, registradas no cartão, obtido de forma contínua e, posteriormente, classificado em: de um a três, de quatro a seis, sete ou mais.

- ? **Peso materno** - informação, fornecida pela mulher cuja gestação ultrapassou o quinto mês, de aferição de peso corporal em todas as consultas de pré-natal: sim ou não.
- ? **Pressão arterial** - informação, fornecida pela mulher cuja gestação ultrapassou o quinto mês, de aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal: sim ou não.
- ? **Altura uterina** - informação, fornecida pela mulher cuja gestação ultrapassou o quinto mês, de medida da altura uterina em todas as consultas de pré-natal: sim ou não.
- ? **Exames de sangue no pré-natal** - informação, fornecida pela mulher cuja gestação ultrapassou o quinto mês, da realização de exame(s) de sangue, pelo menos uma vez, durante o pré-natal: sim ou não.
- ? **Exames de urina no pré-natal** - informação, fornecida pela mulher cuja gestação ultrapassou o quinto mês, sobre a realização de exame(s) de urina pelo menos uma vez durante o pré-natal: sim ou não.
- ? **Exames de fezes no pré-natal** - informação, fornecida pela mulher cuja gestação ultrapassou o quinto mês, da realização de exame(s) de fezes pelo menos uma vez durante o pré-natal: sim ou não.
- ? **Papanicolaou no pré-natal** - informação, fornecida pela mulher cuja gestação ultrapassou o quinto mês, da realização do exame preventivo do câncer de colo uterino pelo menos uma vez durante o pré-natal: sim ou não.
- ? **Local do parto** - local onde a mulher teve o parto: hospitalar ou domiciliar.

- ? **Forma de término de parto** - tipo de parto ocorrido na gestação estudada: vaginal ou cesárea.
- ? **Orientações na maternidade** - orientação recebida pela mulher durante a internação para o parto sobre: *aleitamento materno* - sim ou não; *anticoncepção* - sim ou não; e *revisão pós-parto* - sim ou não.
- ? **Revisão pós-parto** - realização de pelo menos uma consulta de puerpério: sim ou não.
- ? **Exames de revisão pós-parto** - informação, fornecida pela mulher, da realização, na consulta de revisão puerperal, de: *exame ginecológico* - sim ou não; *medida da pressão arterial* - sim ou não.
- ? **Orientações na revisão pós-parto** - orientação recebida pela mulher durante a consulta de revisão pós-parto sobre: *aleitamento materno* - sim ou não; e *anticoncepção* - sim ou não.
- ? **Conhecimento do Papanicolaou** - informação, fornecida pela mulher, sobre se conhecia o exame preventivo de câncer de colo uterino: sim ou não.
- ? **Prática do Papanicolaou** - realização do exame, pelo menos uma vez na vida, pelas mulheres que referiram conhecer o Papanicolaou: sim ou não.
- ? **Conhecimento de recursos de saúde para o Papanicolaou** - conhecimento, referido pela mulher que nunca fez o exame, de local onde este pode ser realizado: sim ou não.
- ? **Tempo desde o último exame de Papanicolaou** - intervalo de tempo decorrido desde a realização do último exame preventivo

até a data da entrevista: até um ano; mais de um até dois anos; mais de dois até três anos; mais de três anos.

- ? **Conhecimento do auto-exame de mamas** - informação, referida pela mulher, sobre já ter ouvido falar do auto-exame de mamas: sim ou não.
- ? **Conhecimento prático do auto-exame de mamas** - informação, fornecida pelas mulheres que já tinham ouvido falar do auto-exame de mamas, sobre saber realizá-lo: sim ou não.
- ? **Prática do auto-exame de mamas** - frequência com que as mulheres, que tinham o conhecimento prático do auto-exame de mamas, o realizavam: nunca; uma vez ao mês; mais espaçado.
- ? **Conhecimento do exame de prevenção do câncer de mama** - informação, referida pela mulher, sobre já ter ouvido falar do exame clínico mamário: sim ou não.
- ? **Prática do exame clínico mamário** - realização do exame, ao menos uma vez na vida, pelas mulheres que o conheciam: sim ou não.
- ? **Conhecimento de recursos de saúde para o exame clínico de mamas** - conhecimento, referido pela mulher que nunca fez o exame, de local onde o mesmo pode ser realizado: sim ou não.
- ? **Tempo desde o último exame de mamas** - intervalo de tempo decorrido desde a realização do último exame clínico de mamas até a data da entrevista: até um ano; mais de um até dois anos; mais dois até três anos; mais de três anos.

- ? **Conhecimento de métodos anticoncepcionais** - conhecimento, referido pela mulher, dos diferentes métodos anticoncepcionais, enunciados um a um: sim ou não.
- ? **Uso de métodos anticoncepcionais** - método que estava sendo utilizado por ocasião da entrevista pelas mulheres em união: nenhum; comportamentais (Tabela, Temperatura, Muco, Coito interrompido); Diafragma; Condom; Espermicidas; Lavagem; Pílula; Injetável; DIU; Laqueadura; Vasectomia.
- ? **Contra-indicações ao uso da pílula** - problemas de saúde ou condições, referidos pelas mulheres que usavam a pílula, que contra-indicavam o seu uso: sem contra-indicações; diabetes; hipertensão arterial; cardiopatias; hepatite; convulsões; cefaléia intensa e freqüente; varizes com sintomatologia inflamatória; tabagismo.
- ? **Tempo desde a laqueadura** - intervalo de tempo decorrido desde a realização da laqueadura tubária até a data da entrevista, obtido de forma contínua e, posteriormente classificado em : até um ano; mais de um até dois anos; mais de dois até três anos; mais de três até quatro anos; mais de quatro até cinco anos; mais de cinco anos.
- ? **Oportunidade da laqueadura** - informação, fornecida pelas mulheres laqueadas, sobre a realização desse procedimento durante uma cesárea: sim ou não.
- ? **Pagamento pela laqueadura** - informação, fornecida pelas mulheres submetidas à laqueadura através do INPS/SUDS ou Convênio, sobre pagamento “por fora”: sim ou não.

- ? **Qualidade do atendimento** - opinião subjetiva das mulheres sobre a evolução da qualidade do atendimento nos últimos três anos: melhorou; ficou igual; piorou.
- ? **Razões para melhora ou piora da qualidade do atendimento** - razões enunciadas pelas mulheres para a melhora ou piora da qualidade do atendimento, através de respostas textuais livres, posteriormente condensadas e agrupadas
- ? **Ano** - Ano da realização da pesquisa (fase de campo): 1988 ou 1991.
- ? **Local** - local onde foi realizada a pesquisa (fase de campo): ERSA 4 - Penha de França ou ERSA 27 - Campinas.

3.7. Trabalho de Campo

3.7.1. Na primeira avaliação (1988)

Na região metropolitana de São Paulo o trabalho de campo começou em 19/01 e terminou em 26/02/88. No interior do Estado o trabalho de campo se desenvolveu no período de 4/4 a 6/5/88. Foram entrevistadas 336 mulheres do ERSA-4 e 672 do ERSA-27, num total de 1.008 mulheres.

3.7.2. Na segunda avaliação (1991)

O trabalho de campo foi desenvolvido entre 3 e 16/06/1991, de forma simultânea no ERSA-4 e ERSA-27. Foram entrevistadas 487 mulheres no

ERSA-4 e 848 da região de Campinas (ERSA-27), num total de 1.335 mulheres.

3.8. Controle de qualidade

Para garantir a qualidade dos dados coletados e dos resultados apresentados, uma série de medidas foram adotadas desde o planejamento da pesquisa até o final da sua operacionalização.

Essas medidas incluíram, entre outras:

a) Pré-teste do questionário

O questionário foi testado numerosas vezes e modificado, quando necessário. O pré-teste foi feito inicialmente com mulheres que consultavam no Hospital das Clínicas da UNICAMP e, posteriormente, com outras, identificadas nos seus domicílios.

b) Supervisão

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 selecionada uma mulher que não correspondia. No primeiro caso, a entrevistadora retornava ao campo para refazer o percurso e no segundo retornava para entrevistar a(s) mulher(es) correta(s). As coordenadoras das pesquisas estiveram em contato constante com as supervisoras pelo telefone; isso 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 das supervisoras e das entrevistadoras.

c) Revisão

Os questionários preenchidos eram inicialmente revisados pela supervisora da equipe, ainda no campo, e depois por uma das coordenadoras do estudo, no escritório. Caso houvessem dúvidas, a entrevistadora era consultada e, se necessário, ela retornava ao campo.

d) Controle da digitação

Os questionários foram digitados duas vezes, cada vez por uma pessoa diferente. A seguir, foram comparados os dois arquivos contendo as informações de cada mulher para identificar e corrigir erros e inconsistências. Analisando-se as frequências de diferentes variáveis, identificaram-se e corrigiram-se erros restantes do preenchimento inadequado do formulário (erros lógicos) e de digitação equivocada pelas duas pessoas.

3.9. Processamento e análise dos dados

Para digitar os dados foi preparado um programa de computador que acompanhava a organização do questionário, o que tornou possível a digitação diretamente a partir dele. Utilizou-se o módulo de entrada de dados do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) e o *Dbase III Plus*.

Na análise dos dados, utilizaram-se os pacotes estatísticos SPSS e *Statistical Analysis System* (SAS). Para determinar a ocorrência de diferenças

significativas entre os dois instantes, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado (ARMITAGE & BERRY,1987). Foram consideradas significativas as diferenças em que o valor de p foi menor ou igual a 0,05. Apenas os valores significativos aparecem nas tabelas.

3.10. Apresentação dos resultados

Os resultados serão apresentados através de tabelas de distribuição de freqüências.

Os dados relacionados às características das populações estudadas estão apresentados no ANEXO 2.

3.11. Aspectos éticos

As mulheres participaram voluntariamente e a procedência dos dados foi mantida em sigilo. Para garantir o caráter voluntário da participação, as entrevistadoras foram orientadas no sentido de não forçar a mulher selecionada a responder ao questionário, no seu todo ou em alguma parte do mesmo. Para manter o sigilo, os questionários foram apenas numerados, não possuindo nenhuma informação que permitisse identificar as entrevistadas.

4. RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados os dados relacionados à assistência ao ciclo gravídopuerperal e, na seqüência, aqueles referentes aos exames preventivos, à anticoncepção e à qualidade do atendimento.

4.1. Assistência Pré-natal

Ao serem consideradas todas as mulheres que estavam grávidas no período de referência, independentemente de sua idade gestacional por ocasião da entrevista ou do término da gestação, observou-se que mais de 10% delas não realizaram ou ainda não haviam iniciado o pré-natal. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na proporção de mulheres que não realizaram pré-natal, entre 1991 e 1988, nas duas regiões estudadas (TABELA 1)

A cobertura de pré-natal - avaliada entre as mulheres com mais de quatro meses de gestação por ocasião da entrevista ou do término da gravidez - foi de quase 100% em ambas as avaliações, nas duas regiões estudadas. Em

1991, observou-se um pequeno aumento da cobertura de pré-natal, em ambas as regiões, mas as diferenças não foram estatisticamente significativas (TABELA 1)

Em relação ao mês de início do pré-natal, na região da Penha observou-se um início mais precoce em 1991, mas a diferença não foi estatisticamente significativa (TABELA 1).

TABELA 1

Distribuição porcentual das gestantes com quatro ou mais meses de gestação segundo realização de pré-natal e de todas as gestantes segundo o mês de início do pré-natal, em duas regiões do Estado de São Paulo, nos anos de 1988 e 1991

	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
A. Gestantes c/ IG>4 meses				
Fizeram Pré-natal	92	94	94	96
Sabiam onde fazer, mas não fizeram	6	6	5	4
Não sabiam onde fazer	2	-	1	-
(N)	(54)	(51)	(126)	(134)
B. Todas as gestantes				
Mês de início do PN				
Até 3 meses	62	71	68	69
4 a 6 meses	25	12	16	15
7 a 9 meses	-	2	3	2
Não fizeram	13	15	13	13
(N)	(61)	(60)	(142*)	(163)

* Uma mulher não lembrava

A proporção de mulheres que realizou sete ou mais consultas de pré-natal exibiu um incremento importante na região da Penha em 1991 e essa diferença foi estatisticamente significativa. Concomitantemente, houve uma redução significativa do número de mulheres que realizaram de quatro a seis consultas. Todavia, a proporção de mulheres que realizou apenas de uma a três consultas não se modificou no período estudado (TABELA 2).

Na região de Campinas, a distribuição das mulheres nos três grupos de número total de consultas (de uma a três; de quatro a seis, sete ou mais) foi bastante similar nos dois períodos (TABELA 2).

TABELA 2
Distribuição porcentual das mulheres que fizeram pré-natal segundo número total de consultas, na Penha e em Campinas, em 1988 e 1991

Número de Consultas	Penha**		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
1 a 3	12	14	19	18
4 a 6	49	21	24	25
7 ou mais	39	65	57	57
(TOTAL DE MULHERES)*	(51)	(48)	(124)	(138)

* Não lembravam: duas mulheres da Penha/1988; três da Penha/1991; uma de Campinas /1988 e quatro de Campinas/1991.

** p < 0,05

Mais de 90% das mulheres, com seis meses ou mais de gestação por ocasião da entrevista ou do término da gravidez e que fizeram pré-natal, tiveram o peso, a pressão arterial e a altura uterina mensurados em todas as consultas, em ambas avaliações, e nas duas regiões estudadas. Não se observaram diferenças, comparando-se a avaliação de 1991 com a de 1988 (TABELA 3).

TABELA 3

Distribuição porcentual das mulheres com seis ou mais meses de gestação e que fizeram pré-natal, de acordo com medida do peso, da pressão arterial e da altura uterina. Penha e Campinas, 1988 e 1991

Parâmetros mensurados em todas as consultas	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Nenhum destes	-	-	-	-
Peso				
Sim	94	93	96	97
Não	6	7	4	3
Pressão				
Sim	96	100	99	97
Não	4	-	1	3
Altura uterina				
Sim	94	100	99	100
Não	6	-	1	-
(TOTAL DE MULHERES)*	(47)	(44)	(111)	(117)

* Excluídas da tabela mulheres com menos de seis meses de gestação por ocasião da entrevista ou do termo da gravidez.

