

**LUIZ EDUARDO CAMPOS DE CARVALHO**

---

---

**ATENDIMENTO À DEMANDA POR ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA  
VOLUNTÁRIA NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS**

---

---

**Tese de Doutorado**

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARIA JOSÉ DUARTE OSIS  
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI**

**Unicamp  
2007**

**LUIZ EDUARDO CAMPOS DE CARVALHO**

---

---

**ATENDIMENTO À DEMANDA POR ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA  
VOLUNTÁRIA NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS**

---

---

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Tocoginecologia

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARIA JOSÉ DUARTE OSIS  
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI**

**Unicamp  
2007**

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

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

C253a

Carvalho, Luiz Eduardo Campos de  
Atendimento à demanda por esterilização cirúrgica  
voluntária na Região Metropolitana de Campinas / Luiz  
Eduardo Campos de Carvalho. Campinas, SP: [s.n.], 2007.

Orientadores: Maria José Martins Duarte Osis, José  
Guilherme Cecatti  
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Planejamento familiar. 2. Anticoncepção. 3. Saúde  
reprodutiva. 4. Vasectomia. 5. Legislação. 6. Esterilização  
tubária. I. Osis, Maria José Martins Duarte. II. Cecatti, José  
Guilherme. III. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

**Título em inglês:** Services provided to request for voluntary surgical sterilization in the  
Metropolitan Region of Campinas

**Keywords:**

- Family planning
- Contraception
- Reproductive medicine
- Vasectomy
- Legislation
- Sterilization, tubal

**Titulação:** Doutor em Tocoginecologia

**Área de concentração:** Tocoginecologia

**Banca examinadora:** Profa. Dra. Maria José Martins Duarte Osis  
Prof Dr Luis Guillermo Bahamondes  
Profa. Dra. Arlete Maria dos santos Fernandes  
Profa. Dra. Elizabeth Meloni Vieira  
Profa. Dra. Suzana Marta Cavenaghi

**Data da defesa:** 27 – 08 – 2007

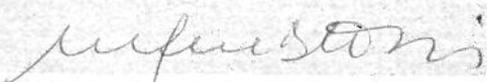
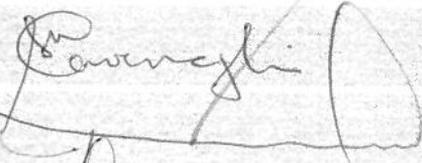
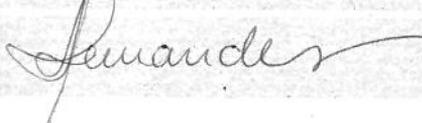
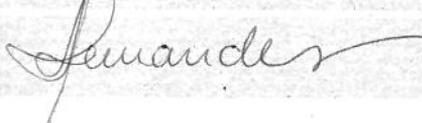
## BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluno: LUIZ EDUARDO CAMPOS DE CARVALHO

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. MARIA JOSÉ DUARTE OSIS

Co-Orientador: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI

### Membros:

1. 
2. 
3. 
4. 
5. 

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

Data: 27/08/2007

20075219  
617257002

## ***Dedico este trabalho...***

*À minha esposa Luciana,  
por sua eterna companhia, dedicação e compreensão.*

*Ao meu filho Lucas,  
que torna a minha vida mais valiosa e feliz.*

*Aos meus pais e meus irmãos,  
que apesar da distância sempre torceram por mim.*

# Agradecimentos

---

*À Profa. Dra. Maria José, cuja ajuda foi muito além do seu papel de orientadora, o de uma verdadeira amiga.*

*Ao Prof. Dr. Guilherme Cecatti que sempre me ajudou nos momentos decisivos desta tese.*

*Aos amigos do CEMICAMP que também colaboraram para a realização deste trabalho, em especial à Silvana, Maria Helena e Karla.*

*E a todos que de uma forma ou de outra me ajudaram na elaboração desta tese.*

# Sumário

---

Resumo .....	xiii
Summary .....	xv
1. Introdução .....	17
2. Objetivos .....	23
2.1. Objetivo Geral.....	23
2.2. Objetivos Específicos .....	23
3. Sujeitos e Método .....	25
3.1. Desenho .....	25
3.2. Tamanho amostral .....	25
3.3. Seleção dos sujeitos .....	27
3.4. Instrumentos para coleta de dados .....	28
3.5. Coleta de dados .....	30
3.6. Processamento e análise dos dados .....	37
3.7. Aspectos éticos .....	39
4. Publicações.....	41
4.1. Artigo 1 .....	43
4.2. Artigo 2 .....	71
5. Discussão.....	95
6. Conclusões .....	99
7. Referências Bibliográficas.....	101
8. Anexos .....	107
8.1. Anexo 1 – Questionário para Mulheres.....	107
8.2. Anexo 2 – Questionário para Coordenador Municipal .....	118
8.3. Anexo 3 – Questionário para Gerentes de Ambulatório/ Centro de Referência que atende Solicitação de Esterilização Cirúrgica .....	122
8.4. Anexo 4 – Questionário para Gerentes de UBS .....	127
8.5. Anexo 5 – Questionário para Profissional Responsável pelo Serviço que Realiza as Cirurgias (Hospital ou Ambulatório) .....	131
8.6. Anexo 6 – Ficha da Intinerário .....	133
8.7. Anexo 7 – Roteiro para entrevista semi-estruturada –Coordenador Municipal .....	134
8.8. Anexo 8 – Roteiro para entrevista semi-estruturada – Gerente/Coordenador de UBS.....	136

8.9. Anexo 9 – Roteiro para entrevista semi-estruturada – Gerentes de ambulatório/ Centro de Referência que atende solicitação de esterilização cirúrgica.....	138
8.10. Anexo 10 – Roteiro para entrevista semi-estruturada – Profissional que realiza a esterilização cirúrgica voluntária .....	140
8.11. Anexo 11 – Roteiro para entrevista semi-estruturada – Profissional do Centro de Referência/Ambulatório que atende as pessoas que solicitam laqueadura ou vasectomia.....	141
8.12. Anexo 12 – Carta Convite.....	143
8.13. Anexo 13 –Parecer do CEP.....	145
8.14. Anexo 14 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Entrevista semi-estruturada .....	147
8.15. Anexo 15 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Entrevista com mulheres (consentimento verbal).....	149
8.16. Anexo 16 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Questionário aplicado por telefone a gestores.....	150

# Resumo

---

O objetivo desta pesquisa foi investigar as condições em que está sendo atendida a demanda pela esterilização cirúrgica voluntária na rede pública de saúde dos dezenove municípios da Região Metropolitana de Campinas, e avaliar a opinião de gestores, provedores e usuárias quanto à adequação do atendimento à Lei de Planejamento Familiar. Foi realizado um estudo descritivo com dois componentes: quantitativo e qualitativo. No componente quantitativo foi realizado um estudo de corte transversal, com 398 mulheres residentes na RMC, entrevistadas em seus domicílios, selecionadas em ruas previamente sorteadas através de uma amostragem sistemática e equi-probabilística; 15 gestores municipais da área de planejamento familiar e 15 coordenadores de unidades básicas de saúde. Utilizaram-se questionários estruturados e pré-testados. Para a parte qualitativa foram escolhidos propositalmente quatro municípios da RMC. Foram realizadas 28 entrevistas semi-estruturadas com coordenadores (as) de centros de referência (CR) e/ou ambulatórios de planejamento familiar (APF), e com profissionais diretamente envolvidos no processo de atendimento às solicitações de esterilização. Os dados quantitativos foram duplamente digitados, por pessoas distintas, utilizando-se o *software* Sphinx Léxica. Quanto às entrevistas semi-estruturadas, foram transcritas,

e o texto correspondente a cada entrevista inserido no computador utilizando-se o *software The Ethnograph V. 5.0*. Não houve diferenças significativas quanto às características das mulheres e homens esterilizados antes e depois da regulamentação legal. A partir de 1998, a maior parte das laqueaduras continuou a ser realizada no momento de uma cesárea; o pagamento “por fora” diminuiu, porém a diferença não foi significativa. O tempo mínimo de espera para a laqueadura foi de seis meses, entretanto, este foi o tempo máximo de espera para a vasectomia. Oito municípios referiram realizar a laqueadura e nove a vasectomia. A informação de cerca da metade dos municípios foi de seguir os critérios estabelecidos pela lei de planejamento familiar. Em três dos quatro municípios avaliados pela parte qualitativa, o atendimento era centralizado em CR/APF, onde se avaliava se eram atendidos os critérios legais para autorizar a cirurgia, ministravam-se atividades educativas e se providenciava o agendamento da cirurgia nos serviços credenciados. A principal crítica à atual legislação referiu-se à proibição de realizar a laqueadura no momento do parto, considerada como forma de penalização às mulheres que só têm partos vaginais. Havia demanda reprimida, gerada pelo tempo de espera para realizar as cirurgias, mas também pela dificuldade de agendamento de consultas nos CR/APF. Essas dificuldades foram atribuídas à falta de estrutura física e de recursos humanos para realizar ações em planejamento familiar, tanto nas Unidades Básicas de Saúde quanto nos CR/APF. Os resultados apontaram que, na RMC, as mudanças produzidas com a regulamentação da legislação específica sobre esterilização não ocorreram da forma esperada. Apesar de avanços, ainda existem várias distorções que ainda precisam ser corrigidas para que se tenha um adequado atendimento à demanda por esterilização cirúrgica.

# Summary

---

The objective of this study was to evaluate the conditions under the demand for voluntary surgical sterilization is being addressed in the health public sector of the 19 municipalities in the Metropolitan Region of Campinas (MRC), and to evaluate the opinion of administrators, providers and users concerning the adequacy to the Law of Family Planning. A descriptive study was performed with two components: quantitative and qualitative. For the quantitative component, a cross sectional study was carried out with 398 women living in the MRC and interviewed in their households, selected in previously randomly identified streets through an equiprobabilistic and systematic sampling; 15 municipal health administrators in the field of family planning and 15 coordinators of primary health units. Structured and pre tested questionnaires were used. For the qualitative component, four municipalities of the MRC were purposely chosen. Twenty eight semi-structured interviews with coordinators of Referral Centers (RC) and/or family planning outpatient clinics (FPOC) were performed, and with professionals directly involved in the process of answering sterilization requests. The quantitative data were double entered by different people using the software Sphinx Lexica. Regarding the semi-structured interviews, they were transcribed and the text correspondent to

each interview was entered in a database using the *software The Ethnograph V. 5.0*. There were no significant differences concerning the characteristics of women and men sterilized before and after the legal regulamentation. From 1998 and upwards, the great majority of tubal ligations continued to be performed at the moment of a Cesarean section; the “extra” payment decreased, but the difference was not significant. The minimum waiting time for tubal ligation was six months, however this was the maximum waiting time for vasectomy. Eight municipalities reported to perform tubal ligation, while nine the vasectomy. Among them, around half referred to follow the criteria established by the Law of Family Planning. In three out four municipalities evaluated by the qualitative component, the care was centralized in RC/FPOC, where they evaluated whether the legal criteria were followed in order to allow the surgery, educational activities were ministered and the surgical procedure was scheduled in the services with credentials. The main criticism to the current legislation was concerned to the prohibition of performing tubal ligation at the moment of a delivery, what was considered as a kind of penalty to the women who have only vaginal births. There was a repressed demand generated by the waiting time to perform the surgery and also due to the difficulty in scheduling visits in the RC/FPOC. These difficulties were attributed to the lack of physical structure and human resources to accomplish with the family planning actions, not only in the primary health units but also in the RC/FPOC. The results indicated that in the MRC the changes produced with the regulamentation of the specific legislation for sterilization did not occur as expected. Although the improvements, there are still several distortions that need to be corrected in order to came to an adequate answer to the demand for surgical sterilization.

# 1. Introdução

---

Aproximadamente 220 milhões de casais em todo o mundo usam como método contraceptivo a esterilização cirúrgica. A laqueadura representa quase 180 milhões e é, portanto, o método mais utilizado como forma de planejamento familiar (Engender Health, 2002). O Brasil está entre os países com maior prevalência de laqueadura. Na última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, evidenciou-se que quase metade das mulheres em idade reprodutiva e que viviam em união já tinham sido esterilizadas (BEMFAM-MACRO, 1997).

A legislação sobre a prática da esterilização cirúrgica varia nos diferentes países. Muitos apresentam legislação específica que autoriza ou permite a realização da esterilização para fins contraceptivos, enquanto outros países restringem esse acesso a casos específicos, e em alguns a esterilização é ilegal (Engender Health, 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde regulamentou a realização da esterilização cirúrgica como método anticoncepcional (MAC) no Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria 144/97 (Brasil, 1997b), publicada em novembro de 1997. Essa

portaria veio regularizar a situação da esterilização no contexto da Lei 9263 (Brasil, 1997a), de 12 de janeiro de 1996. Desde então, os serviços públicos de saúde devem oferecer, entre outros MAC, a laqueadura tubária e a vasectomia, mediante o cumprimento de alguns requisitos. A pessoa solicitante deve ter capacidade civil plena e ser maior de 25 anos ou ter, pelo menos, dois filhos vivos. A cirurgia só pode ser realizada depois de decorridos, no mínimo, sessenta dias a partir da manifestação do desejo de fazê-la; durante esse período a pessoa que solicita a esterilização deverá ser exposta a sessões de orientação, incluindo aconselhamento por uma equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce. A esterilização não pode ser realizada no momento de um parto ou aborto, exceto quando houver necessidade comprovada em virtude de cesarianas sucessivas anteriores (Brasil, 1997b).

A regulamentação da prática da esterilização cirúrgica nos serviços públicos de saúde pretendeu encerrar um longo período em que ela ocorria em suposta clandestinidade. A realização da esterilização era interpretada como ofensa criminal com base no Código Penal Brasileiro de 1940, Artigo 29, Parágrafo 2.III, que afirma que qualquer lesão corporal de natureza grave, resultando em debilidade permanente de membro, sentido ou função do corpo é considerada crime. Assim sendo, uma vez que a esterilização resulta em perda ou incapacidade da função reprodutora, a sua prática estava sujeita a uma penalidade de um a oito anos de reclusão. O Código de Ética Médica (através da Resolução nº. 1154, de 1984) proibia a esterilização voluntária até 1988. Eram considerados exceção os casos em que havia indicação médica precisa, atestada por dois médicos ouvidos em

conferência. Em 1988, o Código de Médica Ética revogou a decisão anterior e passou a exigir que os médicos sigam as leis específicas, afirmando no Artigo 43: "é vedado ao médico... descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento" (Berquó e Cavenaghi, 2003).

Apesar da suposta ilegalidade, a partir dos anos 1980 a prevalência da esterilização cirúrgica feminina cresceu de forma expressiva em todo o país (Perpétuo e Aguirre, 1998). O contexto de ilegalidade em que se deu esse crescimento contribuiu para que se verificassem várias distorções na prática da esterilização, como, por exemplo, no caso da laqueadura, a realização de cesariana apenas para encobri-la, a cobrança adicional e a sua realização em mulheres muito jovens e com poucos filhos, justamente aquelas que apresentam maior risco de arrependimento (Pinotti et al., 1986; Hardy et al., 1996; Vieira, 1994, 1998; Berquó e Cavenaghi, 2003).

Na Região Metropolitana de Campinas (RMC), Estado de São Paulo, estudo realizado antes que a prática da esterilização cirúrgica fosse regulamentada apontou uma prevalência de quase 40% de laqueadura e de 1% de vasectomia. Verificou-se que 65,6% das mulheres laqueadas tinham sido operadas durante uma cesariana e 53,2% tinham pago por isto. Mais da metade (54,2%) das mulheres havia sido esterilizada antes dos 30 anos de idade, e quase um terço (32,3%) tinha, no máximo, dois filhos vivos (Pinotti et al., 1990).

Também no Município de Campinas, em um estudo de coorte retrospectiva com mulheres que haviam tido o primeiro parto em 1985, Cecatti e Faúndes (1996)

encontraram 26,1% de laqueadura e pouco mais de 10% de vasectomia, prevalência semelhante à observada por Duarte et al. (2003) entre alunos e funcionários de uma universidade na mesma cidade. Fernandes et.al.(2006), em um estudo de corte transversal realizado no ano de 2001 com 335 mulheres do município de Campinas, que haviam se submetido à laqueadura tubária, identificaram que 73,1% delas tinham sido esterilizadas intraparto e as demais tinham tido laqueadura de intervalo. No primeiro grupo, 62,1% das mulheres haviam sido submetidas a uma cesariana, 47,8% pagaram pelo procedimento e 43,5% tinham menos de 30 anos quando foram operadas.

Em relação à vasectomia, ao contrário do que ocorria com a laqueadura antes de 1997, o Sistema Único de Saúde (SUS) já pagava por essa cirurgia desde 1992. Oficialmente, a justificativa para isso é que a vasectomia tem uma indicação terapêutica além da contraceptiva, como tratamento cirúrgico no refluxo vésico-epididimário, a fim de evitar infecções de repetição decorrentes de complicações de cirurgias, especialmente de próstata. Porém, Berquó e Cavenaghi (2003) apontam que, observando a faixa etária dos homens submetidos à vasectomia pelo SUS antes da sua regulamentação como MAC, verifica-se que eram principalmente homens jovens (25-44 anos), nos quais não seria provável a suposta indicação terapêutica.

A regulamentação legal da esterilização cirúrgica veio completar um conjunto de esforços realizados por diversos atores sociais, desde a década de 1980, para assegurar que os cidadãos brasileiros possam exercer amplamente seu direito à regulação da fecundidade, no âmbito dos direitos sexuais e

reprodutivos, que são direitos humanos (Ventura, 2003; Vieira, 2003).

Desde a regulamentação, alguns estudos têm levantado informações sobre como está sendo atendida a demanda pela esterilização cirúrgica nos serviços públicos de saúde. Na Região Metropolitana de São Paulo, em 1999, foram observados 23 serviços públicos de saúde que ofereciam a esterilização, evidenciando-se uma excelente qualidade técnica, porém uma boa distância entre as determinações da Lei 9263 e o protocolo de atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica. Encontraram-se alguns obstáculos ao cumprimento da Lei, como por exemplo, a falta de insumos adequados, clientelismo eleitoral, resistência dos profissionais da saúde em aceitarem os critérios estabelecidos pela Lei, especialmente a idade mínima, considerada muito jovem. O principal argumento desses profissionais referia-se à maior possibilidade de arrependimento das pessoas mais jovens (Luiz e Citeli, 2003).

Em seis cidades brasileiras, Berquó e Cavenaghi (2003), após entrevistar homens e mulheres que estavam solicitando esterilização, gerentes de centros de saúde e de hospitais, bem como coordenadores municipais e estaduais da área da saúde reprodutiva nesses municípios, verificaram que existiam diferenças de gênero no atendimento da solicitação de laqueadura e vasectomia. As últimas obtinham mais sucesso: os homens eram vasectomizados antes do prazo de 60 dias (entre a manifestação do desejo de realizar a cirurgia e o seu ato); a vasectomia podia ser realizada ambulatorialmente e a laqueadura precisava de um hospital; entre as pessoas que desistiram de esterilizar-se no período estudado, mais homens do que mulheres apresentaram como razão o fato do (a) companheiro

(a) ter feito a cirurgia antes.

Outro estudo (Potter et al., 2003), em que se entrevistaram 1136 mulheres, em três diferentes regiões do Brasil, observou que a maioria das mulheres que, antes do parto, manifestaram o desejo de esterilizar-se não havia mudado de opinião depois de dar à luz. Porém, em cumprimento à Lei 9263, essas mulheres tiveram que esperar pelo menos 42 dias depois do parto para serem laqueadas. Os autores ponderaram que isto, embora vise a evitar o arrependimento e a vinculação da laqueadura à cesariana, também pode resultar em frustração para as mulheres e, muitas vezes, em gravidezes indesejadas e mais cesáreas desnecessárias.

Em Campinas, entre 2002 e 2003, Berquó et al. (2003) encontraram muitas dificuldades para que as pessoas conseguissem ser esterilizadas, pois havia uma longa espera desde o momento em que solicitavam a esterilização em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) até que conseguissem consulta no Ambulatório de Planejamento Familiar da Prefeitura e, por fim, fossem encaminhadas para a cirurgia.

A Região Metropolitana de Campinas compreende 19 municípios e cerca de 2.300.000 habitantes. Comparativamente a outras regiões do país, apresenta melhores indicadores de saúde, embora ainda existam sérias deficiências no atendimento à saúde da população. Nesse contexto é que se desenhou o estudo que deu origem a esta tese, visando traçar um panorama do atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica voluntária, após sua regulamentação legal, em uma região com grande heterogeneidade socioeconômica e, no contexto brasileiro, com amplo atendimento à saúde na rede básica.

## 2. Objetivos

---

### 2.1. Objetivo Geral

Investigar as condições em que está sendo atendida a demanda pela esterilização cirúrgica voluntária na rede pública de saúde dos dezenove municípios da Região Metropolitana de Campinas, e avaliar a opinião de gestores, provedores e usuárias quanto à adequação do atendimento à Lei de Planejamento Familiar.

### 2.2. Objetivos Específicos

- Determinar o número de laqueaduras e vasectomias realizadas anualmente nesses municípios, a partir de 1998.
- Descrever as características do atendimento à demanda por laqueadura e vasectomia nos referidos municípios, bem como as dificuldades para o seu atendimento.

- Verificar a adequação do atendimento à demanda por laqueadura e vasectomia na rede pública de saúde dos referidos municípios à Lei de Planejamento Familiar.
- Descrever a opinião dos gestores e provedores municipais de saúde sobre a adequação do atendimento dessa demanda à Lei de Planejamento Familiar.
- Determinar a prevalência da esterilização cirúrgica, e as dificuldades para obtê-la.

## 3. Sujeitos e Método

---

### 3.1. Desenho

Foi realizado um estudo descritivo com dois componentes: quantitativo e qualitativo. O componente quantitativo constituiu a primeira etapa do estudo, e foi seguido de uma etapa qualitativa, que visou à aproximação sucessiva do objeto de estudo, para que, além de descrever a situação atual do atendimento à esterilização cirúrgica voluntária na RMC, fosse possível também explicar de forma aprofundada alguns aspectos dessa situação.

### 3.2. Tamanho amostral

Para alcançar o objetivo específico nº 5, foi definido o tamanho amostral de 384 mulheres residentes na RMC, utilizando-se os seguintes parâmetros:

**Pest:** Proporção estimada de usuários (mulheres e homens) que não conseguiram a esterilização pelo SUS  $Pest=49\%$  (Berquó & Cavenaghi, 2003).

**d:** Diferença absoluta desejada entre as proporções amostral e populacional, em pontos percentuais = 5%.

**Erro tipo I:**  $\alpha = 0,05$  (5%)

Para alcançar os objetivos específicos 1, 2, 3 e 4 utilizou-se abordagem quanti e qualitativa. Na primeira, foram entrevistadas por telefone 47 pessoas, entre gestores e provedores de saúde.

Para a abordagem qualitativa foram selecionados propositalmente (Patton, 1990) quatro municípios da RMC. O critério utilizado para definir quais municípios incluir nessa amostra foi, primeiramente, a referência dos gestores municipais de que o atendimento à demanda por esterilização cirúrgica seguia totalmente ou não o que estabelece a Lei 9263. A partir desse critério, os 19 municípios da RMC foram divididos em dois grupos, conforme o atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica tenha sido referido como adequado ou não aos critérios legais. Em cada um desses grupos se aplicaram também os critérios de tamanho da população (população maior e menor) e localização geográfica na RMC (central e periférica). Selecionaram-se, então, dois municípios em que, segundo as informações já obtidas, a esterilização cirúrgica era feita estritamente de acordo com os critérios legais, com grandes populações e localizados na área mais central da RMC (Campinas e Sumaré), e dois em que se explicitaram adaptações dos critérios legais, localizados em áreas mais periféricas da RMC, um deles com quase 100.000 habitantes e outro na casa dos 10.000 (Itatiba e Engenheiro Coelho). Ao todo foram entrevistadas 26 pessoas nesses quatro municípios, entre gestores e profissionais de saúde que atuavam na atenção à demanda pela esterilização cirúrgica.

### **3.3. Seleção dos sujeitos**

Na primeira etapa, do componente quantitativo, foram selecionadas e entrevistadas mulheres, moradoras na RMC, com idade entre 25 e 45 anos e que tinham pelo menos um filho vivo, na ocasião da entrevista.

Foi realizado um sorteio por amostragem aleatória sistemática, para definir quais as ruas de cada município em que seriam selecionadas as mulheres a serem entrevistadas, utilizando-se o mesmo método de amostragem. O sistema de referência utilizado para o sorteio das ruas foi o “Guia de Ruas da Região Metropolitana de Campinas – 2003” (Guia de Ruas da Região Metropolitana de Campinas, 2003). Tendo em vista o tamanho amostral inicialmente definido, e a decisão de entrevistar no máximo três mulheres em cada rua, em um primeiro momento foram sorteadas 220 ruas.

