

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

MARTA ROVERY DE SOUZA

**Uma contribuição ao debate sobre partos cesáreos: estudo prospectivo no
município de São Paulo.**

Tese de Doutorado em Ciências Sociais
apresentada ao Departamento de
Sociologia do Instituto de Filosofia e
Ciências Humanas da Universidade
Estadual de Campinas, sob orientação da
Profa. Dra. Elza Salvatori Berquó

Campinas, SP
Julho, 2001

i



UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

UNIDADE	B C
N.º CHAMADA:	T/ UNICAMP
	Se 89 C
V.	Ex.
TOMBO BC/	46316
PROC.	16-392101
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	19/09/01
N.º CPD	

CM00159613-4

MARTA ROVERY DE SOUZA

Uma contribuição ao debate sobre partos cesáreos: estudo prospectivo no município de São Paulo.

Tese de Doutorado em Ciências Sociais
apresentada ao Departamento de
Sociologia do Instituto de Filosofia e
Ciências Humanas da Universidade
Estadual de Campinas, sob orientação da
Profa. Dra. Elza Salvatori Berquó

Este exemplar corresponde a
versão final da tese defendida
e aprovada pela Comissão
Julgadora em 31/07/2001

Banca examinadora:

Profa. Dra. Elza Salvatori Berquó

Prof. Dr. José Guilherme Cecatti

Profa. Dra. Maria Coleta Albino de Oliveira

Prof. Dr. Omar Ribeiro Tomáz

Prof. Dr. Carlos Eugenio de Carvalho Ferreira

Profa. Dra. Rosana Baeninger (suplente)

Prof. Dra. Regina Maria Barbosa (suplente)

Campinas, SP
Julho, 2001

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP**

So 89 c Souza, Marta Rovey de
Uma contribuição ao debate sobre partos cesáreos: estudo
prospectivo no Município de São Paulo / Marta Rovey de Souza .
- - Campinas, SP : [s. n.], 2001

Orientador: Elza Salvatori Berquó.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas,
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Parto. 2. Parto (Obstetrícia). 3. Cesariana. 4. Mulheres -
Saúde. 5. Ginecologia. I. Berquó, Elza Salvatori . II. Universidade
Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
III. Título.

**Ao Marcos,
Julia e Helena**

**Para meus pais
Osvaldo e Ladir**

Agradeço às mulheres que estiveram ao meu lado nesta trajetória: minha orientadora Elza, minhas irmãs Graça e Luiza e minha amiga Rosana.

Agradecimentos

À minha orientadora, professora Elza Berquó, que não mediu esforços para que esta tese fosse concluída. Com ela partilhei os melhores e mais difíceis momentos desta minha trajetória. A maneira como sempre me acolheu ensinou-me que a construção de um caminho só é possível com determinação, firmeza, disciplina e ética.

Ao CNPq agradeço a bolsa concedida para realizar este doutoramento.

Ao apoio financeiro concedido pelo Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e National Institute of Health (NIH) para viabilização da pesquisa de campo;

Aos colegas do Núcleo de Estudos de População (Nepo), minha primeira casa, onde, mesmo com as idas e vindas de minha vida, sempre pude contar com as mais distintas colaborações, sentindo-me sempre do grupo.

À equipe da pesquisa — cujos resultados para o município de São Paulo compõem esta tese —, faço um forte agradecimento: Dra. Elza, Joseph Potter, Inês Perpétuo, Ondina Leal e Maria Célia Formiga. Com eles tive a oportunidade de participar das discussões do estudo em seu conjunto.

Aos colegas do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap), minha segunda casa, onde desfrutei não só de um ambiente intelectual que me proporcionou importantes intercâmbios, mas também da infra-estrutura necessária para finalizar esta tese. Aos professores Alvaro Comin e Marcos Nobre, pesquisadores dessa instituição, agradeço o incentivo e a solidariedade.

A todos aqueles que direta ou indiretamente foram sensíveis a esta situação de estrangulamento dos prazos para a entrega da tese, propiciando as melhores condições para encerrá-la. Agradeço à Vera Cristina pela forma competente com que supervisionou a pesquisa de campo; à Oneida pelo apoio incondicional, aos funcionários do Cebap pela colaboração em várias tarefas; à Dulce, que não mediu esforços para tabular todas as informações e produzir os infundáveis cruzamentos; à Adriana pelos cuidados com a bibliografia; ao Alexandre pela leitura

minuciosa do texto; e à Gislaine, que precisou sacrificar algumas horas de sono para que a apresentação deste trabalho fosse digna de todos os que ajudaram a construí-lo.

À Gege, minha gratidão pelo cuidado e afeto com que cuidou de minha família, tendo muitas vezes de deixar sua própria família para atender a um pedido meu.

À Rosana Baeninger pelo cuidado, carinho e respeito com que sempre tratou nossa relação de amizade e por não me deixar desistir diante das situações mais adversas que fizeram parte deste processo.

Aos meus pais, que me proporcionaram um ambiente de verdade, equilíbrio e amor para que eu pudesse ser uma pessoa feliz.

Ao Marcos, meu companheiro desta e de tantas outras horas, que com seu amor e confiança me ajudou a construir este caminho.

Às minhas filhas Julia e Helena, minhas amigas e confidentes, agradeço o amor, a esperança, a cumplicidade e a solidariedade com que enchem meu coração e minha vida.

Resumo

O estudo longitudinal aqui apresentado partiu de uma amostra semi-intencional de trezentas e sessenta mulheres residentes no município de São Paulo, distribuídas segundo tipo de serviço (públicos e privados) e parturição, que foram entrevistadas em três momentos do seu ciclo gravídico puerperal sendo a primeira entrevista realizada até a vigésima segunda semana de gestação, a segunda no mês anterior a data provável do parto e a última depois do parto.

As mulheres consideradas elegíveis para participar da pesquisa deveriam satisfazer os seguintes critérios: ter diagnóstico confirmado de gravidez; residir no município de São Paulo; pretender dar a luz em um hospital/maternidade deste mesmo município, ter idade entre 18 e 40 anos; ter idade gestacional de até quinto mês (inclusive) de gestação; ter tido no máximo duas consultas de pré-natal (serviço público) e até três consultas no serviço privado. No entanto, como era esperado em um estudo desta natureza, houve uma perda efetiva de 17,2% nas entrevistas, ficando ao final, a amostra constituída por duzentas e noventa e oito mulheres.

Este trabalho teve com objetivo principal, identificar as variações no desejo sobre a preferência por um tipo de parto, manifestado pelas gestantes ao longo de dois momentos de seu ciclo gravídico, contrastando-o com o efetivo desenlace deste processo.

Através de uma análise construída segundo as trajetórias individuais destas preferências, buscou-se compreender o papel desempenhado pelas variáveis sócio-econômico-demográficas, o tipo de setor de atendimento a que esta mulher se vincula e o número de partos anteriores, no sentido de identificar características e especificidades que pudessem fazer supor a existência de trajetórias individuais predominantes nas preferências.

Baseado nestas questões e nos relatos de mulheres pretendeu-se à luz do debate atual no Brasil sobre os índices e indicações para o parto cesáreo, apresentar o distanciamento ocorrido entre o desejo por um tipo de parto e a sua concretização.

ABSTRACT

The longitudinal study here presented proceeded from a semi-intentional sample of three hundred and sixty women living in the Municipality of São Paulo, distributed according to the type of service (public or private) and natural parturition, who were interviewed in three moments of their puerperal pregnant cycle, being the first interview realized until the twenty second week of gestation, the second in the month before the probable date of childbirth and the last after the delivery.

The women considered eligible for participating in the research should comply with the following criteria: have a pregnancy diagnosis confirmed; live in the Municipality of São Paulo; intend to give birth in a hospital/maternity hospital of this same municipality; have between 18 and 40 years of age; have gestational age up to the fifth month (inclusively) of gestation; have had at the most two prenatal consultations (public service) and up to three consultations in the private service. Nevertheless, as expected in a study of this nature, there was an effective loss of 17.2% in the interviews, the sample being reduced to only two hundred and ninety eight women at the end.

The main goal of this work was to identify the variations in the desire on the preference of a type of childbirth, manifested by the pregnant women during two moments of their pregnant cycle, in contrast with the effective outcome of this process.

Through the analysis structured according to the individual trajectories of these preferences, we attempted to understand the role performed by the social economic and demographic variables, the type of assistance sector to which this woman was attached and the number of previous childbirths, to identify characteristics and specifics that could suppose the existence of individual trajectories predominant in the preferences.

Based on these issues and on the accounts given by the women, the intention of this work under the current debate in Brazil on the indices and indications for a Caesarean birth, is to present the distance occurred between the desire for one type of childbirth and its concretization.

SUMÁRIO

Apresentação	01
Capítulo1 – Revisitando o Tema	05
Capítulo 2 – Aspectos Metodológicos da Pesquisa	
2.1. Desenho da Amostra	28
2.2. Os Instrumentos de Coleta de Informações	30
2.3. Implementação da Pesquisa de Campo	32
2.4. A Dinâmica do Campo	32
2.5. Comparação de Perfis	36
Capítulo 3 – Caracterização da Amostra	
3.1. Caracterização da Amostra segundo Variáveis Socioeconômicas e Demográficas	39
3.1.1. Idade	39
3.1.2. Escolaridade	40
3.1.3. Cor	41
3.1.4. Estado conjugal	41
3.1.5. Estratificação Socioeconômica	42
3.1.6. Ocupação	43
3.1.7. Chefia familiar	44
3.1.8. Religião	44
3.2. Principais Resultados da Primeira Entrevista	46
3.3. Principais Resultados da Segunda Entrevista	53
3.4. Avaliação do Pré-natal	59
3.5. Papel da Mídia e Influência de Terceiros	60

3.6. Razões da Preferência por um Tipo de Parto	64
3.7. O Trabalho de Parto e o Parto	67
3.8. O Parto Cesáreo	75
3.9. Parto Normal	78
3.10. Grau de Satisfação	79

Capítulo 4 – Resultados: desejo e realidade

4.1. Tipo de Parto Realizado, por Parturição e Setor de Atendimento	83
4.2. As Preferências e o Tipo de Parto Realizado	84
4.2.1. Composição da amostra em Q1, Q2 e Q3 por parturição e setor de atendimento	87
4.2.2. Sobre as preferências e os resultados	88
4.3. Composição da Amostra em Q1, Q2 e Q3 segundo Variáveis Sociodemográficas	89
4.3.1. Idade	90
4.3.2. Status socioeconômico	90
4.3.3. Grau de Instrução	91
4.3.4. Cor	92
4.4. Efeito das Características Sociodemográficas das Mulheres na Preferência por Parto Normal em Q1 e no Tipo de Parto em Q3	93
4.4.1. Preferência em Q1	93
4.4.2. Realização em Q3	96
4.5. Análise das Trajetórias	98
4.5.1. Composição das trajetórias segundo parturição e setor de atendimento	100
4.5.2. Distribuição das Mulheres segundo variáveis sociodemográficas, para trajetórias normal plena, normal semiplena e cesárea plena	101

4.5.3. O papel do setor de atendimento na distorção dos desejos das mulheres	105
4.5.4. A influência dos partos anteriores sobre o tipo de parto realizado	110
Considerações Finais	113
Referências Bibliográficas	119
Anexo	129

Apresentação

Em 1995, o estudo “Saúde reprodutiva e práticas obstétricas no Brasil” — que contou com a participação de pesquisadores do Núcleo de Estudos de População da Universidade de Campinas, do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais e das Universidades do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e Universidade do Texas — buscou conhecer os discursos médicos e suas respectivas práticas obstétricas em hospitais com índices de parto cesáreo considerados elevados, moderados e baixos, além de verificar nestes a existência ou não de infra-estrutura adequada para a viabilização desse procedimento cirúrgico (Nepo-Unicamp et alii, 1996). A contribuição dessa pesquisa foi importante também para confirmar a necessidade de se delinear um estudo que tivesse as gestantes como público-alvo.