Uma proporção bastante elevada (> 80%) das mulheres que fizeram pré-natal e cujas gestações ultrapassaram o quinto mês, realizou exames de sangue e urina durante o pré-natal, nas duas regiões e em ambas as avaliações. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas comparando-se 1991 com 1988 (TABELA 4).

A realização de exame de fezes durante o pré-natal foi significativamente maior em 1991, em ambas as regiões estudadas (TABELA 4). Menos de um quarto das mulheres realizaram exame de Papanicolaou durante o pré-natal em 1988. Em 1991 a proporção foi significativamente maior, ultrapassando os 40% em ambas as regiões estudadas (TABELA 4).

TABELA 4
Porcentagem de grávidas, com assistência pré-natal e cuja gestação alcançou o sexto mês, que realizaram exames laboratoriais durante o pré-natal. Penha e Campinas, 1988 e 1991

Exames	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Nenhum destes	4	-	5	5
Sangue	91	98	87	91
Urina #	85	93	82	84
Fezes*	62	89	48	63
Papanicolaou**	19	41	24	43
(TOTAL DE MULHERES)##	(47)	(44)	(111)	(117)

Uma mulher em Campinas não se lembrava;

Excluídas da tabela mulheres com menos de seis meses de gestação por ocasião da entrevista ou do termo da gravidez;

* Penha e Campinas $p < 0.05$

** Penha $p < 0,005$. Campinas $p < 0,05$

4.2. Assistência ao Parto

A grande maioria das mulheres teve seu parto em ambiente hospitalar: o parto domiciliar ocorreu para 2% das mulheres da Penha e 8,5% das de Campinas na primeira avaliação, e para 5% das mulheres da Penha e de Campinas na segunda avaliação. Os resultados completos encontram-se no ANEXO 3.

Em 1991, observou-se um aumento da incidência de cesáreas na região da Penha e uma redução dessa incidência na região de Campinas. Essas diferenças, todavia, não foram estatisticamente significativas (TABELA 5).

TABELA 5
Distribuição porcentual das mulheres segundo a forma de término do parto.
Penha e Campinas, 1988 e 1991

Tipo de parto	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Vaginal	56	47	60	67
Cesárea	44	53	40	33
(N)	(45)	(38)	(99)	(104)

Das mulheres que tiveram parto hospitalar, menos da metade foi orientada sobre aleitamento materno na avaliação de 1988, em ambas as regiões estudadas. Em 1991, esse número foi significativamente maior, sendo de 81% na região da Penha e 76% em Campinas (TABELA 6).

Em 1988, a orientação sobre como evitar gestações foi dada a menos de 10% das mulheres da Penha e a pouco mais de um terço das mulheres de Campinas. Em 1991, essa proporção aumentou cerca de cinco vezes na Penha e cerca de 15% em Campinas, sendo que a diferença só foi estatisticamente significativa para a região da Penha (TABELA 6).

A proporção de mulheres que foi orientada para fazer revisão pós-parto foi mais de três vezes maior em 1991 do que em 1988, na região da Penha, e quase o dobro na região de Campinas. Em ambas as regiões, as diferenças foram estatisticamente significativas (TABELA 6).

TABELA 6
Porcentagem de mulheres com parto hospitalar, que receberam orientações selecionadas. Penha e Campinas, 1988 e 1991

Orientações sobre	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Aleitamento materno # *	42	81	48	76
Evitar gravidez**	7	39	35	41
Fazer revisão pós-parto ***	20	67	44	87
(N)	(45)	(36)	(99)	(104)

Uma mulher em Campinas/1988 não se lembrava.

* Penha $p < 0,005$. Campinas $p < 0,0001$;

** Penha $p < 0,005$;

*** Penha e Campinas $p < 0,0001$.

4.3. Revisão Pós-Parto

Um número maior de mulheres realizou a consulta de revisão pós-parto na avaliação de 1991 em relação a 1988. As diferenças, todavia, só foram significativas para a região de Campinas (TABELA 7).

TABELA 7
Distribuição porcentual das mulheres segundo realização de consulta de revisão pós-parto. Penha e Campinas, 1988 e 1991

Revisão pós- parto	Penha		Campinas*	
	1988	1991	1988	1991
Sim	44	65	55	72
Não	56	35	45	28
(N)	(45)	(37)#	(99)	(104)

Faltou informação de uma mulher

* $p < 0,001$

Das mulheres que realizaram revisão pós-parto, a pressão arterial foi medida em mais de 80% delas, em ambas as regiões e na duas avaliações realizadas. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nessas proporções comparando-se 1991 com 1988 (TABELA 8).

A proporção de mulheres que fez exame ginecológico na consulta de revisão puerperal foi maior em 1991. Essas diferenças, entretanto, só foram significativas para a região de Campinas (TABELA 8).

TABELA 8
Porcentagem de mulheres com consulta de revisão puerperal, em que foi medida a pressão arterial ou realizado exame ginecológico durante a consulta. Penha e Campinas, 1988 e 1991.

Avaliação	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Pressão Arterial	85	92	87	85
Exame Ginecológico*	55	75	76	91
Nenhum desses	10	4	5	1
(N)	(20)	(24)	(54)	(75)

* Campinas $p < 0,05$

A proporção de mulheres que recebeu orientação sobre aleitamento materno, na revisão pós-parto, não mostrou diferenças estatisticamente significativas entre as duas avaliações realizadas, em nenhuma das regiões estudadas (TABELA 9).

A orientação sobre como evitar a gravidez foi dada na revisão pós-parto a quase metade das mulheres da Penha, em ambas as avaliações. Em Campinas, uma proporção significativamente maior de mulheres recebeu essa orientação em 1991 (TABELA 9).

TABELA 9
Porcentagem de mulheres com consulta de revisão pós-parto que declararam ter recebido orientações. Penha e Campinas, 1988 e 1991.

Orientações sobre	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Nenhuma destas	25	33	22	13
Aleitamento Materno*	60	58	76	72
Evitar a gravidez**	45	46	54	73
(TOTAL DE MULHERES)	(20)	(24)	(54)	(75)

* Faltou informação de uma mulher da Penha/1991

** Campinas $p < 0,05$

4.4. Exames Preventivos: Câncer de Colo Uterino

A grande maioria das mulheres entrevistadas conhecia o exame preventivo do câncer cérvico-uterino (exame de Papanicolaou), em ambas as

regiões, nas duas avaliações realizadas. Não se detectaram diferenças estatisticamente significativas entre 1988 e 1991 (TABELA 10).

Embora, tanto na Penha como em Campinas, tenha-se observado uma maior proporção de mulheres que fizeram o exame de Papanicolaou pelo menos uma vez em sua vida; na avaliação de 1991 essa diferença só foi significativa na região de Campinas (TABELA 10).

Da mesma forma, em ambas as regiões detectou-se uma redução na proporção de mulheres que não sabia onde fazer esse exame, na avaliação de 1991. Essas diferenças, entretanto, só foram significativas para a região de Campinas (TABELA 10).

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na proporção de mulheres que sabiam onde realizar o exame, mas que não o fizeram (TABELA 10).

TABELA 10

Porcentagem de mulheres que conheciam e praticavam o exame de Papanicolaou, Penha e Campinas, 1988 e 1991.

Categorias	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Conheciam o exame	94	91	89	92
Fizeram alguma vez*	57	61	57	70
Não sabiam onde fazer # *	9	7	12	5
Sabiam onde fazer, mas não fizeram	27	23	19	16
(N)	(336)	(487)	(672)	(848)

Faltou informação de duas mulheres de Campinas/91.

* Campinas $P < 0,00001$

Na região da Penha, observou-se um aumento na proporção de mulheres que havia realizado o exame de Papanicolaou há no máximo um ano, na avaliação de 1991 em relação à de 1988. Nas demais categorias de tempo, as porcentagens diminuíram. Essas diferenças foram estatisticamente significativas. Na região de Campinas não se observaram diferenças significativas entre as duas avaliações (TABELA 11).

TABELA 11

Distribuição porcentual das mulheres que fizeram o exame de Papanicolaou segundo o tempo decorrido desde o último exame. Penha e Campinas, 1988 e 1991.

Tempo desde o último exame	Penha*		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Até 1 ano	55	69	63	68
1 a 2 anos	20	14	20	17
2 a 3 anos	8	5	6	5
3 ou mais	16	12	11	9
(N)	(192)+	(296)++	(383)#	(586)##

+ Faltou informação de uma mulher;

++ Faltou informação de duas mulheres;

Faltou informação de três mulheres;

Faltou informação de seis mulheres;

* $p < 0,05$.

4.5. Exames Preventivos: Câncer de Mama

A proporção de mulheres que conhecia o auto-exame de mamas foi significativamente maior em 1991, tanto na Penha como em Campinas (TABELA 12).

Em 1991, na região de Campinas observou-se uma proporção maior de mulheres que sabia como fazê-lo e o realizava com uma frequência mensal, e essa diferença foi estatisticamente significativa. Na região da Penha observou-se uma ligeira diminuição nessa proporção, mas cuja diferença não foi estatisticamente significativa (TABELA 12).

Por outro lado, em ambas as regiões estudadas, a proporção de mulheres que conhecia o exame, sabia fazê-lo e o realizava mais espaçadamente aumentou de forma significativa em 1991. Observou-se, também, uma redução na proporção de mulheres que conhecia o exame, sabia fazê-lo mas não o realizava. Embora similares, apenas a diferença para a região de Campinas foi estatisticamente significativa. Entre 16% e 21% das mulheres conheciam o exame mas não sabiam realizá-lo, tanto em 1988 como em 1991 (TABELA 12).

TABELA 12

**Porcentagem de mulheres que conheciam e praticavam o auto-exame de mama.
Penha e Campinas, 1988 e 1991.**

Categoria	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Conheciam o exame *	61	70	58	70

Conheciam mas não sabiam fazer	16	16	18	21
Sabiam e faziam pelo menos 1 vez ao mês **	27	25	20	25
Sabiam e faziam mais espaçado # ***	8	22	9	17
Sabiam mas não faziam * *	10	7	10	7
(N)	(336)	(487)	(672)	(847)##

#Faltou informação de uma mulher de Penha/91; ##Faltou informação de uma mulher;

*Penha p <0,01; Campinas p<0,00001;

** Campinas p<0,05;

*** Penha e Campinas p<0,00001.

A proporção de mulheres que conhecia o exame de prevenção do câncer de mama (exame clínico-mamário) e/ou que o realizou alguma vez, foi significativamente maior em 1991, nas duas regiões estudadas. Paralelamente, houve uma redução significativa da proporção de mulheres que não sabia onde realizar esse exame em 1991 (TABELA 13).

Entretanto, em nenhuma das regiões observou-se mudança estatisticamente significativa na proporção de mulheres que sabia onde realizar o exame, mas que não o realizou (TABELA 13).

TABELA 13

Porcentagem de mulheres que conheciam e praticavam o exame clínico mamário. Penha e Campinas, em 1988 e 1991.

Categoria	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Conheciam o exame*	93	97	91	96
Fizeram alguma vez # **	55	66	61	69
Não sabiam onde fazer ***	19	9	16	10
Sabiam onde fazer mas não fizeram	19	21	14	16

(N) (336) (487) (672) (848)

*Penha $p < 0,05$; Campinas $p < 0,0005$;

#Faltou informação de duas mulheres de Campinas/91.

**Penha e Campinas $p < 0,005$;

***Penha e Campinas $p < 0,0005$.

Das mulheres que realizaram o exame clínico de mamas alguma vez, mais da metade o fez até um ano antes da entrevista, nas duas regiões estudadas e nas duas avaliações realizadas. Embora, em ambas as regiões, tenha-se identificado um aumento na proporção de mulheres que realizou o exame até um ano antes da entrevista, na avaliação de 1991, em comparação com a de 1988, essa diferença não foi estatisticamente significativa (TABELA 14).

TABELA 14

Distribuição porcentual das mulheres que fizeram exame clínico mamário de acordo com o tempo transcorrido desde o último exame. Penha e Campinas, 1988 e 1991.

Tempo desde o último exame	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Até 1 ano	52	61	64	66
1 a 2 anos	22	17	19	18
2 a 3 anos	6	5	6	6
3 ou mais	19	17	11	10
(N)	(176)+	(322)++	(400)#	(579)##

- + Faltou informação de oito mulheres;
- ++ Faltou informação de duas mulheres;
- # Faltou informação de 11 mulheres;
- ## Faltou informação de sete mulheres.

4.6. Métodos Anticoncepcionais

A pílula, o preservativo e a laqueadura foram os métodos mais conhecidos pelas mulheres entrevistadas, nas duas regiões e nas duas avaliações realizadas. Em relação à pílula e ao preservativo, não se observaram diferenças estatisticamente significativas na proporção de mulheres que os conheciam, comparando-se as duas avaliações. Já em relação à laqueadura, observou-se uma proporção significativamente menor de mulheres que conheciam esse método anticoncepcional na avaliação de 1991, em ambas as regiões.

O DIU, a vasectomia e os métodos injetáveis também eram conhecidos pela maioria das mulheres entrevistadas. Em 1991, na região da Penha, uma proporção significativamente maior de mulheres referiu conhecer os injetáveis e uma proporção significativamente menor conhecia a vasectomia. Na região de Campinas não se observaram diferenças estatisticamente significativas na proporção de mulheres que conheciam esses métodos, comparando-se as duas avaliações (TABELA 15).

Tanto na Penha quanto em Campinas aumentou o conhecimento do diafragma em 1991, e esses aumentos foram estatisticamente significativos (TABELA 15).

Em relação ao Norplant, observou-se uma redução na proporção de mulheres que conhecia esse MAC em 1991, mas as diferenças só foram estatisticamente significativas na região de Campinas, onde o conhecimento do método foi duas e meia vezes mais freqüente que na Penha (TABELA 15).

A proporção de mulheres que em 1991 conhecia os assim chamados métodos tradicionais (abstinência periódica e coito interrompido) foi significativamente menor que em 1988, nas duas regiões estudadas; embora esses métodos estivessem entre os cinco mais conhecidos (TABELA 15).