Na seqüência dessa etapa, em cada município foi convidada a participar do estudo a pessoa responsável/coordenador municipal da área de saúde da mulher ou do Planejamento Familiar, e nas cidades em que não havia um coordenador específico para esta função, o convite foi feito ao Secretário de Saúde do município. Também foram convidados a participar o gerente/coordenador de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) por município, os gerentes de ambulatórios/centros de referência em Planejamento Familiar (identificados pelo coordenador de saúde da mulher/ Planejamento Familiar), e pessoas responsáveis pelo(s) serviço(s) que realiza(m) as cirurgias (hospitais ou ambulatórios da RMC).

A seleção da UBS incluída no estudo em cada município (cujo

gerente/coordenador foi convidado a responder um questionário) deu-se através de amostragem aleatória simples a partir da lista de UBS do município, disponibilizada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do DATASUS, através do site Datasus (Brasil, 2005a).

Para a etapa qualitativa, em cada município participaram da pesquisa a pessoa responsável/coordenador municipal da área de saúde da mulher ou do Planejamento Familiar, e nas cidades em que não havia um coordenador específico para esta função, o convite foi feito ao Secretário de Saúde do município. Também fizeram parte da amostra o (a) gerente de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) por município, os (as) gerentes de ambulatórios/ centros de referência em Planejamento Familiar (identificados pelo coordenador de saúde da mulher/ Planejamento Familiar), e pessoas responsáveis pelo(s) serviço(s) que realiza(m) as cirurgias (hospitais ou ambulatórios da RMC). No total, foram entrevistadas 47 pessoas.

Nos quatro municípios selecionados para o componente qualitativo do estudo, foram convidados a participar o coordenador de saúde da mulher/ Planejamento Familiar, os gerentes de UBS, pessoas responsáveis pelos serviços que realizam as cirurgias de esterilização e profissionais que neles atuam (psicólogas, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos).

### **3.4. Instrumentos para coleta de dados**

Para a coleta de dados quantitativos foram utilizados cinco questionários estruturados, pré-testados: um para as mulheres selecionadas (Anexo 1), outro

para coordenadores/responsáveis pela área da saúde da mulher ou Planejamento Familiar em cada município (Anexo 2), outro para gerentes/ coordenadores de ambulatórios/centros de referência em Planejamento Familiar (Anexo 3), outro para gerentes/coordenadores de UBS (Anexo 4), e outro para profissionais responsáveis pelos serviços que realizam as cirurgias (Anexo 5).

O questionário aplicado às mulheres incluiu perguntas referentes à sua classificação de estrato socioeconômico, conforme proposta pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa – ANEP (ANEP, 2003). Para a coleta dos dados das mulheres também foi utilizada uma Ficha de Itinerário (Anexo 6) para organizar e registrar o percurso das entrevistadoras nas ruas sorteadas e para verificar se as mulheres selecionadas cumpriam os critérios de inclusão (moradoras dos municípios pertencentes à RMC, idade e número de filho).

Para a etapa qualitativa, foram preparados roteiros para as entrevistas semi-estruturadas, a partir dos objetivos do estudo e dos resultados quantitativos. Ao todo foram preparados cinco roteiros, específicos para cada tipo de participante: 1) coordenadores municipais; 2) gerentes de UBS; 3) gerentes de ambulatórios/Centros de Referência que atendem solicitações de esterilização cirúrgica; 4) profissionais que realizam a esterilização cirúrgica voluntária; 5) profissionais de ambulatórios/centros de referência que atendem as pessoas que solicitam laqueadura ou vasectomia. Os roteiros utilizados encontram-se nos Anexos 7 a 11.

### **3.5. Coleta de dados**

O trabalho de campo para coletar os dados da amostra de mulheres ocorreu entre 27/10/2004 e 2/2/2005, com um intervalo de 20 dias para o recesso de final de ano (de 13/12/04 a 03/01/05).

Para selecionar as mulheres foi feita amostragem sistemática dos domicílios nas ruas previamente sorteadas. O processo para obter essa amostra envolveu duas etapas: 1) O percurso da entrevistadora em cada rua sorteada, aqui denominado Itinerário; 2) A identificação das mulheres elegíveis em cada domicílio selecionado.

Cada rua sorteada foi percorrida por uma entrevistadora, inicialmente em ordem crescente do número de domicílios, pelo lado direito da rua. A entrevistadora selecionava, então, o primeiro domicílio da rua, pulava três e selecionava o quarto domicílio, e assim por diante, até conseguir o número determinado de entrevistas: três mulheres por rua. Nos domicílios selecionados, era feito um levantamento das mulheres residentes, para saber se cumpriam os critérios de inclusão. Quando havia mais de uma mulher elegível no domicílio, somente a primeira, pela ordem alfabética, era convidada a participar do estudo.

Caso, após terminar de percorrer o lado direito da rua, a entrevistadora não tivesse conseguido as três mulheres, ela continuava na mesma rua pelo lado esquerdo, no sentido decrescente da numeração dos domicílios. Quando selecionava e entrevistava as três mulheres, a entrevistadora interrompia o seu percurso naquela rua. Quando completava o percurso (lado direito e lado esquerdo), ainda que não tivesse conseguido o número de três entrevistas, ela

passava à próxima rua selecionada.

As ruas em que não se conseguiu identificar uma única mulher elegível foram substituídas por outras, sorteadas por amostragem aleatória simples. O mesmo se deu para as ruas que pertenciam a um condomínio fechado, ficando então definido que a mesma deveria ser re-sorteada, uma vez que o regimento interno dos condomínios impedia o acesso a seus moradores, o que impossibilitou as tentativas de reconhecimento da rua e o contato com as mulheres. Quando a rua sorteada consistia no entorno de uma praça, foi adotado o seguinte procedimento: primeiramente, a entrevistadora verificava se havia domicílios residenciais localizados ao redor da praça, e os percorria de acordo com as instruções para seleção em uma rua normal; quando não havia domicílios ao redor da praça, as entrevistadoras foram orientadas a entrar por qualquer uma das ruas perpendiculares e nela executar todo o processo de identificação e seleção das mulheres.

No total foi necessário substituir 38 ruas dentre as 220 sorteadas inicialmente e, ao final, 196 ruas foram percorridas. Em média, foram obtidas duas entrevistas válidas por rua percorrida, totalizando 398 entrevistas. Além dessas, outras 15 mulheres chegaram a ser entrevistadas, mas precisaram ser excluídas em seguida por erro no procedimento do Itinerário; ou por informação incorreta dada pela mulher à entrevistadora na ocasião da entrevista, quanto à idade e número de filhos (a entrevistada, de fato, não se enquadrava nos critérios da pesquisa), o que foi detectado posteriormente através das medidas de controle de qualidade.

Para a organização e registro do percurso em cada rua, as entrevistadoras

utilizaram a Ficha de Itinerário. Nessa ficha eram anotados todos os endereços de cada rua percorrida e qual a sua natureza (residência, comércio, terreno vazio, etc). Cada mulher elegível identificada em um dos endereços de uma rua correspondeu a uma linha na Ficha de Itinerário, onde foram anotados: o primeiro nome, a idade, o número de filhos vivos, se a mulher foi selecionada, se aceitou participar da pesquisa e, nesse caso, o número do questionário aplicado. Ao término do trabalho em cada rua, as entrevistadoras entregavam a ficha correspondente à supervisora, que realizou a sua conferência, para verificar se o percurso e a seleção das mulheres tinham sido feitos de acordo com as instruções. Além disso, a partir das Fichas de Itinerário, a supervisora realizou o controle de qualidade do trabalho das entrevistadoras: ela reconstituiu o percurso e a seleção das mulheres em 56 das 196 ruas percorridas (28,6%), e checkou a realização de 85 das 398 entrevistas (21,3%). Essa checagem foi possível de ser feita sem ferir os aspectos éticos da pesquisa porque, quando a entrevistadora aplicava o questionário, já avisava à mulher entrevistada da possibilidade de um novo contato, através da supervisora.

A supervisora, além do controle de qualidade, realizou um trabalho continuado de reciclagem do treinamento e suporte às entrevistadoras durante todo o trabalho de campo. Periodicamente, ela acompanhou cada entrevistadora em um dia de trabalho, para supervisioná-la e solucionar possíveis dúvidas quanto aos procedimentos a serem adotados.

Segue-se um quadro que resume algumas informações referentes a essa fase da coleta de dados (Quadro 1).

### Quadro 1

Resumo do trabalho de campo para coleta de dados das mulheres residentes na RMC

<b>Percurso, identificação e seleção das mulheres</b>	
Ruas sorteadas inicialmente	220
Ruas percorridas ao final do trabalho de campo	196
Endereços identificados e listados nas Fichas de Itinerário	3887
Endereços não residenciais	742
Endereços nos quais não foi possível obter informações	2037
Domicílios em que não havia mulheres que cumpriam os critérios	650
Domicílios em que havia mulheres que cumpriam os critérios	458
Mulheres que cumpriam os critérios de inclusão	472
Mulheres entrevistadas	413
Mulheres excluídas depois da entrevista	15
Mulheres que cumpriam os critérios de inclusão, mas que não puderam ser contatadas, apesar de três ou mais tentativas	26
Mulheres que cumpriam os critérios de inclusão, mas que se recusaram a participar da pesquisa	33
Entrevistas válidas	398
<b>Controle de qualidade</b>	
Ruas percorridas novamente pela supervisora	56
Entrevistas checadas	85

Para esta coleta dos dados enfrentaram-se muitas dificuldades para contatar e entrevistar as mulheres elegíveis. A partir da experiência de alguns dos pesquisadores envolvidos, que já coordenaram e participaram de vários projetos de pesquisa com abordagem domiciliar, percebe-se que, nos últimos anos, essas dificuldades vêm crescendo, principalmente pelo receio das pessoas abrirem suas portas para estranhos, além da progressiva ausência de todos os moradores da casa durante o dia, inclusive as mulheres, em virtude do trabalho. Nesta pesquisa foi

necessário, em vários casos, recorrer aos contatos telefônicos para tentar agendar uma visita a determinadas residências, sempre que o número do telefone estava disponível na lista de endereços. No caso dos condomínios fechados, sempre foi necessário um primeiro contato com o síndico, para explicar sobre a pesquisa e obter sua autorização para que uma entrevistadora entrasse no condomínio. Ainda assim, foi bem difícil conseguir falar com as mulheres ali residentes. Em alguns casos houve recusa da autorização do síndico para a entrada da entrevistadora.

As entrevistadoras também tiveram dificuldades em relação às ruas sorteadas, porque nem sempre o nome que constava do Guia e do mapa era o mesmo pelo qual a rua em questão era conhecida nas proximidades; houve casos em que o acesso só podia ser feito a pé e havia uma longa distância entre o último ponto de ônibus e a referida rua; várias ruas não eram pavimentadas e as chuvas de verão as alagavam e enlameavam, dificultando a circulação. Também houve ruas sorteadas localizadas em áreas reconhecidamente violentas das cidades da RMC. Nesses casos, a supervisora acompanhou a entrevistadora que deveria percorrer uma dessas ruas e, quando na avaliação de ambas, as condições de segurança eram muito precárias, a rua foi substituída.

Para a coleta de dados quantitativos dos coordenadores e provedores municipais de saúde, em cada um dos 19 municípios da RMC, foram primeiramente obtidos o nome e telefone do coordenador da saúde da mulher ou de Planejamento Familiar. Nos municípios onde não existia um coordenador exclusivo para essa função, contactou-se inicialmente o Secretário de Saúde para saber quem poderia dar as informações necessárias à pesquisa, se ele próprio ou outra

pessoa. A todas essas pessoas identificadas como possíveis sujeitos, foi enviada uma carta-convite (Anexo 12), com explicações sobre a pesquisa e qual seria a participação dessas pessoas caso aceitassem participar. Passados alguns dias, foi feito um contato telefônico para reiterar o convite para que essas pessoas participassem da pesquisa e agendar a entrevista. Inicialmente, todas as entrevistas deveriam ser feitas por telefone, conforme descrito no projeto de pesquisa. Porém, à medida que os primeiros contatos foram estabelecidos, vários dos possíveis sujeitos expressaram a preferência de responder o questionário por correio eletrônico ou por fax, deixando em aberto a possibilidade de um novo contato por telefone para esclarecer dúvidas, a partir do questionário já respondido. Decidiu-se proceder desta maneira, para o que se obteve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, e foram feitas as adaptações necessárias ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quinze dos 19 coordenadores municipais responderam o questionário da pesquisa, dos quais 11 por correio eletrônico, dois por fax, dois por correio normal.

Por ocasião do contato inicial com o coordenador da área de saúde da mulher/Planejamento Familiar, foi solicitada autorização para entrar em contato com o gerente/coordenador da UBS sorteada em cada município. Esse contato foi feito por telefone e, de forma semelhante ao que ocorreu com os coordenadores, alguns gerentes/coordenadores de UBS preferiram responder por correio eletrônico ou por fax. Ao final, 15 dos 19 gerentes de UBS responderam o questionário: oito por telefone, seis por fax e um por correio eletrônico. O Quadro 2 apresenta o número de pessoas que responderam os questionários da pesquisa, segundo

a sua inserção na rede pública de saúde dos municípios da RMC.

### Quadro 2

Coordenadores e gestores de saúde da RMC que responderam o questionário da pesquisa

	Potenciais sujeitos	Responderam
Coordenadores municipais	19	15
Coordenadores/gerentes de UBS	19	15
Coordenadores/gerentes de ambulatórios/ centros de referência/serviços que fazem as cirurgias	23	15

Na etapa qualitativa da pesquisa, depois que os quatro municípios foram selecionados, foi feito novo contato com o coordenador da saúde da mulher, quando se explicou que o município dele havia sido selecionado para essa etapa na qual se aprofundariam alguns aspectos já perguntados por telefone. Também era esclarecido que, além de entrevistá-lo, seria necessário entrevistar outros profissionais envolvidos no atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica. Em seguida, foram feitos os contatos com os demais profissionais para agendar as entrevistas que foram gravadas, mediante autorização das pessoas. A coleta dos dados dessa etapa da pesquisa ocorreu entre outubro 2005 e fevereiro de 2006 (Quadro 3).

### Quadro 3

Entrevistas semi-estruturadas realizadas na etapa qualitativa do estudo

<b>Cidade</b>	<b>Pessoas entrevistadas</b>
<b>Campinas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Coordenador da área da saúde da mulher</li><li>• 1 Coordenadora do Ambulatório de PF da Prefeitura</li><li>• 2 Psicólogas</li><li>• 1 Enfermeira</li><li>• 2 Assistentes sociais</li><li>• 2 Urologistas</li><li>• 1 Ginecologista</li><li>• 2 Gerentes de UBS</li></ul>
<b>Sumaré</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Coordenadora da área da saúde da mulher e coordenadora do Centro de Referência em PF</li><li>• 1 Auxiliar de enfermagem</li><li>• 2 Urologistas</li><li>• 2 Ginecologistas</li><li>• 1 Gerente de UBS</li></ul>
<b>Engenheiro Coelho</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 3 Enfermeiras de PSF</li><li>• 1 Ginecologista</li></ul>
<b>Itatiba</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 Coordenador da saúde da mulher</li><li>• 1 Enfermeira</li><li>• 1 Auxiliar de enfermagem</li><li>• 1 Psicóloga</li><li>• 1 Assistente social</li></ul>

### 3.6. Processamento e análise dos dados

Para orientar a digitação dos dados coletados nas entrevistas domiciliares com as mulheres foi elaborado um manual. Essa digitação foi feita de forma dupla, por pessoas distintas; para isso utilizou-se o *software Sphinx Lexica* (SPHINX, 2003). As duas digitações foram comparadas para identificar e corrigir possíveis erros de digitação, utilizando-se para isso o *software Epi Info*, com seu módulo *Validate* (Dean et al., 2001). Depois disso, o banco de dados passou por uma

análise de consistência lógica. Os problemas identificados foram corrigidos mediante consulta aos questionários preenchidos. Procedimentos semelhantes foram adotados para os questionários respondidos pelos coordenadores municipais de saúde da mulher ou de Planejamento Familiar, de UBS e outros gestores.

Para a análise dos dados foram elaboradas tabelas descritivas das variáveis estudadas. Calculou-se a prevalência da esterilização cirúrgica feminina e masculina e a intenção de realizá-las. Também foram descritas as dificuldades referidas pelas mulheres para obterem a esterilização nos serviços públicos de saúde da RMC. Em relação aos coordenadores municipais e de UBS, fez-se análise descritiva das principais variáveis. O programa utilizado foi o *SPSS v.11.5* (SPSS, 2002).

Todas as fitas gravadas com as entrevistas semi-estruturadas realizadas na etapa qualitativa da pesquisa foram transcritas na íntegra. Depois disso, foi feita uma segunda escuta para conferir e garantir a fidelidade dos dados coletados. O texto correspondente a cada entrevista foi inserido no computador utilizando o *software The Ethnograph V. 5.0* (Seidel, 1998) que permitiu a formatação do texto e a numeração das linhas. Este processo auxiliou na organização e codificação de partes do texto e nos procedimentos de busca de segmentos específicos, classificados como unidades de significado (Minayo, 1998).

Para a análise dos dados, foram seguidas as orientações de Minayo (1998), conforme descrito a seguir. Primeiramente, as transcrições foram lidas e se assinalaram as unidades de significado nas falas dos entrevistados, relacionadas com os objetivos do estudo. A partir dessas unidades de significado foram propostas

categorias de análise, compostas de códigos a serem aplicados aos segmentos de texto, para permitir, posteriormente, o agrupamento de segmentos semelhantes em todas entrevistas, por categoria. Após esse processo de codificação, utilizaram-se os recursos de busca do *The Ethnograph* para reunir segmentos de texto semelhantes em todas entrevistas, que correspondiam a cada código utilizado. Depois foi realizada a análise do conteúdo de cada conjunto de textos, com base nas categorias de análise propostas e nos objetivos do estudo. Em seguida, foram preparados quadros descritivos para cada município para apresentar as principais idéias relacionadas a cada categoria de análise.

### **3.7. Aspectos éticos**

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CEP/UNICAMP, parecer 253/2004 – Anexo 13). Também se consultou e obteve aprovação do CEP/UNICAMP para o envio e resposta de questionários por correio eletrônico e fax, para coordenadores municipais e outros gestores.

O nome das pessoas entrevistadas não foi registrado nos questionários nem nas fitas gravadas. No caso das entrevistas telefônicas, no seu início, quando já estava sendo gravada, era perguntado novamente à pessoa se ela concordava em ser entrevistada e que a entrevista fosse gravada. Isto era feito para assegurar, com um registro verbal, o consentimento da pessoa. Quando os questionários eram devolvidos por correio eletrônico ou fax, após a sua conferência, eram apagadas

todas as informações que permitiriam identificar no instrumento o nome da pessoa que o respondeu.

Somente participaram da pesquisa pessoas que manifestaram a livre vontade de fazê-lo mediante consentimento, após terem sido informadas sobre a pesquisa e esclarecidas as suas dúvidas. As pessoas que participaram das entrevistas semi-estruturadas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 14). Para as entrevistas domiciliares com as mulheres e as realizadas por telefone, com coordenadores e outros gestores municipais, foi solicitado o consentimento verbal, depois de lido para a pessoa um TCLE específico (Anexo 15).

Todos os questionários preenchidos, bem como as fitas gravadas, serão armazenados por um período de cinco anos, quando, então, serão destruídos, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## 4. Publicações

---

Artigo 1 - **Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas antes e após sua regulamentação**

Aceito pelos *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro.

Artigo 2 - **Atendimento à demanda por esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas: estudo de casos**

Submetido à *Revista de Saúde Pública*, São Paulo.

## 4.1. Artigo 1

# CSP

## CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA REPORTS IN PUBLIC HEALTH

SECRETARIA DE  
CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Rua Leopoldo Bulhões 1480  
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
Telefone: (+55-21) 2598-2511  
2598-2508  
Telefax: (+55-21) 2598-2737  
cadernos@ensp.fiocruz.br  
http://www.ensp.fiocruz.br/csp

Rio de Janeiro, 29 de maio de 2007.

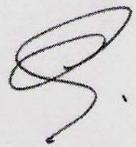
Ilma. Sra.

Dra. Maria José Duarte Osís:

Em nome do Conselho Editorial de **Cadernos de Saúde Pública**, comunicamos que o artigo de sua autoria em colaboração com Luiz Eduardo Campos de Carvalho, José Guilherme Cecatti, Silvana Ferreira Bento & Márcia B. Manfrinati, intitulado "*Esterilização Cirúrgica Voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, Antes e Após sua Regulamentação*", foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,



Carlos E. A. Coimbra Jr.

Editor

EDITOR  
EDITOR

Carlos E. A. Coimbra Jr.

EDITORES ASSOCIADOS  
ASSOCIATE EDITORS

Luiz Antonio B. Camacho  
Luis David Castiel  
Evandro da Silva Freire Coutinho  
Suely F. Deslandes  
Mark Drew Crosland Guimarães  
Gilberto Kac  
Michael Reichenheim  
Iná S. Santos  
Reinaldo Souza-Santos  
Claudia Travassos

EDITOR DE ARTIGOS DE REVISÃO  
REVIEW EDITOR  
Francisco I. Bastos

EDITORA DE RESENHAS  
BOOK REVIEW EDITOR  
Martha Cristina Nunes Moreira

EDITORES ASSISTENTES  
ASSISTANT EDITORS

Leandro Carvalho  
Marcia Pietrukowicz  
Carolina Ribeiro

SECRETÁRIA EXECUTIVA  
EXECUTIVE SECRETARY  
Carla Alves

**Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas antes e após sua regulamentação**

**Voluntary surgical sterilization in the Campinas Metropolitan Region before and after its legal regulation**

**Luiz Eduardo Campos de Carvalho**<sup>a</sup>

**Maria José Duarte Osis**<sup>b</sup>

**José Guilherme Cecatti**<sup>a,b</sup>

**Silvana Ferreira Bento**<sup>b</sup>

**Márcia B. Manfrinati**<sup>b</sup>

*<sup>a</sup> Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.*

*<sup>b</sup> Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas – Cemicamp, Campinas, Brasil.*

Autor e endereço para correspondência:

Maria José Duarte Osis ([mjosis@cemicamp.org.br](mailto:mjosis@cemicamp.org.br))

Caixa Postal 6181

CEP 13081-970 – Campinas SP

**Projeto de pesquisa apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) – Processo 04/03811- 0, e pela Organização Mundial da Saúde – Processo A 45099.**

## RESUMO

**Objetivos:** comparar características de mulheres e homens residentes na Região Metropolitana de Campinas (RMC) submetidos à esterilização cirúrgica voluntária antes e após a sua regulamentação legal, e descrever características do atendimento à demanda pela esterilização nos serviços públicos de saúde dessa região. **Sujeitos e Métodos:** estudo de corte transversal, com 398 mulheres residentes na RMC, entrevistadas em seus domicílios, selecionadas em ruas previamente sorteadas através de uma amostragem sistemática e equi-probabilística; 15 gestores municipais da área de planejamento familiar e 15 coordenadores de unidades básicas de saúde. Utilizaram-se questionários estruturados e pré-testados. Prepararam-se tabelas descritivas e compararam-se características das pessoas e do processo seguido para obtenção da esterilização, antes e depois da regulamentação legal. **Resultados:** Não se observaram diferenças significativas quanto a características das mulheres e homens esterilizados antes e depois da regulamentação legal. A partir de 1998, a maior parte das laqueaduras continuou a ser realizada no momento de uma cesárea; o pagamento “por fora” diminuiu, porém a diferença não foi significativa. O tempo mínimo de espera para a laqueadura foi de seis meses, entretanto, este foi o tempo máximo de espera para a vasectomia. Oito municípios referiram realizar laqueadura, e nove vasectomia. Dentre eles, metade relatou seguir os critérios estabelecidos pela lei de planejamento familiar. **Conclusão:** existem fortes indícios de que, na RMC, as mudanças produzidas com a regulamentação da legislação específica sobre esterilização não ocorreram da forma que se esperava. Apesar de avanços, ainda existem várias distorções que ainda precisam ser corrigidas.

**Descritores:** esterilização, laqueadura tubária, vasectomia, legislação

## ABSTRACT

**Objectives:** to compare characteristics of women and men living in the metropolitan region of Campinas (MRC) who undergone voluntary surgical sterilization before or after its legal regulation; to describe the characteristics of sterilization provision in public health services of this region. **Subjects and Method:** cross sectional study which interviewed 398 women in their household in the MRC, who were selected in previously drafted streets through a systematic selection with equal probability; 15 municipal officers of family planning programs and 15 coordinators of basic health units. Structured and pre tested questionnaires were used. Descriptive tables were prepared regarding surgical sterilization provision in the MRC. Characteristics of sterilized people and of the process followed by them for obtaining surgical sterilization, before and after legal regulation, are compared. **Results:** There were no significant differences regarding characteristics of women and men sterilized before or after the legal regulation. Since 1998, the majority of tubal ligations continued to be performed by means of a C-section; The extra payment for performing sterilization decreased, however the difference was not significant. The waiting time to perform a tubal ligation was at least six months, while for a vasectomy this was the maximum waiting time. Eight municipalities reported to perform tubal ligation and nine to perform vasectomy. Among them, around half stated to follow the criteria established by the law of family planning. **Conclusion:** there are strong evidences leading to the conclusion that, in the MRC, the changes produced with the regulation of the specific legislation on surgical sterilization did not occur as expected. Besides the improvements, there are still several distortions that need to be corrected.