Motivados por essa necessidade, esses mesmos centros iniciaram em 1998 o “Estudo multicêntrico sobre saúde reprodutiva no Brasil”, baseado em entrevistas com gestantes em diferentes etapas de seu ciclo gravídico puerperal, usuárias de serviços de saúde públicos e privados, a fim de obter informações sobre a existência de uma demanda real pela esterilização e pelo parto cesáreo, bem como explorar essa associação, seus determinantes e diferenciais, visando possibilitar, de um ponto de vista mais amplo, a geração de um conhecimento necessário para o desenho de uma proposta de intervenção capaz de viabilizar a redução das taxas de cesárea no Brasil. O estudo foi desenvolvido nas regiões metropolitanas de Porto Alegre, Natal e Belo Horizonte e no município de São Paulo. Para efeito da discussão que se propõe nesta tese, a base empírica utilizada contará apenas com as entrevistas realizadas em São Paulo.

As principais questões que nortearam as análises a serem apresentadas neste trabalho foram:

- quem são as mulheres que concretizaram seu desejo por determinado tipo de parto e por quais razões algumas não conseguem realizar seu desejo inicial?
- como se expressam as mulheres que não tiveram seu desejo atendido no parto?

- a experiência pregressa de parto em múltiparas é um elemento importante na compreensão da trajetória do seu desejo por certo tipo de parto?
- o médico desempenha algum papel sobre o processo de escolha e decisão da mulher sobre os tipos de parto?
- o setor de atendimento, público ou privado, em que o parto é realizado pode influenciar na incidência de um tipo específico de procedimento? Há diferenças entre múltiparas e primíparas?

Tendo presentes tais questões, a análise aqui proposta buscará identificar características e especificidades que nos suscitem supor a existência de trajetórias predominantes na preferência por um tipo de parto — preferências que, embora efetivadas em âmbito individual, são socialmente estruturadas e contribuem para influenciar determinados padrões de comportamento e de conduta social (Berquó e Loyola, 1984).

O parto cesáreo parece constituir-se, em maior ou menor grau, não apenas em uma alternativa em situações de dificuldade ou risco gestacional, mas como um procedimento em via de institucionalizar-se. Ele emerge ancorado principalmente na informação inadequada fornecida às gestantes, no comodismo médico, no despreparo do profissional de saúde no atendimento a essa parturiente e, finalmente, no medo da dor do parto normal — que é muito pouco minimizado pelo recurso de uma analgesia que está disponível inclusive para usuárias dos serviços públicos.

Esta tese seguirá o esquema de capítulos apresentados a seguir. O Capítulo 1, “Revisitando o tema”, busca apresentar o cenário em que se insere a discussão do parto cesáreo no Brasil, tanto no âmbito da saúde reprodutiva quanto na área gineco-obstétrica. No Capítulo 2, “Aspectos metodológicos da pesquisa”, é descrito e justificado o desenho da pesquisa em que se baseia a tese, bem como são apresentados os critérios de elegibilidade utilizados na captação das gestantes e o teor dos instrumentos utilizados nas entrevistas.

No Capítulo 3, “Caracterização da amostra”, visa-se conhecer em detalhe a composição da amostra de entrevistadas segundo variáveis socioeconômicas e demográficas e, mediante uma

seleção de itens dos sucessivos questionários aplicados, caracterizar o panorama dos resultados encontrados na pesquisa.

O Capítulo 4, “Resultados: desejo e realidade”, apresenta o eixo norteador do presente trabalho, ao propor uma análise construída a partir das trajetórias individuais de preferência por um tipo de parto, examinando o papel desempenhado pelas variáveis socioeconômicas e demográficas. Seguem-se por fim as “Considerações finais”, que retomam as questões mencionadas nos capítulos do estudo e abordam a discussão atual sobre o parto cesáreo e seus índices no Brasil, mais especificamente no município de São Paulo.

Em suma, procura-se aqui identificar, de um lado, processos decisórios quanto ao tipo de parto, considerando o setor de atendimento e a parturição da mulher, e, de outro, o hiato existente entre o desejo por ela manifestado ao longo de seu ciclo gravídico e a situação de fato ocorrida no momento do parto.

Capítulo 1

Revisitando o Tema

O eixo da preocupação que norteou a grande maioria das pesquisas sobre fecundidade até meados da década de 1960 esteve pautado pela seguinte questão: as populações de países em desenvolvimento atingiriam — tal como os países mais desenvolvidos — um equilíbrio entre os níveis de mortalidade e de natalidade? No Brasil, apesar do intenso processo de urbanização e industrialização ocorrido desde 1930, as taxas de fecundidade permaneceram elevadas e relativamente estáveis por quase trinta anos. Durante a década de 1960, entretanto, iniciou-se um processo cada vez mais generalizado e rápido de declínio da fecundidade, o qual atingiu todas as regiões do país bem como os vários setores sociais, guardadas as devidas diferenças regionais e sociais preexistentes.

Os estudos de fecundidade foram iniciados no Brasil por Mortara na década de 1950, mediante análise de dados censitários, o que abriu caminho para a consideração sistemática dos problemas populacionais no país. No entanto, a técnica utilizada por Mortara (1969) e os dados dos quais partira em suas análises não permitiram a explicitação das relações entre a fecundidade e os fatores condicionantes, de modo que seus estudos puderam apenas determinar taxas diferenciais de fecundidade para diversos segmentos da população brasileira, partindo das categorias de classificação da população utilizadas no censo.

Os trabalhos de campo sobre fecundidade, por sua vez, iniciaram-se por volta de 1960 com Hutchinson (1970), a partir de dados coletados em seis cidades do Centro-Sul do país, e tiveram como preocupação analisar as implicações demográficas das mudanças sociais, culturais e econômicas nessas áreas (Berquó e Sawyer, 1977).

Nesse contexto, sob perspectiva sociológica e econômica mais ampla, foi realizado na década de 1960 um estudo comparativo de fecundidade em oito países da América Latina, que procurou determinar seus níveis de fecundidade e verificar em que medida valores e interesses vigentes em cada um desses países estariam afetando a decisão dos casais no sentido de planejar ou não os nascimentos (Berquó e Sawyer, 1977).

A “Pesquisa sobre reprodução humana no distrito de São Paulo”, realizada em 1965 pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap), buscou analisar as implicações demográficas das mudanças sociais, culturais e econômicas no país. A realização dessa pesquisa constitui-se em um marco importante porque introduziu novas dimensões metodológicas para o tratamento do problema, principalmente uma história pormenorizada das gestações. Permitiu o estudo de um modelo matemático para caracterizar a prolicidade das mulheres pesquisadas, ou seja, “propôs-se investigar os antecedentes reprodutivos da população do distrito da Capital e acompanhar, durante um determinado período de tempo, o comportamento da mulher residente em São Paulo com relação à reprodução” (Berquó e Sawyer, 1977)¹.

Em 1973, usando as tabulações preliminares do Censo de 1970, Berquó (1973) estudou detalhadamente as taxas de fecundidade, buscando compreender a existência de correlações entre as variáveis demográficas, sociais e econômicas e a fecundidade como variável dependente. Depois desse estudo, muitos outros, de caráter estritamente demográfico, surgiram no país com a finalidade de compreender a transição demográfica que se iniciava.

Além das explicações clássicas derivadas dos modelos teóricos calcados nas teorias da modernização e dos estudos de tipo CAP (Conhecimento, Atitudes e Práticas), tão em voga na década de 1960, surgiram três outras abordagens complementares para explicar a transição demográfica ocorrida no Brasil, segundo Faria (1989). A primeira, levada a cabo sobretudo por Berquó (1986) e que posteriormente foi ganhando adeptos (Merrick e Berquó, 1983; Carvalho, Paiva e Sawyer, 1981; Paiva, 1985; Faria, 1989; PNDS, 1996), centrava-se no estudo dos determinantes estruturais próximos da fecundidade, cujos resultados salientaram o papel

¹ Inúmeros foram os fatores que levaram à realização desse estudo, que buscou apreender as transformações econômicas e sociais que se processaram nas décadas anteriores e que deram à cidade de São Paulo características metropolitanas, de centro industrial e pólo de desenvolvimento do Brasil. As variações e tendências da fecundidade nessa pesquisa foram observadas não apenas em um momento, mas também ao longo do tempo, o que permitiu uma análise prospectiva destas tendências — um avanço significativo em relação aos estudos já existentes na época. Na pesquisa, 38,8% das entrevistadas alegaram razões econômicas como motivo para não desejar mais filhos (Berquó e Sawyer, 1977). Outros estudos de caráter estritamente demográfico foram realizados em São Paulo posteriormente a essa pesquisa. Há que citar os trabalhos de Morales e Azevedo (1966) e Arbex (1966). Quanto aos trabalhos de campo nessa área, cabe mencionar os de Baptista Filho et alii (1967), Kubat e Mourão (1969), Baptista Filho (1970) e Campos (1971).

preponderante da difusão e uso de métodos anticoncepcionais de alta eficácia, como a esterilização feminina.

A segunda abordagem buscava explicações no plano das mudanças estruturais mais gerais, como a expansão das relações de trabalho assalariado, a proletarianização de vários segmentos da força de trabalho e o empobrecimento relativo das camadas populares (Paiva, 1984). E a terceira privilegiava o papel das ações organizadas de planejamento familiar, demonstrando que a inexistência de programas governamentais de controle da natalidade explícitos podia significar uma política implícita de regulação da fecundidade, ao abrir espaço tanto para a ação do setor privado como para a de agências internacionais interessadas no controle da natalidade no país. Alguns estudos, como o de Berquó (1985), apontaram o funcionamento desse mecanismo na difusão, por exemplo, de práticas de esterilização.

Para Faria (1989: 66), “a partir da perspectiva aberta por esses estudos, o declínio da fecundidade no Brasil teria como determinante próximo mais importante a difusão da sua regulação consciente, através do aumento do uso de métodos anticoncepcionais, como a pílula e a esterilização, e do recurso ao aborto provocado; como causas estruturais mais de fundo, a crescente proletarianização e o empobrecimento relativo das camadas sociais mais modestas; e por último, como importante fator coadjuvante, a omissão tática governamental ao permitir que agências privadas e internacionais de planejamento familiar tivessem função destacada nesse processo, como difusoras dos meios modernos de anticoncepção”.