TABELA 15
Porcentagem de mulheres que conheciam os diversos métodos anticoncepcionais.
Penha e Campinas, em 1988 e 1991.

Métodos conhecidos	Penha#		Campinas##	
	1988	1991	1988	1991
Pílula	100	100	100	100
Injetável *	60	70	77	74
Norplant **	13	9	31	24
DIU	84	82	89	92
Diafragma ***	37	53	27	36
Condom	98	98	98	98
Espuma, geléia, etc.	41	45	30	30
Laqueadura ***	91	84	92	85
Vasectomia *	85	77	73	74
Tabela, Billings, temperatura etc. ***	96	86	87	76

(N) (312) (475) (628) (821)

24 mulheres em 1988 e 12 em 1991 não conheciam nenhum método;

44 mulheres em 1988 e 27 em 1991 não conheciam nenhum método;

* Penha $p < 0,005$;

** Campinas $p < 0,005$;

*** Penha e Campinas $p < 0,005$

A prevalência de uso de métodos anticoncepcionais foi elevada entre as mulheres unidas: em torno de 75% utilizavam algum MAC nas duas regiões estudadas em 1988 e quase 80% em 1991. Embora tenha se observado uma redução na proporção de mulheres que não utilizavam nenhum MAC em 1991 em ambas as regiões, as diferenças não foram estatisticamente significativas (TABELA 16).

A esterilização cirúrgica feminina foi o método mais utilizado pelas mulheres unidas em ambas as avaliações e nas duas regiões estudadas, sendo que em 1991 um terço das mulheres já estavam esterilizadas. Não se observou, todavia, mudança significativa na proporção de mulheres esterilizadas em 1991 em nenhuma das regiões (TABELA 16).

A pílula foi o segundo método mais utilizado e, embora tenha se observado uma aparente redução na proporção de mulheres que a utilizava na Penha em 1991, as diferenças não foram estatisticamente significativas (TABELA 16).

Os métodos tradicionais ocuparam o terceiro lugar em frequência, tanto na Penha quanto em Campinas em 1988; já em 1991 eles passaram para

o quarto lugar. Apesar disso, a proporção de mulheres que utilizou esses métodos não foi significativamente diferente em 1991 em relação a 1988, em nenhuma das regiões estudadas (TABELA 16).

O condom, que ocupava o quarto lugar em 1988 na Penha, alcançou o terceiro lugar em 1991 nessa região. Em Campinas, ele foi o quinto método mais utilizado em ambas as avaliações (TABELA 16).

Comportamento similar foi observado em relação ao DIU em Campinas, que passou do quarto método mais utilizado em 1988 para o terceiro lugar em 1991 (TABELA 16).

Apenas a vasectomia sofreu mudança significativa na prevalência de uso: na região de Campinas, a proporção de mulheres que referiu ter usado esse método foi significativamente maior em 1991 do que em 1988. Embora na Penha tenha se observado comportamento similar, a diferença não foi estatisticamente significativa (TABELA 16).

TABELA 16

Distribuição porcentual das mulheres unidas de acordo com o método anticoncepcional atualmente em uso. Penha e Campinas, 1988 e 1991.

Métodos	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Nenhum	26	22	25	21
Pílula	25	20	25	26
Injetável	1	3	2	2
DIU	1	1	4	6
Condom	6	8	3	3
Espuma, geléia, etc.	1	1	-	-
Laqueadura	26	33	34	33

Vasectomia *	2	5	1	4
Tabela, Billings, temperatura etc. +	10	7	5	4
Lavagem	2	-	1	-
(N)	(207)*	(274)	(441)	(569)

+ Cinco mulheres usavam curativo;

* Campinas $p < 0,05$.

Das mulheres usuárias de pílula, cerca de 40% referiram problemas de saúde ou condições que contra-indicavam o seu uso, em ambas as regiões e nas duas avaliações realizadas. O tabagismo, a cefaléia e as varizes foram os problemas/condições referidos pelas mulheres que mais freqüentemente as categorizaram como usuárias com contra-indicações (TABELA 17).

A hipertensão arterial foi referida por 15% e 2% das mulheres usuárias de pílula da Penha, respectivamente em 1988 e 1991, e essa diferença foi estatisticamente significativa. Por outro lado, em Campinas observou-se, nesse período, um aumento de 6% para 10% das usuárias que referiram hipertensão arterial, mas a diferença não foi estatisticamente significativa (TABELA 17).

TABELA 17

Porcentagem de mulheres usuárias de pílula anticoncepcional, que apresentavam uma ou mais condições que contra-indicavam seu uso. Penha e Campinas, 1988 e 1991.

Categorias	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Sem contra-indicações #	61	58	60	61
Diabetes	-	-	-	1
Pressão alta ## *	15	2	6	10
Doença do coração	9	2	3	5
Hepatite	-	1	2	1
Convulsões ###	1	-	1	4
Dor de cabeça forte e seguidamente ####	27	29	34	29

Varizes doloridas, quentes e inchadas	13	16	8	7
Fuma	39	45	39	33
(N)	(67)	(84)	(127)	(189)

Faltou informação de três mulheres de Campinas/88;

Faltou informação de uma mulher de Campinas/88;

Faltou informação de quatro mulheres de Campinas/88;

Faltou informação de uma mulher da Penha e de Campinas/88

* Penha $p < 0.005$

A maioria das mulheres esterilizadas havia sido submetida à laqueadura durante uma operação cesariana. Embora tenha se observado uma pequena redução na proporção de mulheres esterilizadas durante a cesariana em 1991 em relação a 1988 em ambas regiões, essas diferenças não foram significativas (TABELA 18).

Por outro lado, nas duas regiões estudadas, observou-se uma redução de mais de 30% na proporção de mulheres que pagou pela laqueadura em 1991, e essas diferenças foram estatisticamente significativas (TABELA 18).

Em 1991, a proporção de mulheres submetidas à laqueadura há menos de um ano foi significativamente menor do que em 1988, em ambas as regiões estudadas (TABELA 18).

TABELA 18

Porcentagem de mulheres laqueadas que apresentavam algumas características referentes à realização da laqueadura. Penha e Campinas, 1988 e 1991.

Característica	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Feita durante cesárea				
Sim	80	78	63	62
(N)	(54)	(103)	(160)	(209)
Paga *				
Sim	74	50	45	31
(N)	(54)	(103)	(160)	(209)
Tempo de uso **				

Até 1 ano	19	3	11	4
1 a 2 anos	7	8	14	10
2 a 3 anos	4	10	11	8
3 a 4 anos	4	9	9	8
4 a 5 anos	21	7	6	10
Mais de 5 anos	45	64	50	60
(N)	(53)#	(103)	(160)	(209)

Faltou informação de uma mulher

* Penha e Campinas $p < 0,005$;

** Penha $P < 0,001$; Campinas $p < 0,05$.

4.7. Qualidade do Atendimento

Cerca de metade das mulheres da Penha e quase dois terços das de Campinas responderam, na avaliação de 1991, que houve melhora da qualidade do atendimento recebido nos Postos de Saúde nos últimos três anos. Por outro lado, 21% das mulheres da Penha e 12% das de Campinas referiram piora na qualidade do atendimento (TABELA 19).

TABELA 19

Distribuição porcentual das mulheres segundo opinião sobre a qualidade do atendimento recebido nos postos de saúde nos últimos três anos. Penha e Campinas, 1991.

Qualidade do atendimento	Penha		Campinas	
	N	%	N	%
Melhorou	108	46	291	62
Ficou igual	77	33	121	26
Piorou	49	21	56	12
(N)	(234)*		(468)**	

* Faltou informação de sete mulheres

** Faltou informação de nove mulheres

Como razões para a melhoria da qualidade, as mulheres apontaram o melhor tratamento, a maior disponibilidade de recursos humanos e materiais, e o maior número de Postos, com pequenas diferenças entre as duas regiões, conforme demonstra a TABELA 20.

Para as mulheres que referiram piora da qualidade do atendimento, as principais razões apontadas foram o mau tratamento, a demora e a falta ou atraso dos médicos (TABELA 20).

TABELA 20
Razões apontadas pelas mulheres que referiram melhora ou piora de qualidade do atendimento nos últimos três anos, na Penha e em Campinas, em 1991. Em porcentagem

Qualidade/razão	Penha	Campinas	Total
A. Melhorou			
Aumentou número de postos/mais próximos da casa	20,8	9,1	12,3
Aumentou número de médicos/tem especialistas	40,6	56,1	51,9
Tratam bem / orientam / sem fila	60,4	59,6	59,8
Mais recursos / boa higiene	34,0	48,8	44,8
Outras	-	0,7	0,5
Total de mulheres (N)	(106)*	(285)**	(391)
B. Piorou			
Faltam médicos / chegam atrasados	51	30	40
Tratam mal / tem fila	74	84	79
Faltam recursos / má higiene	27	11	18
Total de mulheres (N)	(49)	(56)	(105)

* Faltou informação de duas mulheres

** Faltou informação de seis mulheres

*“We hold these truths to be self-evident:
that all men and women are created equal.”*

Elizabeth Candy Stanton

5. DISCUSSÃO

Os resultados mostram evidentes avanços na atenção à saúde da mulher no quadriênio 1987-1990, o que coincide com um período em que os governos estadual e de alguns municípios deram prioridade à implementação do PAISM. Estes avanços, entretanto, não ocorreram em todos os aspectos estudados e os indicadores observados em 1991, não podem ainda ser considerados satisfatórios na maioria dos casos. Uma análise cuidadosa desses resultados poderá contribuir para direcionar as ações governamentais na implementação do PAISM.

A questão histórica da discriminação da mulher na sociedade e seus reflexos no sistema de saúde encontra eco nos resultados observados. O achado de altos índices de atenção ao pré-natal e ao parto, a elevada prevalência de uso de métodos anticoncepcionais ditos “modernos” e a melhoria dos indicadores de assistência ao puerpério, contrapõem-se a indicadores bem mais modestos de atenção à prevenção do câncer, apesar do

maior número de mortes de mulheres em decorrência das neoplasias de colo uterino e de mama do que as relacionadas com o ciclo gravidopuerperal. Neste sentido, os resultados deste estudo mostram que, apesar de alguns progressos, ainda prevalece a valorização social e médica da mulher enquanto procriadora e reprodutora, em detrimento de sua condição como pessoa.

Os determinantes histórico-sociais vêm se refletindo ao longo dos tempos na atuação médica, nas questões relacionadas à saúde da mulher: a exaltação da maternidade - discurso dominante no século XIX - trouxe no seu bojo não a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os dois gêneros. Segundo FOUCAULT (1980b), “toda essa atenção loquaz com que nos alvoroçamos em torno da sexualidade há dois ou três séculos não estaria ordenada senão em função de uma preocupação elementar: assegurar o povoamento, reproduzir a força de trabalho, reproduzir as formas das relações sociais; em suma, proporcionar uma sexualidade útil e politicamente conservadora.” (grifo nosso).

Paralelamente ao fortalecimento desses conceitos, ainda no século XIX, iniciou-se um processo de expansão da assistência médica, antes exercida quase exclusivamente na forma liberal ou filantrópica. A partir de então consolida-se a interferência do Estado na organização social dessa prática (VIEIRA, 1990).

A assistência pré-natal surgiu então como um processo de “puericultura intra-uterina” que, associada à institucionalização do parto, teve por objetivo desenvolver um conceito saudável e, assim, reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste. E assim surgiu, não como um processo de proteção à mulher, mas como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas (KNIBIEHLER & FOUQUET, 1983).

Embora com algumas décadas de atraso, o Brasil passou por processo semelhante. Segundo relata LIMA (1989), “o primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância (1922) discute a mortalidade infantil e a necessidade de atender às crianças em função do que se admite como quadro responsável pela alta mortalidade: desnutrição, sífilis, alcoolismo. Também discute a necessidade de o Estado assumir essa responsabilidade, através da abertura de maternidades, creches e severa vigilância ao aleitamento.”

É sintomático perceber que ao mesmo tempo que a sociedade culpava as mulheres pelos maus resultados da gravidez e, com isso, justificava um acirramento do controle sobre seus corpos e suas vidas, “esquecia” ou não percebia que ao negar ou dificultar o acesso das mulheres à educação formal (LOURO, 1997), perpetuava um fator ainda mais importante para os elevados índices de mortalidade infantil (FAÚNDES et al, 1982; CALDWELL, 1993).

Foi com esses conceitos, muitas vezes equivocados, que se expandiu no Brasil a assistência pré-natal, a partir de meados deste século

(NOGUEIRA,1987). E essa centralização do atendimento à saúde da mulher na esfera exclusiva do ciclo gravídopuerperal perpetuou-se até quase o final da década de 60. E é a partir dessa visão da história que passa a ser compreendido porque, até hoje, um contingente muito maior de mulheres recebe atendimento durante a gestação e muito poucas - comparativamente - têm, por exemplo, as suas mamas examinadas durante uma consulta médica, como sugerem os resultados aqui obtidos.

A ampliação da oferta de serviços de atenção à mulher que se iniciou ao final dos anos 60, infelizmente, ainda não tinha por objetivo o atendimento abrangente de suas necessidades de saúde. Foi o crescimento populacional que ocorria no Terceiro Mundo, o motor a motivar investimentos internacionais para disponibilizar métodos e técnicas “modernas” de contracepção para as populações pobres, e isso quer dizer: para as mulheres pobres.

E, embora o setor público no Brasil ainda continuasse privilegiando a atenção ao ciclo gravídopuerperal na transição da década 60/70, começaram a surgir as entidades ditas não-governamentais que desenvolviam programas verticais de planejamento familiar, sem outros cuidados à saúde das mulheres.

A criação da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BENFAM) e sua ampla atuação na sociedade brasileira na década de 70 é o exemplo mais claro desse período. Menos clara, entretanto, fica a compreensão de porque, em sendo esse período o auge do regime militar no Brasil com seus princípios pró-

natalistas - que visavam ocupar os imensos espaços vazios de nosso território em nome da segurança nacional - foi possível a proliferação dessas entidades. Estariam os militares tão ocupados em destruir a “esquerda” no Brasil, que não tinham tempo de se ocupar dessas questões ou, pressionados como estavam pela influência do capitalismo internacional, mas necessitando fortalecer a política nacionalista, mantinham o discurso pró-natalista e permitiam a prática antinatalista?