**Keywords:** surgical sterilization, tubal ligation, vasectomy, legislation

## INTRODUÇÃO

A esterilização cirúrgica feminina é o Método Anticoncepcional (MAC) mais prevalente no Brasil. Em 1996, entre as mulheres brasileiras unidas em idade reprodutiva, 40% estavam laqueadas. A prevalência variava de 29% na região Sul a 59% na região Centro-Oeste <sup>1</sup>. Por outro lado, a vasectomia apresentava ainda baixa prevalência em 1996, mas com sinais de crescimento em relação a pesquisas anteriores. Enquanto em 1986, cerca de 0,8% das mulheres unidas referiram que seus companheiros eram vasectomizados <sup>2</sup>, essa proporção alcançou 2,8% em 1996 <sup>1</sup>.

Sabe-se que a prática da esterilização no Brasil, por muitos anos, aconteceu em um cenário de suposta clandestinidade, já que, ao menos teoricamente, era interpretada como ofensa criminal, com base no Código Penal de 1940, Artigo 29, Parágrafo 2.III; e, segundo o Código de Ética Médica, a realização de esterilização cirúrgica foi proibida até 1988, salvo em algumas situações específicas <sup>4</sup>. Esse contexto de ilegalidade contribuiu para que se verificassem várias distorções na prática da esterilização, como, por exemplo, no caso da laqueadura, a realização de cesariana apenas para encobrir a cobrança adicional, e a sua realização em mulheres muito jovens e com poucos filhos, sob maior risco de arrependimento <sup>3-8</sup>.

Foi somente em 1997 que o Ministério da Saúde regulamentou a realização da esterilização cirúrgica MAC no Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria 144/97<sup>9</sup>, que regulamentou os parágrafos correspondentes à esterilização na Lei 9263. Desde então, os serviços públicos de saúde devem oferecer, entre outros MAC, a laqueadura tubária e a vasectomia, mediante o cumprimento de alguns requisitos. A pessoa solicitante deve ter capacidade civil plena, ser maior de 25 anos ou ter, pelo menos, dois filhos vivos. A cirurgia só pode ser realizada depois de decorridos, no mínimo, 60 dias a partir

da manifestação do desejo de fazê-la; durante esse período a pessoa que solicita a esterilização deverá ser exposta a sessões de orientação, por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce. A esterilização não pode ser realizada no momento de um parto ou aborto, exceto quando houver necessidade comprovada, em virtude de cesarianas sucessivas anteriores.

Desde que a realização da esterilização cirúrgica foi regulamentada, houve um grande aumento nos registros de laqueaduras e vasectomias realizadas, que pode ser constatado através da avaliação das autorizações para procedimentos de internação hospitalar, AIH-DATASUS. Por exemplo, as laqueaduras registradas nesse sistema passaram de 293 em 1998 para 15.370 em 2001 <sup>3</sup>. Além disso, não existem informações sobre como está ocorrendo o atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica no SUS.

Na Região Metropolitana de São Paulo, em 1999, foram observados 23 serviços públicos de saúde que ofereciam a esterilização, evidenciando-se boa qualidade técnica, porém uma distância entre as normas legais e os serviços oferecidos. Encontraram-se alguns obstáculos ao cumprimento da Lei, como por exemplo, a falta de insumos adequados, clientelismo eleitoral, resistência dos profissionais da saúde em aceitarem os critérios estabelecidos pela Lei, especialmente a idade mínima, considerada muito baixa/precoce. O principal argumento desses profissionais referia-se à maior possibilidade de arrependimento das pessoas mais jovens <sup>10</sup>.

Outro estudo, realizado por BERQUÓ e CAVENAGHI <sup>3</sup> em seis cidades brasileiras, apontou diferenças de gênero no atendimento da solicitação de laqueadura e vasectomia. POTTER et. al. <sup>11</sup>, entrevistaram 1136 mulheres, em três diferentes regiões do Brasil, observaram que a maioria das que, antes do parto, manifestaram o desejo de esterilizar-se não havia mudado de opinião depois de dar à luz. Porém, em cumprimento à Lei 9263, essas

mulheres tiveram que esperar pelo menos 42 dias depois do parto para serem laqueadas. Os autores ponderaram que isto, embora vise a evitar o arrependimento, também pode resultar em frustração para as mulheres e, muitas vezes, em gravidezes indesejadas.

Em um estudo sobre a oferta de laqueadura na cidade de Ribeirão Preto, verificou-se que muitos dos profissionais da saúde envolvidos no atendimento não estavam familiarizados com alguns critérios estabelecidos pela Lei de Planejamento Familiar, como a idade mínima e o número de filhos. Além disso, a pesquisa apontou que ainda se realizava a laqueadura no momento do parto e, não raramente, durante uma cesariana <sup>12</sup>.

Na Região Metropolitana de Campinas (RMC) – SP, estudo realizado antes que a prática da esterilização cirúrgica fosse regulamentada<sup>13</sup> apontou prevalência de quase 40% de laqueadura e de 1% de vasectomia, e que 65,6% das laqueaduras haviam sido feitas durante uma cesariana e 53,2% das mulheres haviam pago pelo procedimento. Pouco mais da metade (54,2%) das mulheres havia sido esterilizada antes dos 30 anos de idade, e quase um terço (32,3%) tinha, no máximo, dois filhos vivos. No Município de Campinas, em um estudo de coorte retrospectiva com mulheres que haviam tido o primeiro parto em 1985, CECATTI e FAÚNDES <sup>14</sup> encontraram 26,1% de laqueadura e pouco mais de 10% de vasectomia, prevalências semelhantes às observadas por DUARTE et. al.<sup>15</sup> entre alunos e funcionários de uma universidade na mesma cidade.

Imagina-se que, na vigência da Lei 9263, desde o final de 1997, a situação acima descrita tenha se alterado, porém não se têm notícias de estudos a esse respeito na RMC. Este estudo tem como objetivo comparar características de mulheres e homens residentes na RMC submetidos à esterilização cirúrgica voluntária antes e após a regulamentação de sua oferta nos serviços públicos de saúde, e descrever algumas características do atendimento à demanda pela esterilização nos serviços públicos de saúde da RMC.

## SUJEITOS E MÉTODO

Esta é uma análise secundária de dados de um estudo descritivo, realizado no período de outubro de 2004 a janeiro de 2005, que teve como objetivo investigar as condições em que estava sendo atendida a solicitação de esterilização cirúrgica voluntária nos serviços públicos de saúde da RMC, composta por 19 municípios, com uma população de cerca de 2.300.000 habitantes. Para alcançar esse objetivo, desenhou-se um estudo com abordagem quanti e qualitativa, com múltiplos sujeitos: mulheres - potenciais usuárias dos serviços públicos de saúde -, autoridades de saúde, gestores e provedores do SUS em cada município.

Para o cálculo do tamanho da amostra de mulheres do estudo original, utilizaram-se resultados de BERQUÓ e CAVENAGHI<sup>3</sup> quanto à proporção de usuários que não conseguiram a esterilização pelo SUS, que foi de 49%, com margem de erro (diferença absoluta) e erro tipo I de 5%, o que resultou em uma amostra de 384 mulheres. Para as análises apresentadas neste estudo consideraram-se apenas as mulheres laqueadas (n=87) e aquelas que referiram que os maridos ou companheiros eram vasectomizados (n=34).

A seleção das mulheres foi realizada em ruas previamente sorteadas através de uma amostragem sistemática e equi-probabilística (probabilidade igual a 196/21362), a partir de um guia<sup>16</sup> que continha todas as ruas dos municípios da RMC. Foram percorridas 196 ruas, para selecionar, em cada uma delas, mulheres que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: idade entre 25 e 45 anos e que tinham pelo menos um filho vivo.

A amostra de mulheres em cada rua sorteada envolveu o percurso a ser seguido pela entrevistadora e a identificação das mulheres elegíveis em cada domicílio selecionado. Cada rua sorteada foi percorrida por uma entrevistadora, inicialmente em ordem crescente do número de domicílios, pelo lado direito da rua. A entrevistadora selecionava, então, o

primeiro domicílio da rua, pulava três e selecionava o quarto domicílio, e assim por diante, até conseguir o número determinado de entrevistas: três mulheres por rua. Nos domicílios selecionados, era feito um levantamento das mulheres residentes, para saber se cumpriam os critérios de inclusão. Quando havia mais de uma mulher elegível no domicílio, somente a primeira, pela ordem alfabética, era convidada a participar do estudo. Se, após terminar de percorrer o lado direito da rua, a entrevistadora não tivesse conseguido as três mulheres, ela continuava na mesma rua pelo lado esquerdo, no sentido decrescente da numeração dos domicílios. Quando selecionava e entrevistava as três mulheres, a entrevistadora interrompia o seu percurso naquela rua. Quando completava o percurso, ainda que não tivesse conseguido o número de três entrevistas, ela passava à próxima rua selecionada, uma vez que já havia sido estimada uma porcentagem de perda. Em média, foram entrevistadas duas mulheres por rua percorrida, totalizando 398 entrevistas, realizadas por cinco entrevistadoras especialmente treinadas para isto.

O trabalho de campo ocorreu entre 27/10/2004 e 2/2/2005, com um intervalo de 20 dias para o recesso de final de ano (de 13/12/04 a 03/01/05). Os dados foram coletados através de um questionário estruturado e pré-testado, com perguntas para caracterizar as participantes, inclusive quanto ao estrato socioeconômico; para avaliar o conhecimento e uso de MAC, especialmente a esterilização cirúrgica, e a intenção de submeter-se a ela em algum momento. Para as mulheres laqueadas ou cujos companheiros haviam sido vasectomizados, perguntou-se sobre o processo de obtenção da esterilização. Na amostra estudada, 68,3% das mulheres pertenciam aos estratos socioeconômicos C, D e E, e 27,6% foram classificadas no estrato B, conforme os critérios da Associação Brasileira de Anunciantes <sup>17</sup>.

Na segunda etapa do estudo, em cada município da RMC foi convidado a participar o

coordenador municipal da área de saúde da mulher ou de planejamento familiar, o gerente de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), os gerentes de Ambulatório / Centros de Referência especializados que foram referidos pelo coordenador municipal como responsáveis pelo atendimento à demanda de esterilização cirúrgica e pessoas responsáveis pelo(s) serviço(s) que realiza(m) as cirurgias (hospitais ou ambulatórios da RMC). A seleção do gerente de uma UBS se deu através de amostragem aleatória simples a partir da lista de UBSs de cada município, disponibilizada no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. As entrevistas foram realizadas com questionários específicos para cada tipo de gestor/provedor, por telefone ou correio eletrônico.

Os dados coletados foram duplamente digitados, por pessoas distintas; para isso utilizou-se o *software Sphinx Léxica*<sup>18</sup>. As duas digitações foram comparadas para identificar e corrigir possíveis erros de digitação, utilizando-se para isso o programa *Epi Info*, com seu módulo *Validate*. Depois disso, o banco de dados passou por uma análise de consistência lógica. Os problemas identificados foram corrigidos mediante consulta aos questionários preenchidos.

Neste estudo, para a análise dos dados coletados das mulheres, foi calculada a prevalência da esterilização cirúrgica feminina e masculina e a intenção de realizá-las. Em seguida, identificaram-se as mulheres que haviam se submetido, ou cujos companheiros se submeteram à esterilização em algum município da RMC, e compararam-se algumas de suas características e do processo seguido para obtenção da esterilização, segundo a cirurgia tenha sido feita antes (até 1997) ou depois (a partir de 1998) da regulamentação da Lei sobre Planejamento Familiar. Utilizou-se o teste do  $X^2$  com correção de continuidade ou teste exato de Fisher para avaliar as diferenças entre os grupos de variáveis. O programa utilizado na análise dos dados foi o *SPSS v.11.5*. Para os dados coletados dos gestores e

provedores de saúde, prepararam-se tabelas descritivas com as variáveis de interesse.

A participação dos sujeitos foi voluntária. Para as mulheres, o consentimento informado foi obtido oralmente, após o fornecimento das informações relativas à pesquisa e à sua participação. Para os gestores e provedores, o Termo de Consentimento foi enviado previamente por correio eletrônico ou fax; entendeu-se como seu consentimento o fato de responderem o questionário e o devolverem por fax ou correio eletrônico, bem como o agendamento e realização da entrevista por telefone. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CEP/FCM/UNICAMP), que autorizou a dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nas condições descritas anteriormente.

## **RESULTADOS**

Dentre as 398 mulheres entrevistadas, 28,4% estavam laqueadas e 9,5% referiram que seu companheiro havia feito vasectomia. Nesse grupo, 87 mulheres e 34 homens haviam se submetido à esterilização cirúrgica em algum dos municípios da RMC, sendo que 44,8% e 44,1% das esterilizações femininas e masculinas, respectivamente foram realizadas após a regulamentação da legislação específica sobre esterilização definitiva no Brasil, ou seja, a partir de 1998.

A maior parte das mulheres esterilizadas nos dois períodos estabelecidos para comparação tinha, no máximo, completado o ensino fundamental, tinha companheiro e se auto-declarou branca. A maioria das mulheres com companheiros vasectomizados tinha escolaridade acima do ensino fundamental, vivia em união e se declarou branca (Tabela 1).

Em relação aos serviços procurados e ao processo seguido para obtenção da laqueadura, tanto antes quanto após a regulamentação legal, a maioria das entrevistadas fez a

cirurgia fora do setor público embora desde 1998 tenha crescido a porcentagem das que procuraram um serviço público de saúde (41% em comparação com 35% até 1997). Grande parte das mulheres, mesmo aquelas laqueadas a partir de 1998, referiu não ter passado por equipe multidisciplinar (87% e 81%), que não lhe foi oferecido outro MAC (67% e 69%), entretanto lhe foi falado do caráter irreversível da cirurgia (96% e 82%). Porém, foi significativamente maior a porcentagem de mulheres laqueadas desde 1998 (24%) em comparação às operadas anteriormente (7%), que disse ter assistido a ação educativa em planejamento familiar durante o processo de obtenção da esterilização (Tabela 2).

Em relação ao processo seguido homens vasectomizados, houve maior referência à procura de serviços públicos de saúde, 42% até 1997 e 60% a partir de 1998; a ter assistido ação educativa, 26% e 33% respectivamente; a lhes ter sido oferecido outro MAC, 20% e 57% respectivamente; ter sido falado sobre o caráter irreversível da esterilização, 83% e 93% respectivamente; e que o serviço procurado explicitou critérios de idade e número de filhos, o que ocorreu com 5% dos vasectomizados antes da regulamentação legal em comparação com 47% dos que foram operados posteriormente. Apenas essa última diferença foi significativa. Foi menor a referência de ter passado por ação educativa em relação aos homens que fizeram a cirurgia a partir de 1998 (7%) do que aos vasectomizados até 1997 (37%), mas a diferença não foi significativa (Tabela 2).

Observou-se que, a partir de 1998, cresceu significativamente a proporção de mulheres operadas com 25 anos ou mais de idade (95% comparado a 75% até 1997). Também se verificou diferença significativa entre as médias de idade das mulheres por ocasião da laqueadura, maior entre as operadas a partir de 1998. A grande maioria das laqueaduras continuou sendo realizada no momento do parto e por ocasião de uma cesárea. Embora o pagamento adicional para realizar a laqueadura tenha diminuído desde 1998

(29% comparado a 50% até 1997), não houve diferença significativa (Tabela 3).

A maior parte dos homens vasectomizados tinha dois ou mais filhos vivos e teve que esperar no máximo seis meses pela cirurgia. A partir de 1998, foi maior a proporção de homens operados em um serviço público de saúde (60% comparados a 32% até 1997), e menor a proporção dos que teriam feito pagamento adicional pela cirurgia, 36% comparados a 63% até 1997 (Tabela 3).

Quinze dos 19 coordenadores municipais de saúde da mulher ou de planejamento familiar da RMC responderam ao questionário da pesquisa. Oito referiram que em seus municípios são feitas cirurgias de laqueadura e vasectomia, e mais um relatou que faz a esterilização masculina, porém não a feminina. Desde que a realização da esterilização cirúrgica foi regulamentada, no final de 1997, foram feitas, em média, 682 laqueaduras e 796 vasectomias anualmente no conjunto desses municípios. Apenas dois coordenadores disseram que seus municípios enfrentam dificuldades para atender a demanda por esterilização. Entretanto, o tempo de espera para fazer as cirurgias foi bastante variado no conjunto de municípios. O menor tempo referido foi de dois meses, para fazer a vasectomia, e o maior foi de 18 meses no caso da laqueadura (Tabela 4).

Todos os respondentes em cujos municípios se realizava a esterilização cirúrgica declararam existir critérios de idade e número de filhos para atender as solicitações. Quatro deles referiram que esses critérios foram estabelecidos com base na regulamentação legal (Lei 9263). Porém, quando os entrevistados explicitaram esses critérios, observou-se que, em dois desses municípios os critérios de idade e número de filhos não eram exatamente aqueles que constam da Lei. Em um deles, por exemplo, a idade para autorizar a laqueadura dependia do número de filhos, de acordo com o hospital em que a cirurgia seria realizada: 25 anos e dois filhos, 28 anos e três filhos, ou 30 anos e dois

filhos. Em geral, os coordenadores relataram variações em torno desses critérios de idade e número de filhos e a adição de outros aspectos, como, por exemplo, que o último filho vivo deva ter no mínimo um ano de idade; que a pessoa viva há pelo menos cinco anos em união estável ou que resida no município no mínimo há dois anos; que as mulheres tenham feito citologia oncótica no máximo há seis meses (dados não apresentados em tabela).

Quinze coordenadores de UBS dos municípios da RMC responderam o questionário da pesquisa e todos afirmaram que as pessoas que chegam à unidade para solicitar a laqueadura são encaminhadas para outros serviços. Em relação à vasectomia, porém, um coordenador disse não possuir referência para onde encaminhar as pessoas que querem se submeter a essa cirurgia. No caso da laqueadura, três unidades encaminham para serviços fora do município e duas fazem o mesmo em relação à vasectomia. Sete entrevistados declararam que existe um sistema de contra-referência, que permite que a pessoa encaminhada retorne à unidade caso não consiga a esterilização, ou mesmo durante o período de espera para fazer a cirurgia. Apenas três coordenadores disseram que, em suas UBS, as pessoas que querem ser esterilizadas passam por ação educativa antes de ser encaminhadas para outros serviços (Tabela 5).

Treze dos 15 coordenadores de UBS referiram que são seguidos critérios de idade e número de filhos para encaminhar as pessoas para a esterilização cirúrgica. Três entrevistados disseram que os critérios estavam embasados na Lei 9263 e quatro apontaram a existência de normatizações municipais (Tabela 5). De forma semelhante ao observado entre os coordenadores municipais, nas UBS também os critérios de idade e número de filhos variavam muito e, mesmo quando se afirmou que estavam baseados na Lei de Planejamento Familiar, observaram-se diversas combinações não previstas nessa Lei, como por exemplo: 28 anos e dois filhos, 30 anos e três filhos, 35 anos e três filhos

(dados não apresentados em tabelas).

Somente três gerentes de UBS afirmaram que não tinham dificuldade alguma para atender à demanda pela esterilização. Seis entrevistados apontaram dificuldades devido à falta de infra-estrutura, como por exemplo a falta de recursos humanos e de espaço físico apropriado para o desenvolvimento das ações em planejamento familiar; quatro enfrentavam problemas relacionados à longa espera para agendamento das consultas nos respectivos ambulatórios de referência; três não conseguiam atender à demanda por não terem hospitais credenciados, bem como ambulatórios especializados nos próprios municípios (Tabela 5).

## **DISCUSSÃO**

De maneira geral, os resultados deste estudo sugerem que na RMC a maior parte das características socioeconômicas e demográficas das mulheres que se submeteram à laqueadura depois de sua regulamentação legal não diferiu das que o fizeram anteriormente, assemelhando-se, inclusive, com o que já se observara em estudos anteriores<sup>5, 19, 20, 21, 22</sup>. O processo seguido para obter a laqueadura, porém, apresentou algumas diferenças que podem indicar efeitos da regulamentação legal. Por outro lado, o perfil dos homens vasectomizados, traçado a partir das referências de suas esposas/companheiras, diferiu quanto à escolaridade e à cor da pele, e a análise do processo pelo qual passaram para obter a vasectomia sugere que a regulamentação legal favoreceu o acesso a essa cirurgia nos serviços públicos de saúde, incrementando-se a observância das condições legais estabelecidas.

A proporção de mulheres laqueadas encontrada na amostra estudada (28,4%) confirma dados já descritos na literatura<sup>19</sup> no sentido de que, apesar de ser menor que a prevalência nacional observada em 1996, que estava em torno de 40%<sup>1</sup>, a laqueadura ainda se apresentou como o MAC mais prevalente. De forma semelhante, mantendo

tendência já verificada anteriormente<sup>15</sup>, a porcentagem de homens vasectomizados (9,5%) na RMC foi quase quatro vezes maior que a prevalência nacional (2,6 % segundo a última PNDS/1996) e ligeiramente superior à do Estado de São Paulo (6,1%)<sup>1</sup>.

As características de mulheres e homens que haviam se submetido à esterilização cirúrgica na amostra estudada também são compatíveis com resultados de estudos anteriores na mesma região e no Estado de São Paulo<sup>7, 15, 20, 22, 23</sup>. Entretanto, quando se compararam as mulheres que se submeteram à laqueadura antes da regulamentação da Lei 9263 com as que foram operadas posteriormente, verificou-se mudança no que diz respeito à idade no momento da laqueadura. Os resultados evidenciaram uma tendência a se respeitar o limite inferior de idade previsto pela legislação em vigor: antes da regulamentação, um quarto das mulheres havia sido esterilizado com menos de 25 anos, porcentagem que caiu a 5% a partir de 1998. A média de idade das mulheres no momento da cirurgia, após 1998, foi significativamente maior do que anteriormente (32 anos comparados a 27 anos), ao contrário do que se poderia imaginar, uma vez que a Lei permite a esterilização com 25 anos. Resultados semelhantes foram encontrados por VIEIRA e FORD<sup>12</sup> em um levantamento feito na cidade de Ribeirão Preto sobre a oferta de esterilização feminina após a regulamentação, onde a média da idade das mulheres no momento da laqueadura foi de 32,8 anos. Esses achados podem indicar, por um lado, uma melhoria no acesso à contracepção, o que estaria levando as mulheres a postergarem a laqueadura; por outro lado, também se pode pensar que os serviços públicos de saúde não estejam adotando estritamente os critérios legais para a idade a partir da qual se poderia autorizar a laqueadura<sup>3, 12</sup>.

A mesma tendência se fez presente em relação ao número de filhos onde, tanto antes como após a regulamentação legal, a maioria absoluta das entrevistadas referiu um

número de filhos superior a dois no momento da cirurgia. Neste sentido, existem dois cenários possíveis: em primeiro lugar, um grupo de mulheres atinge um número de filhos maior que o desejado por não conseguir controlar a sua fecundidade, seja por falta de informação ou acesso aos diferentes MAC, e a laqueadura aparece como a única forma de parar de ter filhos <sup>19</sup>. Outro possível cenário seria a existência de um grupo mais expressivo de mulheres que conseguem planejar sua fecundidade ao longo da vida reprodutiva, utilizando métodos contraceptivos reversíveis, e realmente fazem a opção consciente pela laqueadura no momento em que não desejam mais filhos.

As mudanças no perfil dos homens vasectomizados, detectadas a partir da referência de suas esposas/companheiras, podem sugerir que a regulamentação legal esteja favorecendo maior acesso a homens de menor escolaridade e não brancos a essa forma de contracepção, o que foi apontado também em pesquisa recente<sup>1</sup> realizada com homens submetidos à vasectomia nos serviços públicos de saúde de Campinas, o maior município da RMC.