O autor destaca ainda a influência de políticas de saúde governamentais — dentre elas a política desenvolvida no período militar — sobre a queda da fecundidade, um instrumento essencial para a crescente medicalização da sociedade ao privilegiar a expansão de uma medicina de caráter curativo-hospitalar em detrimento da medicina preventiva, o que por sua vez viabilizou o crescimento de um sistema de atenção à saúde cujo eixo passou a ser a medicina privada. Essa política de saúde influenciou sobremaneira para a regulação da fecundidade, na medida em que contribuiu para um aumento numericamente significativo dos profissionais de saúde e da extensão da cobertura dos serviços de saúde, criando uma situação em que os contatos entre a população e a subcultura médica se tornaram mais freqüentes. Esses fatores

contribuíram para a crescente medicalização da sociedade ao reforçar a autoridade médica e ampliar as esferas de comportamento sob a sua regulação (Faria, 1989).

A tese da medicalização da sociedade ocidental tem sido discutida por vários autores desde a década de 1970: (Illich, 1977; Foucault, 1971, 1975, 1977; Turner, 1987). Faria (1989: 90) define medicalização basicamente como o “aumento da exposição da população à subcultura médica e a inclusão progressiva de novas esferas do comportamento social no âmbito da autoridade e do controle médicos”. Esse conceito será de alguma maneira aqui considerado, à luz das análises de algumas questões a que se propõe investigar este trabalho.

Para compreender a progressiva difusão da medicalização na sociedade, é preciso antes de mais nada identificar os mecanismos que a influenciaram e que também propiciaram um aumento da demanda por regulação da fecundidade, a saber:

- a secularização das normas que passam a regular o comportamento social nas esferas que venham a cair sob a influência da subcultura médica;
- a inclusão de esferas comportamentais sob o domínio da autoridade médica, cuja força repousa na combinação da posse de um saber técnico-científico com o suposto controle de situações de grande significação pessoal, familiar e social como são o nascimento, a doença e a morte;
- a criação de oportunidades de interação social, nas situações de consulta médica, particularmente favoráveis para a discussão de problemas íntimos e para o exercício de autoridade nessas esferas” (Faria, 1989: 90).

A partir do momento em que o comportamento sexual e reprodutivo, bem como em torno do parto, passou a sofrer a influência direta da medicalização, ganhou magnitude o papel desempenhado pelo profissional médico nos processos de decisão e de escolha nesse campo. Assim, algumas crenças e valores foram sendo incorporados pelos diferentes grupos expostos às influências desses atores, sobretudo “a crença na eficácia dos procedimentos de intervenção médica e dos procedimentos cirúrgicos e na necessidade de recorrer a eles para alcançar norma de hígidez e cuidado corporal” (Faria, 1989: 90).

Mesmo que não tenha havido por parte das instituições médicas uma intenção controlista explícita no tocante à regulação da fecundidade, é no interior dessas instituições que a medicalização se insere e se propaga, tornando-as o vetor responsável pela secularização de valores, normas e comportamentos no campo da sexualidade e da reprodução.

Essa análise da medicalização aponta que a sua capacidade de expansão continuada, com a ampliação do campo de competência médica, é acompanhada por uma ampliação correlata do consumo dos e acesso aos serviços médicos.

Em suma, a expansão dos serviços de atenção à saúde e a progressiva medicalização da sociedade, viabilizada por políticas de governo, contribuíram para a institucionalização da demanda pela regulação da fecundidade mediante o aumento da oferta dos meios para tal. No entanto, essa demanda foi atendida por meio do uso crescente da pílula, do uso do aborto provocado e do recurso à esterilização (Berquó, 1985; MacGreevy et alii, 1986). A esterilização é uma cirurgia relativamente nova. Como método anticonceptivo, é uma técnica do século XX. Seu uso foi ampliado somente a partir de 1930, com os avanços da clínica cirúrgica, do advento das sulfonamidas e da penicilina (Molina, 1999).

No Brasil, o percentual de uso de contraceptivos vem se mantendo em patamares elevados e ascendentes nos últimos anos, tendo passado de 70% em 1986 para 76,7% em 1996². Entre os métodos usados, a concentração está naqueles chamados “modernos”: hormonais (pílulas, injetáveis, implantes), DIU, diafragma e esterilização. Das usuárias (incluindo os métodos dos parceiros), 89,7% recorreram a eles em 1986, percentual que cresceu para 91,7% em 1996. Pouco se alterou a posição relativa dos métodos usados para o total de mulheres unidas: a esterilização feminina continuou no topo da lista no período em questão, seguida pela pílula e pelo condom (Berquó, 1997).

O desejo de não ter filhos, ou de não ter mais filhos, representado por 62,7% das mulheres ainda férteis, em 1996, foi razão legítima e suficientemente forte para o recurso à anticoncepção. As dificuldades que ainda enfrentam os serviços públicos de saúde para oferecer todo um repertório de métodos contraceptivos acabam por “colocar as mulheres frente a uma perigosa encruzilhada: ser esterilizada, provocar aborto ou prosseguir com uma gravidez indesejada” (Berquó, 1997: 13).

² De acordo com dados da PNDS-1996, Berquó (1997) estimou que, do total de 40 milhões de mulheres brasileiras em idade reprodutiva projetado para o ano 2000, 31 milhões demandarão o uso de algum método anticoncepcional.

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, as mulheres que mais recorrem a métodos tradicionais (abstinência periódica, duchas, coito interrompido, tabelinha, Billings, temperatura) são aquelas com mais escolaridade e as analfabetas, por motivos extremamente diversos: as primeiras, por terem maiores e melhores informações, e as últimas por não disporem nem de informações nem de recursos para comprar anticoncepcionais ou para pagar cirurgias (Berquó, 1997). Os anos de estudo constituem-se em um diferencial importante quanto à utilização da prática da esterilização: para as analfabetas, em geral as mais pobres, o recurso à esterilização feminina representa praticamente toda a possibilidade de uso de métodos modernos (80,7%).

Ainda segundo dados da PNDS-1996, 40% das mulheres de 15 a 49 anos usuárias de algum método anticoncepcional estavam esterilizadas no Brasil, contra 27% registrados dez anos antes pela Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF). Em 1996, 57% delas haviam sido operadas antes dos 30 anos e 34% tinham apenas um ou dois filhos no momento da cirurgia. A idade mediana à época da esterilização, que era de 31,4 anos em 1986, passou a 28,9 anos em 1996, ou seja, as mulheres estão recorrendo cada vez mais cedo à esterilização. Em uma década esse aumento no índice de esterilização foi de quase 50%, sendo o parto cesáreo o *locus* privilegiado de 58,8% dessas esterilizações.

Em suma, fatores como o baixo nível de informação, restrito acesso ao leque de alternativas anticoncepcionais, utilização de métodos dissociados de acompanhamento médico e pouca cooperação do parceiro sexual na questão contraceptiva contribuem para os elevados índices de falhas e efeitos colaterais dos métodos utilizados, o que, por sua vez, suscita descrédito nos métodos menos nocivos e valorização da esterilização (Perpétuo, 1996).

Em diversos graus e modos, mulheres em diferentes países, ocupações, classes, raças, idades e situações conjugais encontram suas decisões reprodutivas estruturadas por um conjunto de condições sobre as quais têm muito pouco controle. A escolha anticoncepcional, embora seja uma decisão de caráter individual, é feita a partir de parâmetros determinados pelos contextos econômico, social e cultural, que estabelecem tanto orientações valorativas, interesses e preferências quanto o conjunto das alternativas de escolha disponíveis e o grau de acesso a elas.

Note-se que até 1978 o acesso à ligação de trompas era muito mais restrito, limitando-se, na maior parte das vezes, aos casos de indicação médica e às mulheres de alta renda. A esterilização feminina emergiu como problema no início da década de 1980, quando — paralelamente ao deslocamento do foco desse debate do campo do controle da natalidade para o da saúde — a discussão sobre o tema passou a inscrever-se num movimento de defesa da implementação de políticas públicas voltadas para o direito da mulher à saúde e ao planejamento de sua vida reprodutiva.

Nesse contexto, surge na década de 1990 o conceito de “saúde reprodutiva”, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade de sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e o parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio” (Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994).

Ao longo dos anos 1990 o debate em torno da esterilização ganhou complexidade, vindo à tona a discussão sobre a necessidade de sua regulamentação a fim de garantir o reconhecimento do direito à privacidade e impedir os abusos que ocorriam nessa área³.

Se a princípio o uso exacerbado da esterilização feminina representava de certa forma uma ausência do Estado quanto à definição de uma política clara de planejamento familiar, ao longo do tempo pôde-se verificar que mesmo a implantação do Programa de Assistência Integral

³ Vale lembrar que a importância das investigações sobre a prática da esterilização e suas relações com a fecundidade começou a aparecer já nos estudos mencionados de 1965, acerca das possíveis associações entre a esterilização e variáveis como instrução, origem, religião, idade, tempo de casamento, número de filhos e renda, em que os autores justificavam seu interesse sobre o tema pelas “possíveis relações da esterilização com a fertilidade e a inexistência de estudos na área” (Berquó e Sawyer, 1977: 453).

à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, não fora suficiente para que se modificasse o padrão de “escolha” de métodos anticoncepcionais pelas mulheres (Berquó e Arilha, 1993), o que pode ser indicativo de que o aumento verificado na prevalência das esterilizações femininas decorreu, entre outros fatores, dos programas de contracepção extra-oficiais presentes no país (é importante notar, porém, que o PAISM adotou uma atitude revolucionária ao focar a saúde mulher de forma integral, fugindo das abordagens tradicionais).

Vários foram os autores que se dedicaram ao estudo da esterilização mediante trabalhos de natureza qualitativa — como as pesquisas com grupos focais e entrevistas em profundidade — ou quantitativa ou com recorte transversal (Berquó e Sawyer, 1977; Nakamura e Fonseca, 1978; Arruda, 1987; Duarte Osis et alii, 1988; Berquó, 1988, 1989 e 1992; Vieira, 1994).

Pesquisas realizadas pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam), ainda que não exclusivamente sobre essa problemática, contribuíram para a sentida de compreensão essa interação: Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF), realizada em 1986, Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste (PSFN), de 1991, e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996. As informações obtidas pelas pesquisas do IBGE, como o suplemento sobre contracepção da PNAD-1986, também contribuíram para traçar um panorama da utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil.

Pela própria natureza, esses estudos, em que pese seu alto significado para estimar níveis e padrões de esterilização, têm alcance limitado quando se trata de buscar os determinantes mais profundos dessa prática no plano da vivência das próprias mulheres. O tema da esterilização abrange várias contradições e conflitos, sejam os que se referem a gênero, raça e classe social, sejam os pertinentes à relação da sociedade civil com o Estado⁴.