Essa dicotomia entre o discurso e a prática certamente não trouxe benefícios às mulheres, novamente transformadas em alvo de programas que não objetivavam sua saúde e seu bem-estar.

Como reação a essa prática, surgiu das esquerdas brasileiras movimento contrário: a oposição ao planejamento familiar e ao controle da natalidade, duas estratégias que, embora tenham significados diferentes, se superpunham nessa época, tendo a primeira emprestado seu nome para amenizar o impacto político da implantação subliminar da segunda.

Novamente, esse antagonismo não trouxe benefícios para as mulheres. Enquanto as clínicas privadas de planejamento familiar proliferavam e disponibilizavam métodos e técnicas de anticoncepção sem outros cuidados à saúde, e com um leque muito restrito de opções, sob as vistas grossas do regime militar, a medicina sanitária - que introjetava em sua prática os pensamentos das esquerdas brasileiras - dificultava o acesso das mulheres a outras alternativas. Ser “contra” o planejamento familiar transformou-se em

“bandeira” da esquerda no Brasil, o que retardou a oferta de ações de planejamento familiar na rede básica de saúde em algumas décadas. Ora, a sociedade brasileira vivia nas décadas de 60 e 70 um ritmo de industrialização e urbanização acelerados e desse processo resultaram modificações nas expectativas reprodutivas das mulheres brasileiras que, com algumas décadas de atraso e talvez motivadas por determinantes distintos daquelas do Primeiro Mundo, passaram a desejar famílias menores. E foram buscar as alternativas disponíveis de métodos anticoncepcionais e, na sua ausência, o aborto.

Não pode ter sido outra a razão que culmina na década de 80 com uma prática de planejamento familiar de alta prevalência e baixa qualidade, identificada em vários estudos, inclusive por este (DHS, 1986; PNDS, 1996).

Aliás, a quase totalidade das iniciativas nacionais e internacionais relacionadas à saúde das mulheres têm - até hoje - se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não o seu exclusivo bem-estar (FAÚNDES, HARDY, PINOTTI, 1989). Saúde materno-infantil, planejamento familiar, maternidade segura, controle das doenças de transmissão sexual, programas de AIDS, saúde reprodutiva são termos que - muitas vezes - se utilizam para que o poder social, ainda predominantemente masculino, dite normas visando um comportamento feminino entendido como útil para a sociedade.

Esta análise é fundamental para compreender porque mais de 90% das mulheres objeto deste estudo realizaram pré-natal, a quase totalidade teve

parto hospitalar, quase 80% utilizava algum método anticoncepcional, ao passo que pouco mais da metade, alguma vez na sua vida, fez o exame de Papanicolaou ou teve suas mamas examinadas, apenas para citar exemplos relacionados aos dados obtidos por este estudo.

Esse assunto - a manipulação da saúde, do corpo e da vontade das mulheres como meio para a “ordem social” - voltará, pela sua relevância, a ser abordado nos itens finais desta discussão.

Mas para atender os objetivos deste trabalho é necessário, primeiramente, discutir os aspectos específicos de cada ação de saúde em particular, no sentido de sua importância e de suas modificações no decorrer desses quatro anos (1987-1990).

A oferta de serviços de atenção à saúde no ciclo gravídopuerperal é assunto de alta relevância, não só pela magnitude da questão - a assistência ao parto é a primeira causa, em frequência, de internação pelo SUS (BRASIL, 1992) como também pelo fato de que as gestantes e seus conceptos constituem grupo de alta vulnerabilidade, com riscos maiores de morbimortalidade.

O potencial que a assistência pré-natal tem para melhorar os indicadores de saúde materno-infantis é de aceitação praticamente universal e inúmeros estudos realizados comprovam a propriedade deste conceito. Um atendimento pré-natal adequado, reduz as mortalidades materna (FAÚNDES et al., 1987a; SACHS, BROW, DRISCOL, 1988; STOKOE, 1991) e perinatal

(BLONDEL et al., 1993; LE FAOU & LIOTE 1995; AQUINO, 1997; HELTON,1997). Melhora também os indicadores de morbidade: reduz a incidência de prematuridade (FAÚNDES et al., 1982; IAMS, JOHNSON, CREASY, 1988; HULSEY et al., 1991), resulta em crianças de maior peso ao nascimento (DONALDSON & BILLY, 1984; MOORE *et al*, 1986) e reduz a morbidade materna em relação aos fenômenos hemorrágicos e hipertensivos (FAÚNDES, PINOTTI, CECATTI, 1987b; ANSARI, MUELLER, KROHN, 1995; CONDE-AGUDELO & KAFURY-GOETA, 1997).

Um dos indicadores mais utilizados, do ponto de vista da Saúde Pública, no estudo da assistência pré-natal é a sua COBERTURA. Ela estuda a proporção de mulheres que fizeram pelo menos uma consulta de pré-natal em relação ao número total de gestantes. No presente estudo, a cobertura de pré-natal - avaliada entre as mulheres com quatro ou mais meses de gestação - é bastante elevada, atingindo níveis sempre superiores a 90%. Esses valores são comparáveis aos de vários países do Primeiro Mundo e de países latino-americanos com os melhores indicadores de saúde da região (BUEKENS, HERNANDEZ, INFANTE, 1990; BUEKENS, KOTELCHUCK, BLONDEL, 1993).

Quando analisa-se o percentual de mulheres que não realizaram o pré-natal em 1991 em comparação com 1988, observa-se uma redução considerável nessa proporção: na região da Penha houve uma queda de 25% (de 8% para 6%) e em Campinas de 33% (de 6% para 4%) no percentual de mulheres que não realizaram pré-natal.

Se esses percentuais parecem modestos deve-se levar em consideração as dificuldades que se apresentam para a melhoria de um indicador de saúde, quando este se aproxima da universalidade. É fácil compreender que é mais simples elevar a cobertura de pré-natal de 20% para 40% (um incremento de 100%), do que elevá-la de 90% para 99% (um incremento de apenas 10%). No primeiro caso é necessário uma ampliação da oferta de serviços associada às ações de divulgação da importância dessa prática de saúde dirigidas a toda população. No segundo caso, o esforço deve se concentrar na identificação dos pequenos grupos não cobertos - em geral grupos marginais na sociedade e/ou com dificuldade de acesso aos recursos de saúde - e à adoção de medidas específicas direcionadas a esses grupos.

Dessa forma, a não-identificação de incremento significativo na cobertura pré-natal não deve ser interpretada negativamente, já que a margem para melhora é tão pequena que seria necessária uma amostra impraticavelmente grande para identificar a significação estatística. Por outro lado, é tranquilizador identificar índices de cobertura tão elevados, particularmente considerando-se que a amostra privilegiou bairros ou regiões onde moram pessoas de menor poder aquisitivo.

O estudo isolado da cobertura pré natal pode levar a falsas interpretações em relação à suficiência do pré-natal, bem como à qualidade dos serviços prestados. Isto porque a realização de apenas uma consulta já inclui a gestante nesse indicador; mas, isso não significa que ela irá se beneficiar dessa ação de saúde da mesma forma que uma gestante que

realizou, por exemplo, quatro ou mais consultas (GISSLER & HEMMINKI, 1994).

Daí que um outro indicador útil, ao lado da cobertura, é a CONCENTRAÇÃO que avalia o número de consultas realizadas. Neste estudo pode-se identificar uma proporção maior de gestantes que realizaram sete ou mais consultas na Penha na segunda avaliação. Todavia, esse incremento não ocorreu às custas do grupo de gestantes que realizaram três ou menos consultas . Embora não se possa desvalorizar essa melhoria da concentração do pré-natal, seu efeito seria de maior impacto se a população beneficiada fosse a de maiores carências.

Outro aspecto importante relacionado ao estudo de programas de pré-natal é o mês de início do mesmo: quanto mais precoce, maiores são os benefícios advindos dessa ação de saúde (GISSLER & HEMMINSKI, 1994). Neste estudo, cerca de 70% das mulheres, na segunda avaliação, iniciaram o pré-natal até o terceiro mês de gestação. Esse porcentual pode ser considerado satisfatório, quando comparado às regiões mais carentes do país: a proporção de mulheres que iniciam o pré-natal no primeiro trimestre de gestação é de pouco mais de 50% nas regiões Norte e Nordeste do país (PNDS, 1996). Por outro lado, fica muito aquém da situação de países desenvolvidos: nos Estados Unidos, cerca de 80% das gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre (LEWIS, MATHEWS, HEUSER, 1996) e na França essa proporção é superior a 90% (BLONDEL & SAUREL-CUBIZOLLES, 1991).

Se esses parâmetros (cobertura, concentração, mês de início) avaliam quantitativamente a suficiência do pré-natal, outros são necessários para avaliar a qualidade da assistência prestada, desafio de qualquer inquérito populacional (VILLAR & BERGSJO, 1997).

Neste sentido, é satisfatório verificar que a medida da pressão arterial e da altura uterina alcançaram o universo total das mulheres entrevistadas na segunda avaliação. E, além da rotina dos exames de sangue e de urina que são realizados pela grande maioria das gestantes que fazem pré-natal, uma outra indicação de melhora na qualidade é o importante incremento na realização de exame de fezes e de Papanicolaou, observado entre os dois períodos estudados.

Ênfase especial deve ser dada ao incremento na realização do exame de Papanicolaou nessas gestantes, que praticamente dobrou em ambas as regiões. Em primeiro lugar, sua execução implica na realização de exame ginecológico. Análises aprofundadas da primeira pesquisa (1988) revelaram que em quase metade das gestantes não se realizou o exame ginecológico (HARDY, OSIS, COSTA, 1991). A uma maior proporção de coleta de Papanicolaou corresponde uma maior proporção de exames ginecológicos e, provavelmente, a uma maior detecção de problemas locais (infecções genitais, lesões de colo uterino, etc.) que podem interferir negativamente na evolução da gestação. O segundo aspecto refere-se a uma maior valorização da mulher enquanto pessoa, e não apenas como "carregadora" de um futuro bebê, e

implica, a nosso ver, na incorporação, ainda que parcial, do conceito de Assistência Integral à Saúde da Mulher⁴.

Um terceiro aspecto, que será discutido posteriormente, refere-se ao potencial dessa ação de saúde na prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino, benéfica para qualquer mulher, inclusive para as gestantes.

A assistência institucional ao parto mostra uma cobertura quase universal nas duas avaliações. Se por um lado, o parto hospitalar ocorreu em mais de 95% dos casos, por outro, mantêm-se ainda muito elevados os índices de cesárea, distorção freqüente em vários Estados do país e que coloca o Brasil na nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas.

Se por um lado, a cesárea realizada por razões médicas serve para reduzir a morbi-mortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito exatamente oposto (FAÚNDES & CECATTI, 1993; SHEARER, 1993). Discorrer sobre a problemática da cesárea no Brasil foge um pouco ao escopo do presente trabalho, mas, ainda assim, não se pode deixar de mencionar essa profunda distorção na prática médica brasileira, determinada por múltiplos fatores, mas certamente só tornada possível pela discriminação da mulher na sociedade brasileira. EHRENREICH & ENGLISH (1973) apontam para o poder da medicina de transformar eventos fisiológicos em doenças: a medicalização do corpo feminino - que “trata a gravidez e a

⁴ O conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi exaustivamente discutido por Mari José Duarte

menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico”- é uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura. Ou ainda, como afirma ILLICH (1975):“...desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar, formou-se um grupo de ginecologistas: a própria feminilidade transformou-se em sintoma de uma necessidade médica tratada por universitários evidentemente de sexo masculino. Estar grávida, parir, aleitar são outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero que o especialista decide que é demais”.

À parte dos exageros dessas duas últimas assertivas - não se pode negar a contribuição da medicina, em geral, e da ginecologia e obstetrícia, em particular, na melhoria das condições de saúde e de vida das mulheres - muitas das distorções historicamente observadas, como por exemplo a epidemia de histerectomias nos EUA nas décadas de 60 e 70 (POKRAS & HUFNAGEL, 1988) ou o excesso de cesáreas nas últimas décadas no Brasil, refletem exatamente essas interrelações entre as questões de gênero e a prática médica (FAÚNDES, 1996).

Não é nossa convicção que os profissionais de saúde ajam com más intenções ou sejam indiferentes à saúde das mulheres. Conforme afirma FAÚNDES (1996): “...Ao contrário, acreditamos que a grande maioria dos médicos e enfermeiras optaram por essas profissões justamente para ajudar, acolher, sarar, e por isso mesmo eles agem acreditando fazer o melhor

Osis em sua Tese de Mestrado (OSIS, 1994).

possível pelas suas pacientes. A nossa intenção é chamar a atenção para o fato de que boas intenções nem sempre são suficientes para obter bons resultados. É necessário lembrar que existem relações de poder, já naturalizadas em nossa sociedade, e que estas podem ser obstáculos aos direitos da mulher como cidadã e prejudicar sua saúde sexual e reprodutiva.”.

Um outro componente importante da atenção à saúde da gestante e que pode refletir o conceito de integralidade do atendimento à mulher nesse período, é a preocupação com a continuidade dos cuidados, particularmente após o parto. A tradição médica tem sido a de considerar que, após dar à luz a um nascido vivo, os cuidados que a mulher precisa terminam. Os resultados da primeira avaliação reforçam essa assertiva: poucas mulheres, durante a internação para o parto, recebiam orientações sobre ações e cuidados de saúde no período puerperal; a cobertura de consulta pós-parto era um dos aspectos mais deficitários da assistência ao ciclo gravidopuerperal. É nítida a melhora dessas ações de saúde na segunda avaliação: em ambas as regiões foi maior a proporção de mulheres que recebeu orientação sobre aleitamento materno e sobre fazer revisão pós-parto, e na Penha também sobre planejamento familiar; o incremento na consulta de pós-parto foi expressivo nos dois locais estudados. Esse incremento coincide com uma elevação do número de consultas médicas de puerpério realizadas pelas unidades públicas de saúde, de acordo com dados oficiais do então Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (SUDS-SP): em 1986 foram

realizadas 61.315 consultas; em 1987, 71.370 consultas; em 1988, 99.189 consultas e em 1989, 145.728 consultas (SÃO PAULO, 1991a).