As características do processo para obtenção ou realização da esterilização, especialmente no caso da laqueadura, foram amplamente discutidas na literatura nacional, evidenciando-se que falta de informação e orientação sobre os diferentes MACs, as altas taxas de cesariana (que muitas vezes encobriam a laqueadura), e o pagamento “por fora” eram extremamente comuns antes que entrassem em vigor os parágrafos da Lei 9263 referentes à esterilização cirúrgica, ao final de 1997 <sup>6, 7, 8, 24</sup>. A expectativa, porém, era que uma nova realidade surgiria após a regulamentação da lei que, além dos critérios relacionados à idade e ao número de filhos, exige que a esterilização seja realizada somente após o casal receber esclarecimentos sobre os diferentes MAC, através de orientação de uma

---

<sup>1</sup> Marchi NM. Consequências da vasectomia entre homens submetidos à cirurgia em Campinas,

equipe multidisciplinar e, no mínimo, 60 dias após o parto. O presente estudo aponta que na RMC, mesmo após 1998, pouca coisa se alterou no que diz respeito às características do processo para realização da esterilização voluntária onde grande parte das mulheres entrevistadas, laqueadas ou que os maridos eram vasectomizados, continuam procurando serviços privados, não assistem ações educativas e não passam por uma equipe multidisciplinar. Além disso, nos serviços procurados pouco se exigiu em relação aos critérios de idade ou número de filhos. Neste sentido, BERQUÓ e CAVENAGHI<sup>3</sup> também apontam para a pouca mudança na prática usual da esterilização após a regulamentação da lei.

Também contrariando as expectativas quanto ao que ocorreria após a regulamentação da esterilização, os resultados apontaram a persistência das altas taxas de cesariana no momento da laqueadura, em torno de 80%, e de remuneração “por fora”. Tais fatos, no passado, foram vinculados ao caráter de ilegalidade da esterilização feminina<sup>3,8</sup>. Uma possível explicação para este achado talvez esteja relacionada ao fato dos programas de planejamento familiar em vários municípios da RMC terem começado a funcionar efetivamente há pouco tempo, de maneira que ainda não houve tempo suficiente para atender a demanda reprimida pela esterilização, assim como também foi observado em outros locais por BERQUÓ & CAVENAGHI<sup>3</sup>, LUIZ e CITELI<sup>10</sup> e VIERA & FORD<sup>12</sup>. Essa situação pode ter levado as mulheres a procurarem os serviços privados para conseguirem realizar a laqueadura no momento do parto. Nesses tipos de serviços é notório o predomínio da cesariana como forma de parto, bem como o pagamento “por fora”, o que facilitaria também a realização da laqueadura simultaneamente.

Apesar de que o tamanho da amostra não foi definido originalmente com o objetivo de

comparar as características das pessoas esterilizadas antes e depois da regulamentação legal, eles permitem pensar que, embora tenha havido mudanças após a regulamentação legal, existem fortes indícios de que algumas alterações esperadas com a regulamentação da legislação específica sobre esterilização, tais como diminuição do número de cesarianas, redução do número de laqueaduras realizadas no pós-parto imediato, maior acesso e informação sobre os diferentes MAC, não ocorreram da forma como se imaginava.

Do ponto de vista da oferta de serviços, assim como em outros estudos<sup>3, 24</sup>, os dados levantados permitiram identificar várias dificuldades para atender a demanda pela esterilização cirúrgica, especialmente a partir das UBS, que referiram falta de infraestrutura e problemas para viabilizar o encaminhamento das pessoas aos serviços de referência. Isto se reflete no tempo de espera para esterilização cirúrgica feminina e masculina, que abre a possibilidade de gravidezes indesejadas caso não haja o uso adequado de outros MAC pelas pessoas que estão na fila de espera. Uma vez que a RMC está entre as que, no Brasil, apresentam os melhores indicadores de atenção à saúde e à luz dos poucos trabalhos já realizados em outras regiões, é possível concluir que os problemas relativos à provisão da esterilização cirúrgica no contexto dos direitos reprodutivos, ainda necessitam de medidas concretas para correção de distorções.

## REFERÊNCIAS

1. BEMFAM - Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil, Macro Internacional - Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro Internacional Inc., 1997. *Pesquisa nacional sobre demografia, 1996*. Rio de Janeiro
2. BEMFAM (Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil) /IRD (Instituto Para Desenvolvimento de Recursos). *Pesquisa nacional sobre Saúde Materno-infantil e Planejamento Familiar*. Brasil: 1986. Rio de Janeiro: BEMFAM,1987.
3. Berquó E, Cavenaghi S. Direitos Reprodutivos de Mulheres e Homens face à Nova Legislação sobre Esterilização Voluntária. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(supl 2): 5441-5453.
4. Hardy E, Bahamondes L, Osis MJD, Costa RG, Faúndes A. Risk factors for tubal ligation, detectable before surgery. *Contraception* 1996; 54: 159-162.
5. Pinotti JA, Díaz A, Díaz MM, Hardy E, Faúndes A. Identificação de fatores associados à insatisfação após a esterilização cirúrgica. *Rev Ginec Obst* 1986; 9: 304-309.
6. Potter JE. The persistence of outmoded contraceptive regimens: the case of Mexico and Brazil. *Pop Develop Rev* 1999; 25: 703-39.
7. Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudoeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Rev Saúde Pública* 1994; 28: 440-448.
8. Vieira EM. O arrependimento após esterilização feminina. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup. 1): 59-68.
9. BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretária de Assistência à Saúde. Portaria no. 144, de 20 novembro de 1997. Brasília: *Diário Oficial da União*. 24 de novembro de 1997, no. 277, seção 1, p. 27409, 1997.

10. Luiz OL, Citeli MT. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços, 1999. *Comissão de Cidadania e Reprodução*. Disponível em: <[http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body\\_jr21-olinda.html](http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr21-olinda.html)>. Acesso em 12 nov. 2003.
11. Potter JE, Pérpetuo IHO, Berquó E, Hopkins K, Leal OF, Formiga MC, Souza R. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. *Contraception* 2003; 67: 385-390.
12. Vieira EM, Ford NJ. Oferta da esterilização feminina em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 1201-1210.
13. Pinotti JA, Faúndes A, Hardy E, Rebelo Simões I, Osis MJD, Souza TR, Moraes TM. Avaliação da Assistência Ginecológica no Estado de São Paulo. *Rev Ginec Obst* 1990; 1: 7-21.
14. Cecatti JG, Faúndes A. *O impacto das altas taxas de cesárea sobre a fecundidade de uma população. Um estudo de coorte retrospectiva em Campinas, Brasil, 1995*. Relatório de pesquisa apresentado à Fundação Ford. Campinas: Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas. 1996.
15. Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH. Participação masculina no uso de métodos anticoncepcionais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 207-216.
16. Guia de ruas da Região Metropolitana de Campinas. Editora Digicamp Publicações Ltda. Março, 2003.
17. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa – ANEP. *Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)*. Disponível em: [www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.PDF](http://www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.PDF) [2003 setembro 5]
18. Freitas H, Janissek R, Moscarola J, Baulac Y. *Pesquisa interativa e novas tecnologias*

*para coleta e análise de dados usando o Sphinx®. Canoas, RS: Sphinx, 2002.*

19. Carvalho LEC, Cecatti JG, Osis MJD et al. Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária. *Cad Saúde Pública* 2004; 20: 1565-1574.
20. Faúndes A, Costa RG, Pádua KS, Perdigão AM. Associação entre prevalência da laqueadura tubária e características sócio-demográficas de mulheres e seus companheiros no Estado de São Paulo. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Supl 1): 87-96.
21. Hardy E, Osis MJD, Faúndes A, Alves G, Pinotti JA. A laqueadura tubária precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. *Rev Ginec Obst* 1993; 6: 70-76.
22. Osis MJD, Hardy E, Simões IR, Vera S, Faúndes A. Laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. *Rev Ginecol Obst* 1990; 1: 195-204.
23. Vieira EM, Badiani R, Fabbro ALD, Rodrigues Júnior AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2001; 36: 263-270.
24. Minella LS. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (Supl.1): 69-79.

**Tabela 1.** Algumas características de mulheres e homens esterilizados antes e depois da regulamentação da Lei sobre Planejamento Familiar

Características	Laqueaduras (%)		p*	Vasectomias (%)		p*
	Antes	Após		Antes	Após	
<b>Escolaridade</b>			0,578			0,882
Até 8ª série	65	56		32	40	
> 8ª série	35	44		68	60	
<b>Estado marital</b>			0,422			>0,999 <sup>@</sup>
Sem companheiro	19	10		5	0	
Com companheiro	81	90		95	100	
<b>Cor</b>			0,840			0,475 <sup>@</sup>
Branca	58	54		74	60	
Outra	42	46		26	40	
(n)	(48)	(39)		(19)	(15)	

\* Teste qui-quadrado com correção de Yates

@ Teste exato de Fisher

**Tabela 2.** Características e exigências do serviço e como foi o processo para obtenção da esterilização na RMC antes e após a regulamentação da Lei sobre Planejamento Familiar.

Características da esterilização	Laqueaduras (%)		p*	Vasectomias (%)		p*
	Antes	Após		Antes	Após	
<i>Tipo de serviço procurado</i>			0,756			0,490
Público	35	41		42	60	
Privado	65	59		58	40	
<i>Exigências do serviço</i>						
Idade e número de filhos			0,668			0,011 <sup>@</sup>
Sim	13	19		5	47	
Autorização do(a) companheiro(a)			0,305			>0,999 <sup>@</sup>
Sim	22	11		5	7	
<i>Como foi o processo de esterilização</i>						
Passou por equipe multidisciplinar			0,668			0,053 <sup>@</sup>
Sim	13	19		37	7	
Assistiu orientação			0,048			0,718 <sup>@</sup>
Sim	7	24		26	33	
Disseram que fariam a laqueadura no parto / vasectomia logo depois parto dela			0,924			>0,999 <sup>@</sup>
Sim	59	62		11	7	
Disseram que não podia fazer laqueadura por ser muito nova			0,250 <sup>@</sup>			-
Sim	7	0		-	-	
Apenas disseram que fariam a esterilização			>0,999 <sup>@</sup>			-
Sim	7	5		-	-	
(n)	(46)	(37)		(19)	(15)	
Ofereceram outros MACs			0,981			0,094
Sim	33	31		20	57	
(n)	(48)	(39)		(15)	(14)	
Falaram do caráter irreversível da esterilização			0,072 <sup>@</sup>			0,607
Sim	96	82		83	93	
(n)	(48)	(39)		(18)	(15)	

Teste qui-quadrado com correção de Yates. <sup>@</sup> Teste exato de Fisher

**Tabela 3.** Circunstâncias em que ocorreu a esterilização, antes e depois da regulamentação da Lei sobre Planejamento Familiar

Circunstâncias	Laqueaduras (%)		p*	Vasectomias (%)		p*
	Antes	Após		Antes	Após	
<i>Idade da mulher no momento da esterilização dela/do companheiro</i>			0,027			0,053 <sup>@</sup>
Até 24 anos	25	5		26	0	
≥ 25 anos	75	95		74	100	
<i>Idade média</i>	27,5	32,2	<0,001	28,8	32,2	0,089
[DP]	[4,2]	[4,7]	#	[5,8]	[4,3]	\$
<i>Número de filhos</i>			>0,999			>0,999 <sup>@</sup>
Até um	2	3		11	13	
≥ dois	98	97		89	87	
<i>Ocasião da esterilização</i>			0,692			-
Durante cesárea	71	77		-	-	
Outra ocasião	29	23		-	-	
Parto vaginal <sup>&amp;</sup>	6	3				
<i>Tipo de serviço onde foi realizada</i>			0,722			0,190
Público	38	44		32	60	
Convênio/particular	62	56		68	40	
(n)	(48)	(39)		(19)	(15)	
<i>Pagamento” por fora”</i>			0,080			0,228
Sim	50	29		63	36	
(n)	(48)	(38)		(19)	(14)	
<i>Tempo de espera para realização da esterilização+</i>			0,617			>0,999 <sup>@</sup>
Até seis meses	37	45		79	86	
≥ Seis meses	63	55		21	14	
(n)	(46)	(38)		(14)	(14)	

+ Tempo desde a primeira vez em que foi ao serviço solicitar a esterilização

\* Teste qui-quadrado com correção de Yates

<sup>@</sup> Teste exato de Fisher

# Teste t-Student para amostras independentes

\$ Teste não-paramétrico de Mann-Whitney

& Para fins de análise estatística, considerou-se apenas cesariana versus outra ocasião

**Tabela 4.** Algumas características do atendimento à demanda por esterilização cirúrgica na RMC, segundo coordenadores de saúde da mulher/planejamento familiar (n=15)

<b>Características</b>	<b>Laqueadura</b>	<b>Vasectomia</b>
Municípios em que as cirurgias são feitas	8	9
Número de cirurgias feitas desde 1998 *	4774	5575
Critérios de idade e número de filhos	8	9
Lei federal de planejamento familiar	4	4
Lei federal e protocolo municipal	1	1
Protocolo municipal	1	2
Protocolo de hospital que faz a cirurgia	2	2
Tempo de espera para fazer a cirurgia +	3 a 18 meses	2 a 10 meses
Dificuldades para atender a demanda	2	2
Falta de vagas	2	1
Falta de profissionais treinados	-	1

\* Um município referiu não dispor de registros atualizados

+ Tempo desde a primeira vez em que foi ao serviço solicitar a esterilização

**Tabela 5.** Algumas características do atendimento à demanda por esterilização cirúrgica nas UBS da RMC, segundo coordenadores/gerentes das unidades (n=15)

	<b>Laqueadura</b>	<b>Vasectomia</b>
Encaminhamento para outro serviço	15	14
No município	12	12
Fora do município	3	2
Sistema de contra-referência ++		
Sim	7	7
Não	4	4
Orientação antes de encaminhar	3	3
Critérios de idade e número de filhos#	13	13
Lei federal de planejamento familiar	3	3
Lei/protocolo municipal	4	4
Outra fonte	4	4
Não sabiam informar	2	2
Dificuldades para atender a demanda*		
Nenhuma	3	3
Infra-estrutura na UBS (pessoal, espaço)	6	6
Tempo de espera	4	4
Encaminhamento (processo, hospital credenciado)	3	3

++ Dois coordenadores não sabiam informar, e dois não responderam

# Os coordenadores de 2 UBS não sabiam informar se havia critérios estabelecidos

\* Cada coordenador podia mencionar mais de uma dificuldade e dois não sabiam informar.

## 4.2. Artigo 2

# RSP Revista de Saúde Pública

RSP/

22 de março de 2007

Ilma. Sra.  
Profa. Dra. Maria José Duarte Osis  
mjosis@cemicamp.org.br

Senhora Colaboradora

Acusamos o recebimento do seu manuscrito submetido à publicação nesta Revista, o qual atendeu a todos os itens exigidos para esta finalidade.

**“Atendimento à demanda por esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas: estudo de casos”**

Nº de Registro: **.- 07/6480** Este número é a chave para obter informações e acompanhar o processo de julgamento. Portanto, mencione-o em toda correspondência vinculada ao manuscrito.

Seu manuscrito será encaminhado à nossa assessoria para a primeira fase de avaliação, destinada a verificar se o trabalho atende à política da Revista, sobretudo quanto às questões ligadas ao conteúdo, além de forma.

Agradecemos sua colaboração.

**Nota:** Favor informar-nos se há interesse em receber por e-mail as próximas correspondências referentes ao seu manuscrito.

Atenciosamente

*Maria Teresinha Dias de Andrade*

Profa. Dra. Maria Teresinha Dias de Andrade  
Editora Executiva



**Atendimento à demanda por esterilização cirúrgica voluntária na  
Região Metropolitana de Campinas: estudo de casos.**

**Services provided to requests for voluntary surgical sterilization in the  
Metropolitan Region of Campinas: case studies**

**Maria José Duarte Osis <sup>I</sup>**

**Luiz Eduardo Campos de Carvalho <sup>II</sup>**

**José Guilherme Cecatti <sup>I,II</sup>**

**Silvana Ferreira Bento <sup>I</sup>**

**Karla Simônia de Pádua <sup>I</sup>**

*<sup>I</sup> Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas – Cemicamp, Campinas, Brasil.*

*<sup>II</sup> Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.*

Correspondência para:

Maria José Duarte Osis

Caixa Postal 6181, CEP 13083-971 – Campinas SP

Correio eletrônico: [mjosis@cemicamp.org.br](mailto:mjosis@cemicamp.org.br)

Projeto de pesquisa apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) – Processo 04/03811-0, e pela Organização Mundial da Saúde – Processo A 45099.

## **RESUMO**

**OBJETIVO:** descrever o atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica voluntária em municípios da Região Metropolitana de Campinas (RMC). **SUJEITOS E**

**MÉTODOS:** estudo qualitativo em quatro municípios da RMC, escolhidos propositalmente.

Entre Outubro de 2005 e Fevereiro de 2006, realizaram-se 28 entrevistas semi-estruturadas com coordenadores (as) de centros de referência (CR) e/ou ambulatórios de planejamento familiar (APF), e com profissionais diretamente envolvidos no processo de atendimento às solicitações de esterilização. **RESULTADOS:** em três dos quatro municípios o atendimento era centralizado em CR/APF, onde se avaliava se eram atendidos os critérios legais para autorizar a cirurgia solicitada, ministravam-se atividades educativas e se providenciava o agendamento da cirurgia nos serviços credenciados. A principal crítica à atual legislação referiu-se à proibição de realizar a laqueadura no momento do parto, considerada como forma de penalização às mulheres que só têm partos vaginais. Havia demanda reprimida, gerada pelo tempo de espera para realizar as cirurgias, mas também pela dificuldade de agendamento de consultas nos CR/APF. Essas dificuldades foram atribuídas à falta de estrutura física e de recursos humanos para realizar ações em planejamento familiar, tanto nas Unidades Básicas de Saúde quanto nos CR/APF. **CONCLUSÕES:** embora se evidenciem esforços para dar atendimento adequado à demanda pela esterilização cirúrgica, isso se confronta com a desorganização das ações em planejamento familiar na rede básica de saúde, o que inclui a falta de recursos humanos adequadamente capacitados, não apenas para lidar com os aspectos técnicos de prover atenção nessa área, mas também para reconhecer e tratar dos direitos da população.

**DESCRITORES:** esterilização tubária, normas; vasectomia, normas; planejamento familiar; serviços de saúde.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** to describe the conditions under which to the demand for voluntary surgical sterilization in municipalities of the Metropolitan Region of Campinas (RMC) is being provided. **SUBJECTS AND METHOD:** this is a qualitative study performed in four municipalities of the RMC, purposefully chosen. Between October 2005 and February 2006, 28 semi structured interviews were performed with the coordinators of the reference centers (CR) and/or family planning outpatient clinics (APF), and with professionals directly involved with the process of providing services for the requests of sterilization.

**RESULTS:** in three out of four municipalities the provision of services was centralized at CR/APF, where the legal criteria for allowing the requested surgery were evaluated, the educational activities were ministered and the surgery was scheduled in the authorized services. The main criticism to the current legislation was the prohibition of performing tubal ligation at the time of delivery, considered as a penalty to women that have only vaginal births. There was an unmet demand due to the long waiting time for having the surgery and also to difficulties in scheduling visits in the CR/APF. These difficulties were attributed to the lack of infrastructure and human resources for performing family planning activities, not only in the basic health units, but also in the CR/APF.

**CONCLUSIONS:** Although the efforts for providing adequate services to the demand on surgical sterilization are evident, the family planning activities in the basic health units are not well organized, including the lack of human resources adequately trained, not only for dealing with the technical aspects of providing care in this field, but also for recognizing and treating the rights of the population.

**KEY WORDS:** tubal sterilization, standards; vasectomy, standards; family planning; health services.

## Introdução

A esterilização cirúrgica voluntária nos serviços públicos de saúde no Brasil, até 1996, acontecia em um cenário de suposta clandestinidade, pois não existia regulamentação específica para sua prática <sup>2</sup>. Neste contexto, existiram várias distorções, principalmente em relação à laqueadura, tais como a realização concomitante e indiscriminada de cesarianas, a cobrança “por fora”, e mulheres laqueadas muito jovens <sup>2,12,19,23,24</sup>, o que resultava em maior risco de arrependimento, pois, em geral, as mulheres não eram adequadamente informadas e nem tinham acesso a alternativas contraceptivas. Por outro lado, a utilização da vasectomia como forma de contracepção também não era prevista no Sistema Único de Saúde (SUS), o que levava à sua realização em hospitais públicos mediante o uso de códigos de outras cirurgias <sup>2</sup>.

A realização da esterilização cirúrgica como método anticoncepcional (MAC) foi regulamentada através da Portaria 144/97 <sup>3</sup>, no contexto da Lei 9263 <sup>4</sup>. Desde então, os serviços públicos de saúde devem oferecer, entre outros MAC, a laqueadura tubária e a vasectomia, mediante o cumprimento de alguns requisitos. A pessoa que solicita deve ter capacidade civil plena e ser maior de 25 anos ou ter, pelo menos, dois filhos vivos. A cirurgia só pode ser realizada depois de decorridos, no mínimo, 60 dias a partir da solicitação; durante esse período devem ser providas sessões de orientação, incluindo aconselhamento por uma equipe multidisciplinar, para desencorajar a esterilização precoce. Ela não pode ser realizada no momento do parto ou aborto, exceto quando houver necessidade comprovada em virtude de cesarianas sucessivas anteriores <sup>3</sup>.

Desde a regulamentação da esterilização cirúrgica, alguns estudos têm evidenciado as condições em que está sendo atendida a demanda nos serviços públicos de saúde de determinadas localidades. Luiz e Citeli <sup>14</sup> observaram na Região Metropolitana de São

Paulo, em 1999, que nos serviços públicos de saúde que ofereciam a esterilização, apesar de excelente qualidade técnica, existia significativa distância entre as determinações legais e os procedimentos adotados. Encontraram-se obstáculos ao cumprimento da lei, como a falta de insumos adequados, clientelismo eleitoral, resistência dos profissionais de saúde em aceitarem os critérios legais, especialmente a idade mínima, considerada muito jovem e de risco para o arrependimento pós esterilização. Em Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, em 1998, também se detectou discordância dos profissionais de saúde quanto aos critérios legais para autorizar a esterilização, e em relação ao fato da laqueadura não poder ser realizada no momento do parto<sup>22</sup>. Essa postura também foi observada por Potter et al.<sup>20</sup> em três diferentes regiões do Brasil, ressaltando-se que essa restrição pode resultar em frustração para as mulheres e, muitas vezes, em gravidezes indesejadas.

Berquó e Cavenaghi<sup>2</sup>, analisando dados de seis cidades brasileiras, consideraram que o atendimento às solicitações de esterilização cirúrgica não estava completamente adequado à Portaria 144, desconhecida por muitos gestores e profissionais de saúde. Além disso, ao analisar o tempo de espera entre a solicitação e a cirurgia, perceberam-se indícios de diferenças de gênero no atendimento, a favor dos homens que desejavam se submeter à vasectomia. Mais frequentemente que as mulheres, eles conseguiam fazer a cirurgia antes que se passassem os necessários 60 dias de carência. Outro recente estudo em quatro capitais brasileiras apontou várias dificuldades para prover a esterilização cirúrgica<sup>17</sup>.

Na Região Metropolitana de Campinas (RMC), recente estudo populacional e com gestores e profissionais de saúde envolvidos no atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica, observou que a maioria das mulheres laqueadas tanto antes, quanto após a regulamentação legal, procurou inicialmente consultórios privados para a realização da cirurgia; referiu não ter passado por equipe multidisciplinar e que não lhe

foi oferecido outro MAC. Situações semelhantes foram relatadas pelas mulheres em relação aos companheiros que haviam sido vasectomizados. Em oito dos 19 municípios da RMC havia serviços que realizavam a esterilização cirúrgica, e desde 1998 tinham sido realizadas 4774 laqueaduras e 5575 vasectomias. O tempo de espera pelas cirurgias variou de três a 18 meses para a laqueadura e de dois a 10 meses para a vasectomia.<sup>6</sup>

Este estudo apresenta os resultados da segunda etapa do estudo acima referido, em que se enfocaram serviços de saúde da RMC que atendem à demanda pela esterilização cirúrgica.

### **Sujeitos e método**

Como parte de um estudo descritivo realizado na RMC<sup>6</sup> desenvolveu-se uma etapa qualitativa para descrever de forma mais detalhada e aprofundada a situação atual do atendimento à esterilização cirúrgica voluntária nessa região. Foram selecionados propositalmente <sup>18</sup> quatro municípios da RMC: dois em que gestores e profissionais de saúde haviam referido na primeira etapa do estudo que se cumpriam integralmente os critérios legais para atender as solicitações de esterilização cirúrgica (Municípios I e II), e outros dois em que se explicitaram adaptações dos critérios (Municípios III e IV). Além disso, na escolha desses municípios levou-se em conta também critérios demográficos (dois dos maiores em número de habitantes, um intermediário entre os menores municípios) e critérios geográficos (dois municípios centrais na RMC e dois periféricos). Foram realizadas 28 entrevistas semi-estruturadas, incluindo, em cada localidade, coordenador (a) de saúde da mulher/planejamento familiar (PF), gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência (CR) ou Ambulatórios de PF, responsáveis pelos serviços que realizavam as esterilizações e profissionais que atuavam no processo de avaliação e orientação (psicólogas, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos).