Para Perpétuo (1996), mesmo em um cenário de generalizada demanda por limitação dos nascimentos a restrita e precária oferta de métodos alternativos é uma condição insuficiente (embora importante) para explicar a institucionalização da demanda pela esterilização, a qual estaria relacionada, de um lado, a uma profunda mudança de valores no sentido da legitimação

⁴ Em consequência, várias questões do ponto de vista feminino envolvidas nessa escolha ainda aguardam investigação mais acurada.

ou mesmo da desejabilidade do uso da moderna tecnologia reprodutiva, e, de outro, ao aumento da cobertura dos serviços de saúde, que, além de reforçar esse processo, ensejaria uma alteração do mercado de oferta de métodos, mediante uma maior oferta de esterilização.

Em razão dessas necessidades realizaram-se estudos e pesquisas (alguns de caráter mais qualitativo) que buscaram compor um novo quadro de análise dos determinantes para o uso da esterilização em alguns contextos do país. Para Minella (1998), a “contribuição destes estudos apóia-se no suposto de ‘tentar’ organizar um tipo específico de caos, constituído pela massificação da esterilização feminina sobre a contracepção e pela ineficácia e fragmentação das políticas públicas na área de saúde reprodutiva”. Tais estudos constituem referência importante para a presente análise (Barroso, 1984; Berquó, 1986, 1989, 1993 e 1997; Berquó e Arilha, 1993; Costa, 1991; Serruya, 1996; Perpétuo, 1996; Villela e Barbosa, 1996). A seguir abordam-se alguns deles.

Villela e Barbosa (1996), trabalhando com grupos focais compostos por mulheres esterilizadas e não esterilizadas na Região Metropolitana de São Paulo, observaram que as mulheres que buscam a esterilização experimentam maior grau de tensão nas suas vidas reprodutivas. Além disso, o perfil sociodemográfico dessas mulheres sugere um leque mais limitado de recursos pessoais para o manejo das questões reprodutivas em seu meio social. As autoras ressaltam que 58% dessas mulheres esterilizadas referiram como razão básica para a cirurgia o fato de não quererem mais filhos. Segundo as autoras, trata-se de um indicador importante de mudança da mulher em relação aos direitos reprodutivos, na medida em que afirma um desejo próprio e não uma necessidade médica ou socialmente definida.

No trabalho de Perpétuo (1996), mulheres esterilizadas da região Nordeste apresentaram um conhecimento mais precário dos diversos métodos anticoncepcionais, com menos curiosidade na experimentação de métodos e mais impaciência na busca da eficácia. A autora observou que é muito rápida a passagem dessas mulheres da pílula à esterilização, ressaltando que a menção destas aos métodos sempre vem associada a algum tipo de falha ou mal-estar e que é bastante comum as mulheres engravidarem no intervalo de uso de algum método anticoncepcional. A autora constatou ainda que o número de filhos é o principal parâmetro na

decisão pela esterilização. Salientou que o maior conhecimento sobre o período fértil — que pode ser o principal indicador de conhecimento dos mecanismos da reprodução e elemento que permite usar métodos temporários com maior sucesso — não reduz *isoladamente* os percentuais de esterilização. A exemplo disso, o segmento populacional nordestino com melhores condições de vida, maior acesso a recursos e maior nível de informação é o que mais tem abandonado o uso de métodos reversíveis.

Em um trabalho com mulheres esterilizadas residentes em dois bairros populosos de Belém, Serruya (1996) observou que estas não se referiam espontaneamente aos métodos anticoncepcionais tradicionais. Assim, apesar de os conhecerem e de certamente usá-los, não os reconheciam como métodos anticoncepcionais de fato: os métodos reconhecidos eram os medicalizados. Segundo esse estudo, as mulheres vivenciam uma contradição em seu cotidiano contraceptivo: os métodos conhecidos e aceitos, tais como pílula, DIU e diafragma, nem sempre estão disponíveis e seu uso nem sempre é de prática fácil para as mulheres. Os métodos tradicionais, que dependem, em última análise, da mulher e do casal, parecem carecer de credibilidade social e de companheirismo. A ação diária com a contracepção constitui-se em uma experiência difícil e frequentemente vivenciada de maneira solitária pelas mulheres. Além das dificuldades físicas e dos efeitos colaterais associados ao uso dos métodos anticoncepcionais, há outros aspectos, como ter recursos financeiros para comprá-los, consegui-los ou não no posto de saúde gratuitamente, o companheiro concordar, tomar escondido, lembrar todo dia, colocar/usar de modo e no momento correto.

O pouco conhecimento que têm as mulheres da diversidade de métodos anticoncepcionais menos nocivos à saúde, bem como o despreparo dos agentes de saúde na orientação das opções anticonceptivas disponíveis e mais indicadas para determinada mulher, fazem parte dessa agenda de dificuldades. Esses aspectos apontados por Serruya são importantes para compreender em que contexto é vivida a prática anticonceptiva no Brasil.

A medicalização da contracepção tem na esterilização sua maior expressão, ao tornar possível que mulheres temerosas do uso de outros contraceptivos elejam na grande maioria das vezes um método cirúrgico e definitivo. Quando mulheres recusam métodos contraceptivos

seculares, como o coito interrompido, acreditando que somente os métodos medicalizados lhes asseguram eficiência e segurança, evidencia-se o papel desempenhados por estes nas decisões sobre a saúde reprodutiva e sexual das mulheres (Serruya, 1996).

Outro aspecto importante salientado nesse trabalho e que merece preocupação é o número de mulheres que se decidem pela esterilização sem terem previamente passado por outros métodos. Embora a laqueadura seja o método anticonceptivo mais caro, mais medicalizado e mais radical entre os existentes, é nela que as mulheres depositam suas esperanças de resolver sua vida reprodutiva, o que fazem muitas vezes sem se dar conta dos aspectos que podem estar implícitos nessa decisão.

O modelo médico no tratamento da questão da anticoncepção se consolidou por oferecer respostas aos anseios sociais surgidos com a falta de alternativas para a resolução dos problemas da área, mas ao colocar-se como uma tecnologia eficaz e eficiente para todos não definiu sob que limites essas promessas podem ser, de fato, cumpridas. Sem efetivo acesso universal aos cuidados médicos nas sociedades concretas, o corpo feminino se apresenta como produto de uma medicalização que privilegia a reprodução ou a sua negação (Vieira, 1999).

Alia-se a essa medicalização o fato de os discursos a favor do controle de natalidade partirem de interlocutores diversos, e algumas vezes de campos sociais contrários, que reforçam e naturalizam a opção pela esterilização (Serruya, 1996; Berquó e Arilha, 1993). Muitas mulheres mencionam as pressões colocadas pela família para se submeterem à laqueadura, aconselhando ou mesmo providenciando a cirurgia. A concretização da cirurgia surge como uma tarefa de todos. A mãe, as irmãs, as cunhadas, enfim, as mulheres da família têm papel fundamental nessa decisão. Os elevados percentuais de mulheres que se dizem satisfeitas com a esterilização, cerca de 80%, em diversas pesquisas realizadas no país representam um efeito-demonstração para outras mulheres.

O fato de mulheres esterilizadas declararem que aconselhariam outras mulheres a recorrer a essa prática, bem como o desejo expresso por mulheres jovens de recorrer à esterilização no futuro, reforçam a interpretação de que a difusão vinda do passado e intensificada no presente poderá avançar no futuro. Essa rede familiar e social permeia gerações,

raças e todos os setores sociais, num processo do qual também faz parte a cumplicidade médica: “Seu vigor poderá ser atenuado quando recursos de saúde reprodutiva disponíveis, livres de discriminação, permitirem que escolhas informadas dêem às mulheres possibilidade de exercerem seus direitos sexuais e reprodutivos” (Berquó, 1997: 14).

Também há que se considerar que há um grupo das mulheres que decidem pela esterilização e a buscam por si mesmas e ativamente e um outro grupo em que outrem tem o papel de estimulador e incentivador desta decisão. É importante ponderar ainda que a estrutura assistencial existente acaba por colocar sobre o médico a responsabilidade pelo aconselhamento ou, na prática, por uma decisão de gravíssima importância no lugar do seu paciente: “O prestígio do aconselhamento médico, seu lugar na estrutura técnica da previdência social, seu monopólio no nefando sistema da medicina de grupo, facilitado no caso da esterilização por polpudos recursos financeiros, concorrem fortemente para o cenário apresentado” (Berquó, 1986).

Em suma, o que se quis destacar nessa breve passagem por alguns dos trabalhos selecionados é que *o fato de não querer ter filhos ou não ter mais filhos* configura-se na razão mais importante da decisão das mulheres de esterilizar-se, como destacam as conclusões dos trabalhos de Berquó e Arilha (1993), Perpétuo (1996), Serruya (1996) e Villela e Barbosa (1996). Segundo Berquó e Arilha (1993), essa atitude das mulheres reflete, no contexto social, uma nova postura feminina capaz de expressar sem constrangimentos suas vontades, uma vez que anteriormente as mulheres repetiam o que era permitido falar, alegando, na maioria das vezes, questões de saúde para concretizar seu desejo pela esterilização. A escolha pela esterilização não encerra um comportamento simplesmente passivo e negativo: ao contrário, o fenômeno pode estar sendo processado com distintos significados no imaginário feminino.

Em um contexto de poucas perspectivas sociais e de poucas parcerias, restrito também é o leque de opções conscientes de que dispõem as mulheres para tentar resolver suas questões reprodutivas. Assim, realizar a esterilização pode ser uma delas.

No entanto, há que se considerar outras linhas de análise em que o recurso à esterilização é assim apresentado: “considerando-se a desigualdade econômica e a exclusão social, tampouco é excessiva ou desmedida a interpretação do que a esterilização feminina significa para muitas

mulheres [...] um ato extremo de desespero diante do que aparenta ser um beco sem saída, não só em relação à miséria, mas também contra a cultura da violência em que se transformou o cotidiano de milhões de brasileiros e brasileiras [...]. A esterilização [...] é a interrupção do futuro e o desencantamento consigo próprio. Não se acredita mais que amanhã vai ser outro dia” (Corrêa, 1993).

Muitos sonhos foram e continuam sendo depositados na esterilização: não ter de se defrontar cotidianamente com o uso de anticoncepcionais, não ter de responder a perguntas constrangedoras ao competir no mercado de trabalho, ter condições de aprimorar sua formação para disputar no mercado de trabalho e mesmo vivenciar sua sexualidade de maneira mais livre e autônoma. Assim, a esterilização, que poderia representar um abuso social sobre os direitos reprodutivos da mulher, torna-se um instrumento de resgate da identidade feminina e acena com a possibilidade de um cenário mais ameno em suas vidas, tanto do ponto de vista econômico quanto reprodutivo (Berquó e Arilha, 1993).