Além dessa melhora quantitativa, identifica-se no presente estudo uma melhor qualidade da assistência prestada, particularmente, no que se refere à realização de exame ginecológico e sobre ações educativas relacionadas ao planejamento familiar durante a revisão puerperal.

O estudo também mostrou avanços importantes na assistência à mulher fora do ciclo gravidopuerperal. Apesar de sua cobertura continuar sendo muito menor que a da atenção à gestante e à anticoncepção, o conhecimento e prática dos exames preventivos contra o câncer do colo uterino e de mama são os aspectos que apresentam os avanços mais expressivos no presente estudo. Isso é muito relevante, pois essas são duas das neoplasias mais freqüentes entre as mulheres brasileiras e constituem-se em importantes causas de morte por câncer na população feminina (BRASIL, 1992), além de serem ações de saúde pouco utilizadas pela população do primeiro ano do estudo.

Quanto ao câncer do colo uterino, sabe-se que os Programas de rastreamento em larga escala com a utilização da citologia esfoliativa - teste do Papanicolaou - diminuíram progressivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse tipo de câncer, desde a década de 50 nos países desenvolvidos do mundo ocidental. Na Finlândia, o desenvolvimento de um programa de "screening" com base em populações determinadas reduziu as taxas de câncer de colo uterino para um dos níveis mais baixos do mundo (5,5

por 100.000). A Noruega, que não possui um programa em larga escala, exhibe taxas de incidência três vezes maiores do que as da Finlândia (15,6 por 100.000). Nos EUA, os programas preventivos reduziram a incidência dessa patologia de 20.000 casos em 1960 para menos de 14.000 casos em 1985 (HAKAMA, 1981; DAY, 1984; CHRISTOFERSON, LUNDIM, MENDEZ, 1976; MILLER, 1986).

Nos países em desenvolvimento a incidência da neoplasia cervical é, via de regra, muito maior daquela do Primeiro Mundo, quer seja pelas condições socioeconômicas da população, quer pela deficiência de programas de controle, usual naqueles países (WHO, 1982).

No Brasil sua incidência é elevada, com grandes diferenças regionais: no Norte é a primeira causa de óbito por câncer entre as mulheres; nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, a segunda; e a quarta no Sul e no Sudeste, sucedendo, em frequência, às neoplasias malignas da mama, do estômago e do pulmão (BRASIL, 1992).

Tal situação epidemiológica, aliada à disponibilidade de tecnologia apropriada para a prevenção e diagnóstico precoce da doença, foi decisiva na definição estratégica da implantação de um programa de controle do câncer de colo uterino em larga escala no Estado de São Paulo, no período de 1987-1991.

Os expressivos avanços nos aspectos relacionados ao conhecimento e à prática dos exames preventivos contra o câncer do colo

uterino e também em relação ao câncer de mama, indicam um melhor controle dessa doença. Ambos os problemas foram objeto de campanhas de prevenção associadas aos programas de controle de abrangência populacional, no Estado de São Paulo, que foram implantados e implementados pela Secretaria de Estado da Saúde no período abrangido por este estudo (1987-1990).

Dados indiretos sugerem fortemente a contribuição dessas medidas na melhoria dos indicadores observada nesta pesquisa. De fato, dados estimados para o ano de 1986 indicavam que menos de 250.000 exames de Papanicolaou eram processados nos laboratórios públicos do Estado de São Paulo, enquanto que em 1991 os serviços públicos de saúde do Estado, excluídos os serviços próprios da rede municipal de saúde da capital, realizaram 937.248 exames colpocitológicos (SÃO PAULO, 1991b).

Os resultados obtidos no presente trabalho indicam que, se por um lado, não cresceu a proporção de mulheres que conheciam o exame de Papanicolaou (talvez por já ser bastante elevada essa proporção na primeira avaliação), por outro, observa-se, na segunda avaliação, um incremento de sua prática, particularmente na região de Campinas. Observa-se, também, que o intervalo desde a realização do último exame é menor, particularmente na Penha, o que reforça o incremento recente da cobertura.

Experiências prévias regionais já indicavam a efetividade dessa estratégia. A implantação de um programa similar na região de Campinas, a

partir de 1968, reduziu a incidência de casos avançados da doença oriundos dessa região (ZEFERINO, PINOTTI, TEIXEIRA, 1988)⁵.

O presente estudo permite observar, também, avanços significativos em relação ao auto-exame de mamas. Embora com pequenas variações regionais, aumentou o conhecimento dessa ação de saúde: mais mulheres conheciam o exame e sabiam fazê-lo. A prática do exame também melhorou, embora a desejada regularidade mensal só tenha aumentado na região de Campinas. Mas também aumentou, em ambas as regiões, a proporção de mulheres que o praticavam a intervalos maiores.

Cumpra aqui ressaltar a importância desses resultados. A incidência de câncer de mama tem aumentado nas últimas décadas, transformando esta neoplasia numa das principais causas de morte de mulheres por câncer no mundo ocidental. Por outro lado, não se tem observado redução importante nas taxas de morbimortalidade decorrentes da doença, o que tem transformado o câncer de mama em um desafio para médicos, pesquisadores e sociedade. Em 1990, só nos EUA, foram identificados cerca de 150 mil novos casos de CA de mama primário (KESSLER, 1991). Estima-se que uma de cada dez mulheres irá desenvolver um câncer de mama durante sua vida (SPRATT, DONEGAN, GREENBERG, 1988).

⁵ Infelizmente, porém, essa tendência está se modificando : no período 91-93 , 72% dos casos de câncer de colo uterino diagnosticados na região de Campinas foram caracterizados como invasivos (CAMPINAS, 1997). Seja pelos movimentos migratórios de populações marginalizadas, seja pelo recrudescimento das doenças de transmissão sexual ou pela redução do acesso à realização do Papanicolaou, são necessárias medidas urgentes para a reversão desse retrocesso.

Ao contrário do câncer de colo uterino, para cuja prevenção e detecção precoce dispõe-se de uma gama variada de recursos, são muito poucas as armas disponíveis para combater o câncer da mama. Considerando-se a história natural da doença, a detecção precoce e o tratamento oportuno são essenciais para a redução da morbimortalidade decorrente dessa neoplasia. O método mais aceito para a detecção precoce é a mamografia (FRANKL, 1987; CARCINOMA, 1992; FARWELL, FOSTER, COSTANZA, 1993; CADY, 1996;1997; MCPHERSON, 1997). O exame clínico regular e o auto-exame mensal podem auxiliar na identificação dos casos em estágios menos avançados (NEWCOMB, WEISS, STORER, 1991; ABRAHAM & SEREMETIS,1997); associados à mamografia, sua prática tem sido recomendada na maioria dos programas de “*screening*” (MCLELLAN, 1988; PLEATMAN & CARDONA, 1990; WARNER, 1992); tem sido identificada também uma relação positiva entre a prática desses exames clínicos e a motivação da mulher para com a saúde de suas mamas (PLEATMAN & CARDONA, 1990; VERNON LAVILLE, JACKSON, 1990).

Os esforços têm-se concentrado no diagnóstico em estágios cada vez mais precoces da doença e o auto-exame de mamas é uma das poucas tecnologias disponíveis, simples e de baixo custo, o que é viável em termos populacionais. Sua difusão, todavia, constitui-se em desafio para a maior parte dos países em desenvolvimento (FREITAS JR et al., 1996).

À parte das dificuldades inerentes ao ensino de qualquer prática preventiva de saúde para populações de baixa escolaridade, no caso

específico do auto-exame de mamas há que se vencer outras barreiras : motivar a mulher para praticá-lo com a regularidade desejada; fazê-la superar o medo de descobrir o câncer e perder a mama; e fazê-la perder a vergonha de conhecer e manusear seu próprio corpo, particularmente seus órgãos sexuais. Todas essas dificuldades ampliam a importância dos resultados aqui obtidos.

Também importantes são os achados em relação ao exame clínico das mamas, que se refere ao exame feito por profissional de saúde. Aqui os resultados quanto ao conhecimento, prática e periodicidade são significativamente melhores na segunda avaliação. Isso reflete um outro aspecto da questão, pois fica implícita uma maior conscientização do profissional de saúde para incorporar o exame das mamas no atendimento à mulher.

Ambos os resultados - Papanicolaou e exame clínico de mamas - podem significar que vem ocorrendo uma maior conscientização das mulheres e dos profissionais de saúde sobre a importância do “check-up” ginecológico de periodicidade anual. E que a prática do auto-exame de mamas vem sendo estimulada e ensinada nas consultas à mulher.

As ações coordenadas de múltiplos setores da Secretaria de Estado da Saúde - Coordenadoria do PAISM, Programa de Oncologia, Fundação Oncocentro, Coordenadorias Regionais de Saúde, Escritórios Regionais de Saúde, Municípios e Unidades - seguramente contribuíram para esses resultados.

Em relação ao planejamento familiar observa-se, de um modo geral, elevado conhecimento e uso dos métodos anticoncepcionais. A qualidade dessa prática, entretanto, é discutível pelo menos em relação aos dois métodos onde foi feita essa análise e que eram os mais freqüentemente utilizados pelas mulheres: a pílula e a laqueadura.

A elevada prevalência de uso de pílula anticoncepcional neste estudo - cerca de 25% -também confirmou-se em estudos posteriores: em 1996, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) identificou que, no Estado de São Paulo, 21,4% das mulheres unidas de 15-49 anos utilizavam esse método anticoncepcional; esse valor para o Brasil foi de 20,7% (PNDS, 1996). Aliás, existem grandes diferenças regionais na prevalência de uso de pílula: na região Sul é de 34,1%; no Nordeste, de 12,7% (PNDS, 1996).

O fato de a pílula anticoncepcional ser o método transitório mais utilizado pela população estudada não tem um significado necessariamente positivo ou negativo. Mais importante - não só em relação à pílula mas a qualquer método anticoncepcional - é avaliar se as mulheres que a utilizam podem fazê-lo ou não.

Feita esta avaliação, resulta preocupante o achado de cerca de um terço das usuárias apresentarem contra-indicações. Apesar das limitações para a obtenção desses dados - os problemas foram referidos pelas mulheres - e apesar da relatividade de contra-indicações bastante prevalentes (o tabagismo pode não ser considerado uma contra-indicação em mulheres jovens), sabe-se

que a presença de fatores de risco entre usuárias desse método acarreta riscos de complicações graves e até de morte (PORTER, HUNTER, JICK, 1988; CROFT & HANNAFORD, 1989), particularmente quando as usuárias carecem de adequado acompanhamento médico (PINOTTI et al., 1990).

Torna-se urgente, portanto, que os serviços de saúde ampliem o leque de opções de oferta de métodos anticoncepcionais e que às mulheres seja dada a oportunidade de uma anticoncepção adequadamente orientada, que respeite suas expectativas e que minimize os riscos à saúde a que as mulheres se sujeitam para planejar suas famílias.

Em relação aos outros métodos anticoncepcionais transitórios constata-se, de forma genérica, uma baixa prevalência de uso, o que coincide com outros estudos: em 1996, a PNDS evidencia que, em São Paulo, todos os outros métodos transitórios juntos totalizam cerca de 10% de frequência de uso, à exceção do condom que é utilizado por quase 7% das mulheres unidas, de 15 a 49 anos (PNDS, 1996). Esses achados refletem a evolução histórica do planejamento familiar no Brasil, analisada anteriormente, que negou às mulheres informação e acesso a um maior leque de opções de métodos anticoncepcionais. Até o fato de o condom ser o segundo método transitório mais utilizado, provavelmente, é reflexo não de uma maior participação masculina na anticoncepção, mas de uma maior preocupação da sociedade com a questão da AIDS.

A esterilização cirúrgica feminina é o método mais utilizado nas duas avaliações, correspondendo a cerca de um terço da população estudada. Esses achados mantêm-se até os dias atuais: em 1996, a PNDS identificou que 34% e 40% das mulheres unidas, em São Paulo e no Brasil, respectivamente, estavam esterilizadas. Ao contrário do que se afirmou anteriormente sobre a prevalência de uso da pílula anticoncepcional, esse achado *de per se* assume conotação claramente negativa, mesmo não se considerando as características de quem utiliza esse método. Por ter um caráter definitivo, a laqueadura deveria ser método de exceção e não o mais prevalente. Aliás, é isso que ocorre em grande parte do mundo desenvolvido: na Alemanha, sua prevalência é de 10% (1985); no Japão, de 6% (1988); na Holanda, de 5% (1985); na Espanha, de 4% (1985) (POPULATION REPORTS, 1990).

Ao analisarem-se as características do uso da laqueadura, esses aspectos negativos tornam-se ainda mais evidentes. A maioria desses procedimentos foi realizada durante uma cesárea, momento inadequado para tal opção (PINOTTI, DIAZ, DIAZ, 1986) e muitos deles foram pagos, apesar de terem sido viabilizados através do SUS - que prevê assistência gratuita à saúde. Pode-se concluir que o pagamento “por fora”, embora proibido, está institucionalizado, pelo menos nos aspectos relacionados a esse procedimento. Parece ironia constatar que, por um planejamento familiar de qualidade discutível, que esteriliza grandes contingentes de mulheres e disponibiliza - como alternativa - quase que exclusivamente a pílula com precário acompanhamento médico, as mulheres ainda tenham que pagar! E dentro de

um sistema de saúde que, ao menos no discurso, se diz gratuito e universal! Mais grave ainda quando se considera que os custos - médicos, sociais e econômicos - da cesárea desnecessária para fazer a laqueadura, retira do sistema de saúde potenciais investimentos em áreas carentes de recursos (FAÚNDES & CECATTI, 1993)

Mais alarmantes são os achados relacionados às análises aprofundadas da primeira avaliação, que identificaram que 14% das mulheres laqueadas submeteram-se a esse procedimento antes dos 25 anos de idade (HARDY et al., 1993). É sobejamente conhecido que às menores idades correspondem as maiores taxas de arrependimento (PINOTTI et al., 1986). Embora não se possa cercear o direito de uma pessoa poder decidir livremente sobre a regulação de sua fecundidade, não estará errado supor que uma mulher de 20 anos e com apenas um filho, tenha, de um modo geral, capacidade limitada de tomar decisões definitivas de tal monta. É provável que essas 'decisões' sejam, antes de tudo, determinadas pela falta de informação e de acesso a outras alternativas e pela falsa ilusão - propagada pelos meios de comunicação e por alguns membros da classe médica - acerca da reversibilidade desse procedimento.