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. O texto correspondente a cada entrevista foi inserido em arquivo informatizado utilizando o *software The Ethnograph* V. 5.08s<sup>21</sup>. Para a análise dos dados, foram identificadas as unidades de significado nas falas dos entrevistados, relacionadas com os objetivos do estudo<sup>15</sup>. A partir dessas unidades de significado, foram propostas categorias de análise, assinaladas nos textos de cada entrevista, agrupando-se posteriormente os conjuntos de segmentos de texto semelhantes em todas as entrevistas. Em seguida, foram preparados quadros descritivos para cada município, para apresentar as principais idéias relacionadas a cada categoria de análise. Neste estudo são apresentados resultados referentes às seguintes categorias: atendimento em planejamento familiar no município, fluxo de atendimento às solicitações de esterilização, tempo de espera, critérios, momento em que são realizadas as cirurgias de esterilização, demanda e dificuldades e opinião sobre os critérios legais.

A participação das pessoas na pesquisa foi voluntária, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Eliminou-se das transcrições das entrevistas e da descrição dos resultados qualquer informação que pudesse identificar os participantes. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Parecer nº: 253/2004).

## **Resultados**

Os municípios I, II e III possuíam mais de cem mil habitantes e serviços em que se realizavam as esterilizações cirúrgicas. O município IV era o de menor população e encaminhava as pessoas que demandavam a esterilização cirúrgica para outros municípios. As características relativas à esterilização cirúrgica em cada município estão resumidas no Quadro 1 e são descritas a seguir.

### ***Atendimento em planejamento familiar no município***

Nos municípios I, II e III o atendimento em planejamento familiar era feito nas unidades básicas de saúde (UBS), por equipes de saúde da família e/ou diretamente em centro de referência (CR) ou ambulatório de planejamento familiar (APF). Nos municípios I e II foi referido que, na falta de algum método anticoncepcional, as UBS e equipes de saúde da família encaminhavam as pessoas para o CR/APF. Em um desses municípios existia também um serviço em hospital universitário onde, além das UBS e do APF, as pessoas também podiam ter acesso direto para solicitar métodos anticoncepcionais. No município IV, as solicitações de MAC eram feitas junto às equipes de saúde da família ou diretamente em um CR onde havia médico ginecologista para prescrever métodos.

### ***Fluxo de atendimento às solicitações de esterilização***

Nos três municípios maiores, o fluxo a ser seguido pelos casais que desejavam realizar a esterilização era similar: procuravam uma UBS que os encaminhava para o CR/APF, ou podiam ir diretamente a esses locais, onde passavam por vários procedimentos até serem submetidos à cirurgia desejada. No município IV, os solicitantes, depois de passar pelo CR, eram encaminhados para outra cidade para tentar conseguir realizar a esterilização.

Nos CR/APF, de uma maneira geral, os solicitantes passavam, inicialmente, por uma ação educativa, quando se falava de direitos sexuais e reprodutivos, da Lei sobre Planejamento Familiar, do direito da população a ter acesso aos serviços, de todos os MAC existentes, daqueles que estavam disponíveis no município, dos procedimentos pré e pós-operatórios para a esterilização, e sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Essa ação educativa era realizada em grupo, exceto no município IV, onde era individual, realizada por ginecologista, por ocasião da consulta. As ações educativas em grupo eram

voltadas para casais, e ministradas por diversos profissionais das equipes que atuavam nos CR/APF: enfermeira, assistente social ou psicóloga (município I), ginecologista, enfermeira ou auxiliar de enfermagem (município III), e auxiliar de enfermagem (município II).

Os profissionais entrevistados referiram que o objetivo da ação educativa não era apenas informar sobre os diversos MAC existentes, especificamente a laqueadura e a vasectomia, mas também fazer refletir sobre a utilização de um método irreversível. A percepção dos profissionais era de que, não raramente, havia mudança de opção: homens que pediam a vasectomia ao invés da mulher fazer a laqueadura, e vice-versa.

### ***Tempo de espera pela esterilização***

Nos três municípios que realizavam as cirurgias de esterilização havia diferença quanto ao tempo de espera. No município III, desde que manifestavam o desejo, a espera era de seis a oito meses para a vasectomia, e entre 18 e 24 meses para a laqueadura. No município II, esperava-se cerca de um ano para ser vasectomizado, enquanto para laqueadura esse tempo era de oito meses. De forma semelhante, no município I a maior espera também era para a vasectomia - cerca de sete meses, enquanto demorava cerca de quatro meses até uma mulher ser laqueada. Nesse município, porém, a maior demora ocorria para as pessoas conseguirem uma consulta no Ambulatório de PF, a partir do encaminhamento das UBS: podia chegar a até um ano.

### ***Critérios legais***

No município IV, os solicitantes, em geral, eram encaminhados para outro município, independentemente de qualquer critério. Nos demais municípios, os gestores municipais entrevistados afirmaram que eram seguidos integralmente os critérios da Lei 9263.

Entretanto, quando se observaram os relatos dos profissionais de saúde, pôde-se observar que em todas as cidades existia ou já tinha existido alguma adaptação dos critérios legais.

No município III, o critério da idade, 25 anos, era aplicado ao casal, independente de quem solicitava a esterilização. Além disso, também foi mencionada a existência de outros critérios: presença do casal à ação educativa e estabilidade conjugal (sem especificação de tempo). Os profissionais do CR do município II disseram usar os critérios da lei, porém havia exceções, como, por exemplo, no caso de existir indicação médica por risco de vida durante a gravidez. Além disso, em um dos hospitais que realizavam as cirurgias, até 2001 os critérios utilizados para realizar laqueadura não eram exatamente os estabelecidos na lei: exigia-se idade mínima de 28 anos e três filhos, ou 30 anos e dois filhos. A partir de 2001 esse serviço passou a seguir os critérios legais porque a população passou a conhecer a lei através da mídia e começou a exigir esse direito. Detectaram-se divergências nas entrevistas dos profissionais desse serviço, pois alguns ainda mencionaram os critérios antigos, distintos dos que constam na lei.

Já no município I, segundo os profissionais do Ambulatório de PF eram seguidos os critérios legais, mas em situações extremas eles não eram considerados, como por exemplo, em relação a um casal sem filhos, mas com grave problema genético. No serviço universitário, que também dá acesso à ligadura tubária nesse município, embora os critérios legais fossem amplamente conhecidos, foi mencionado que ainda se decidia pela realização da cirurgia a partir de critérios próprios: 30 anos e dois filhos vivos, independentemente do sexo, e que o casal tenha, pelo menos, cinco anos de união conjugal estável.

### ***Momento em que eram realizadas as cirurgias de esterilização***

Nos três municípios em que se realizava laqueadura foi dito que ela ocorria fora do parto, conforme estabelecido na lei. A exceção se dava quando havia antecedente de duas ou mais cesáreas prévias, e mediante aprovação, a laqueadura era realizada durante operação cesariana.

Em relação à vasectomia, apenas no município II foram dadas informações mais detalhadas quanto ao momento da sua realização: em geral, todos os homens que cumpriam os critérios legais passavam pelo processo de avaliação e orientação no CR, e recebiam um número para aguardar sua vez de fazer a vasectomia, independente de a mulher estar grávida ou não no momento da solicitação. A exceção ocorria se a companheira/esposa desse homem estivesse grávida do primeiro filho do casal no momento da solicitação de vasectomia: nesse caso, independente da ordem desse homem na fila de espera, ele só seria submetido à vasectomia depois que a criança nascesse.

### ***Demanda e dificuldades***

Os entrevistados nos municípios I e II referiram grande demanda reprimida, sobretudo em relação à vasectomia. Os profissionais do Ambulatório de PF/CR a atribuíram principalmente ao número insuficiente de cirurgias que podiam ser feitas semanalmente. Porém, os profissionais dos serviços credenciados para realizar as cirurgias nesses municípios afirmaram que não haveria dificuldades para ampliar esse número, se houvesse gestões nesse sentido por parte das respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

No município II, foi mencionado que o processo para obter a esterilização era longo porque havia demora em fazer os exames solicitados e para que os resultados fossem encaminhados ao CR, condição necessária para autorizar ou não a esterilização cirúrgica. Foi mencionado que a demora em fazer a vasectomia, por vezes, resultava em uma nova gravidez.

Já no município I, a demanda reprimida foi relacionada à falta de estrutura física e de recursos humanos no Ambulatório de PF, que resultava em uma fila de espera de cerca de 2600 pessoas que aguardavam chegar o dia da consulta para então iniciar o processo de esterilização. Os profissionais desse Ambulatório mencionaram que os profissionais das UBS e equipes de saúde da família talvez não conhecessem, de fato, a lei de PF e por isto não faziam uma primeira triagem das solicitações de esterilização. Além disso, também pensavam que as UBS e equipes de saúde da família não conseguiam desenvolver ações efetivas em PF, de forma a orientar adequadamente as pessoas. Consideravam que isso se devia, provavelmente, à grande rotatividade de profissionais na rede básica de saúde. As UBS também enfrentavam falta periódica de alguns MAC, especialmente injetáveis, além de carência de material educativo em PF.

Dificuldades semelhantes foram apontadas pelos profissionais entrevistados no município II, que mencionaram também que as UBS não faziam o encaminhamento adequado das mulheres durante o pré-natal. Muitas chegavam ao CR apenas no oitavo ou nono mês de gestação, quando já não havia mais tempo para cumprir a exigência legal de, no mínimo, 60 dias entre a solicitação e a cirurgia de esterilização. Os profissionais do serviço credenciado no município para fazer as laqueaduras também enfatizaram que não existiam ações adequadas e suficientes de PF no município, pois as mulheres chegavam para ser operadas sem orientação sobre alternativas contraceptivas. Além disso, muitas vezes os exames pré-operatórios ainda não estavam prontos ou não haviam sido solicitados pelo CR quando as mulheres chegavam ao hospital para agendar a cirurgia. Nesses casos, algumas vezes, o médico do hospital solicitava os exames, outras vezes mandava a mulher de volta ao CR, retardando mais ainda o processo.

No município III não se referiu demanda reprimida em relação à vasectomia,

porque, segundo os entrevistados, o número de solicitações não era grande, embora estivesse crescendo nos últimos anos, e porque a cirurgia era feita em nível ambulatorial. Em relação à laqueadura, relatou-se que até 2005 as mulheres chegavam a esperar cerca de dois anos (referido por um dos entrevistados), devido ao pequeno número de cirurgias de esterilização autorizadas mensalmente (no máximo cinco, entre laqueaduras e vasectomias), e ao fato de que o hospital credenciado estava em reformas, o que diminuía ainda mais o número possível de cirurgias realizadas semanalmente. Por ocasião da pesquisa, porém, foi dito que isto havia sido solucionado e que havia apenas cerca de 20 mulheres na fila de espera.

No município IV, foram referidas dificuldades para saber como encaminhar as pessoas que solicitavam esterilização cirúrgica a outros municípios, pois não existia um protocolo de atendimento. Os (as) profissionais entrevistados também referiram que não se faziam vasectomias no município porque a rede de saúde não dispunha dos materiais necessários.

### ***Opinião dos profissionais e gestores sobre os critérios legais para esterilização***

Em dois dos três municípios em que se realizava a esterilização, os gestores e profissionais entrevistados consideravam que os critérios legais para autorizar as cirurgias eram adequados à realidade brasileira. No município II, houve restrições ao critério de idade, por considerá-lo muito permissivo e passível de favorecer o arrependimento pós-esterilização. Porém, especificamente os profissionais do CR desse município entendiam que a existência dos critérios era benéfico para todos – população e profissionais. Isto porque, uma vez que os critérios estavam bem definidos, não havia o que discutir: a população podia saber quais eram os seus direitos e os profissionais sabiam o que deveriam atender.

De modo geral, nos três municípios em que se realizavam laqueaduras foi criticado o

impedimento, estabelecido pela Lei de PF, de realizar a esterilização no momento do parto, quando a mulher não tiver múltiplas cesáreas anteriores. Na opinião dos entrevistados, isto, de certo modo, penalizaria a mulher que só teve partos vaginais, que seria obrigada a retornar ao hospital para uma nova cirurgia. Além disso, essa situação, algumas vezes, acabava resultando em nova gravidez de mulheres que não usavam ou usavam inadequadamente um MAC depois do parto, enquanto esperavam para poder fazer a laqueadura. Embora os entrevistados reconhecessem que essa norma vise a diminuir o número de cesáreas realizadas apenas para fazer laqueadura, enfatizaram que isto acabava prejudicando muitas mulheres.

## **Discussão**

Nossos resultados indicaram que, apesar de importantes avanços, o atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na RMC ainda sofre distorções e enfrenta dificuldades para prover um atendimento adequado ao que estabelece a Lei 9263. O atendimento é centralizado e o acesso das pessoas, com frequência, encontra-se limitado pelas dificuldades dos municípios organizarem as ações de PF na rede básica de saúde. Essa situação é semelhante à já observada por outros autores, em outras localidades<sup>2,14,17,22</sup>. Ao mesmo tempo, estes resultados aprofundam e esclarecem alguns aspectos destacados quando se procedeu a um levantamento quantitativo na mesma região acerca das condições em que estava sendo atendida a demanda pela esterilização cirúrgica<sup>6</sup>.

Percebe-se que a partir da regulamentação legal da esterilização, e na esteira das disposições gerais da Lei sobre PF, em vigor desde 1996, os municípios procuraram se organizar para implementar ações em PF, principalmente através da criação de CR ou APF. Entretanto, os resultados apresentados parecem indicar que esses CR e APF encontram-se sobrecarregados e não conseguem atender à demanda pela esterilização cirúrgica, nem

tampouco suprir as deficiências evidentes nas ações em PF na rede básica. Na prática, os CR/APF acabam centralizando o atendimento em PF, embora não tenham condições de fazê-lo a contento, pois, principalmente, faltam recursos humanos e espaço físico adequado. Isto contribui para a existência da grande demanda reprimida pela esterilização, mencionada em parte dos municípios. Esses achados trazem novamente à discussão as grandes deficiências da atenção ao planejamento familiar no Brasil: falta de opções contraceptivas disponíveis na rede básica de saúde e despreparo dos profissionais das UBS e equipes de saúde da família para proverem essa atenção <sup>2,6,8,9,14,17,22</sup>.

Por outro lado, detectaram-se também dificuldades quanto ao número de cirurgias que podiam ser realizadas pelos hospitais credenciados em cada município. As perspectivas foram contraditórias, uma vez que os profissionais dos serviços hospitalares credenciados afirmavam a possibilidade de realizar mais cirurgias, enquanto os profissionais dos CR/APF argumentavam que isso não era possível. Parecem existir impasses administrativos na contratação desses serviços, que podem estar relacionados à falta de priorização do atendimento em planejamento familiar dentre as ações básicas de saúde. Porém, não se pode deixar de considerar que também existem limitações impostas pelo próprio SUS, no que diz respeito aos limites de internações e cirurgias.

É interessante destacar também a situação da demanda pela vasectomia nos municípios pesquisados. Enquanto a prevalência desse MAC está em torno de 2% no Brasil e 6% no Estado de São Paulo <sup>1</sup>, vários estudos realizados em Campinas e região desde os anos de 1980 apontavam prevalência em torno de 10% de vasectomia <sup>7,10</sup>. Este estudo mostrou que a demanda é expressiva e que os serviços públicos não conseguem dar resolução, implicando em demora maior para obter a vasectomia do que a laqueadura.

Quanto aos critérios legais para autorizar a realização da esterilização, evidenciaram-

se várias adaptações, assim como já foi observado em outros estudos<sup>2,14,17,22</sup>. Emergiram críticas a alguns desses critérios. Em relação à idade e ao número de filhos, a tendência dos profissionais entrevistados foi considerar que contribuem ao arrependimento pós-esterilização, pois permitem que as cirurgias sejam realizadas em pessoas bem jovens e com poucos filhos<sup>5</sup>. Porém, mais significativa foi a crítica à proibição da esterilização no momento do parto, que prejudicaria mulheres que só tiveram partos vaginais, bem como aumentaria a possibilidade de gravidez indesejada no intervalo entre o parto e a esterilização. Potter et al.<sup>20</sup> assinalaram que essa exigência legal contraria as expectativas das mulheres, e acaba por representar uma discriminação entre aquelas que dependem dos serviços públicos de saúde e as que podem recorrer aos serviços privados e submeter-se à esterilização no mesmo momento do parto. Esta é uma questão crítica, que traz ônus para as mulheres e também para os próprios serviços públicos de saúde (retorno em uma nova oportunidade para realização da cirurgia), e que até pode produzir um efeito perverso em médio prazo, de corroborar com a busca pela cesariana visando à esterilização na sua segunda ou terceira ocorrência. Esse aspecto também foi ressaltado em um estudo feito no município de Campinas em 2001, em que 76% de 245 mulheres laqueadas no parto tinham sido submetidas a uma cesariana, e pouco menos da metade delas (43%) referiu uma justificativa médica para isto<sup>11</sup>.

As dificuldades de acesso à informação sobre os MAC em geral e a ausência de alternativas disponíveis na rede básica de saúde têm sido frequentemente apontada por vários estudos. Isso inviabiliza a escolha livre e informada de MAC, e contribui para a esterilização precoce, especialmente entre as mulheres<sup>13,16,24,25</sup>. Não se pode deixar também de assinalar que essas dificuldades sobrecarregam os CR/APF, que acabam tendo que suprir a falta de atividades educativas e de MAC nas UBS e por parte das equipes de

saúde da família. Isto complica o atendimento às solicitações de esterilização e contribui para a existência de demanda reprimida.

A partir dos resultados aqui discutidos, consideramos que a regulamentação da prática da esterilização na RMC ainda não alcança plenamente o objetivo essencial da Lei 9263, que é de situar as opções contraceptivas no contexto dos direitos reprodutivos. Porém, entendemos que têm sido feitos esforços para dar atendimento adequado à demanda pela esterilização. Tais esforços, porém, esbarram na desorganização das ações em PF na rede básica de saúde e na falta de capacitação dos profissionais envolvidos, não apenas para lidar com os aspectos técnicos de prover atenção nessa área, mas também para reconhecer e tratar dos direitos da população.

**Quadro 1:** Principais características do atendimento à esterilização cirúrgica nos municípios, segundo as categorias de análise

<i>Categoria de análise</i>	<b>Municípios</b>			
	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>
<i>Atendimento em PF nos municípios</i>				
Atendimento realizado nas UBS	Sim	Sim	Sim	Não
Atendimento direto nos APF/CR	Sim	Sim	Sim	Sim
<i>Fluxo atendimento para quem solicita a esterilização</i>				
Solicitação feita nas UBS/referenciadas aos APF/CR.	Sim	Sim	Sim	NA*
Procura direta nos APF/CR.	Sim	Sim	Sim	NA*
Ação educativa feita por equipe multidisciplinar.	Sim	Sim	Sim	NA**
Encaminhamento para realização das cirurgias em serviços credenciados do próprio município.	Sim	Sim	Sim	NA*
<i>Tempo médio de espera para cirurgia (meses)</i>				
Laqueadura.	4 <sup>#</sup>	12	18 a 24	NA*
Vasectomia.	7 <sup>#</sup>	8	6 a 8	NA*
<i>Critérios estabelecidos pela Lei 9263.</i>				
Seguidos na sua totalidade	Não	Não	Não	Não <sup>@</sup>
Seguidos parcialmente ou com modificações	Sim	Sim	Sim	Não <sup>@</sup>
Opinião dos profissionais e gestores	Concordam parcialmente	Concordam parcialmente	Concordam parcialmente	NA*
<i>Momento em que se realizam as cirurgias</i>				
Fora do parto e puerpério	Sim	Sim	Sim	NA*
No parto: nos casos de cesarianas sucessivas ou risco materno	Sim	Sim	Sim	NA*
<i>Demanda e dificuldades</i>				
Demanda reprimida por vasectomia	Sim	Sim	Não	Não sabem
Falta de recursos Humanos	Sim	Sim	Não	Sim
Falta de infra-estrutura	Sim	Sim	Não	Sim

\* O município encaminha todos os candidatos para outro município.

\*\* Ação educativa individualizada feita pelo ginecologista antes de encaminhar para outro município.

NA: não se aplica

# Maior tempo de espera se refere ao tempo para marcação de consulta na UBS para conseguir encaminhamento para APF/CF: aproximadamente 12 meses.

@ Candidatos encaminhados independentemente de critérios.

## Referências

1. BEMFAM (Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil) /IRD (Instituto Para Desenvolvimento de Recursos). Pesquisa nacional sobre Saúde Materno-infantil e Planejamento Familiar. Brasil: 1986. Rio de Janeiro: BEMFAM,1987.
2. Berquó E; Cavenaghi S. Direitos Reprodutivos de Mulheres e Homens face à Nova Legislação sobre Esterilização Voluntária. Cad. Saúde Pública, 2003, 19 (suppl.2).S441-53.
3. Brasil. Ministério da Saúde/ Secretária de Assistência à Saúde. Portaria no. 144, de 20 novembro de 1997. Brasília: Diário Oficial da União. 24 de novembro de 1997, no. 277, seção 1, p. 27409, 1997.
4. Brasil. Senado Federal/ Subsecretaria de Informações. Lei no. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Brasília: Diário Oficial da União 15/01/96, pág. 561, 1996.
5. Carvalho LEC, Cecatti JG. Osís MJD, Sousa MH. Número Ideal de Filhos e arrependimento pós-laqueadura. Rev Assoc Med Bras 2006; 52: 293-7.
6. Carvalho LEC, Osís MJD, Cecatti JG, Ferreira Bento S, Manfrinati MB. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas: um panorama. Cad Saúde Publica 2007 (aceito).
7. Cecatti JG, Faúndes A. O impacto das altas taxas de cesárea sobre a fecundidade de uma população. Um estudo de coorte retrospectiva em Campinas, Brasil, 1995. Relatório de pesquisa apresentado à Fundação Ford. Campinas: Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas. 1996.
8. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. Rev Bras Saúde Matern Infant, 2006, 6: 75-84.
9. Costa AM. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: Giffin K e

- Costa SH (Organizadoras). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 319-355.
10. Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH. Participação masculina no uso de métodos anticoncepcionais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 207-1
  11. Fernandes MAS, Bedone AJ, Leme LCP, Yamada EM. Laqueadura intraparto e de intervalo. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52: 323-7.
  12. Hardy E, Bahamondes L, Osis MJD, Costa RG., Faúndes A. Risk factors for tubal ligation, detectable before surgery. *Contraception* 1996; 54:159-162.
  13. Hardy E, Osis MJD, Faúndes A, Alves G, Pinotti JA. A laqueadura tubárea precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. *Rev Ginecol Obstet* 1993; 6: 70-6.
  14. Luiz OL, Citelli MT. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços, 1999. Comissão de Cidadania e Reprodução. [http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body\\_jr21-olinda.html](http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr21-olinda.html) (Acesso em 12 dez. 2006).
  15. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª edição. São Paulo: Hucitec-Abraco; 1998.
  16. [Osis MJ, Faundes A, de Sousa MH, Duarte GA, Bailey P](#). Fertility and reproductive history of sterilized and non-sterilized women in Campinas, Sao Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2003;19:1399-404.
  17. Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma

- pesquisa. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22: 2481-90.
18. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. 2<sup>nd</sup> Edition. London: Sage; 1990.
  19. Pinotti JA, Díaz A, Díaz MM, Hardy E, Faúndes A. Identificação de fatores associados à insatisfação após a esterilização cirúrgica. *Rev Ginecol Obstet* 1986; 9:304-9.
  20. Potter JE, Pérpetuo IHO, Berquó E, Hopkins K, Leal OF et al. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. *Contraception* 2003; 67:385-90.
  21. Seidel J. *The ethnograph v5.0: a user's guide*. London: Scolari; 1998.
  22. Vieira E, Ford N J. Provision of female sterilization in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20: 1201-10.
  23. Vieira EM, Badiani R, Fabbro ALD, Rodrigues Júnior AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2001; 36:263-70.
  24. Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudoeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Rev Saúde Pública* 1994; 28:440-8.
  25. Vieira EM. O arrependimento após esterilização feminina. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Supl. 1): 59-68.



## 5. Discussão

---

A Lei 9263, aprovada em 1996, regulamentou o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal que define o planejamento familiar como direito dos cidadãos. Essa lei estabelece que as ações de planejamento familiar são de responsabilidade do SUS, não devem visar metas demográficas, e estão incluídas nas atividades básicas de assistência, assim como o atendimento ao pré-natal, assistência ao parto e prevenção de câncer de colo uterino (Berquó, 2003). Dentro do acesso ao planejamento familiar está inserida, e foi regulamentada em 1997, a oferta da esterilização cirúrgica feminina e masculina no âmbito do SUS. Portanto, o que se esperava a partir da promulgação dessa lei era a ampliação do acesso dos cidadãos brasileiros à atenção de boa qualidade em planejamento familiar, da qual o acesso à informação e às várias alternativas contraceptivas são elementos fundamentais (Bruce, 1989; Diaz e Diaz, 1999).

Nesse sentido, esperava-se que os municípios se organizassem para incluir de fato a assistência ao planejamento familiar como parte da atenção básica, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, reiteradas na

atual *Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*, que tem como base o documento "Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo" (Brasil, 2005b). Os três principais eixos de ação dessa política, voltados ao planejamento familiar, são: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis (não-cirúrgicos); a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária; e a introdução de reprodução humana assistida no SUS.