No entanto, muitas mulheres que procuraram na esterilização uma solução para o conflito de ter e criar filhos descobriram, após a laqueadura, que o seu cotidiano pouco mudou. De fato, a “opção” pela esterilização no Brasil parece ter sido mais perversa do que libertadora, porque a crença de que ela seria a resolução dos problemas não se efetivou. No mercado de trabalho, o ato de equacionar produção e reprodução propiciou um melhor desempenho na carreira produtiva, mas não garantiu por si só as melhorias esperadas; as questões referentes às tarefas domésticas se alteraram muito pouco em relação ao modelo tradicional depois que as mulheres foram para o mercado de trabalho; as relações de gênero mostraram-se também muito mais complexas e pouco suscetíveis às mudanças (Serruya, 1996).

Em seu estudo a partir de grupos de discussão com mulheres da cidade de São Paulo (esterilizadas e não-esterilizadas, assalariadas e não-assalariadas), Berquó e Arilha (1993) encontraram dentre os vários resultados importantes — alguns também presentes nos trabalhos de Villela e Barbosa (1996) e Serruya (1996) — o de que o elemento diferenciador entre esterilizadas e não-esterilizadas residia na enorme diferença entre partos por cesáreas, mais frequentes em mulheres que foram esterilizadas. Vale destacar que já no primeiro parto foi

superior a incidência de partos abdominais no grupo das mulheres que mais tarde seriam esterilizadas, ou seja, a aceitação da cesariana no primeiro parto pode já representar maior aceitação dessa tecnologia como resolução de demandas anticonceptivas futuras. A questão colocada foi: as esterilizadas no último parto, por cesárea, fizeram parto abdominal para esterilizar-se ou foram levadas a esterilizar-se por terem sido submetidas a cesáreas prévias que acabaram por determinar a indicação médica de uma laqueadura? Ou, ainda: ambos os fatores eram intervenientes?

A hipótese de uma cesárea no último parto para esterilizar-se foi verificada tomando-se em conta que 64% das mulheres da amostra de esterilizadas só fizeram cesárea no último parto. Entre as mulheres esterilizadas que fizeram uso da cesariana já no primeiro parto houve manifestações de que um dos fatores determinantes dessa escolha seria a intolerância à dor, possível de ser controlada mediante a tecnologia de analgesia utilizada nos partos cirúrgicos. Por outro lado, parece existir no universo simbólico dessas mulheres uma clara associação entre “ser pago” e “ser bom”.

Segundo suas concepções, se a cesariana é um procedimento de rotina nos hospitais privados e não nos públicos, isso se deve ao fato de ser algo mais positivo. Assim, as mulheres, em uma inversão lógica, preferem ser operadas para ser mais bem assistidas. É nesse sentido que a cesárea também ganha *status* e torna-se objeto de desejo das mulheres (Serruya, 1996).

Segundo dados da PNAD-1996, de 60% a 86% das esterilizações que ocorrem no Brasil têm no parto cesáreo o *locus* privilegiado para a sua realização. Esses índices impressionantes para São Paulo, Rio de Janeiro e região Sul são de 74,4%, 71,9% e 67,6%, respectivamente (Janowitz et alii, 1985; Rutenberg e Feraz, 1988; Faúndes e Cecatti, 1991; Barros et alii, 1991; Berquó, 1993 e 1999; Projeto Fnuap, 1998). Assim, vale destacar a afirmação de Berquó (1995: 18) de que “há no Brasil um abuso da moderna tecnologia reprodutiva. Por um lado, uma elevadíssima prevalência de partos cirúrgicos e, por outro, o predomínio da contracepção cirúrgica. Mas acima de tudo, e neste sentido o Brasil é caso único, há uma significativa associação entre ambos, o que se constitui como sério problema de saúde pública”.

A medicalização, mais especificamente a do corpo feminino, se estabelece no século XIX em meio aos discursos de exaltação da maternidade, o que contribuiu sobremaneira para a valorização da vida feminina na sociedade ocidental, na medida em que permitiu o desenvolvimento de técnicas que aumentaram a sobrevivência materna. Foi justamente por meio dessa concepção que a medicina se apropriou do corpo das mulheres, transformando-o em seu objeto de saber e prática (Vieira, 1999).

A produção de idéias médicas sobre o corpo feminino não se fez de forma teórica e isolada. Por quase três séculos os médicos se prepararam para ocupar o lugar das parteiras e efetivamente transformar o parto em um evento médico. Até o século XVIII o parto era vivido como um perigo de morte real, sendo a mortalidade materna bastante elevada na Europa ocidental. A medicina necessitou de todo o século XIX para desenvolver técnicas cirúrgicas, anestésicas e de assepsia para efetivamente dominar essa prática.

O processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber nessa área e para o desenvolvimento do ensino médico. Segundo Foucault (1980b), foi a partir do século XVIII que as instituições hospitalares incorporaram características diferentes daquelas que até então faziam delas um abrigo para pobres, doentes e desvalidos.

No Brasil, a assistência ao parto foi desenvolvida também por parteiras até o século XIX. Em 1809 as artes obstétricas começaram a ser ministradas na Escola do Rio de Janeiro como disciplina pertencente à cadeira de cirurgia, permanecendo por décadas como um estudo teórico em que se utilizavam bonecos para simulação de situações práticas. Até o final do século XIX muitos médicos formavam-se sem jamais terem visto um parto ou procedido a um exame obstétrico: o parto continuava sendo atributo de parteiras diplomadas ou práticas. Data de 1911 o estágio na enfermaria de obstetrícia para estudantes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Magalhães, 1922).

A incidência ideal de partos cesáreos vem sendo intensamente discutida na comunidade gineco-obstétrica. No entanto, vale notar que a Organização Mundial de Saúde recomenda uma taxa de partos cesáreos entre 6% e 16%. No Brasil, segundo dados da PNDS, essa incidência era

32% em 1986 e passou para 36% em 1996, a mais alta taxa do mundo. Lideram essas estatísticas o estado de São Paulo, com 52%, e a região Centro Oeste, com 49%.

Segundo Diniz (1996: 2-3), “para muitas feministas, apesar de todas as críticas já realizadas, do ativismo e de eventuais ‘mudanças cosméticas’ nas práticas, as crenças depreciadoras sobre o corpo das mulheres e sobre o parto não mudaram substantivamente dos anos 60 até os dias atuais. Ao contrário, a formação médica está cada vez mais orientada para o consumo de tecnologia e, na década de 80, a proliferação de exames e outras tecnologias de intervenção na assistência ao parto teria deixado as mulheres mais vulneráveis do que nunca à idéia de que o parto é inevitavelmente arriscado e perigoso. Submeter-se a uma cirurgia tornou-se o recurso mais comum no país, tanto para ter como para evitar filhos”.

Estudo de âmbito nacional com pacientes do Inamps conduzido por Granado-Neiva (1992) mostrou um crescimento na proporção de nascimentos por cesárea de 15% em 1970 para 31% em 1980. Pesquisa com um milhão de nascimentos ocorridos entre 1981 e 1986 em 192 maternidades de quinze estados brasileiros (Clap/OPS/OMS, 1988) revelou um crescimento de 20% para 26%. Demonstrou também que os hospitais privados que atendem a população de renda mais alta foram aqueles que apresentaram os maiores índices de operações: de cada cem partos, sessenta eram cesáreos.

Em 1995, o estudo “Saúde reprodutiva e práticas obstétricas no Brasil” (Nepo-Unicamp et alii, 1996)⁵ investigou junto a médicos as práticas obstétricas em hospitais com índices de parto cesáreo considerados elevados, moderados e baixos, além de verificar nestes a existência ou não de infra-estrutura adequada para a viabilização desses procedimentos cirúrgicos. Os resultados mostraram uma grande dispersão entre os índices de partos cesáreos nos diferentes tipos de hospitais e regiões do país, que não pôde ser explicada por diferenciais de treinamento e experiência profissional dos médicos ou de critérios clínicos de indicação⁶.

⁵ Contou com a participação de pesquisadores do Núcleo de Estudos de População da Universidade de Campinas, do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais e das Universidades do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e Universidade do Texas.

⁶ Os obstetras entrevistados nessa pesquisa manifestaram possuir muita experiência em partos cesáreos e demonstraram estar cientes de que a cesárea não oferece, para a saúde da mulher, a mesma segurança que o parto normal. No que se refere à demanda das mulheres por partos vaginais ou cesáreos, 89% afirmaram que realmente existem mais mulheres que preferem partos cirúrgicos a partos normais. Com relação às razões mais importantes

É consenso entre aqueles que se dedicam ao estudo do tema que as razões desses crescentes índices de partos cesáreos e sua associação com a ligadura tubária extrapolam fatores médicos, sendo também determinados por fatores socioculturais, institucionais e legais. Na bibliografia especializada levantada foi possível apreender que existem quatro instâncias principais que devem ser consideradas para se compreender a incidência dos elevados percentuais de partos cesáreos no Brasil, as quais podem ser assim resumidas: i) por parte das mulheres, despreparo para o parto normal (pré-natal inadequado), possibilidade de evitar a dor do trabalho de parto, crença de que o parto normal representa maior risco para o bebê (desinformação), comprometimento da fisiologia sexual e conveniência na escolha do dia e hora para o parto; ii) conveniência dos médicos (praticidade de hora e dia marcados para a realização de partos cesáreos; menor tempo gasto no atendimento); iii) realização de cesáreas com a finalidade exclusiva de proceder a uma ligadura tubária; iv) treinamento inadequado dos gineco-obstetras na condução de partos normais e conseqüentemente a realização de cesáreas desnecessárias e não justificadas.

Historicamente, a cesárea surgiu como uma “alternativa para situações extremas, na tentativa de salvaguardar mais a vida fetal que a materna: na antiga Roma, a Lex Regia já estabelecia que a cesárea deveria ser realizada na gestante que morresse, com a finalidade de salvar a criança. As primeiras cesáreas em mulheres vivas surgiram no século XVI e eram praticadas em condições tão precárias que quase todas as mulheres submetidas ao procedimento acabavam morrendo por complicações imediatas ou tardias” (Cecatti et alii, 1999). Desde essa época até os dias atuais, técnicas modernas foram sendo desenvolvidas para o parto cesáreo, tornando-o um procedimento cada vez mais seguro. À medida que a mortalidade e a morbidade associadas à cesárea foram sendo controladas mediante a introdução destas técnicas, os médicos

dessa preferência, 65% mencionaram o temor da mulher ao parto vaginal, 11% a possibilidade de fazer a ligadura e 8% o fato de que na cesárea existe analgesia. Quanto às indicações para prescrever cesárea, 96% citaram a desproporção céfalo-pélvica, 79% o diagnóstico de herpes genital e 61% pré-eclâmpsia grave. A pesquisa chamou a atenção também para o elevado número de médicos (80%) que em situações como sangramento no terceiro trimestre, malformações fetais, gestações múltiplas e cesárea anterior aconselhariam a realização de cesárea, dependendo do estado geral da mulher. Detectou ainda algumas incongruências entre as opiniões dos profissionais e suas condutas quanto ao melhor momento de se realizar a laqueadura: 45% disseram que o melhor momento é fora do período gravídico puerperal, mas, perguntados sobre as vias de acesso e/ou técnicas que utilizam com maior frequência nas ocasiões em que fizeram ligadura tubária, 73% afirmaram ter usado a cesárea como primeira via.

começaram a encontrar cada vez mais razões que justificassem a sua realização (Cecatti et alii, 1999).