A situação descrita está longe de cumprir com os dispositivos constitucionais:

- a) “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais

e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”

(Constituição da República Federativa do Brasil, Título VIII, Capítulo VII, Artigo 226, Parágrafo 7)

b) “Compete ao Sistema Único de Saúde ... a garantia do direito à auto regulação da fertilidade como livre decisão do homem, da mulher ou do casal, tanto para exercer a procriação como para evitá-la, provendo por meios educacionais, científicos e assistenciais para assegurá-lo, vedada qualquer forma coercitiva ou de indução por parte de instituições públicas ou privadas”

(Constituição do Estado de São Paulo, Título VII, Capítulo II, Artigo 223, Inciso X).

Como resposta a esta situação, as estratégias adotadas pelo PAISM em relação ao planejamento familiar objetivavam, principalmente, reduzir as elevadas incidências de esterilização cirúrgica (e sua prática em mulheres jovens) e a alta proporção de contra-indicações em usuárias de pílula, além de ampliar o leque de opções de métodos anticoncepcionais. Nesse sentido, identificou-se na segunda avaliação: redução na proporção de mulheres submetidas à laqueadura em passado recente ou que pagaram pelo procedimento; redução na proporção de hipertensão arterial entre as usuárias de pílula da Penha; aumento da utilização da vasectomia em Campinas.

Sabe-se que o uso inadequado de métodos anticoncepcionais é decorrência da desinformação da população aliada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade e aos próprios métodos. De fato, dados

recentes mostram que, quanto maior é a escolaridade da mulher - o que provavelmente significa maior informação e acesso - maior é a participação masculina na anticoncepção, a variedade de uso de MAC aumenta e diminui a prevalência de laqueadura tubária: a PNDS (1996) evidencia que, em São Paulo, entre as mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade, 8% utilizam a vasectomia (em contraposição a 0,3% das sem escolaridade e 1,1% entre as de um a três anos de escola) e 8,8% o condom (2,2% e 2,1% entre as sem e de um a três anos de escolaridade, respectivamente). As mulheres mais instruídas também usam mais freqüentemente o DIU (3,3% *versus* 0,8% das sem escolaridade) e os métodos de abstinência periódica (6,4% contra 2,7% das sem escolaridade). A laqueadura é utilizada por 35,7% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade em contraposição a 45,7% dentre as que nunca freqüentaram a escola (PNDS, 1996). Portanto, caso não se promova o desenvolvimento social da população, garantindo melhores condições de educação e informação, a atuação do setor saúde será necessariamente limitada para a correção desse problema.

Para finalizar esta parte da discussão, cumpre ainda analisar a percepção das mulheres em relação às mudanças na qualidade do atendimento recebido nos anos de intervalo entre as duas pesquisas. É animador perceber que mais da metade das mulheres entenderam que receberam atendimento melhor ao final do período estudado. Esse achado reveste-se de maior importância quando se considera que, de um modo geral, a população brasileira tem o hábito de criticar os serviços públicos, que

comumente fazem jus a essa crítica em virtude de suas deficiências. As razões apontadas pelas mulheres para essa melhora ajustam-se às medidas adotadas pela SES/SP nesse período: “tratam bem/ orientam” pode corresponder aos cursos de sensibilização/capacitação dos profissionais de saúde; “sem fila” pode refletir a estratégia de pronto-atendimento (como forma de ingresso para os Programas) desenvolvida para reduzir o tempo excessivamente longo que existia entre a procura e a realização da consulta e ação de saúde; “aumentou número de médicos/tem especialistas” pode corresponder ao aumento do número de profissionais de saúde em geral e de ginecologistas em particular, obtido com a maior contratação desses profissionais nesse período; “mais recursos” pode significar a percepção das mulheres em relação à ampla aquisição de equipamentos e insumos para o PAISM; “aumentou número de postos/ mais próximos das casas” pode refletir a ampliação da rede física e a organização do sistema de saúde.

Este último aspecto - organização do sistema de saúde - merece algumas reflexões adicionais. No período abrangido por este estudo (1987-1990) a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo comandou uma das principais mudanças - senão a maior - no Sistema de Saúde já realizadas na história da saúde do país, o que contribuiu para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Estado (SUS) e serviu de modelo para o restante do país. Em linhas gerais, foi nesse período que se efetivou a unificação do Sistema (com a incorporação do então INAMPS), sua descentralização (com a municipalização), o maior acesso da população e a melhor resolutividade (com

a ampliação da rede física, de equipamentos e de recursos humanos), e o desenvolvimento e aprimoramento institucional e programático (com a capacitação dos recursos humanos e a valorização e priorização de programas de saúde de abrangência populacional). Isso permitiu uma maior universalidade e equidade, maior cobertura, integralidade do atendimento, descentralização de responsabilidades e recursos, e maior participação da população (SÃO PAULO, 1991a).

Conforme afirma a equipe do nível central da SES-SP responsável por essas mudanças:

“Temos a convicção de que os alicerces do novo Sistema de Saúde foram estabelecidos. Definiram-se estratégias de trabalho nas diferentes áreas da saúde; procurou-se ampliar a quantidade e a qualidade da produção de serviços; os programas e as vigilâncias das doenças capacitaram-se tecnicamente e formularam metas prioritárias de ação; recuperou-se a rede física de serviços e os investimentos em novas Unidades, feitos a seguir, deram prioridade às regiões mais carentes do Estado, havendo de fato uma democratização de recursos, em resposta aos mais necessitados; garantiu-se e incentivou-se a participação da população na fiscalização dos serviços e na direção dos investimentos; enfrentou-se o corporativismo, muitas vezes utilizado de forma político-partidária e contrário às mudanças que eram necessárias; criou-se enfim a possibilidade do real entendimento da democratização dos serviços, em função dos usuários, que estabelece uma

nova relação entre funcionários/serviço e funcionários/comunidade” (SÃO PAULO,1991a).

E é nesse cenário que se desenvolveu a implantação do PAISM. Se em uma análise mais superficial, isso parece um fator complicador (e de fato não foi fácil advogar a causa das mulheres nesse processo...), não se pode deixar de considerar que é com a consolidação do SUS que se torna possível a incorporação do conceito de Assistência Integral à Saúde da Mulher no sistema de saúde. Aliás, cumpre mencionar que o documento que lançou o PAISM a nível nacional (BRASIL, 1984) antecipou dois dos mais importantes princípios - universalidade e integralidade - que alicerçam a construção do SUS (OSIS, 1994).

E, se de fato, o processo de mudança que se desenvolveu nesse período na SES-SP tornou mais complexo o desenvolvimento das estratégias necessárias à implantação do PAISM, foi no cerne das diferenças de gênero que se enfrentaram as principais barreiras. A sociedade brasileira ainda encara a mulher como “cidadã de segunda classe” com muitos deveres e poucos direitos, como procriadora e reprodutora, e muito pouco além disso.

A reprodução afeta a mulher enquanto mulher, de uma forma que transcende as divisões de classe e que permeia todas as suas atividades: sua educação, seu trabalho, seu envolvimento político e social, sua saúde, sua sexualidade, enfim, sua vida e seus sonhos. É necessário, urgentemente, que se deixe de romantizar o poder que pode existir da conexão biológica da mulher

com a Maternidade. É fundamental deixar de subestimar o poder repressivo sobre as mulheres que se estabelece com essa conexão.

Pois essa visão reprodutiva das mulheres é muito menos o resultado de sua condição biológica e, acima de tudo, determinada pela organização social e cultural. E não se pode deixar de reconhecer que essa organização tem, até hoje, buscado cercear os esforços das mulheres para ganhar um pouco de espaço de controle sobre suas vidas e seus corpos, e para expressar livremente sua sexualidade.

Dentro desse contexto, a principal conclusão que surge da análise global deste estudo é que o PAISM não é uma quimera impraticável. Os resultados mostram progressos evidentes tanto na quantidade e qualidade da assistência à saúde da mulher, quanto na adoção de uma filosofia de integralidade desse atendimento. Mas o grande problema dos programas de saúde no nosso país, em todos os níveis, é a não-institucionalização e consolidação das iniciativas bem sucedidas e dos avanços alcançados por elas, e o retrocesso do PCCUC (CAMPINAS, 1997) é apenas um exemplo de programa de saúde que, aparentemente, deixou de interessar aos governos estaduais.

Resta, portanto, ainda muito por fazer, quer a nível mundial, quer na sociedade brasileira. Quem sabe não tardará o dia em que, perante uma doença de um filho, homem e mulher alternem a falta ao trabalho, quando necessário para o cuidado da criança... Quem sabe na próxima edição do

“Aurélio” já não conste mais que “homem público” é o “indivíduo que se consagra à vida pública, ou que a ela está ligado” e “mulher pública” é a “meretriz” ou que “homem do mundo” é o “homem da sociedade” e “mulher do mundo” é a “meretriz”, (FERREIRA, 1986); apenas para citar exemplo grotesco de discriminação que está introjetada até na nossa linguagem...

Homens e mulheres da atualidade devem trilhar juntos esse caminho na busca do reconhecimento da cidadania plena de ambos os gêneros. Conclama-se aqui, ao finalizar este trabalho, uma maior participação masculina nesse processo, nem que seja só por solidariedade, por companheirismo, por amor...

“Le jour où il sera possible à la femme d’aimer dans sa force, non dans sa faiblesse, non pour se fuir, mais pour se trouver, non pour se démettre, mais pour s’affirmer, alors l’amour deviendra pour elle comme pour l’homme source de vie et non mortel danger”

Simone Beauvoir

6. CONCLUSÕES

- ? A cobertura da atenção pré-natal chegou a 95% em 1991 e houve melhora em alguns indicadores de qualidade do atendimento.
- ? A assistência institucional ao parto foi a regra, com índices de cesárea bastante elevados. Houve melhora nas orientações recebidas na maternidade.
- ? A cobertura e a qualidade da consulta de revisão pós-parto melhoraram.
- ? O conhecimento sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino manteve-se acima de 90% e a sua prática melhorou. O conhecimento e a prática do auto-exame de mamas e do exame clínico mamário melhoraram.

- ? O conhecimento e a prática do planejamento familiar foram elevados, mas a qualidade foi insatisfatória.

- ? A qualidade do atendimento recebido nos Postos de Saúde - segundo a percepção das mulheres - melhorou.

7. SUMMARY

Although Program of Integral Attention to the Woman's Health has been proposed in 1983, there is even today great difficulties for its including implantation. The objective of current study was to evaluate some aspects of the implantation of this Program in the State of São Paulo, in quadriennium 1987-1990. In this period the state public politics prioritized the woman's health. It were interviewed, by domiciliar sampling, 2343 women (1008 in 1988 and 1335 in 1991), residents in the area of Penha (municipal district of São Paulo), and in the area of Campinas (municipal districts of Campinas, Indaiatuba, Paulínia and Sumaré). The studied variables related to the attendance to prenatal care (covering, month at the beginning, number of consultations, clinical and laboratorial exams carried out), to childbirth (childbirth type, orientations received in the maternity), to puerperium (covering for consultation of postpartum revision, performed exams, orientations). It also included knowledge and practice of the prevention exams against uterine cervix and breast cancer, family planning, and to evolution of quality of care received in the health clinics. Data obtained in 1991, were compared with those of 1988, in the meaning of differences be identified among the two periods. A prenatal attendance had covering and satisfactory quality in studied aspects, with small variations in elapse of the four analyzed years. The incidence of Cesareans was

high and puerperal attention improved, particularly in the area of Campinas. The knowledge and, mainly, the practice of preventive exams of cervix and breast cancer had important increments. The quality of family planning was unsatisfactory in the two studied places, with little differences in elapse of the four years. In the women's perception there was better quality of attendance received in the clinical services. The results obtained to allow concluding that when the woman's health is inside priority of the public politics it is possible progresses in the implantation of Program of Integral Attention to the Woman's Health.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, C. L. & SEREMETIS, S. - Breast health at midlife: guidelines for screening and patient evaluation. **Geriatrics**, **52**:58-60, 1997.

ANSARI, M. Z.; MUELLER, B. A.; KROHN, M. A. - Epidemiology of eclampsia. **Eur. J. Epidemiol.**, **11**:447-51, 1995.

AQUINO, M.M.A. - **Causas e fatores associados ao óbito fetal**. Campinas, 1997. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas].

ARMITAGE, P. & BERRY, G. - **Statistical methods in medical research**. 2ed., Oxford, Blackwell Scientific Publication, 1987.

BEAUVOIR, S. - **O segundo sexo: fatos e mitos**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980. 309p.

BLEIER, R. - **Science and Gender: a critique of biology and its theories on women**. New York: Pergamon, 1984.

BLONDEL, B. & SAUREL-CUBIZOLLES, M. J. - An indicator of adverse pregnancy outcome in France: not receiving maternity benefits. **J. Epidemiol. Comm. Health**, **45**:211-5, 1991.

BLONDEL, B.; DUTILH, P.; DELOUR, M.; UZAN, S. - Poor antenatal care and pregnancy outcome. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, **50**:191-6, 1993.

BONITA, R. & HOWE, A. L. - Older women in an aging world: achieving health across the life course. **Wld. Hlth. Statist. Quart.**, **49**:134-41, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. - Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. - **Séries históricas de internações hospitalares segundo grandes grupos de causas** (AIH). Informe Epidemiológico do SUS, 1 (1):111-30, 1992a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações Epidemiológicas - **Estatísticas de Mortalidade: Brasil**, 1987. Brasília, Ministério da Saúde, 1992b. 372 p. (Série G: Estatística e Informações em Saúde).

BUEKENS, P.; HERNANDEZ, P.; INFANTE, C. La atención prenatal en America Latina. **Salud Pub. Mex.**, **32**:673-84, 1990.

BUEKENS, P.; KOTELCHUCK, M.; BLONDEL, B. - A comparison of prenatal care use in the United States and Europe. **Am. J. Public. Health**, **83**:31-6, 1993.