O panorama traçado por esta tese, sobre o atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica voluntária na RMC, permitiu observar que os municípios maiores tenderam a criar Centros de Referência (CR) e/ou Ambulatórios de Planejamento Familiar (APF) para realizar o processo de análise e autorização das solicitações, incluindo ações educativas em planejamento familiar, ao mesmo tempo em que foram credenciados hospitais para realizar as cirurgias. Não se pode negar que esse processo tem sido positivo na RMC, pois os resultados desta pesquisa indicam uma maior exposição das pessoas que se esterilizam a ações educativas em planejamento familiar. Entretanto, a simples existência dos CR/APF não garante que os propósitos da Lei sobre Planejamento Familiar sejam plenamente alcançados, uma vez que ainda se detectou a existência de distorções na atenção ao planejamento familiar. Primeiramente, observou-se que na porta de entrada da atenção básica – nas UBS ou através das equipes de saúde da família - não existe uma abordagem consistente e sistematizada do planejamento familiar, faltando ações educativas e disponibilidade de opções contraceptivas, como já observado em outras regiões (Osis et al.,2006; Berquó e Cavenaghi, 2003; Luis e Citeli, 1999). Isto, não raramente, sobrecarrega os CR/APF com o

atendimento de pessoas que deveriam, antes, ter recebido orientação e atenção nas UBS/equipes de saúde da família, o que poderia aliviar a demanda reprimida por atendimento nesses serviços.

Por outro lado, o tempo de espera para as pessoas que cumprem os critérios legais traz o risco de gravidez indesejada e revela também a existência de dificuldades na articulação da rede básica com serviços credenciados para realizar a esterilização cirúrgica, especialmente a vasectomia, cuja demanda nos serviços públicos é crescente (Marchi, 2006; Berquó e Cavenaghi, 2003).

Assim como em outras regiões (Osis et al., 2006; Vieira e Ford, 2004; Berquó e Cavenaghi, 2003; Luis e Citeli, 1999), quanto aos critérios legais, os resultados da RMC indicam que é mais comum a sua adaptação, mesmo nos municípios que referem segui-los integralmente. As principais discussões sobre esses critérios centralizam-se na idade mínima dos candidatos à esterilização e na proibição de realizar a laqueadura intraparto, exceto quando houver cesáreas sucessivas. Com respeito à idade, na amostra populacional estudada ficou claro que, a partir da regulamentação legal, as pessoas operadas tinham mais idade do que as que se submeteram à esterilização antes de 1998. Isto pode ser resultado da interpretação de que é necessário cumprir, além do critério de idade, o de número de filhos para esterilizar-se, mas também pode ser fruto de uma melhor orientação dada às pessoas que demandam a esterilização, para evitar que esta seja precoce. Em relação ao momento da laqueadura, esse aspecto mostrou-se controvertido na opinião dos profissionais e dos gestores de saúde, ao mesmo tempo em que os dados quantitativos, levantados junto à amostra de mulheres

da RMC, revelaram que ainda prevalece a prática da laqueadura durante cesárea. Como já apontado por Potter et al. (2003), neste estudo também se discutiu um possível efeito perverso da proibição de realizar a laqueadura no momento do parto, que seria a penalização das mulheres apenas com antecedentes de partos normais, o que poderia também resultar em gravidezes indesejadas e vir a estimular a realização de cesarianas desnecessárias. Esse aspecto também foi abordado por Fernandes et al. (2006), que discutiram a possibilidade de existir certo incentivo à prática da cesariana para realização da laqueadura no mesmo tempo cirúrgico, adequando-se uma indicação médica para justificativa do procedimento.

Enfim, parece claro que a discussão sobre planejamento familiar na RMC, assim como no Brasil de modo geral, está longe de terminar. Fica evidente que também ainda não se pode considerar satisfatória a situação do atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica, apesar dos aspectos positivos já discutidos. Especialmente, ainda parece faltar a compreensão de que esse atendimento deve ser inserido no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, como direitos humanos, e que a Lei 9263 refere-se a esse conjunto, e não apenas a prover laqueadura e vasectomia no SUS.

## 6. Conclusões

---

- A partir de 1998, na vigência da regulamentação legal da esterilização cirúrgica, foram realizadas em média 682 laqueaduras e 796 vasectomias, por ano, nos municípios da RMC.
- A maioria dos candidatos à esterilização cirúrgica nos municípios da RMC busca inicialmente atendimento nas UBS, de onde são referenciados aos CR/APF, que centralizam o processo de avaliação quanto aos critérios legais, ações educativas em planejamento familiar e orientações quanto à cirurgia de esterilização pretendida. Completado o processo de avaliação e orientação, os candidatos que têm a solicitação atendida são encaminhados aos serviços credenciados para cirurgia. Existe grande demanda reprimida, principalmente pela dificuldade de obter consulta nos CR/APM e pela falta de vagas nos serviços credenciados para realizar as cirurgias. As principais dificuldades dos CR/APM são a sobrecarga provocada pela inexistência ou ineficiência das ações de planejamento familiar na rede básica, aliada à falta de recursos humanos e espaço físico adequado para atender à demanda.

- A maioria dos municípios refere cumprir os critérios legais, porém, na prática, são freqüentes as adaptações desses critérios, o que ainda mantém a presença de distorções no atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica nos diversos municípios da RMC.
- Em geral, gestores e profissionais de saúde da RMC expressaram opinião favorável à legislação em vigor, exceto pelas críticas feitas ao critério de idade e à proibição de realizar a laqueadura tubária no momento do parto.
- As prevalências de laqueadura e vasectomia na RMC foram de 28,4% e 9,5%, respectivamente. As principais dificuldades para obter a realização dessas cirurgias estão relacionadas à maneira como estão organizadas as ações de planejamento familiar nos municípios, que resulta em limitações no acesso da população à atenção em planejamento familiar na rede básica de saúde e, em parte, como consequência disso, em limitações no acesso ao atendimento nos CR/APF.

## 7. Referências Bibliográficas

---

ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil (CCEB). Disponível em: [www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.PDF](http://www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.PDF). Acesso em: 5 de Setembro de 2003.

BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/IRD - Instituto para Desenvolvimento de Recursos. Pesquisa nacional de saúde materno-infantil e planejamento familiar. Brasil, 1986. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1987.

BEMFAM - Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil, Macro Internacional - Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS).. Pesquisa nacional de Demografia e Saúde. Brasil, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM/ Macro Internacional Inc., 1997.

Berquó E, Cavenaghi S, Oliveira V. Estudo multicêntrico sobre o impacto da nova legislação brasileira a respeito da esterilização voluntária. Pesquisa de Campo em Campinas - Relatório de atividades 2002-2003.

Berquó E, Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação sobre Esterilização Voluntária. Cad. Saúde Pública, 2003; 19 (Supl. 2): S441-S453.

Brasil. Senado Federal/ Subsecretaria de Informações. Lei no. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Brasília: Diário Oficial da União 15/01/96, p. 561, 1996.

Brasil. Lei ordinária nº 9263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Partes vetadas correspondentes aos artigos 10,11,14 e 15. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de agosto de 1997. p. 17989, col.1, 1997a.

Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria nº 144, de 20 de novembro de 1997. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 de novembro de 1997. nº 227, seção I, p.27409, 1997b.

Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva do Ministério da Saúde/ Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp)>. Acesso em: 20 maio 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b, 24p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 1).

Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. New York: Population Council; 1989. (Working Papers 1).

Carvalho LEC, Cecatti JG, Osis MJD et al. Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária. *Cad Saúde Pública* 2004; 20: 1565-1574.

Carvalho LEC, Cecatti JG. Osis MJD, Sousa MH. Número Ideal de Filhos e arrependimento pós-laqueadura. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52: 293-7.

Carvalho LEC, Osis MJD, Cecatti JG, Ferreira Bento S, Manfrinati MB. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas: um panorama. Cad Saúde Pública 2007 (enviado para publicação).

Cecatti JG, Faúndes A. O impacto das altas taxas de cesariana sobre a fecundidade de uma população. Um estudo de coorte retrospectiva em Campinas, Brasil. Campinas: CEMICAMP; (Relatório técnico final apresentado à Fundação Ford - Projeto de Saúde Reprodutiva: NEPO/CEMICAMP), 1996.

Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. Rev Bras Saúde Matern Infant 2006; 6: 75-84.

Costa AM. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: Giffin K e Costa SH (Org). Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 319-355.

Dean, A.G.; Dean, J.A., Coulombier, D.; Burton, A.H.; Brendel, K.A.; Smith, D.C.; Dicker, R.C.; Sullivan, K.M.; Fagan, R.F.; Arner, T.G. Epi Info, version 6.04d: a word-processing, database and statistics program for public health on IBM-compatible microcomputers [programa de computador]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2001.

Díaz J, Díaz M. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças. In: Galvão L, Díaz J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council; 1999. 209-33.

Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH. Participação masculina no uso de métodos anticoncepcionais. Cad Saúde Pública 2003; 19: 207-1.

Engender Health. Contraceptive sterilization: global issues and trends [monografia na Internet]. New York; 2002 [acesso em 5 mar 2005]. Factors influencing sterilization use and outcomes.107-37. Disponível em:

<http://www.engenderhealth.org/sterilization>

Fernandes MAS, Bedone AJ, Leme LCP, Yamada EM. Laqueadura intraparto e de intervalo. Rev Assoc Med Bras 2006; 52: 323-7.

Freitas H, Janissek R, Moscarola J, Baulac Y. Pesquisa interativa e novas tecnologias para coleta e análise de dados usando o Sphinx®. Canoas, RS: Sphinx, 2002.

Guia de ruas da Região Metropolitana de Campinas. Editora Digicamp Publicações Ltda. Março, 2003.

Hardy E, Osis MJD, Faúndes A, Alves G, Pinotti JA. A laqueadura tubárea precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. Rev Ginec Obst 1993; 6: 70-76.

Hardy E, Bahamondes L, Osis MJD, Costs RG, Faúndes A. Risk factors for tubal sterilization regret, before surgery. Contraception 1996, 54:159-62.

Luiz OL, Citelli MT. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços, 1999. Comissão de Cidadania e Reprodução. [http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body\\_jr21-olinda.html](http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr21-olinda.html) (Acesso em 12 dez. 2006).

Marchi NM. Conseqüências da vasectomia entre homens submetidos à cirurgia em Campinas, São Paulo. [Tese de Doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Minella LS. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. Cad Saúde Pública 1998; 14 (Supl.1): 69-79.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 5ª edição. São Paulo: Hucitec-Abraco; 1998.

Osis MJD, Hardy E, Simões IR, Vera S, Faúndes A. Laqueadura tubárea nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. Rev Ginecol Obst 1990; 1: 195-204.

[Osis MJ, Faundes A, de Sousa MH, Duarte GA, Bailey P.](#) Fertility and reproductive history of sterilized and non-sterilized women in Campinas, Sao Paulo, Brazil. *Cad Saude Pública* 2003;19:1399-404.

Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22: 2481-2490

Patton, M.Q. *Qualitative evaluation and research methods*. 2 ed. Newbury Park, Sage Publications, 1990. p. 176.

Perpétuo IHO, Aguirre MACO. Papel da esterilização feminina nos diferenciais sócio-econômicos do declínio da fecundidade no Brasil. In: XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP); Caxambu MG; Campinas/Belo Horizonte: ABEP; 1998. p.2997-3023.

Pinotti JA, Díaz A, Díaz MM, Hardy E, Faúndes A. Identificação de fatores associados à insatisfação após a esterilização cirúrgica. *Rev Ginecol Obstet* 1986; 9:304-309.

Pinotti JA, Faúndes A, Hardy E, Simões IR, Osis MJD, Sousa TR, et al. Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia* 1990; 1: 7-21.

Potter JE. The persistence of outmoded contraceptive regimens: the case of Mexico and Brazil. *Population and Development Review* 1999; 25: 703-39.

Potter JE, Pérpetuo IHO, Berquó E, Hopkins K, Leal OF, Formiga MC, Souza R. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. *Contraception* 2003; 67: 385-390.

Seidel, J. *The Ethnograph* [programa de computador]. Version 5.0 Salt Lake City UT: Qualis Research Associates, 1998.

SPHINX – Sistemas para pesquisas e análises de dados (Léxica): v.4.5 [programa de computador]. Canoas: SPHINX Brasil, 2003.

SPSS for Windows. Release 11.5 [programa de computador]. Chicago: SPSS Inc., 2002.

Ventura M (org.) Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito. Rio de Janeiro, Advocaci, 2003. p. 49-54.

Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste de Brasil e fatores ligados à sua prevalência. Rev de Saúde Púb 1994, 28: 440-8.

Vieira EM. O arrependimento após a esterilização feminina. Cad de Saúde Pública 1998, 14 (Supl.1): 59-68.

Vieira EM. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: Berquó E (org.) Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, Editora da Unicamp, 2003. p. 151-196.

Vieira EM, Ford NJ. Oferta da esterilização feminina em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 20: 1201-1210.

Vieira EM, Badiani R, Fabbro ALD, Rodrigues Júnior AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública 2001; 36: 263-270.

# 8. Anexos

---

## 8.1. Anexo 1 – Questionário para Mulheres



Cemicamp

### ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

N.º |\_5\_|\_|\_|\_|

No. DA RUA |\_|\_|\_|\_|

CIDADE: \_\_\_\_\_

#### QUESTIONÁRIO PARA MULHERES

ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
=====

1a. REVISÃO: NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2a. REVISÃO: NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

1a. DIGITAÇÃO: NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2a. DIGITAÇÃO: NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

## SEÇÃO 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS

1.1 ENTR.: COPIE DA FICHA DE ITINERÁRIO A IDADE REFERIDA PELA MULHER

|\_|\_| ANOS

1.2 A Sra. foi à escola?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

**PASSE A 1.4**

1.3 Qual a última série que completou?

\_\_\_\_\_ SÉRIE DO \_\_\_\_\_

[ 8 ] NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

1.4 Entre estas que eu vou ler, qual a Sra. considera que é a cor de sua pele: branca, preta, amarela, parda ou indígena?

[ 1 ] BRANCA

[ 4 ] PARDA

[ 2 ] PRETA

[ 5 ] ÍNDIGENA

[ 3 ] AMARELA

[ 6 ] OUTRA. Qual? \_\_\_\_\_ |\_|\_|

1.5 Qual a sua religião?

[ 1 ] CATÓLICA ROMANA

[ 5 ] RELIGIÕES ORIENTAIS

[ 2 ] EVANGÉLICA

[ 6 ] NÃO DETERMINADOS

[ 3 ] ESPÍRITA

[ 7 ] OUTRA. Qual? \_\_\_\_\_ |\_|\_|

[ 4 ] UMBANDA/ CANDOMBLÉ

[ 8 ] NENHUMA

1.6 Atualmente a Sra. é solteira, casada, vive junto, separada/ divorciada ou viúva?

[ 1 ] SOLTEIRA

[ 4 ] SEPARADA/ DIVORCIADA

[ 2 ] CASADA → **PASSE A 1.8**

[ 5 ] VIÚVA

[ 3 ] VIVE JUNTO → **PASSE A 1.8**

1.7 A Sra. vive com um companheiro?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

**PASSE A I.1.1**

1.8 Há quanto tempo a Sra. vive com seu marido/ companheiro?

|\_|\_| ANOS

|\_|\_| MESES

|\_|\_| DIAS

**I.1.1 ENTR. DIGA:** Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre outros assuntos.

- 1.9 Quantas vezes a Sra. já ficou grávida?   |\_\_\_\_|\_\_\_\_|                   [ 88 ] NENHUMA  
**PASSE A SEÇÃO I.2.1**
- 1.10 Quantos abortos a Sra. teve?           |\_\_\_\_|\_\_\_\_|                   [ 88 ] NENHUM
- 1.11 Quantos filhos nasceram vivos?       |\_\_\_\_|\_\_\_\_|                   [ 88 ] NENHUM
- 1.12 Quantos filhos nasceram mortos?     |\_\_\_\_|\_\_\_\_|                   [ 88 ] NENHUM
- 1.13 Quantos filhos estão vivos hoje?     |\_\_\_\_|\_\_\_\_|                   [ 88 ] NENHUM  
[ 7 ] GRÁVIDA NO MOMENTO DA ENTREVISTA

## SEÇÃO 2 - CONHECIMENTO E USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

**I.2.1 ENTR. DIGA:** Agora vou lhe perguntar sobre maneiras de evitar uma gravidez.

2.1 A Sra. conhece alguma maneira para evitar filhos?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

**PASSE A 2.3**

**I.2.2 ENTR.:** FAÇA A PERGUNTA 2.2. PARA TODO MAC NÃO REFERIDO NA 2.2, FAÇA A 2.3. QUANDO 2.2 OU 2.3 ASSINALADA, FAÇA A 2.4, E ASSIM POR DIANTE, DE “a” ATÉ “j”.

	2.2 Quais métodos para evitar filhos a Sra. conhece?	2.3 A Sra. conhece?	2.4 A Sra. já usou?
a) Pílula (comprimido)			1   SIM   2   NÃO
b) DIU (aparelho)			1   SIM   2   NÃO
c) Injeção			1   SIM   2   NÃO
d) Laqueadura (operação da mulher)			1   SIM   2   NÃO
e) Vasectomia (operação do homem)			1   SIM   2   NÃO
f) Camisinha			1   SIM   2   NÃO
g) Coito Interrompido (tirar fora)			1   SIM   2   NÃO
h) Diafragma			1   SIM   2   NÃO
i) Tabela			1   SIM   2   NÃO
j) Outro: Qual? _____			1   SIM   2   NÃO

2.5 Qual método para evitar filhos está usando atualmente?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

|\_|\_|\_|

**PASSE A F.2.1**

[ 88 ] NENHUM

2.6 Por que a Sra. não está usando nenhum método para evitar gravidez?

[ 1 ] MULHER LAQUEADA OU MARIDO JÁ FEZ VASECTOMIA

[ 2 ] NÃO TEM PARCEIRO/ SEM RELAÇÕES|

[ 3 ] ESTÁ GRÁVIDA|

[ 4 ] ESTÁ AMAMENTANDO } → **PASSE A I.3.4**

[ 5 ] COMPANHEIRO É INFÉRTIL|

[ 6 ] ESTÁ QUERENDO ENGRAVIDAR|

[ 7 ] ESPERANDO PARA FAZER LAQUEADURA → **PASSE A I.3.1**

[10] MARIDO ESPERANDO PARA FAZER VASECTOMIA → **PASSE A I.3.4**

[11] INFÉRTIL/ NUNCA FICOU, NÃO FICA GRÁVIDA/ O MÉDICO DISSE QUE NÃO CONSEGUE ENGRAVIDAR → **ENCERRE A ENTREVISTA**

[12] OUTRO. Qual? \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|

→ **PASSE A I.3.4**

**I.2.3 ENTR.** SE 2.6 [ 1 ] ASSINALADA, VOLTE A 2.5, CORRIJA E SIGA SEUS PASSES NOVAMENTE.

**F.2.1 ENTR.** MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 2.5

[ 1 ] 2.5 = Laqueadura [ 2 ] 2.5 = Vasectomia [ 3 ] 2.5 = Laqueadura e vasectomia

**PASSE A I.3.1**

**PASSE A I.3.4**

**PASSE A I.3.4**

### **SEÇÃO 3 – CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE FOI FEITA A CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO**

**I.3.1 ENTR. DIGA:** Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a laqueadura que a senhora fez (está esperando para fazer).

3.1 Quando a Sra. decidiu fazer a laqueadura, qual serviço de saúde procurou?

[ 1 ] POSTO/ UBS

[ 2 ] AMBULATÓRIO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DA PREFEITURA

[ 3 ] CONSULTÓRIO MÉDICO/ CONVÊNIO

[ 4 ] CONSULTÓRIO MÉDICO PARTICULAR

3.2 O que aconteceu nessa ocasião?

- [ 1 ] ENCAMINHARAM PARA UBS/ POSTO/ AMBULATÓRIO DA PREFEITURA QUE FAZ PLANEJAMENTO FAMILIAR
- [ 2 ] PASSOU PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
- [ 3 ] ASSISTIU AÇÃO EDUCATIVA; PALESTRA SOBRE MAC
- [ 4 ] DISSERAM QUE EU NÃO PODIA FAZER PORQUE ERA MUITO NOVA
- [ 5 ] DISSERAM QUE EU NÃO PODIA FAZER PORQUE ERA SOLTEIRA
- [ 6 ] DISSERAM QUE EU NÃO PODIA FAZER PORQUE O CONVÊNIO NÃO COBRIA
- [ 7 ] OUTRA. O Quê? \_\_\_\_\_

**F.3.1 ENTR.** MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.2

- [ 1 ] 3.2 = 1
- [ 2 ] 3.2 = 2 e/ou 3
- [ 3 ] 3.2 = 4, 5, 6 ou 7

**PASSE A F.3.2**

**PASSE A P.3.4**

3.3 E o que aconteceu nesse lugar para onde a senhora foi encaminhada?

- [ 1 ] PASSOU PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
- [ 2 ] ASSISTIU AÇÃO EDUCATIVA; PALESTRA SOBRE MAC
- [ 4 ] ENTROU NA FILA DE ESPERA PARA CIRURGIA
- [ 5 ] ENCAMINHARAM PARA O HOSPITAL QUE REALIZA AS CIRURGIAS
- [ 6 ] OUTRA. O Quê? \_\_\_\_\_

**PASSE A F.3.2**

3.4 O que a Sra. fez?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**F.3.2 ENTR.** MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 2.5 E 2.6 [ 7 ]

- [ 1 ] 2.5 = LAQUEADURA → **PASSE A 3.7**
- [ 2 ] 2.6 [ 7 ] ASSINALADA

3.5 Há quanto a Sra. está esperando para fazer a laqueadura?

|\_\_|\_\_| ANOS e/ou |\_\_|\_\_| MESES

3.6 Por que a senhora está esperando?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PASSE A I.3.2**

3.7 Quando a Sra. fez a laqueadura?

ANO |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

3.8 A Sra. foi laqueada em um serviço público, particular ou através de um convênio?  
[ 1 ] PARTICULAR [ 2 ] CONVÊNIO [ 3 ] PÚBLICO

3.9 A Sra. fez a laqueadura nesta cidade ou em outro lugar?  
[ 1 ] NESTA CIDADE [ 2 ] OUTRO LUGAR. Qual? \_\_\_\_\_

3.10 O que o serviço em que a Sra. foi operada exigiu para autorizar a laqueadura?  
[ 1 ] NADA [ 4 ] TEMPO DE UNIÃO  
[ 2 ] IDADE [ 5 ] SEXO DOS FILHOS  
[ 3 ] NÚMERO DE FILHOS [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA  
[ 6 ] OUTRO. Qual? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_|

3.11 Quanto tempo demorou:  
a. Desde que decidiu fazer a laqueadura até o momento da cirurgia?  
|\_\_|\_\_| ANOS |\_\_|\_\_| MESES  
b. Desde que procurou o serviço até o momento da cirurgia?  
|\_\_|\_\_| ANOS |\_\_|\_\_| MESES |\_\_|\_\_| DIAS

3.12 A Sra. teve que pagar por fora para ser laqueada?  
[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

3.13 A Sra. foi laqueada no momento de um parto normal, de uma cesárea ou em outra ocasião?  
[ 1 ] PARTO NORMAL [ 2 ] CESÁREA [ 3 ] OUTRA OCASIÃO

**I.3.2 ENTR. DIGA:** Agora eu gostaria de saber algumas coisas que o médico ou o pessoal de saúde falou sobre a laqueadura quando a Sra. foi pedir para fazer.