Em todo o mundo têm crescido a frequência e a popularidade da cesárea, que se associam ainda à redução significativa da morbimortalidade materna e perinatal. Ainda que seja inquestionável tal associação, parece claro que muitos dos fatores determinantes dessa redução se relacionam com o concomitante desenvolvimento de técnicas de assistência à gravidez, ao parto e aos cuidados neonatais, e não necessariamente com a via de parto. Confirma essa assertiva o fato de que muitos países, principalmente europeus, apresentaram sensível e progressiva redução de mortalidade materna e perinatal e mantiveram estáveis e baixas as taxas de cesáreas ao longo do período de incorporação dessas tecnologias.

Entretanto, a aparente correlação de causa e efeito entre cesárea e redução da morbimortalidade tem servido para respaldar o aumento indiscriminado da prática da cesariana no mundo inteiro, principalmente no Brasil, onde apresenta proporções alarmantes e que podem ser consideradas epidêmicas, sobretudo pelo seu uso como anticoncepção definitiva para um contingente feminino cada vez maior e mais jovem.

A cesárea, embora segura e de simples execução, apresenta riscos associados à sua indicação. Em condições semelhantes, relacionam-se de 2 a 11 vezes maiores os riscos de morte materna na cesárea em relação ao parto vaginal. Petitti (1985) e Shearer (1993) referem riscos maiores de infecção, embolia, hemorragia e acidentes anestésicos associados à sua realização, com morbidade materna 5 a 10 vezes maior do que no parto vaginal. Comparativamente ao parto vaginal, a cesariana apresenta maior mortalidade materna (até 12 vezes maior do que no parto vaginal), maior morbidade materna (7 a 20 vezes maior), dobro de permanência hospitalar, convalescença e alterações psicoafetivas prolongadas, aumento da incidência de problemas respiratórios do recém-nascido e aumento da morbidade neonatal.

No que se refere ao feto, a utilização da cesariana tem inegável conveniência para resolver ocorrências de prolapso de cordão, descolamento prematuro de placenta, desproporção feto-pélvica, sofrimento agudo, entre outras. A dúvida recai em procedimentos eletivos sem uma indicação precisa.

Em que pese o fato de cerca de 75% dos partos no país serem hospitalares, 18% de todas as mortes durante a gravidez acontecem por complicações ligadas ao parto. Com relação aos riscos que enfrentam as mulheres em um parto cesáreo, os dados mundiais mostram que a mortalidade materna se dá tanto pelo aumento de hemorragias e complicações por infecções puerperais como pelos riscos que se incrementam por causa da anestesia utilizada.

Com o propósito de destacar a diferença entre o que se considera indicação precisa e oportuna de cesariana — que indubitavelmente beneficia mãe e/ou feto — e os casos em que seu uso pode trazer mais prejuízos do que benefícios, reproduzimos a seguir as categorias propostas por Faúndes e Silva (1998: 670-73) — “absolutamente não justificadas”, “maljustificadas”, “com justificação duvidosa” e “plenamente justificadas”:

- ***Absolutamente não justificadas*** são aquelas realizadas sem qualquer vantagem para os interesses da saúde da mãe e do recém-nascido e que aumentam o risco de morbidade e ou mortalidade de ambos. Pode-se constatar, por inúmeros trabalhos anteriores, que estas são as mais freqüentes para explicar o crescimento exponencial das taxas de cesariana nos últimos anos. Deve ainda ser incluídas nesta classificação aquelas cirurgias realizadas *com o objetivo único de tornar oportuna a laqueadura* [grifo meu], distorção grave dos princípios mais elementares da obstetrícia e do planejamento familiar. Não se encontram nestas situações justificativas de necessidade para sua realização e sim do desejo da paciente ou do médico, ou de ambos, atendendo a um complexo de opiniões fortemente inter-relacionadas, destes atores com outros. O parto cirúrgico transforma-se em “bem de consumo”, que obedece às regras clássicas de mercado: onde quem pode paga e compra.
- ***Maljustificadas*** são aquelas que têm sua indicação baseada em condutas obstétricas demonstradamente não apropriadas. Inclui-se neste grupo aquelas cesáreas realizadas pela existência do antecedente obstétrico de uma cesárea anterior sem realização de porva de trabalho de parto — lembrando do aforismo que perdura há décadas de que “uma vez cesárea sempre cesárea” —, ou para resolver o parto de apresentação pélvica em múltiparas (com feto não macrossômico), ou em situações obstétricas de interrupção da gestação que permitiriam

uma tentativa real de indução de parto (refere-se à interrupção gestacional por interesse materno, como patologias hipertensivas, diabetes, cardiopatias, pós-datismo);

- **Com justificação duvidosa:** são aquelas baseadas em diagnósticos duvidosos ou errados, sendo que sua efetivação aumenta o risco da mãe e do feto, sem vantagens para ambos: distocia funcional (discurso de mulheres com cesárea recente ou anterior: não tive dilatação, sofri muitas dores e cólicas dois dias seguidos, o bebê não descia), sofrimento fetal agudo (decidir, por exemplo, por cesárea após o diagnóstico de presença de mecônio é considerado insuficiente para juizar sobre a saúde do feto e sua interpretação equivocada contribui para muitas cesáreas desnecessárias) e desproporção céfalo-pélvica (minha bacia era pequena, meu filho era muito grande, canal estreito e o feto não desceu). Infelizmente, são raros os médicos que sabem avaliar com precisão a bacia, o trajeto e identificar a sua proporcionalidade e com certeza poder indicar uma cesárea;
- **Plenamente justificadas:** são assim chamadas aquelas que permitem preservar a saúde ou proteger a vida da mãe e/ou do feto. Exemplo destas situações são: placenta centro-total, sofrimento fetal confirmado e intratável, apresentações anômalas, doenças maternas ou do concepto que não permitam a atividade uterina (ou indução) sem agravos pronunciados à saúde da mãe ou do feto.

A bibliografia médica especializada consultada não discrepa dos achados na área de saúde reprodutiva que tratam desse tema: as elevadas taxas de cesariana registradas no Brasil afastam-se acentuadamente daquelas que seriam consideradas adequadas à nossa população e não se relacionam exclusivamente a problemas obstétricos. Os números mostram que em pacientes com nível socioeconômico mais baixo, para as quais se esperam com maior frequência as complicações na gravidez e no parto, os índices de cesárea são de 10% a 15%; já para a classe social mais alta, com menores riscos, a incidência é de 50%. Nas pacientes com assistência pré-natal adequada e assistência intraparto correta é de se esperar que menos de 10% das gestações necessitem de intervenção cirúrgica. Comprova-se assim que o percentual quatro vezes maior que o esperado nas taxas de cesariana não se deve exclusivamente a fatores obstétricos, mas também a atitudes morais e éticas do médico vinculadas ao desejo e desinformação da gestante.

Na questão das indicações de cesárea, Haverkamp e Orleans (1987) e Mold e Stein (1986) chamam a atenção para um aspecto extremamente importante e que se refere aos sistemas de avaliação de risco em gestantes, os quais, segundo os autores, são de alta sensibilidade mas de baixa especificidade, o que leva a que muitas mulheres sejam tratadas como portadoras de um perfil de alto risco quando de fato não o são. Esses inúmeros procedimentos a que são submetidas determinadas gestantes — cuja eficácia e segurança já vêm sendo debatidas — desencadeiam às vezes uma intervenção final, ou seja, uma cesárea.

Outro fator que tem contribuído muito para o crescimento dos índices de cesárea relaciona-se com a falta de treinamento médico ao se calcular a idade gestacional, incorrendo em erros que aumentam o risco de prematuridade fetal ao se realizar a parto de a cesárea antes ou depois do momento apropriado (quando este é o caso apropriado).

Também merecem destaque os percentuais de realização de cesárea em virtude do medo manifestado pela paciente em relação à dor do parto normal. Em razão disso foi baixada uma portaria do Ministério da Saúde que passou a remunerar a analgesia no parto normal para usuárias dos serviços públicos, mas sua disponibilidade, muitas vezes desconhecida de mulheres e médicos, não redundou em redução automática nos percentuais de cesáreas. Isso evidencia a dificuldade de implementação de medidas nessa área, como tem sido o caso de outras portarias, com medidas, por exemplo, como a remuneração do parto normal (sem distocia) por enfermeira obstetra, a fixação de percentuais máximos de partos cesáreos para os hospitais ligados à rede SUS e a não-permissão de realização da ligadura antes de 42 dias após o parto.

Lamentavelmente, a assistência ao parto no Brasil parece caminhar na direção oposta à que recomendaria a evidência empírica sobre os riscos obstétricos, ou seja, uma intervenção criada para proteger a vida da mãe e da criança, quando tal for uma opção consciente e necessária para a mulher, bem como realizada adequadamente, torna-se um perigo para uma delas ou para ambas, quando utilizada somente para a conveniência do médico ou da mãe ou como resultado das incongruências do sistema de saúde (Faúndes e Cecatti, 1991: 161).

Tendo como pano de fundo as abordagens, considerações e críticas apresentadas neste capítulo inicial, espera-se, com o estudo proposto nesta tese, incluir a instância individual —

neste caso o desejo por um determinado tipo de parto — como um elemento importante a ser considerado na compreensão dos índices atuais de parto cesáreo.

Capítulo 2

Aspectos Metodológicos da Pesquisa

O estudo longitudinal aqui apresentado contou com uma amostra semi-intencional de 360 gestantes residentes no Município de São Paulo. As gestantes foram entrevistadas em três momentos do seu ciclo gravídico puerperal: o primeiro, até a 22ª semana de gestação; o segundo, no mês anterior à provável data do parto; e por fim entre dez e quarenta dias após o parto.

As dificuldades encontradas em um estudo dessa natureza são em grande medida oriundas da necessidade de entrevistar os mesmos indivíduos em distintos momentos do tempo, de modo que a perda de contato com o entrevistado — por mudança de endereço, por exemplo — ou sua recusa em continuar participando são problemas praticamente inevitáveis nesse tipo de pesquisa longitudinal. Este estudo prospectivo com mulheres grávidas representa um desafio adicional porque a realização das entrevistas está vinculada ao desenvolvimento da gestação. Assim, houve casos de gestantes que não puderam continuar na pesquisa por perdas fetais ou por terem tido o bebê antes do previsto, tanto por prematuridade quanto por equívocos na determinação da idade gestacional.

Com base em três parâmetros — resultados de outros estudos longitudinais quanto ao percentual de casos perdidos por recusa e dificuldade de localização; estimativas correntes na literatura sobre as taxas de mortalidade intrauterina; e estimativas de uma certa proporção de perdas em virtude de equívocos sobre a idade gestacional —, estabeleceu-se uma perda esperada de 20% na amostra, correspondente aos casos de impossibilidade de realização de entrevistas nas seguintes circunstâncias: causas biológicas e gestacionais; idade gestacional equivocada; endereços não localizados; mudanças de endereço; gestantes não encontradas em casa depois de três revisitas; e recusas em continuar a pesquisa.