CADY, B. - The new era in breast cancer: invasion, size, and nodal involvement dramatically decreasing as a result of mammographic screening. **Arch. Surg.**, **131**:301-8, 1996.

CADY, B. - New era in breast cancer: impact of screening on disease presentation. **Surg. Oncol. Clin. N. Am.**, **6**:195-202, 1997.

CALDER, N. - **Timescale**. New York: Viking Press, 1988.

- CALDWELL, J. C. - Health transition: the cultural, social and behavioural determinants of health in the third world. **Soc. Sci. Med.**, **36**:125-35, 1993.
- CAMPBELL, J. - **The masks of god: occidental mythology**. New York: Viking Press, 1970.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de registro de câncer de base populacional de Campinas** - Boletim No. 2 - Colo uterino , 1997.
- CAMPION, M. J. & REID, R. - Triagem do câncer ginecológico. In: Estratégias para a manutenção da saúde. **Clin. Obstet. Ginecol. Am. Norte**, **4**:677-711, 1990.
- CARCINOMA of the breast: ACOC technical bulletin number 158, August 1991. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, **39**:237-43, 1992.
- CHRISTOFERSON, W.M.; LUNDIM, F.E.; MENDEZ, W.M. -Cervical cancer control: a study of morbidity and mortality: trends over a 21 year period. **Cancer**, **35**: 1357-66, 1976.
- CONDE-AGUDELO, A. & KAFURY-GOETA, A. C. - Case-control study of risk factors for complicated eclampsia. **Obstet. Gynecol.**, **90**:172-5, 1997.
- CONSELHO Estadual da Condição Feminina/ Centro de Memória Sindical. - 8 de março: dia internacional da mulher, uma data e muitas histórias. São Paulo: IMESP, 1993, 96p.
- CROFT, P. & HANNAFORD, P.C. - Risk factors for acute myocardial infarctation in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' oral contraception study. **Br. Med. J.**, **298**:165-8, 1989.

- CUNHA, D. C.; SALGADO NETO, J.; HALBE, H. W.; OTTOBONI, W. R.;
GOTARDO, D. - Comitês de Morte Materna. In: FAÚNDES, A. &
CECATTI, J. G. (orgs) - **Morte Materna: uma tragédia evitável**.
Campinas: Editora da UNICAMP, 1991, p.45-73.
- DAY, N.E. - Effect of cervical cancer screening in Scandinavia. **Obstet.
Gynecol.**, **63**:714-8, 1984.
- DHS. **Demographic and health surveys**. Brazil: Demographic and Health
Survey, 1986.
- DONALDSON, P.J. & BILLY, J.O G. - The impact of prenatal care on birth
weight. **Med. Care**, **22**: 177-88, 1984.
- DONANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. - **Saúde e Sociedade**. São Paulo:
Livraria Duas Cidades, 1979. 33p.
- DUCHIADE, M. P. - População brasileira: um retrato em movimento. In:
MINAYO, M. S. C. - **Os muitos brasis: saúde e população na década
de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. p.14-56.
- DYCHES, H. & RUSHING, B. - International stratification and the health of
women: an empirical comparison of alternative models of world system
position. **Soc. Sci. Med.**, **43**:1063-72,1996.
- EHRENREICH, B. & ENGLISH, D. - Complaints and disorders: the sexual
politics of sickness. London: Writers and Readers Pub. Coop., 1973. 10p.
- ESCOVITZ, G. H. - The health transition in developing countries: a role for
internists from the developed world. **Ann. Int. Med.**, **116**:499-504, 1992.

FARWELL, M. F.; FOSTER, R. S. Jr.; COSTANZA, M. C. - Breast cancer and earlier detection efforts: realized and unrealized impact on stage. **Arch. Surg.**, **128**:510-3, 1993.

FAÚNDES, A. ; HARDY, E.; DIAZ, J.; PINOTTI, J.A - Association of marital status and years of schooling with perinatal outcome: the influence of pre-natal care as an intermediate variable. **J. Perinat. Med.**, **10**:105-13, 1982.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G.; SILVA, J.L.C.P., PINOTTI, J.A. - O problema da mortalidade materna. **Femina**, **15**:25-31, 1987a.

FAÚNDES, A. - PINOTTI, J.A.; CECATTI, J.G. - Atendimento pré-natal: assistência obstétrica primária: quais as necessidades do Brasil. **J. Bras. Med.** , **52**:38-54, 1987b.

FAÚNDES, A.; HARDY, E.; PINOTTI, J.A. - Commentary on women's reproductive health: means or end?. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, *Suppl.*, **3**:115-18, 1989.

FAÚNDES, A. & CECATTI, J.G. - Which policy for caesarian sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. **Hlth. Pol. Plann.**, **8**:33-42, 1993.

FAÚNDES, A. - Gênero, poder e direitos sexuais e reprodutivos. **Femina**, **24**:661-70, 1996.

FERREIRA, A.B.H. - **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2ed., Editora Nova Fronteira, 1986. 1809p.

FISHER, E. - **Woman's creation: sexual evolution and the shaping of society**. New York: McGraw-Hill, 1980.

FOUCAULT, M. - **O nascimento da clínica**. 2ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980a.

FOUCAULT, M. - **História da sexualidade I : a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1980b. p.37-8.

FRANKL, G. - The use of screening mammography. **Câncer, 60 (8 Suppl.):**1979-83, 1987.

FREITAS JR., R.; SOARES, V. F.; MELO, N. F.; ANDRADE, M. L.; PHILOCRÉON, G. R. - Fatores determinantes do conhecimento e prática do auto-exame de mama. **Rev. Bras. Ginec. Obstet., 18:**387-91, 1996.

FRIEDAN, B. - **The feminine mystique**. New York: WW Norton, 1963.

FRITZ, J. - **You want women to vote.- Lizzie Stanton?** New York: Putnam& Berkley, 1995.

FULFORD, R. - **Votes for women: the story of a Struggle**. London: Faber, 1957.

GISSLER, M. & HEMMINKI, E. - Amount of antenatal care and infant outcome. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 56:**9-14, 1994.

GRAVES, R. - **Apuleius: the golden ass**. London: Penguin, 1950.

GRAVES, R. - **The white goddess**. New York: Alfred A. Knopf, 1958.

HAKAMA, M. - Trends in the incidence of cervical cancer in the nordic countries. In: Magnus, K. (ed) - **Trends in cancer incidence, causes and practical implications**. New York: Hemisphere, 1981. p.279-92.

HARDY, E.E.; OSIS, M.J.D.; COSTA, R.G. - Avaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo. Análise aprofundada dos dados. Volume 2. Relatório CEMICAMP, setembro de 1991.

HARDY, E.; OSIS, M.J.D.; FAÚNDES, A.; ALVES, G.; PINOTTI, J.A. - A laqueadura tubária precoce e durante a cesárea : dimensões atuais e fatores que a determinam. **Rev. Ginecol. Obstet. São Paulo**, **4**:70-6, 1993.

HELTON, M. R. - Prenatal care. **Prim. Care**, **24**:135-46, 1997.

HULSEY, T. C.; PATRICK, C. H.; ALEXANDER, G. R.; EBELING, M. - Prenatal care and prematurity: is there an association in uncomplicated pregnancies? **Birth**, **18**:146-50, 1991.

IAMS, J. D.; JOHNSON, F. F.; CREASY, R. K. - Prevention of preterm birth. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **31**:599-615, 1988.

ILLICH, I. - **A expropriação da saúde**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975. p.59.

KESSLER, L. G. - Projections of the breast cancer burden to US women: 1990-2000. **Prev. Med.**, **20**:170-82, 1991.

KNIBIEHLER, Y. & FOUQUET, C. - **La femme et les médecins**. Paris: Hachette, 1983.

KOBLINSKY, M. A. - Beyond maternal mortality: magnitude, interrelationship, and consequences, of women's health, pregnancy-related complications and nutritional status on pregnancy outcomes. **Int. J. Gynaecol. Obst.**, **48(Suppl)**:S21- S32, 1995.

- KOIFMAN, S. - Incidência de câncer no Brasil. In: MINAYO, M. S. C. **-Os muitos brasis: saúde e população na década de 80.** Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. p.143-76.
- LABARGE, M.W. - **Women in medieval life: a small sound of the trumpet.** London: Beacon Pr., 1986.
- LE FAOU, A. L. & LIOTE, H. - Protection prenatale: réglementation, mortalité perinatale, epidemiologie. *Rev. Prat.*, 45 (8): 1029-34, 1995.
- LEE, R.B. & DE VORE, I. - **Man the hunter.** Chicago: Aldine Press, 1968.
- LEWIS, C. T.; MATHEWS, T. J.; HEUSER, R. L. - Prenatal care in the United States, 1980-94. **Vital Health Stat.**, 54:1-17, 1996.
- LIMA, M.R. - **Atenção pré-natal: avaliação da proposta de atendimento de grupo.** São Paulo, 1989. [Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da USP].
- LOPEZ, A. D. - Causes of death: an assessment of global patterns of mortality around 1985. **Wld. Hlth. Statist. Quart.**, 43:91-104, 1990.
- LOURO, G.L. - Mulheres na sala de aula. In: DEL PRIORI, M. (org) & BASSANEZI, C. (coord.de textos) . **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 1997. p.443-81.
- MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. - **A danação da norma. medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARKDALE, J. - **Les celts et la civilisation celtique.** Paris: Payot, 1983.

- MCLELLAN, G. L. - Screening and early diagnosis of breast cancer. **J. Fam. Pract.**, **26**:561-8, 1988.
- MCPHERSON, C. P.; SWENSON, K. K.; JOLITZ, G.; MURRAY, C. L. - Survival of woman ages 40-49 years with breast carcinoma according to method of detection. **Cancer**, **79**:1923-32, 1997.
- MILES, R. - **A história do mundo pela mulher**. Rio de Janeiro: Casa-Maria Editorial, 1989.
- MILLER, A. B. - Evaluation of the impact of screening for cancer of the cervix. In: HAKAMA, M.; MILLER, A. B.; DAY, N.E. (eds) - **Screening for cancer of the uterine cervix**. Lion: IARC, 1986. p.149-60.
- MOORE, T.R.; ORIGEL, W.; KEY, T.C.; RESNIK, R. - The perinatal and economic impact of prenatal care in a low socioeconomic population. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **154**:29-33, 1986.
- MORGAN, E. - **The descent of woman**. London: Souvenir Press, 1972.
- MORGAN, E. - **The scars of evolution**. London: Penguin, 1991.
- MURRAY, C. J. L. & LOPEZ, A. D. _ Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. **Lancet**, **349**:1269-76, 1997.
- NEWCOMB, P. A.; WEISS, N. S.; STORER, B. E. - Breast self-examination in relation to the occurrence of advanced breast cancer. -**J. Natl. Cancer Inst.**, **83**:260-5, 1991.
- NOGUEIRA, C.W.M. - **Atenção pré-natal na cidade de Campinas**. Campinas, 1987. [Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].

- OSIS, M.J.D. - **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. Campinas,1994. [Dissertação de Mestrado. Depto de Antropologia Social, IFCH, UNICAMP].
- PINCUS, G.; CHANG, M.C.; ZARROW, M.X.; HAFEZ, E.S.S.E.; MERRIL, A - Studies of the biological activity of certain 19-norsteroids in female animals. **Endocrinology**, **59**:695-707,1956.
- PINCUS, G.; ROCK, J.; GARCIA, C.R. - Effects of certain 19-norsteroids upon reproductive processes. **Ann. NY Acad. Sci.** , **71**:677-90, 1958.
- PINOTTI, J.A. & FAÚNDES, A. - Obstetric and gynecological care for third world women. **Int. J. Gynec. Obst.**, **22**:449-55, 1984.
- PINOTTI , J.A. - **A doença da saúde: por uma política da saúde no Brasil**. Campinas: Editora da UNICAMP & São Paulo: ALMED Editora e Livraria Ltda., 1984.
- PINOTTI, J.A.; DIAZ, A. J.; DIAZ, M.M. - Identificação de fatores associados à insatisfação após esterilização cirúrgica. **Ginec. Obst. Bras.**, **9**:304-9, 1986.
- PINOTTI ,J.A. & FAÚNDES, A. - **A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil**. São Paulo, Manole, 1988. 181p.
- PINOTTI, J.A.; FAÚNDES, A. ; HARDY, E. E.; SIMÕES, I.R.; OSIS, M.J.D.; SOUZA, T.R.; MORAES, T.M. - Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. **Rev. Ginec. Obst.**, **1**:7-21, 1990.
- PLEATMAN, M. A. & CARDONA, R. R. - Detection of breast cancer. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, **17**:729-40, 1990.

PNDS. - **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde** Brasil, 1996.

POKRAS, R. & HUFNAGEL, V.G. - Hysterectomy in the United States: 1965-1984. **Am. J. Publ. H.**, **78**:852-61, 1988.

POPULATION REPORTS - **Voluntary female sterilization: number one and growing**. Population Reports, Series C, Number 10, 1990.

PORTER, J.B.; HUNTER, J.R.; JICK, H. - Oral contraceptives and nonfatal vascular disease: recent experience. **Obstet. Gynecol.** , **66**:1-4, 1988.

RAVEN, S. & WEIR, A. - **Women in history: thirty-five centuries of feminine achievement**. London, 1981.

ROBERTS, J.M. - **The Hutchinson History of the World**. London: Hutchinson, 1976.

ROCK, J.; PINCUS, G.; GARCIA, C.R. - Effects of certain 19-norsteroids on the normal human menstrual cycle. **Sci. NY**, **124**:891-3, 1956.

ROSENFELD, A. - Maternal mortality in developing countries: an ongoing but neglected "epidemic". **JAMA**, 262: 376-9, 1989.

SACHS, B.; BROWN, D. A. J.; DRISCOL, S. G. - Haemorrhage, infection, toxemia and cardiac disease 1954-85: causes for their declining role in maternal mortality. **Am. J. Public Health**, **78**:671-5, 1988.