3.14 Falaram que depois de laqueada a Sra. nunca mais poderia ter filhos?  
[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA

3.15 Falaram que poderia desistir de ser laqueada a qualquer momento antes da operação?  
[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA

3.16 Explicaram como seria feita a operação?  
[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA

3.17 Falaram que a laqueadura poderia falhar?  
[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA

3.18 Falaram para a Sra. se a cirurgia tinha algum risco?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA

3.19 Ofereceram para a Sra. outros métodos para evitar filhos ?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA

3.20 A Sra. assistiu alguma palestra sobre métodos anticoncepcionais?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA

**I.3.3 ENTR. :** Continue a entrevista na I.3.8

**I.3.4 ENTR. DIGA:** Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre laqueadura.

3.21 Alguma vez a Sra. pensou em fazer laqueadura?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

**PASSE A F.3.3**

3.22 Quando foi isso?

|\_|\_| ANOS |\_|\_| MESES |\_|\_| DIAS

3.23 Por que não fez a laqueadura?

- [ 1 ] FOI ACONSELHADA A PENSAR MELHOR
- [ 2 ] SERVIÇO DE SAÚDE NÃO QUIS FAZER PORQUE ELA ERA MUITO NOVA E/OU TINHA POUCOS FILHOS
- [ 3 ] NÃO TINHA DINHEIRO PARA PAGAR
- [ 4 ] FICOU COM MEDO DA CIRURGIA
- [ 5 ] FICOU COM MEDO DE SE ARREPENDER
- [ 6 ] CONHECEU OUTROS MÉTODOS TAMBÉM SEGUROS PARA EVITAR FILHOS
- [ 7 ] FICOU COM MEDO DE QUE A LAQUEADURA FIZESSE MAL
- [ 10 ] O COMPANHEIRO NÃO DEIXOU QUE ELA FIZESSE
- [ 11 ] DESISTIU DE ESPERAR
- [ 12 ] NÃO CONSEGUIU PELO SUS
- [ 13 ] BUROCRACIA DO SUS ACARRETA LONGO TEMPO DE ESPERA
- [ 14 ] SERVIÇO DE SAÚDE NÃO QUIS FAZER PORQUE É SOLTEIRA
- [ 15 ] MÉDICO DO SUS QUERIA COBRAR
- [ 16 ] PORQUE SE SEPAROU/ DIVORCIOU
- [ 17 ] OUTRO. Qual? \_\_\_\_\_|\_|\_|

3.24 Alguma vez foi a um posto/ unidade de saúde no município para solicitar a laqueadura?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

**PASSE A 3.26**

3.25 Por quê?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PASSE A 3.27**

3.26 Quando foi isso?

|\_|\_|\_| ANOS      |\_|\_|\_| MESES      |\_|\_|\_| DIAS

3.27 A Sra. ainda pensa em fazer laqueadura?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO

**F.3.3 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 2.5**

[ 1 ] 2.5 = VASECTOMIA      [ 2 ] 2.5 ? VASECTOMIA

**PASSE A I.3.8**

**I.3.5 ENTR. DIGA:** Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a vasectomia que seu marido/ companheiro realizou (está esperando para realizar).

3.28 Quando o seu marido/ companheiro decidiu fazer a vasectomia, qual serviço de saúde ele procurou?

- [ 1 ] POSTO/ UBS
- [ 2 ] AMBULATÓRIO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DA PREFEITURA
- [ 3 ] CONSULTÓRIO MÉDICO/ CONVÊNIO
- [ 4 ] CONSULTÓRIO MÉDICO PARTICULAR

3.29 O que aconteceu nessa ocasião?

- [ 1 ] ENCAMINHARAM PARA UBS/ POSTO/ AMBULATÓRIO DA PREFEITURA QUE FAZ PLANEJAMENTO FAMILIAR
- [ 2 ] PASSOU PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
- [ 3 ] ASSISTIU AÇÃO EDUCATIVA; PALESTRA SOBRE MAC
- [ 4 ] DISSERAM QUE ELE NÃO PODIA FAZER PORQUE ERA MUITO NOVO
- [ 5 ] DISSERAM QUE ELE NÃO PODIA FAZER PORQUE ERA SOLTEIRO
- [ 6 ] DISSERAM QUE ELE NÃO PODIA FAZER PORQUE O CONVÊNIO NÃO COBRIA
- [ 7 ] OUTRA. O Quê? \_\_\_\_\_

**F.3.4 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.29**

[ 1 ] 3.29 = 1                      [ 2 ] 3.29 = 2 e/ou 3                      [ 3 ] 3.29 = 4, 5, 6 ou 7

**PASSE A F 3.5**

**PASSE A P 3.31**

3.30 E o que aconteceu nesse lugar para onde seu marido foi encaminhado?

- [ 1 ] PASSOU PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
- [ 2 ] ASSISTIU AÇÃO EDUCATIVA; PALESTRA SOBRE MAC
- [ 4 ] ENTROU NA FILA DE ESPERA PARA CIRURGIA
- [ 5 ] ENCAMINHARAM PARA O HOSPITAL QUE REALIZA AS CIRURGIAS
- [ 6 ] OUTRA. O Quê? \_\_\_\_\_

**PASSE A F.3.5**

3.31 O que foi que ele fez?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**F.3.5 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 2.5 E 2.6 [ 10 ]**

- [ 1 ] 2.5 = VASECTOMIA → **PASSE A 3.34**
- [ 2 ] 2.6
- [ 10 ] ASSINALADA

3.32 Há quanto seu marido está esperando para fazer a vasectomia?

|\_\_|\_\_| ANOS e/ou |\_\_|\_\_| MESES

3.33 Por que ele está esperando?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PASSE A I.3.6**

3.34 Quando seu marido/ companheiro fez a vasectomia?

ANO |\_\_|\_\_|\_\_|

3.35 O seu marido/ companheiro fez a vasectomia em um serviço público, particular ou através de um convênio?

- [ 1 ] PARTICULAR
- [ 2 ] CONVÊNIO
- [ 3 ] PÚBLICO

3.36 O seu marido/ companheiro fez a vasectomia nesta cidade ou em outro lugar?

- [ 1 ] NESTA CIDADE
- [ 2 ] OUTRO LUGAR. Qual? \_\_\_\_\_

3.37 O que o serviço em que seu marido/ companheiro foi operado exigiu para autorizar a vasectomia?

- [ 1 ] NADA
- [ 2 ] IDADE
- [ 3 ] NÚMERO DE FILHOS
- [ 4 ] TEMPO DE UNIÃO
- [ 5 ] SEXO DOS FILHOS
- [ 6 ] OUTRO. Qual? \_\_\_\_\_
- [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

3.38 Quanto tempo demorou:

a. Desde que ele decidiu fazer a vasectomia até o momento da cirurgia?

|\_\_|\_\_| ANOS |\_\_|\_\_| MESES

b. Desde que procurou o serviço até o momento da cirurgia?

|\_\_|\_\_| ANOS |\_\_|\_\_| MESES |\_\_|\_\_| DIAS

3.39 O seu marido/ companheiro teve que pagar por fora para fazer a vasectomia?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

**I.3.6 ENTR. DIGA:** Agora eu gostaria de saber algumas coisas que o médico ou o pessoal de saúde falou para o seu marido/ companheiro sobre a vasectomia quando ele foi pedir para fazer essa cirurgia.

3.40 Falaram que depois da vasectomia nunca mais poderia ter filhos?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

3.41 Falaram que poderia desistir de fazer a vasectomia a qualquer momento antes da operação?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

3.42 Explicaram como seria feita a operação?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

3.43 Falaram que a vasectomia poderia falhar?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

3.44 Falaram para ele se a cirurgia tinha algum risco?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

3.45 Ofereceram para ele outros métodos para evitar filhos?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

3.46 O seu marido/ companheiro assistiu alguma palestra sobre métodos anticoncepcionais?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

**I.3.7 ENTR.: ENCERRE A ENTREVISTA**

**I.3.8 ENTR. DIGA:** Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre vasectomia.

3.47 Alguma vez o seu marido/ companheiro pensou em fazer a vasectomia?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

**ENCERRE A ENTREVISTA**

3.48 Quando foi isso?

|\_\_|\_\_| ANOS |\_\_|\_\_| MESES |\_\_|\_\_| DIAS

3.49 Por que ele não fez a vasectomia?

- [ 1 ] FOI ACONSELHADO A PENSAR MELHOR
- [ 2 ] SERVIÇO DE SAÚDE NÃO QUIS FAZER PORQUE ELE ERA MUITO NOVO E/OU TINHA POUCOS FILHOS
- [ 3 ] NÃO TINHA DINHEIRO PARA PAGAR
- [ 4 ] FICOU COM MEDO DA CIRURGIA
- [ 5 ] FICOU COM MEDO DE SE ARREPENDER
- [ 6 ] CONHECEU OUTROS MÉTODOS TAMBÉM SEGUROS PARA EVITAR FILHOS
- [ 7 ] FICOU COM MEDO DE QUE A VASECTOMIA FIZESSE MAL
- [ 10 ] A COMPANHEIRA FEZ A LAQUEADURA
- [ 11 ] DESISTIU DE ESPERAR
- [ 12 ] NÃO CONSEGUIU PELO SUS
- [ 13 ] BUROCRACIA DO SUS ACARRETA LONGO TEMPO DE ESPERA
- [ 14 ] SERVIÇO DE SAÚDE NÃO QUIS FAZER PORQUE ERA SOLTEIRO
- [ 15 ] MÉDICO DO SUS QUERIA COBRAR
- [ 16 ] PORQUE SE SEPAROU/ DIVORCIOU
- [ 17 ] OUTRO. Qual? \_\_\_\_\_

--	--	--

**ENCERRE A ENTREVISTA**

## 8.2. Anexo 2 – Questionário para Coordenador Municipal



Nº. | 1 | | | |

### ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADO: [ 1 ] HOMEM [ 2 ] MULHER \_\_\_\_\_

DESDE QUANDO EXERCE ESSA FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO/ESPECIALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

TEMPO QUE É COORDENADOR MUNICIPAL DA ÁREA DA SAÚDE REPRODUTIVA/ SAÚDE  
DA MULHER: \_\_\_\_\_

#### OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1a. REVISÃO: NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2a. REVISÃO: NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

1a. DIGITAÇÃO: NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2a. DIGITAÇÃO: NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

#### SEÇÃO 1. CARACTERÍSTICAS DO(S) SERVIÇO(S) QUE ATENDE(M) À DEMANDA DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA NO MUNICÍPIO

**I.1.1 ENTR. DIGA:** Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre o atendimento à demanda de esterilização cirúrgica voluntária no seu município.

1.1 A rede pública de \_\_\_\_\_ (NOME DO MUNICÍPIO) oferece acesso à: ( 1 )  
laqueadura, ( 2 ) vasectomia ou ( 3 ) ambos?

[ 1 ] LAQUEADURA [ 2 ] VASECTOMIA [ 3 ] AMBOS [ 4 ] NÃO É OFERECIDO

**PASSE A 1.3**

1.2 Desde quando este serviço atende as pessoas que estão solicitando?

- a) Laqueadura? |\_\_|\_\_| ANOS **OU** |\_\_|\_\_| MESES [ 1 ] NÃO ATENDE  
b) Vasectomia? |\_\_|\_\_| ANOS **OU** |\_\_|\_\_| MESES [ 1 ] NÃO ATENDE

**F.1.1 ENTR. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.1:**

- [ 1 ] 1.1 = 3 [ 2 ] 1.1 = 1 OU 2

**PASSE A 1.5**

1.3 Por que a rede pública não oferece acesso a esse(s) método(s)?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.4 Para onde são encaminhadas as pessoas que querem fazer \_\_\_\_\_ (VER 1.1)?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**F.1.2 ENTR. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.1:**

- [ 1 ] 1.1 = 1 OU 2 [ 2 ] 1.1 = 4

**ENCERRE A ENTREVISTA**

1.5 Em quais serviços de saúde do seu município as pessoas podem solicitar a \_\_\_\_\_ (VER 1.1)?

\_\_\_\_\_ (SOLICITAR O NOME DA PESSOA: \_\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_ (SOLICITAR O NOME DA PESSOA: \_\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_ (SOLICITAR O NOME DA PESSOA: \_\_\_\_\_)

1.6 Quantas \_\_\_\_\_ foram (VER RESPOSTA DA P1.1) realizadas nesses serviços desde 1998?

- a) LAQUEADURAS |\_\_|\_\_|\_\_| [ 1 ] NÃO É OFERECIDO  
[ 8 ] NÃO SABE/ NÃO LEMBRA  
b) VASECTOMIAS |\_\_|\_\_|\_\_| [ 1 ] NÃO É OFERECIDO  
[ 8 ] NÃO SABE/ NÃO LEMBRA

1.7 Onde são realizadas as laqueaduras?

\_\_\_\_\_ (SOLICITAR O NOME DA PESSOA: \_\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_ (SOLICITAR O NOME DA PESSOA: \_\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_ (SOLICITAR O NOME DA PESSOA: \_\_\_\_\_)  
[ 1 ] NÃO É OFERECIDA

1.8 Onde são realizadas as vasectomias?

\_\_\_\_\_ (SOLICITAR O NOME DA PESSOA: \_\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_ (SOLICITAR O NOME DA PESSOA: \_\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_ (SOLICITAR O NOME DA PESSOA: \_\_\_\_\_)  
[ 1 ] NÃO É OFERECIDA

## SEÇÃO 2 – REQUISITOS PARA ATENDER A SOLICITAÇÃO DE LAQUEADURA OU VASECTOMIA

**I.2.1 ENTR. DIGA:** Agora eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre quais os requisitos para uma pessoa conseguir realizar a esterilização cirúrgica voluntária neste município.

**I.2.2 ENTR.:** FAÇA A P2.1 E ANOTE A RESPOSTA ESPONTÂNEA EM CADA UMA DAS ALTERNATIVAS NA COLUNA CORRESPONDENTE. SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO MENCIONAR ALGUM(NS) REQUISITO(S), PERGUNTE ESPECIFICAMENTE: “HÁ ALGUM REQUISITO EM RELAÇÃO A ...”

2.1 Quais são os requisitos que uma pessoa precisa cumprir para poder fazer \_\_\_\_\_ (VER 1.1), neste serviço?

	2.1a LAQUEADURA	2.1b VASECTOMIA	NÃO SABE/ NÃO LEMBRA
	[ 1 ] NÃO OFERECE	[ 1 ] NÃO OFERECE	
a) Idade			
b) Número de filhos			
c) Consentimento cônjuge			
d) Fora do parto/ aborto e puerpério			
e) Carência entre a manifestação de realizar a cirurgia e o ato			
f) Serviço de aconselhamento sobre métodos contraceptivos			
g) Consentimento informado			
h) Risco de vida da mãe e concepto			
i) Sucessivas cesáreas			
j) Outro. Qual?			

2.2 O(a) Sr(a). considera que esses requisitos estão de acordo com a lei sobre Planejamento Familiar?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

**PASSE A I.2.3**

2.3 Por quê?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**I.2.3. ENTR.:** SE A COLUNA DE LAQUEADURA FOR ≠ DA VASECTOMIA. FAÇA A PERGUNTA 2.4. SE NÃO, PASSE À P.2.5.

2.4 Por que são diferentes os requisitos para quem solicita laqueadura e para quem solicita vasectomia?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.5 Esses requisitos foram definidos com base em quê?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.6 Quanto tempo, em média, demora entre que a pessoa solicita e obtém a autorização para fazer:

a) Laqueadura? |\_\_|\_|\_| DIAS **OU** |\_\_|\_|\_| MESES [ 1 ] NÃO OFERECE

b) Vasectomia? |\_\_|\_|\_| DIAS **OU** |\_\_|\_|\_| MESES [ 1 ] NÃO OFERECE

**F.2.1 ENTR. COMPARE P2.6a E P2.6b E ASSINALE:**

[ 1 ] 2.6a = 2.6b

[ 2 ] 2.6a ≠ 2.6b

**PASSE A 2.8**

2.7 Por que existe essa diferença de tempo entre a realização da laqueadura e da vasectomia?  
(ASSINALE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM NECESSÁRIAS)

[ 1 ] A LAQUEADURA PRECISA SER REALIZADA EM HOSPITAL

[ 2 ] NEM SEMPRE HÁ VAGA PARA INTERNAÇÃO

[ 3 ] HOMENS TÊM MENOS TEMPO PARA VIR NAS REUNIÕES

[ 4 ] VASECTOMIA É REALIZADA EM AMBULATÓRIOS

[ 5 ] OUTRA. Qual? \_\_\_\_\_

2.8 O município tem alguma dificuldade para atender a demanda por esterilização?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

**PASSE A 2.10**

2.9 Quais são as dificuldades encontradas?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.10 Qual sua opinião sobre os requisitos que a Lei sobre Planejamento Familiar determina que devem ser cumpridos pelas pessoas que solicitam a esterilização?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA**

### 8.3. Anexo 3 – Questionário para Gerentes de Ambulatório/ Centro de Referência que atende Solicitação de Esterilização Cirúrgica



Nº. | 2 | | | |

#### ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADO: [ 1 ] HOMEM [ 2 ] MULHER \_\_\_\_\_

DESDE QUANDO EXERCE ESSA FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO/ESPECIALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

TEMPO QUE É GERENTE DE AMBULATÓRIO/ CENTRO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

#### OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1a. REVISÃO: NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2a. REVISÃO: NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

1a. DIGITAÇÃO: NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2a. DIGITAÇÃO: NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

#### SEÇÃO 1. CARACTERÍSTICA DO SERVIÇO QUE ATENDE À DEMANDA DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA NO MUNICÍPIO

**1.1.1 ENTR. DIGA:** Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre as características do serviço que o(a) Sr(a). é gerente e que atende a demanda de esterilização cirúrgica voluntária no município.

1.1 Este serviço atende pessoas que solicitam a: ( 1 ) laqueadura, ( 2 ) vasectomia ou ( 3 ) ambos?

[ 1 ] LAQUEADURA [ 2 ] VASECTOMIA [ 3 ] AMBOS

1.2 Desde quando este serviço atende as pessoas que estão solicitando \_\_\_\_\_ (VER 1.1)?

a) Laqueadura? |\_\_|\_\_| ANOS **OU** |\_\_|\_\_| MESES [ 1 ] NÃO ATENDE

b) Vasectomia? |\_\_|\_\_| ANOS **OU** |\_\_|\_\_| MESES [ 1 ] NÃO ATENDE

1.3 Desde o início do atendimento à demanda para esterilização cirúrgica quantas cirurgias são realizadas anualmente?

a) LAQUEADURAS |\_\_|\_\_|\_\_| [ 8 ] NÃO SABE/ NÃO LEMBRA [ 1 ] NÃO ATENDE

b) VASECTOMIAS |\_\_|\_\_|\_\_| [ 8 ] NÃO SABE/ NÃO LEMBRA [ 1 ] NÃO ATENDE

**I.1.2 ENTR.:** FAÇA A P1.4 E ANOTE A RESPOSTA ESPONTÂNEA EM CADA UMA DAS ALTERNATIVAS NA COLUNA CORRESPONDENTE. SE O ENTREVISTADO(A) NÃO MENCIONAR ALGUM(NS) DO(S) REQUISITO(S), PERGUNTE ESPECIFICAMENTE: “HÁ ALGUM REQUISITO EM RELAÇÃO A ...”

1.4 Quais são os requisitos que uma pessoa precisa cumprir para poder fazer \_\_\_\_\_ neste serviço?

	1.4a LAQUEADURA	1.4b VASECTOMIA	NÃO SABE/ NÃO LEMBRA
	[ 1 ] NÃO OFERECE	[ 1 ] NÃO OFERECE	
a) Idade			
b) Número de filhos			
c) Consentimento cônjuge			
d) Fora do parto/ aborto e puerpério			
e) Carência entre a manifestação de realizar a cirurgia e o ato			
f) Serviço de aconselhamento sobre métodos contraceptivos			
g) Consentimento informado			
h) Risco de vida da mãe e concepto			
i) Sucessivas cesáreas			
j) Outro. Qual?			

1.5 Esses requisitos foram definidos com base em quê?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**I.1.3. ENTR.:** SE A COLUNA DE LAQUEADURA FOR ≠ DA VASECTOMIA. FAÇA A PERGUNTA 1.6. SE NÃO, **PASSE À P. 1.7.**

1.6 Por que são diferentes os requisitos para quem solicita laqueadura e para quem solicita vasectomia?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.7 Se a pessoa cumpre os requisitos, como segue o processo?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.8 O serviço oferece um aconselhamento/ ações educativas sobre métodos anticoncepcionais para essas pessoas que solicitam esterilização?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

**PASSE A 1.10**

1.9 Por quê?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.10 Qual o conteúdo dessa atividade? (ASSINALE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM NECESSÁRIAS)

[ 1 ] TODOS OS MACs QUE EXISTEM  
[ 2 ] MACs DISPONÍVEIS NA UBS  
[ 3 ] MECANISMO DE AÇÃO DOS DIVERSOS MACs  
[ 4 ] DIFICULDADE DE REVERSÃO DA ESTERILIZAÇÃO  
[ 5 ] POSSIBILIDADE DE ARREPENDIMENTO POR ESTERILIZAÇÃO  
[ 6 ] OUTRO. QUAL? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.11 Qual profissional é o responsável por dar esse aconselhamento/ ação educativa? (ASSINALE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM NECESSÁRIAS)

[ 1 ] MÉDICO  
[ 2 ] ENFERMEIRA  
[ 3 ] ASSISTENTE SOCIAL  
[ 4 ] PSICÓLOGA  
[ 5 ] OUTRA. Qual? \_\_\_\_\_

1.12 A pessoa interessada em fazer a esterilização recebe alguma informação por escrito?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

1.13 Quais métodos o serviço oferece como alternativas para as pessoas que solicitam a esterilização?

Métodos		
a) Pílula	1   SIM	2   NÃO
b) DIU	1   SIM	2   NÃO
c) Injeção	1   SIM	2   NÃO
d) Camisinha masculina	1   SIM	2   NÃO
e) Camisinha feminina	1   SIM	2   NÃO
f) Coito Interrompido	1   SIM	2   NÃO
g) Tabela	1   SIM	2   NÃO
h) Diafragma	1   SIM	2   NÃO
k) Outro: Qual? _____	1   SIM	2   NÃO

1.14 O serviço tem todos esses métodos disponíveis?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

1.15 Caso a pessoa resolva usar um método que não esteja disponível no serviço o que vocês fazem?

[ 1 ] ENCAMINHA PARA ONDE EXISTE O MAC

[ 2 ] PEDE PARA A PESSOA ESPERAR ATÉ CONSEGUIR

[ 3 ] ORIENTA A COMPRAR/ CONSULTAR CONVÊNIO/ PARTICULAR

[ 4 ] SUGERE OUTRO MAC

[ 5 ] OUTRA. Qual? \_\_\_\_\_

1.16 Como é decidido que a pessoa cumpre os requisitos e deve receber autorização para realizar a esterilização?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.17 Quanto tempo demora para a pessoa receber a autorização?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.18 Quando a mulher que recebe autorização para a laqueadura está grávida, como segue o processo?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.19 E quando não está grávida?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.20 E quando a companheira do homem que recebe autorização para a vasectomia está grávida, como segue o processo?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.21 E quando ela não está grávida?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA**

#### 8.4. Anexo 4 – Questionário para Gerentes de UBS



Nº. |\_3\_|\_|\_|\_|

### ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADO: [ 1 ] HOMEM [ 2 ] MULHER \_\_\_\_\_

DESDE QUANDO EXERCE ESSA FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO/ESPECIALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

TEMPO QUE É GERENTE DE UBS: \_\_\_\_\_

#### OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1a. REVISÃO: NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2a. REVISÃO: NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

1a. DIGITAÇÃO: NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2a. DIGITAÇÃO: NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

I.1.1 ENTR. DIGA: Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre como é o atendimento ao planejamento familiar na sua Unidade.

1.1 Quais métodos o serviço tem para oferecer às pessoas que procuram por planejamento familiar?

Métodos		
a) Pílula	1   SIM	2   NÃO
b) DIU	1   SIM	2   NÃO
c) Injeção	1   SIM	2   NÃO
d) Camisinha masculina	1   SIM	2   NÃO
e) Camisinha feminina	1   SIM	2   NÃO
f) Coito Interrompido	1   SIM	2   NÃO
g) Tabela	1   SIM	2   NÃO
h) Diafragma	1   SIM	2   NÃO
i) Outros. Quais? _____	1   SIM	2   NÃO
j) Nenhum. Por que? _____	1   SIM	2   NÃO

1.2 O serviço oferece algum tipo de aconselhamento/ ação educativa sobre métodos anticoncepcionais?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

**PASSE A 1.4**

1.3 Por quê?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

**PASSE A 1.6**

1.4 Qual o conteúdo dessa atividade? (ASSINALE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM NECESSÁRIAS)

[ 1 ] TODOS OS MACs QUE EXISTEM

[ 2 ] MACs DISPONÍVEIS NA UBS

[ 3 ] MECANISMO DE AÇÃO DOS DIVERSOS MACs

[ 4 ] DIFICULDADE DE REVERSÃO DA ESTERILIZAÇÃO

[ 5 ] POSSIBILIDADE DE ARREPENDIMENTO POR ESTERILIZAÇÃO

[ 6 ] OUTRO. QUAL? \_\_\_\_\_

1.5 Qual profissional é o responsável por dar esse aconselhamento/ ação educativa? (ASSINALE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM NECESSÁRIAS)

[ 1 ] MÉDICO

[ 2 ] ENFERMEIRA

[ 3 ] ASSISTENTE SOCIAL

[ 4 ] PSICÓLOGA

[ 5 ] OUTRA. Qual? \_\_\_\_\_



	1.12a LAQUEADURA	1.12b VASECTOMIA	NÃO SABE/ NÃO LEMBRA
a) Idade			
b) Número de filhos			
c) Consentimento cônjuge			
d) Fora do parto/ aborto e puerpério			
e) Carência entre a manifestação de realizar a cirurgia e o ato			
f) Serviço de aconselhamento sobre métodos contraceptivos			
g) Consentimento informado			
h) Risco de vida da mãe e concepto			
i) Sucessivas cesáreas			
j) Outro. Qual? _____			

1.13 Esses requisitos foram definidos com base em quê?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**I.1.3. ENTR.:** SE A COLUNA DE LAQUEADURA FOR ≠ DA VASECTOMIA. FAÇA A PERGUNTA 1.14. SE NÃO, **PASSE À P. 1.15.**

1.14 Por que são diferentes os requisitos para quem solicita laqueadura e para quem solicita vasectomia?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

1.15 Quais as dificuldades que a Unidade tem para atender essas pessoas que querem fazer a esterilização voluntária?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA**

## 8.5. Anexo 5 – Questionário para Profissional Responsável pelo Serviço que Realiza as Cirurgias (Hospital ou Ambulatório)



Nº. | 4 | | | |

### ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADO: [ 1 ] HOMEM [ 2 ] MULHER \_\_\_\_\_

DESDE QUANDO EXERCE ESSA FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO/ESPECIALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

TEMPO QUE É RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO: \_\_\_\_\_

#### OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1a. REVISÃO: NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2a. REVISÃO: NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

1a. DIGITAÇÃO: NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2a. DIGITAÇÃO: NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

#### SEÇÃO 1. CARACTERÍSTICA DO SERVIÇO QUE REALIZA AS CIRURGIAS DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA

**I.1.1 ENTR. DIGA:** Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre as características do serviço que o(a) Sr(a). é responsável e que realiza cirurgias de esterilização voluntária.