As gestantes que compõem a amostra foram contatadas inicialmente nos serviços de saúde públicos (e/ou filantrópicos) e privados do município de São Paulo. Esses serviços foram

selecionados de forma a maximizar a probabilidade de ocorrência do parto nos hospitais que fizeram parte da amostra da pesquisa “Saúde reprodutiva e práticas obstétricas no Brasil”, de 1995, que contemplou obstetras e instituições hospitalares.

Na Tabela 1 apresentam-se os serviços de saúde pesquisados e as respectivas proporções de partos cesáreos.

Tabela 1
Serviços de saúde pesquisados e respectivas proporções de partos cesáreos

Serviços públicos	% cesáreas	Serviços privados	% cesáreas
Hospital Ipiranga ¹	17,0	Hospital Presidente	27,5
Hospital Interlagos ¹	30,5	Hospital São José do Brás	65,0
Hosp. Mat. Amparo Maternal	36,1	Hospital Leão XIII ¹	70,0
Hospital das Clínicas	50,5		
Hospital do Servidor Público	51,0		

Nota: (1) Não fez parte da pesquisa de 1995.

2.1. Desenho da Amostra

A distribuição das gestantes no estudo proposto respeitou inicialmente a conformação apresentada na Tabela 2.

Tabela 2
Distribuição das gestantes da amostra, segundo setor de atendimento e parturição

Parturição	Setor de atendimento		Total
	Público	Privado	
Primíparas	100	60	160
Múltiparas	140	60	200
Total	240	120	360

A adoção desse tipo de amostra assentou-se nos seguintes pressupostos:

- Realizou-se um maior número de entrevistas em serviços de saúde públicos (isto é, aqueles que atendem pelo SUS) do que em serviços privados (que atendem clientela

particular e de planos de saúde/convênios), já que a maioria das mulheres brasileiras utiliza-se do primeiro tipo de serviço e também porque a pesquisa teve por finalidade contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas fundamentalmente à população atendida pelo SUS.

- Nos serviços públicos foi entrevistado um número proporcionalmente maior de mulheres multíparas (mulheres que já tiveram filhos) do que de primíparas (mulheres grávidas do primeiro filho), já que a fecundidade das mulheres que procuram hospitais públicos é maior do que a de mulheres que utilizam os serviços privados e também porque as multíparas da rede pública têm mais chance de cumprir os requisitos à demanda por esterilização, por terem maior fecundidade.
- Entrevistou-se um número igual de primíparas e multíparas no setor privado, já que a clientela desses serviços geralmente tem em média um ou dois filhos e, também, porque interessava garantir a representatividade do grupo de primíparas nesse tipo de serviço, pois o nascimento do primeiro filho por parto cesáreo é mais comum entre elas do que entre as primíparas usuárias do setor público.

Das usuárias dos serviços de saúde selecionados foram consideradas elegíveis para participar da pesquisa as mulheres que satisfizessem os seguintes critérios: ter diagnóstico confirmado de gravidez; residir no município de São Paulo; pretender dar à luz em um hospital/maternidade situado no Município; ter idade entre 18 e 40 anos; idade gestacional até o quinto mês (inclusive) ou até a 22ª semana de gestação (inclusive); ter tido no máximo duas consultas de pré-natal; e aceitar assinar o consentimento informado.

É importante considerar que o critério “idade entre 18 e 40 anos” foi adotado porque as gestantes com idade inferior a 18 anos necessitariam do consentimento informado co-assinado por seus pais, procedimento que dificultaria bastante o andamento da pesquisa. Outro aspecto importante refere-se ao critério “número de consultas de pré-natal”: consideraram-se tais consultas aquelas realizadas em razão da gravidez, ou seja, para controle do andamento da gestação, ignorando-se portanto contatos com o médico ou consultas não programadas como de pré-natal, motivadas por intercorrências.

Quanto ao momento de realização das entrevistas, as gestantes respondiam ao questionário nas seguintes situações: na saída da primeira consulta (com o diagnóstico de gravidez já confirmado anteriormente); na espera da segunda consulta; na saída da segunda consulta; na espera da terceira consulta (nesse caso, as entrevistadoras foram orientadas a terminar a entrevista antes da entrada da mulher). No entanto, esses procedimentos de abordagem se mostraram pouco compatíveis com a realidade das usuárias dos serviços privados, uma vez que as mulheres que atendiam ao critério de tempo gestacional de 22 semanas na sua grande maioria já tinham realizado três consultas de pré-natal. Assim, ampliou-se esse critério para o setor privado, admitindo-se entrevistar mulheres na saída da terceira consulta e na espera da quarta, observado o procedimento de terminar a entrevista antes que a mulher entrasse em nova consulta.

2.2. Os Instrumentos de Coleta de Informações

A primeira entrevista foi realizada nos locais predeterminados e já mencionados. Nessa primeira abordagem procurava-se inicialmente saber se a gestante preenchia os critérios de elegibilidade definidos, para em seguida informar-lhe os objetivos da pesquisa, a necessidade dos outros dois encontros e que as informações por ela fornecidas só seriam utilizadas com a finalidade exclusiva de pesquisa. À entrevistada também foi assegurado que sua decisão de não participar da entrevista em nada comprometeria seu atendimento naquele serviço. Também nesse momento inicial a entrevistadora apresentava o Consentimento Informado, solicitando que a entrevistada o assinasse para daí iniciar a entrevista.

O primeiro questionário foi composto sobretudo por perguntas fechadas, que buscavam saber as intenções e expectativas da gestante em relação ao pré-natal, parto (tipo de parto desejado, partos tidos) e intenção anticonceptiva, além de conter algumas questões socioeconômicas e demográficas. Seu principal objetivo foi introduzir de maneira bem sintética questões que seriam aprofundadas no decorrer dos outros dois encontros. Ao término da aplicação desse questionário, e com a

finalidade de viabilizar os demais encontros, foi aplicada uma ficha de endereços a fim de obter uma série de dados que permitissem localizar esta mulher e assim garantir sua participação nas demais etapas da pesquisa.

O segundo questionário foi realizado na maioria das vezes na casa da entrevistada, um mês antes da data provável do parto. Teve como objetivo verificar mudanças de intenções e expectativas detectadas na primeira entrevista, estabelecer os motivos de tais modificações e verificar o tipo de atendimento recebido nos serviços de saúde. Esse questionário, além de contemplar as principais questões já contidas no primeiro, introduziu outras relacionadas à influência de terceiros (familiares, amigos e médico) e da mídia nos assuntos relacionados à gravidez, parto e amamentação.

A terceira entrevista foi realizada na casa da gestante, no posto de vacinação ou no local da consulta pós-parto, dependendo da preferência da mulher, até quarenta dias pós-parto ou quando a mulher, no contato prévio, manifestasse oportuno receber a entrevistadora. Nesse sentido, mulheres contatadas até dez dias depois do parto já se pronunciavam disponíveis para a realização da terceira entrevista. Com esse questionário procurou-se verificar os resultados em termos das condições de atendimento pelos serviços de saúde, o tipo de parto realizado, a ocorrência ou não de laqueadura tubária no pós-parto imediato e, sobretudo, os fatores determinantes e condicionantes dos resultados encontrados. Nas onze seções desse questionário buscou-se abranger as possibilidades de situações relacionadas ao tema, ou seja, nele havia seções específicas sobre cada tipo de parto, para esterilizadas e não-esterilizadas, e sobre níveis de satisfação da gestante quanto aos serviços de pré-natal e atendimento no parto.

A equipe de entrevistadoras era composta por seis mulheres, com formação nas áreas de ciências sociais e da saúde. Os questionários utilizados, além do consentimento informado e da ficha de endereço, encontram-se no Anexo.

2.3. Implementação da Pesquisa de Campo

A implementação da pesquisa nos serviços de saúde selecionados foi precedida por um contato realizado por uma consultora local contratada pelo projeto (médica), que se incumbiu de reunir-se com os diretores e representantes de comissões de ética dos respectivos hospitais, a fim de viabilizar a realização da pesquisa naquele local.

As entrevistadoras recebiam, além de treinamento e orientação para a aplicação dos instrumentos, manuais das entrevistas. As cotas referentes ao tipo de serviço, local e parturição das gestantes a serem entrevistadas eram fornecidas a cada entrevistadora pela coordenação da pesquisa. Encontros semanais eram realizados entre as entrevistadoras e a supervisora de campo, que acompanhava todo o desempenho e dinâmica do trabalho.

Foi na captação de gestantes nos serviços privados que residiu a maior dificuldade em cumprir a cota preestabelecida para o estudo, de modo que se recorreu a várias estratégias para propiciar o encontro dessas gestantes, tais como nossas redes de relações pessoais, em academias de ginástica onde havia cursos de hidroginástica para gestantes, filas de bancos, cursos e palestras sobre partos, além de consultórios médicos particulares.

A tentativa de utilizar os mesmos critérios de elegibilidade para usuárias dos serviços públicos e privados foi no decorrer da pesquisa se mostrando incompatível com a realidade encontrada, como já mencionado. Assim, alguns critérios de elegibilidade tiveram de ser modificados e novas estratégias adotadas a fim de captar mulheres usuárias dos serviços privados, bem como para que se mantivessem os 20% de perdas esperadas.

2.4. A Dinâmica do Campo

As entrevistas foram realizadas segundo as cotas por setor de atendimento e parturição previstas inicialmente. No entanto, como era de se esperar em um estudo longitudinal como o aqui proposto, houve uma perda efetiva de 17,2% de entrevistas. Abordam-se a seguir os

motivos dessas perdas, bem como as substituições que foram necessárias para se manter o percentual esperado de 20%.

Os motivos das perdas ocorridas entre a primeira e a segunda entrevistas e entre a segunda e a terceira (Tabelas 3 e 4) foram divididos em três grandes grupos: aqueles de caráter biológico, decorrentes da própria gestação; os relativos às dificuldades encontradas na localização da gestante, por insuficiência de endereço ou mudança e por não se haver encontrado a entrevistada depois de três tentativas; e recusas em continuar na pesquisa.

As perdas na segunda entrevista (Tabela 3) ocorreram mais freqüentemente por dois principais motivos: endereço não localizado e prematuridade. Nesse último caso decidiu-se imprimir uma dinâmica em que as entrevistadoras — ao se depararem já na primeira entrevista com uma mulher que tivesse, ou por história pregressa ou por complicações nesta gestação, a possibilidade de ocorrência de um parto prematuro — foram orientadas a efetuar o contato para a aplicação do segundo questionário até 45 dias, e não trinta, antes da data prevista para o encontro. Essa estratégia em muito contribuiu para que se mantivesse o número inicial de perdas por prematuridade.