SÃO PAULO. Fundação SEADE. Anuário Estatístico do Estado de São Paulo. **Sistema Estadual de Análise de Dados**. 1988a.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Uma revolução na área da saúde**. São Paulo: IMESP, 1988b.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Saúde: o desafio da mudança.**
São Paulo: IMESP, 1991a.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Informações da
Saúde. **Sistema de Informação da prevenção do câncer do colo
uterino.** São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, 1991b.

SCOTT, A. F. & SCOTT, A. M. - **One half the people: the fight for women
suffrage.** Philadelphia: Lippincott, 1975.

SHEARER, E. L. - Cesarean section: medical benefits and costs. **Soc. Sci.
Med.**, **37**:1223-31, 1993.

SLOCUM, S. - Woman the gatherer: male bias in Anthropology. In: REITER,
R.R. ed. - **Towards an anthropology of women.** New York: Monthly
Review Press, 1975. p.36-50.

SPRATT, J.S.; DONEGAN, W.L.; GREENBERG, R.A. - Epidemiology and
etiology. In: DONEGAN, W.L. & SPRATT, J.S. (eds) - **Cancer of the
Breast.** Philadelphia, WB Saunders, 1988. p.46-73.

STOKOE, U. - Determinants of maternal mortality in the developing world **Aust.
NZ. J. Obstet. Gynaecol.**, **31**:8-16, 1991.

STONE, M. - **When God was a woman.** San Diego & New York: Harcourt,
Brace & Jovanovich, 1976.

VAN WIJK, C.M.T.G.; VAN VLIET, K.P.; KOLK, A. M. - Gender perspectives and
quality of care: towards appropriate and adequate health care for women.
Soc. Sci. Med. **43**:707-20, 1996.

VERNON, S. W.; LAVILLE, E. A.; JACKSON, G. L. - Participation in breast screening programs: a review. **Soc. Sci. Med.**, **30**:1107-18, 1990.

VIEIRA, E.M. - **Prática médica e corpo feminino**. São Paulo, 1990.
[Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da USP].

VILLAR, J. & BERGSJO, P. - Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **76**:1-14, 1997.

WARNER, E. A. - Breast cancer screening. **Prim. Care**, **19**:575-88, 1992.

WHO. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC). **Cancer Incidence in five continents**. Vol.IV. IARC Scientific Publication. No.42. WHO, Lyon, 1982.

ZEFERINO, L.C.; PINOTTI, J.A.; TEIXEIRA, L.C. - O problema do câncer ginecológico e mamário. In: PINOTTI, J.A. & FAUNDES, A. (eds.) - **A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil**. São Paulo, Manole, 1988. p.79-103.

9. BIBLIOGRAFIA DE NORMATIZAÇÕES

1. HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses.
BIREME, São Paulo, 1991. 45p.
2. Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses.
Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD - OF. CIR/
PRPG/06/95 - Normas ABNT. 1995. 8p.

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)
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| | 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA
dia mês ano

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/ | 2 | CONTRACEPTIVO HORMONAL/ | 3 | AMAMENTANDO/
OUTROS TRATAMENTO PÓS-PARTO
(PASSE A 2.1) (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 Sr.^a. 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 PRESERVATIVO			
g) ESPUMA, GELÉIA, CREME, SUPOSITÓRIO VAGINAL			
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/ | 2 | DIU/NORPLANT | 3 | OUTROS | 4 | VASECTOMIA
CURATIVO PASSE A 2.17 PASSE A 2.14 PASSE A 1.3.1.

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

|__|__|__|__| | 8 | NÃO SABE/NÃO LEMBRA
mês ano

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) diabete (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, ictirícia) | 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 às vezes ficam quentes e inchadas. | 1 SIM | 2 NÃO | 8 NÃO SABE |

2.23. A Sr^a. fuma?

| 1 | SIM | 2 | NÃO

1.3.1. ENTREVISTADORA DIGA: Agora vou lhe fazer perguntas sobre alguns exames preventivos.

SEÇÃO 3 : EXAMES PREVENTIVOS

3.1. A Sr^a. já ouviu falar do exame preventivo de câncer de colo de útero (prevenção de câncer, Papanicolaou, citologia)?

| 1 | JÁ | 2 | NÃO (PASSE A 3.23)

3.2. Alguma vez fez esse preventivo?

| 1 | SIM (PASSE A 3.6) | 2 | NÃO

3.3. Sabe onde pode fazer o preventivo?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 3.23.)

3.4. Onde? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

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

TEXTUAL _____

PASSE A 3.23.

3.6. Alguma vez o resultado desse preventivo deu alterado?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 3.20) | 8 | NÃO SABE (PASSE A 3.20)

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

TEXTUAL _____

3.8. Há quanto tempo fez esse preventivo?

TEXTUAL _____

3.9. Nessa consulta fizeram exame “por baixo”?

| 1 | SIM | 2 | NÃO | 8 | NÃO LEMBRA

3.10. Depois de ser informado desse resultado alterado, foi encaminhada para outro lugar?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 3.17)

3.11. Para onde? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

3.12. A Sr^a. foi consultada lá?

| 1 | SIM (PASSE A 3.16) | 2 | NÃO

3.13. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

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

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 3.20)

3.15. Onde? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

3.16. Nesse lugar, fizeram um exame “por baixo”?

| 1 | SIM | 2 | NÃO | 8 | NÃO LEMBRA

3.17. Fez algum tratamento ou outros exames?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 3.19)

3.18. Onde fez? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

PASSE A 3.20

3.19. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

PASSE A 1.3.2.

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 consultada 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.

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

TEXTUAL _____

3.43. Onde fez o exame? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

.3. ENTREVISTADORA DIGA: Agora vou-lhe perguntar de um último exame.

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

| 1 | JÁ | 2 | NÃO (PASSE A F.3.1.)

3.45. Foi ensinada a fazer o exame de auto-palpação de mama?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A F.3.1.)

3.46. Onde lhe ensinaram? (NOME OU ENDEREÇO)

TEXTUAL _____

3.47. A Sr^a. costuma fazer esse exame de palpar as mamas?

| 1 | SIM/ÀS VEZES (PASSE A 3.49) | 2 |

3.48. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

PASSE A F.3.1.

3.49. Palpa sua mamas pelo menos uma vez por mês?

| 1 | 1 VEZ PELO MENOS | 2 | MAIS ESPAÇADO

.1. ENTREVISTADORA: MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.26.

| 1 | GRÁVIDA EM 1987 OU 1988 | 2 | NÃO GRÁVIDA EM 1987 OU 1988

(1.26 ANO = 87 OU 88 OU =1) (1.26 NÃO 87, 88 OU BRANCO)

PASSE ANEXO FIM DA ENTREVISTA

SEÇÃO 4: ASSISTÊNCIA AO PRÉ- NATAL, PARTO E PUERPÉRIO - VIDE SEÇÃO 5, QUESTIONÁRIO/ 1991.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (1991)

Nº | | | | | | | |
1 6

ENTREVISTADORA: _____

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

| 1 | FAVELA
| 2 | CORTIÇO
| 3 | BARRACO (fora de favela)

| 4 | HABITAÇÃO MÉDIA (de alvenaria)
| 5 | HABITAÇÃO BOA (acabamento fino)

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 _____

I.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 ou Onde pode conseguir ou aprender a usar.....?
 ouviu falar?

	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?

_____ | 8 | NENHUM
 PASSE A 2.7

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)?

|__|__|__|__| |__|__| ANOS ATRÁS | 8 | NÃO SABE/NÃO LEMRBA
 MÊS ANO

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

2.21 A Sr^a. faz controle médico do método sempre, às vezes ou nunca?

| 1 | SEMPRE (PASSE A 2.34) | 2 | ÀS VEZES | 3 | NUNCA

2.22. Por que? (Mais alguma coisa?)

TEXTUAL _____

2.23. Onde consegue (conseguiu) esse método?

TEXTUAL _____

F.2.2. ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 2.5.

| 1 | PÍLULA, INJEÇÃO | 2 | DIU, NORPLANT | 3 | OUTROS (PASSE A 1.3.1)

1.2.2 ENTR. FAÇA AS PERGUNTAS 2.24 E 2.25 DE a ATÉ i SIMULTANEAMENTE.

2.24 Antes de usar _____ (VER 2.5) a Sr^a. tinha ou teve algum dos problemas que eu vou ler?

2.25. E durante o uso?

	2.24 ANTES		2.25 DURANTE	
a) sangramento muito forte na menstruação	1 SIM	2 NÃO	1 SIM	2 NÃO
b) gravidez nas trompas	1 SIM	2 NÃO	1 SIM	2 NÃO
c) diabetes (açúcar no sangue)	1 SIM	2 NÃO	1 SIM	2 NÃO
d) pressão alta	1 SIM	2 NÃO	1 SIM	2 NÃO
e) doença do coração	1 SIM	2 NÃO	1 SIM	2 NÃO
f) hepatite (ficar amarela, icterícia)	1 SIM	2 NÃO	1 SIM	2 NÃO
g) ataques (convulsões)	1 SIM	2 NÃO	1 SIM	2 NÃO
h) dor de cabeça forte e seguidamente	1 SIM	2 NÃO	1 SIM	2 NÃO
i) varizes doloridas, que às vezes ficam quentes e inchadas	1 SIM	2 NÃO	1 SIM	2 NÃO

2.26. A Sr^a. fuma?
| 1 | SIM | 2 | NÃO

2.27. A Sr^a. fumava antes de usar _____ (VER 2.5)?
| 1 | SIM | 2 | NÃO

SEÇÃO 3: EXAMES PREVENTIVOS

1.3.1. ENTR. Agora vou lhe fazer perguntas sobre alguns exames preventivos.

3.1. A Sr^a. já ouviu falar do exame preventivo de câncer de colo de útero (prevenção de câncer, Papanicolau, citologia)?
| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 1.3.2.)

3.2. A Sr^a. considera esse exame: muito importante, pouco importante ou desnecessário?
| 1 | MUITO IMPORTANTE | 2 | POUCO IMPORTANTE | 3 | DESNECESSÁRIO

3.3. Por que? (Mais alguma coisa?)
TEXTUAL _____

3.4. Alguma vez fez esse preventivo?
| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 3.11)

3.5. Há quanto tempo fez o preventivo?
| 1 | ATÉ 1 ANO
| 2 | MAIS DE 1 ANO ATÉ 2 ANOS
| 3 | MAIS DE 2 ATÉ 3 ANOS
| 4 | MAIS DE 3 ANOS
| 8 | NÃO LEMBRA

3.6. A Sr^a. fez esse último preventivo pelo INPS/SUDS, por convênio ou particular?

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

3.7. Esse exame, a Sr^a. pediu para fazer, foi orientada ou simplesmente foi feito?

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

3.8. Alguma vez o resultado desse preventivo deu alterado?

| 1 | SIM | 2 | NÃO (PASSE A 1.3.2.) | 8 | NÃO SABE (PASSE A 1.3.2.)

3.9. Depois de ser informada desse resultado alterado, foi encaminhada para outro ambulatório ou 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/SUDS | 3 | PARTICULAR
| 2 | CONVÊNIO | 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. costuma 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) Mede 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 | | | | | | | |

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) diabetes (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	
	(PASSE A 5.23) (FIM DA ENTREVISTA)	
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 ela 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? (Mais 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

ANEXO 2 - Características da população estudada

TABELA 1

**Distribuição porcentual das mulheres segundo a idade por ocasião da entrevista.
Penha e Campinas, 1988 e 1991.**

Idade	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
15-19	19,6	19,5	18,9	16,8
20-24	14,3	16,0	19,6	20,4
25-29	15,8	15,0	18,5	17,9
30-34	15,5	15,6	13,7	16,0
35-39	12,5	12,3	10,8	12,4
40-44	12,5	11,3	10,6	9,3
45-49	9,8	10,3	7,9	7,2
(N)	(336)	(487)	(672)	(848)

TABELA 2

**Distribuição porcentual das mulheres segundo o estado marital
e o grau de escolaridade. Penha e Campinas, 1988 e 1991.**

Categorias	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Estado marital				
Solteira	31,8	35,7	27,8	25,7
Casada	52,4	46,2	55,5	52,9
Amasiada	10,7	10,1	10,1	14,2
Separada	3,6	5,5	5,1	5,7
Viúva	1,5	2,5	1,5	1,5
(N)	(336)	(487)	(672)	(848)
Escolaridade #				
Sem	6,9	3,3	11,3	7,2
1º - 4º série, 1º grau	28,4	26,9	45,7	39,8
5º - 8º série, 1º grau	39,2	38,3	28,6	37,2
1º - 3º série, 2º grau	20,1	23,9	11,7	12,2
Superior	5,4	7,6	2,7	3,6
(N)	(334)*	(486)**	(672)	(847)**

* Faltou informação de duas mulheres

** Faltou informação de uma mulher

Campinas p<0,0007

TABELA 3

Distribuição porcentual das mulheres segundo o número de gestações e o número de filhos vivos por ocasião da entrevista Penha e Campinas, 1988 e 1991.

Categorias	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Gravidezes*				
0	31,4	34,9	28,6	26,5
1	10,2	12,9	14,0	14,2
2	19,1	20,8	17,5	18,4
3	13,7	14,8	14,7	19,1
4	12,2	8,0	10,0	9,0
5 ou mais	13,4	8,6	15,2	12,8
Filhos vivos na entrevista				
0	33,3	38,8	32,4	29,0
1	13,1	15,2	14,7	17,3
2	22,0	23,6	21,9	23,4
3	16,4	13,4	14,6	16,6
4	7,1	4,7	8,2	6,5
5 ou mais	8,1	4,3	8,2	7,2
(N)	(336)	(487)	(672)	(848)

* Faltou informação de uma da Penha 1988

ANEXO 3 - Serviço em que as mulheres tiveram o parto/aborto

TABELA 1
Distribuição porcentual das mulheres segundo o Serviço em que tiveram o parto/aborto. Penha e Campinas, 1988 e 1991.

Serviço	Penha		Campinas	
	1988	1991	1988	1991
Público*	48	53	55,0	61,5
Particular	48	12	10,5	4,0
Convênio #	2	30	26,0	27,0
Domiciliar	2	5	8,5	5,0
Outro	-	-	-	2,5
Total de mulheres (N)	(50)	(43)	(106)	(122)

* Em 1988 a categoria "público" inclui a "filantrópico"

Penha p=0,0001