1.1 Este serviço realiza cirurgias de: (1) laqueadura, (2) vasectomia ou (3) ambas?

[ 1 ] LAQUEADURA [ 2 ] VASECTOMIA [ 3 ] AMBAS

1.2 Desde quando este serviço realiza cirurgias de \_\_\_\_\_?

a) Laqueadura? |\_\_|\_\_| ANO OU HÁ |\_\_|\_\_| MESES [ 1 ] NÃO REALIZA

b) Vasectomia? |\_\_|\_\_| ANO OU HÁ |\_\_|\_\_| MESES [ 1 ] NÃO REALIZA

1.3 Quantas cirurgias de \_\_\_\_\_ são realizadas anualmente?

a) LAQUEADURAS |\_\_|\_\_| [ 1 ] NÃO REALIZA [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

b) VASECTOMIAS |\_\_|\_\_| [ 1 ] NÃO REALIZA [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

1.4 Para realizar a laqueadura e a vasectomia o que o serviço exige?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.5 Como são agendadas as cirurgias de laqueadura e vasectomia?

	Laqueadura	Vasectomia
a) Quando a mulher está grávida	TEXTUAL _____ _____ _____	TEXTUAL _____ _____ _____
b) Quando a mulher não está grávida	TEXTUAL _____ _____ _____	TEXTUAL _____ _____ _____

1.6 Em média quanto tempo demora entre o agendamento e a realização da:

a) LAQUEADURA: \_\_\_\_\_

b) VASECTOMIA: \_\_\_\_\_

1.7 Por quê?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.8 Sabendo que um dos critérios da lei de Planejamento Familiar é não realizar a laqueadura no momento do parto exceto quando houver cesarianas sucessivas anteriores, gostaríamos de saber como este serviço definiu cesarianas sucessivas anteriores.

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.9 Vocês preenchem o formulário de notificação compulsória?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

1.10 Por que?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA**

## 8.6. Anexo 6 – Ficha da Intinerário



### ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

ENTR. \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ Nº da Rua \_\_\_\_\_ Pagina \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_

Nº ORDEM	Rua/ Av Número	Nome	Idade 25-45	Nº de filhos	Sel. S/N	AC S/N	Nº Quest.	Obs.

## 8.7. Anexo 7 – Roteiro para entrevista semi-estruturada –Coordenador Municipal



### **ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS**

1. O(A) Sr(a). poderia me falar um pouco como o seu município atende o Planejamento Familiar atualmente? [Como está organizado? Qual o papel da estratégia de saúde da família? (quais casos atende, quais encaminha? Por que isso acontece?) O Município compra métodos/ Recebe do Ministério?]
2. E como se insere nessa organização o atendimento à esterilização cirúrgica voluntária feminina e masculina no município?
  - Como são atendidas as pessoas que solicitam esses métodos?
    - Como é o fluxo? De onde para onde?
    - Como as pessoas fazem para ser atendidas no Ambulatório de PF? Elas são referenciadas ou podem ir diretamente?
3. Quanto aos critérios adotados pelo município para atender a solicitação de laqueadura e vasectomia:
  - No caso de Campinas: sabe-se que foram definidos a partir da regulamentação legal da esterilização cirúrgica pelas Portarias do Ministério da Saúde.
    - Desde quando esses critérios estão sendo aplicados no Município?
    - Como tem sido, na sua avaliação, a aceitação e aplicação desses critérios na rede pública do Município? Os profissionais da rede trabalham bem com esses critérios? Existem restrições? Quais? Como têm sido tratadas?
    - Os critérios são exatamente os mesmos estabelecidos ou foi necessário fazer alguma adaptação? Os critérios são adequados para a realidade do seu município? Se não são, quais os problemas?
    - Existe possibilidade de se fazerem exceções na aplicação dos critérios? Quais seriam os casos justificáveis?

4. Quando a esterilização cirúrgica foi regulamentada, sabemos que uma das preocupações foi coibir a realização da laqueadura durante cesárea. Daí a determinação de que a laqueadura não seja realizada no momento do parto. Na sua maneira de ver, em seu Município, tem se conseguido agir assim?
  - Como o senhor percebe que os serviços que realizam especialmente a laqueadura têm lidado com essa questão? (Cesáreas sucessivas: quantas?)
  - No seu modo ver, essa exigência traz benefícios ou prejuízos para as mulheres e para os serviços que realizam a cirurgia?
  - E em relação à vasectomia, como o senhor acha que tem sido tratada essa exigência?
  
5. Quantos serviços credenciados há no Município para realizar a laqueadura e a vasectomia?
  - Esse número é suficiente?
  - Existe demanda reprimida?
  - sua avaliação a demanda é crescente ou está estabilizada?
  
6. Fazendo uma avaliação geral, quais as principais dificuldades do Município para lidar com a demanda pela esterilização cirúrgica? De que maneira essas dificuldades têm sido tratadas?
  
7. Alguma sugestão ao Ministério da Saúde sobre essa questão?

## 8.8. Anexo 8 – Roteiro para entrevista semi-estruturada – Gerente/Coordenador de UBS



### ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

1. O(A) Sr(a). poderia me falar um pouco como a sua UBS atende o planejamento familiar atualmente? [Como está organizado? As pessoas passam por palestra/ação educativa/orientação individual? Qual o papel da estratégia de saúde da família? (quais casos atende, quais encaminha? Por que isso acontece?)
2. Como são atendidas as pessoas que solicitam a laqueadura ou a vasectomia?
  - Como é o fluxo? Passam por médico, enfermeira, outro profissional? Passam palestra/ação educativa/ orientação?
  - O que é feito aqui na Unidade?
  - Para onde elas são encaminhadas?
    - Se o encaminhamento é para fora do Município: Por que encaminham para esse outro município?
3. Vocês fazem algum tipo de triagem antes de encaminhar as pessoas que estão solicitando a laqueadura ou a vasectomia?
  - Como é essa triagem? Quais os critérios que são levados em conta para encaminhar as pessoas.
4. Se a pessoa mencionar critérios para o encaminhamento:
  - Quem estabeleceu esses critérios?
  - Desde quando são aplicados esses critérios?
  - Como eles são aplicados? Vocês têm alguma dificuldade em aplicar esses critérios? Quais?
  - Existe possibilidade de se fazerem exceções na aplicação dos critérios? Quais

seriam os casos justificáveis?

- Quando a pessoa não cumpre os critérios, quais são os procedimentos adotados?

Se a pessoa não mencionar critérios (disser que encaminha todos que solicitam):

- O (A) Sr(a). sabe se existem critérios que as pessoas têm de cumprir para conseguir a esterilização nesses locais para onde são encaminhadas? Quais?

5. Quando o (a) entrevistado (a) tiver mencionado encaminhamento:

- Quando a pessoa que quer fazer laqueadura ou vasectomia é encaminhada para esse outro serviço, o que acontece se ela não puder fazer a cirurgia? Existe um sistema de contra-referência, para ela voltar à unidade e continuar sendo acompanhada no uso de métodos anticoncepcionais?

6. Fazendo uma avaliação geral, quais as principais dificuldades que a sua unidade tem para atender a demanda pela esterilização cirúrgica? De que maneira essas dificuldades têm sido tratadas?

## 8.9. Anexo 9 – Roteiro para entrevista semi-estruturada – Gerentes de ambulatório/ Centro de Referência que atende solicitação de esterilização cirúrgica



### ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

1. Por favor, pode me descrever como atua este serviço?
  - O que se atende aqui? (Só planejamento familiar? Só esterilização cirúrgica?)
  - Que tipo de profissionais atua aqui?
  - Qual a área de abrangência? (Região da cidade, bairros, outros municípios da RMC)
  
2. Como chegam a este Ambulatório/Centro de Referência as pessoas que desejam realizar a esterilização voluntária (feminina e/ou masculina)?
  - Quem encaminha?
  - Podem chegar diretamente?
  
3. Por favor, pode me descrever qual o processo pelo qual passam as pessoas que chegam a este serviço para solicitar a esterilização?
  - Qual o fluxo seguido? [Passam por consulta com o médico (ginecologista/ outro médico), entrevista com outros profissionais (quais)? Passa por consulta com a psicóloga? Assistente social? Por que sim? Por que não? Aconselhamento/orientação? Marcação da cirurgia?] Existe diferença no processo para laqueadura e vasectomia? Quais? Por quê?
  
4. Este serviço oferece atividades educativas/orientação aconselhamento às pessoas que estão solicitando a esterilização cirúrgica?
  - Qual é o conteúdo dessa orientação? (inclui todos os métodos contraceptivos

existentes ou somente os que estão disponíveis no município?)

- Quem é responsável por ministrar esse aconselhamento?
5. Como se define se uma pessoa pode ter a sua solicitação por laqueadura ou vasectomia atendida?
- Quais são os critérios adotados? Quem definiu esses critérios? Desde quando são adotados?
  - Quem avalia se a pessoa cumpre os critérios? Um só profissional? Qual? Comissão? Como está composta? Qual o processo seguido para a decisão?
  - A equipe toma a decisão em conjunto ou primeiro passa por um profissional que avalia e assim sucessivamente até que todos os membros tomem decisão? Tem um profissional que será o último a avaliar o processo e tomará a decisão final?
  - Existem exceções aos critérios estabelecidos? Quais?
6. Em geral, quanto tempo demora todo o processo, desde que a pessoa venha pela primeira vez ao serviço até conseguir agendar a cirurgia? O tempo de demora é diferente entre a laqueadura e a vasectomia? Em caso positivo, por quê?
7. Em geral, quanto tempo de espera existe nesse agendamento, até conseguir fazer a cirurgia? É diferente para laqueadura e vasectomia? Em caso positivo, por quê?
8. Quando uma pessoa não tem a sua solicitação de laqueadura ou vasectomia atendida, qual é o procedimento?
- O serviço tem um sistema de referência e contra-referência? É usado esse sistema? Por que sim? Por que Não?
9. Qual a sua percepção sobre a demanda pela esterilização cirúrgica?
- Existe demanda reprimida? O serviço tem dificuldades para atender? Quais? Como têm sido tratadas as dificuldades? Alguma sugestão?

## 8.10. Anexo 10 – Roteiro para entrevista semi-estruturada – Profissional que realiza a esterilização cirúrgica voluntária



### **ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS**

1. Como as pessoas chegam a este hospital para fazer a vasectomia/laqueadura? (Encaminhamento, carta etc)
2. É realizado algum tipo de orientação/aconselhamento sobre a esterilização antes de a pessoa ser submetida à cirurgia? Em caso positivo, como é feita essa orientação? É individual ou em grupo? Só mulheres ou homens ou ambos? Acontece todos os dias, ou é marcada data? Qual seu conteúdo? Quanto tempo dura? Só uma sessão ou mais? Usam material áudio-visual?
3. Como são agendadas as cirurgias? (Qual a prioridade? Por exemplo: risco de vida para a mulher?)
4. Na sua percepção como está o atendimento à demanda pela esterilização? [Existe demanda reprimida. Como é o tempo de espera?]
5. Qual a sua opinião sobre os critérios estabelecidos no município para autorizar a realização da vasectomia pelo SUS?
6. O (A) Sr. (Sra.) enfrenta alguma dificuldade para realizar seu trabalho? Qual? Como tem lidado com isso?
7. Tem alguma sugestão ou consideração que queira fazer sem o processo de atendimento à demanda pela vasectomia?

## 8.11. Anexo 11 – Roteiro para entrevista semi-estruturada – Profissional do Centro de Referência/Ambulatório que atende as pessoas que solicitam laqueadura ou vasectomia



### ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

#### Se o (a) entrevistado (a) faz ação educativa

1. É realizado algum tipo de orientação/aconselhamento sobre a esterilização antes de a pessoa ser submetida à cirurgia? Em caso positivo, como é feita essa orientação? É individual ou em grupo? Só mulheres ou homens ou ambos? Acontece todos os dias, ou é marcada data? Qual seu conteúdo? Quanto tempo dura? Só uma sessão ou mais? Usam material áudio-visual?
2. Existem casos em que as pessoas mudam de idéia?
  - Resolvem usar método reversível?
  - Trocam a laqueadura pela vasectomia ou vice-e-versa?
3. Vocês enfrentam alguma dificuldade para ministrar essas orientações? Quais? Como têm lidado com isso?
4. Depois de passar pela orientação, qual o fluxo seguido pela pessoa que está solicitando a esterilização?
5. Na sua percepção como está o atendimento à demanda pela esterilização? [Existe demanda reprimida. Como é o tempo de espera? Há diferença nesse tempo para realizar a laqueadura e a vasectomia? Por que?]

### **Se a pessoa tiver outra função**

1. Em que ponto do processo pelo qual passam as pessoas que chegam a este serviço para solicitar a esterilização, o (a) Sr. (Sra) atua? Qual é a sua atuação? Como você dá resolução para essas solicitações?
2. Existem casos em que as pessoas mudam de idéia?
  - Resolvem usar método reversível?
  - Trocam a laqueadura pela vasectomia ou vice-e-versa?
3. Como se define se uma pessoa pode ter a sua solicitação por laqueadura ou vasectomia atendida?
  - Quais são os critérios adotados? Quem definiu esses critérios? Desde quando são adotados?
  - Quem avalia se a pessoa cumpre os critérios? Qual o seu papel nessa avaliação? Existe uma comissão? Como está composta? Qual o processo seguido para a decisão?
  - A equipe toma a decisão em conjunto ou primeiro passa por um profissional que avalia e assim sucessivamente até que todos os membros tomem decisão? Tem um profissional que será o último a avaliar o processo e tomará a decisão final?
  - Existem exceções aos critérios estabelecidos? Quais?
4. Como se procede com as pessoas que têm a solicitação negada?
  - Quem dá a notícia? Encaminham de volta para unidade básica? Fazem algum tipo de seguimento?
5. O (A) Sr. (Sra.) enfrenta alguma dificuldade para realizar seu trabalho? Qual? Como tem lidado com isso?
6. Qual a sua percepção sobre a demanda? [Existe demanda reprimida? O serviço consegue atender ou tem algum tipo de dificuldade? Quais são as dificuldades encontradas? Como estão sendo tratadas?]

## 8.12. Anexo 12 – Carta Convite



Campinas, 20 de março de 2004.

Prezados Senhores:

O Centro de Pesquisas Materno-Infantil de Campinas (Cemicamp) está realizando uma pesquisa com o objetivo de identificar como a esterilização cirúrgica voluntária está sendo realizada na Região Metropolitana de Campinas depois da implantação da Lei 9.263. Essa pesquisa consiste em entrevistar os coordenadores municipais da área da saúde reprodutiva, os gerentes de centros de saúde e pessoas responsáveis pela realização das laqueaduras e vasectomias em cada um dos municípios. Sua participação poderá contribuir para sabermos como está ocorrendo a esterilização na Região Metropolitana de Campinas, identificar dificuldades e, talvez, propor algumas medidas para melhorar o atendimento.

O Cemicamp é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, fundada em 1977, em Campinas. Desde o início de suas atividades, o Cemicamp tem desenvolvido pesquisas nas áreas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos com recursos próprios recebidos de instituições nacionais (FAPESP, Ministério da Saúde) e internacionais (Organização Mundial da Saúde). Atua em parceria com a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), colaborando ativamente nas atividades de assistência, ensino e pesquisa do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade. Caso tenha interesse em conhecer com mais detalhes o trabalho desenvolvido pelo Cemicamp, o(a) Sr(a). poderá acessar nossa página [www.cemicamp.org.br](http://www.cemicamp.org.br) ou telefonar para 32892856 e falar com Dra. Maria José ou Silvana das 8:00 às 17:00hs.

Sendo assim, gostaríamos de convidá-lo(a) para participar dessa pesquisa. A entrevista será realizada por telefone e durará mais ou menos 10 minutos, em dia e horário marcado pelo(a) Sr(a). Toda a informação que o(a) Sr(a). nos der será utilizada somente para essa pesquisa. Todas as informações são confidenciais e o seu nome não será registrado em nenhum lugar no questionário.

A pesquisa citada acima foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Diante do exposto, nos próximos dias iremos telefonar para o(a) Sr(a). com o intuito conhecer seu interesse ou não em participar dessa pesquisa.

Muito obrigada pela atenção.

Dra. Maria José Duarte Osis  
Diretora do Depto. de Pesquisas Médico-Sociais

## 8.13. Anexo 13 – Parecer do CEP



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP  
(0\_19) 3788-8936  
FAX (0\_19) 3788-8925

CEP, 20/07/04.  
(Grupo III)

**PARECER PROJETO: Nº 253/2004**

### **I-IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO: “ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS”**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Maria José Martins Duarte Osis

**INSTITUIÇÃO:** Centro de Pesquisa das Doenças Materno-Infantis de Campinas - CEMICAMP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 27/05/2004

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 20/01/05 e 20/07/05

### **II - OBJETIVOS**

Investigar as condições em que está sendo atendida a demanda pela esterilização cirúrgica voluntária na rede pública de saúde dos 19 municípios da Região Metropolitana de Campinas (RMC) e avaliar a opinião dos gestores, provedores e usuários quanto à adequação do atendimento à Lei de Planejamento Familiar.

### **III - SUMÁRIO**

Será realizado um estudo descritivo com dois componentes: o primeiro quantitativo onde cerca de 60 pessoas entre gestores e provedores de saúde serão entrevistados por telefone, bem como 660 mulheres residentes na RMC (escolhidas por sorteio) com idade entre 25 e 64 anos e que tenham pelo menos um filho vivo; para o segundo componente, o qualitativo, serão escolhidos quatro municípios que serão visitados pelos pesquisadores (após o primeiro componente ter identificado os municípios com problemas em relação ao cumprimento da Lei 9263). Os resultados quantitativos serão analisados através do SPSS-PC.

### **IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

Trata-se de um estudo que visa analisar os efeitos reais no planejamento familiar da Lei 9263 na Região Metropolitana de Campinas. Foi solicitado financiamento para a FAPESP. Não há nenhum risco adicional aos participantes do estudo, o sigilo sobre as informações obtidas nas entrevistas, bem como a preservação da identidade das pacientes está assegurada pela investigadora. O TCLE é claro, em linguagem adequada. Assim, consideramos que este estudo atende aos aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 e suas complementares.

## V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

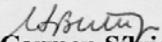
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 20 de julho de 2004.

  
**Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

#### 8.14. Anexo 14 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Entrevista semi-estruturada



##### **ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS**

Fui informado(a) que está sendo realizada uma pesquisa com o título “**Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica voluntária na rede pública da Região Metropolitana de Campinas**”, sob a responsabilidade da Dra. Maria José Duarte Osis, pesquisadora do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp).

O objetivo da pesquisa é conhecer as condições em que está sendo atendida a demanda pela esterilização cirúrgica voluntária na rede pública de saúde dos municípios que compõem a Região Metropolitana de Campinas, bem como avaliar a opinião de gestores e provedores quanto à adequação do atendimento à Lei de Planejamento Familiar.

A minha participação consistirá em participar de uma entrevista sobre como é o atendimento à esterilização cirúrgica no município em que atuo. Essa entrevista será gravada e durará cerca de 40 minutos. O meu nome jamais aparecerá quando forem apresentados os resultados da pesquisa. Eu serei identificado(a) apenas por um número. Isto significa que quem tiver acesso às informações da pesquisa não saberá quem foram às pessoas que participaram da pesquisa. A fita em que for gravada a entrevista também será identificada apenas por número. Se eu desistir de participar, a entrevista será interrompida e não sofrerei qualquer prejuízo com isso.

Se eu tiver alguma pergunta sobre minha participação no estudo poderei entrar em contato com a Dra. Maria José ou Silvana, pelo telefone, 32892856, durante o horário comercial. Se eu tiver qualquer pergunta relacionada aos meus direitos como voluntário(a) de uma pesquisa posso contatar a secretaria do Comitê de Ética da Faculdade Ciências

Médicas da Universidade Estadual de Campinas (telefone 37888936). Eu receberei uma cópia deste Termo.

Data: \_\_\_\_\_

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Pesquisadora responsável: Dra. Maria José Duarte Osis

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Nome da entrevistadora: \_\_\_\_\_

Assinatura da entrevistadora: \_\_\_\_\_

## 8.15. Anexo 15 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Entrevista com mulheres (consentimento verbal)



**Cemicamp**

### **ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS**

Fui convidada a participar do estudo “**Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica voluntária na rede pública da Região Metropolitana de Campinas**”, sob a responsabilidade da Dra. Maria José Duarte Osis, pesquisadora do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp). Foi-me informado que:

1. Esta pesquisa está sendo realizada com o objetivo de conhecer as condições em que está sendo atendida a demanda pela esterilização cirúrgica voluntária na rede pública de saúde dos municípios que compõem a Região Metropolitana de Campinas, bem como avaliar a opinião de gestores e provedores quanto à adequação do atendimento à Lei de Planejamento Familiar. Minha participação no estudo consistirá em responder a um questionário, com perguntas sobre a minha experiência com métodos anticoncepcionais em geral, e especificamente sobre a laqueadura e a vasectomia.
2. O meu nome jamais será utilizado para divulgar as informações que eu der através do questionário. O questionário que eu responder, depois de conferidos, vão ter apenas um número, de maneira que ninguém poderá saber que fui quem os respondeu.
3. Mesmo que eu aceite participar do estudo, posso me recusar a responder qualquer pergunta dos questionários ou, mesmo, posso desistir de participar do estudo em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.
4. Eu posso fazer perguntas, pedir esclarecimento sobre esta pesquisa sempre que quiser. Para isso posso contactar a pesquisadora responsável do projeto Dra. Maria José ou Silvana pelo telefone 32892856 das 8:00 às 17:00hs, de segunda a sexta-feira.
5. Se eu achar necessário, posso pedir esclarecimentos ou informações a respeito das questões éticas desta pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP pelo telefone 37888936.

Deseja participar do estudo?

## 8.16. Anexo 16 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Questionário aplicado por telefone a gestores



### **ATENDIMENTO À DEMANDA PELA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NA REDE PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS**

Conforme carta convite enviada por fax e contato telefônico, estamos realizando uma pesquisa com o título “**Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica voluntária na rede pública da Região Metropolitana de Campinas**”, sob a responsabilidade da Dra. Maria José Duarte Osis, pesquisadora do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp).

Esta pesquisa tem o objetivo de identificar como a esterilização cirúrgica voluntária está sendo realizada na Região Metropolitana de Campinas depois da implantação da lei sobre Planejamento Familiar de janeiro de 1996. Também se pretende avaliar a opinião sobre como está sendo atendida a demanda pela esterilização entre os coordenadores municipais da área da saúde reprodutiva, gerentes de centros de saúde e pessoas responsáveis pela realização das laqueaduras e vasectomias em cada um dos municípios que compõem a RMC. A participação do Sr(a). consistirá em responder um questionário por e-mail, que contém perguntas sobre como é o atendimento à esterilização cirúrgica no seu município.

Somente a equipe de pesquisa do Cemicamp terá acesso ao questionário preenchido com as suas respostas. Todas as respostas serão confidenciais e o seu nome não será registrado em nenhum lugar no questionário e jamais aparecerá quando forem apresentados os resultados da pesquisa. Caso o Sr(a). desista de participar, não sofrerá qualquer prejuízo com isso.

Se tiver alguma pergunta sobre a sua participação, favor entrar em contato com a Dra. Maria José ou Silvana, pelo telefone, 32892856, durante o horário comercial, ou pelo e-mail [mjosis@cemicamp.org.br](mailto:mjosis@cemicamp.org.br). Se tiver qualquer pergunta relacionada aos meus direitos como voluntário(a) de uma pesquisa, pode contatar a secretaria do Comitê de Ética da Faculdade Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (telefone 37888936).

Aceita participar? Podemos gravar a entrevista?