Tabela 3
Motivos de perdas na segunda entrevista, segundo setor de atendimento

Motivos das perdas	Serviços públicos	Serviços privados
Causas biológicas/gestacionais	30	7
Prematuridade	19	6
Aborto	5	0
Perda fetal	4	1
Cálculo de idade gestacional errado	2	0
Causas relativas à localização da entrevistada	42	9
Endereço não localizado	22	3
Mudança de endereço	4	2
Entrevistada não encontrada	10	4
Mudou-se para fora do município	6	0
Recusas	3	2
Break da pesquisa	3	1
Total	78	19

Algumas hipóteses foram consideradas para explicar o grande peso relativo do segundo grupo de perdas nesse momento. A primeira refere-se ao maior lapso de tempo transcorrido entre a primeira e a segunda entrevistas, o que determinaria maior possibilidade de mudança de endereço da gestante. Outra hipótese refere-se ao fato de os serviços públicos de saúde serem regionalizados, ou seja, a mulher deve usar os serviços existentes na região onde reside, mas há casos em que, para ser atendida em outro serviço de sua preferência, ela fornece um endereço falso de residência (tanto para o serviço quanto para a entrevistadora), o que inviabilizou várias vezes a realização da segunda entrevista. Ressalte-se porém que se buscou esclarecer junto à entrevistada que a pesquisa não estava sendo realizada por aquele serviço.

A Tabela 4 demonstra o quanto foram significativamente menores as perdas ocorridas na terceira entrevista em comparação à segunda.

Tabela 4
Motivos de perdas na terceira entrevista, segundo setor de atendimento

Motivo das perdas	Serviços públicos	Serviços privados
Causas relativas à localização da entrevistada	13	0
Endereço não localizado	4	0
Mudança de endereço	0	0
Entrevistada não encontrada	3	0
Mudou-se para fora do município	6	0
Break da pesquisa	1	4
Total	14	4

Com relação às reposições que tiveram de ser feitas, é importante mencionar que as entrevistas foram realizadas guardando-se a mesma característica de setor de atendimento e parturição do questionário inicial perdido.

Os dados disponíveis das entrevistas que foram perdidas ao longo da pesquisa foram todos digitados, compondo um banco de dados também passível de análise, mesmo que parcial.

O desempenho da pesquisa de campo pode ser observado mediante a Tabela 5, no que se refere à composição da amostra inicial, às perdas ocorridas ao longo da pesquisa, às

substituições realizadas e à nova configuração do campo. Destaque-se que, considerando as reposições realizadas, foi possível finalizar a pesquisa mantendo o patamar de 17,2% de perdas.

Tabela 5
Síntese da pesquisa de campo

Parturição/setor de atendimento	Amostra inicial	Perdas (A)	Substituições	Amostra final (B)	Entrevistas realizadas (A + B)
Múltiparas/público	140	54	28	114	168
Múltiparas/privado	60	11	1	50	61
Primíparas/público	100	38	16	78	116
Primíparas/privado	60	12	8	56	68
Total	360	115	53	298	413

Por meio das Tabelas 6 e 7 demonstra-se que mesmo depois das reposições realizadas mantiveram-se os critérios e cotas preestabelecidos na pesquisa.

Tabela 6
Cotas inicial e final de entrevistas, por setor de atendimento e parturição

Sector de atendimento e parturição	Cota inicial (%)	Cota final (%)
Público	66,6	64,4
Privado	33,3	35,6
Múltiparas	55,5	55,0
Primíparas	44,5	45,0

Tabela 7
Quotas inicial e final de entrevistas, por parturição e setor de atendimento agregados

Parturição/ setor de atendimento	Cota inicial (%)	Cota final (%)
Múltiparas/público	38,9	38,3
Múltiparas/privado	16,7	16,8
Primíparas/público	27,7	26,2
Primíparas/privado	16,7	18,8
Total	100,0	100,0

2.5. Comparação de Perfis

Antes de se proceder a uma comparação propriamente dita entre os perfis, vale destacar que, numa caracterização geral, as perdas ocorreram em 80% no setor público e em 56,5% dos casos entre múltiparas; 58% das mulheres que não continuaram na pesquisa se declararam brancas e 40% negras; 84% eram casadas; e 50% possuíam o primeiro grau completo.

A fim de demonstrar que a amostra final não teve seu perfil comprometido pelas substituições realizadas, estabelecem-se a seguir algumas comparações desse perfil com o das entrevistas “perdidas” no que se refere às variáveis socioeconômicas e demográficas.

- *Cor*: essa variável praticamente não guardou diferença significativa entre os dois grupos, sendo o percentual de brancas da amostra pouco superior ao da perda, ao passo que entre as entrevistadas que não completaram a pesquisa havia mais mulheres negras (Tabela 8).

Tabela 8

Distribuição das entrevistadas na amostra final e nos casos de perdas, segundo cor

Cor	Amostra (%)	Perda (%)
Branca	60,4	58,3
Negra	36,2	40,8
Amarela	1,7	0,0
Indígena	1,0	0,9
Não sabe	0,7	0,0
Total	100,0	100,0

- *Estado conjugal*: o comportamento dessa variável também não apresentou diferença, sendo a condição de casada a preponderante nos dois casos (Tabela 9).

Tabela 9

Distribuição das entrevistadas na amostra final e nos casos de perdas, segundo estado conjugal

Estado conjugal	Amostra (%)	Perda (%)
Casada ou unida	83,2	84,3
Separada/divorciada	3,7	4,3
Viúva	1,0	1,7
Solteira	12,1	9,6
Total	100,0	100,0

- *Escolaridade*: a amostra final apresentou níveis mais elevados de escolaridade e anos de estudo mais bem distribuídos (Tabela 10).

Tabela 10

Distribuição das entrevistadas na amostra final e nos casos de perdas, segundo anos de estudo

Anos de estudo	Amostra (%)	Perda (%)
Analfabeta	1,7	0,0
1º grau incompleto	10,1	12,2
1º grau completo	29,5	37,4
2º grau incompleto	10,1	9,6
2º grau completo	28,2	22,6
3º grau incompleto	2,7	1,7
3º grau completo	17,8	16,5
Total	100,0	100,0

- *Idade*: observa-se na amostra final que o percentual de mulheres nos grupos de 26-29 anos e 30-33 anos é superior ao do mesmo grupo nas perdas e que, conseqüentemente, estas se apresentam com maiores percentuais de mulheres nos grupos etários mais jovens (Tabela 11).

Tabela 11

Distribuição das entrevistadas na amostra final e nos casos de perdas, segundo grupos etários

Grupos etários	Amostra (%)	Perda (%)
18-21 anos	22,8	22,6
22-25 anos	19,8	27,0
26-29 anos	26,8	22,6
30-33 anos	19,1	14,8
34-37 anos	7,4	8,7
38-40 anos	4,0	4,3
Total	100,0	100,0

- *Tipo de parto desejado*: observou-se que o desejo das mulheres que não chegaram a concluir a pesquisa apresenta praticamente a mesma tendência da amostra final, sendo o parto normal majoritariamente preferido por ambas (Tabela 12). Quando se comparam os perfis por parturição e setor de atendimento (Tabela 13), os diferenciais encontrados estiveram presentes nas mulheres multíparas do setor público que desejavam partos normais e entre as mulheres primíparas do setor privado que também desejavam esse tipo de parto. No primeiro caso o percentual de mulheres com essas características que não concluiu a pesquisa foi superior ao encontrado na amostra final; no segundo caso a situação se inverte.

Tabela 12
Proporções de preferências por tipo de parto nas perdas e na amostra final

Tipo de parto desejado	Preferência nas perdas (%)	Preferência na amostra final (%)
Normal	78,3	76,5
Cesáreo	20,9	21,5
Depende da opinião do médico	0,0	1,0
Não sabe/não tem preferência	0,9	1,0
Nº de casos	115	298

Tabela 13
Proporções de preferências por tipo de parto nas perdas e na amostra final, segundo parturição e setor de atendimento

Parturição/setor de atendimento	Tipo de parto desejado	Amostra final (%)	Perdas (%)
Multíparas/público	Normal	26,2	33,9
	Cesáreo	12,1	13,1
Multíparas/privado	Normal	9,7	6,1
	Cesáreo	7,0	3,5
Primíparas/público	Normal	24,2	27,8
	Cesáreo	2,0	5,2
Primíparas/privado	Normal	16,4	10,4
	Cesáreo	2,3	0,0

Capítulo 3

Caracterização da amostra

3.1. Caracterização da Amostra Segundo Variáveis Socioeconômicas e Demográficas

Com o intuito de subsidiar as análises posteriores, apresenta-se nesta seção uma caracterização socioeconômica e demográfica da amostra conforme as seguintes variáveis: idade, escolaridade, cor, estado conjugal, renda, ocupação, chefia da família e religião. Na Tabela 1 observa-se como ficou constituída a amostra de gestantes ao término da pesquisa.

Tabela 1
Distribuição das entrevistadas, segundo parturição, por setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Parturição	Setor privado	Setor público	Total
Primíparas	56	77	133
Múltiparas	50	115	165
Total	106	192	298

3.1.1. Idade

Os dados da Tabela 2 mostram que mais de 50% das gestantes múltiparas do serviço público estavam na faixa etária de 22 a 29 anos, enquanto no setor privado as múltiparas estiveram mais concentradas nas faixas subsequentes, de 26 a 33 anos, o mesmo ocorrendo entre as primíparas. O grupo etário mais jovem da amostra (18-21 anos) esteve majoritariamente representado pelas mulheres primíparas do serviço público (53,2%). A idade mediana no setor privado praticamente não variou segundo a parturição: 29,7 anos para as múltiparas e 29,1 para as primíparas. No setor público é bastante diferente o comportamento dessa variável: 27,7 anos entre as múltiparas e 20,9 entre as primíparas.

Tabela 2
Distribuição das entrevistadas, segundo grupos etários, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Grupos Etários	Em porcentagem				
	Múltiparas		Primíparas		Total
	Público	Privado	Público	Privado	
18 a 21 anos	13,0	6,0	53,2	16,1	22,8
22 a 25 anos	24,3	14,0	20,8	14,3	19,8
26 a 29 anos	29,6	32,0	20,8	25,0	26,8
30 a 33 anos	20,9	30,0	2,6	28,6	19,1
34 a 37 anos	6,1	14,0	2,6	10,7	7,4
38 a 40 anos	6,1	4,0	0,0	5,4	4,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.1.2. Escolaridade

Com relação aos anos de estudo, pode-se observar entre as usuárias do serviço público, independentemente da parturição, um nível de escolaridade inferior ao declarado no setor privado. Entre as multíparas do setor público, 45% tinham primeiro grau incompleto. Entre as grávidas que pela primeira vez freqüentavam o setor privado, 84% possuíam no mínimo o segundo grau completo (Tabela 3).

Tabela 3
Distribuição das entrevistadas, segundo grau de instrução, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Grau de Instrução	Em porcentagem				
	Multíparas		Primíparas		Total
	Público	Privado	Público	Privado	
Analfabetas	2,6	0,0	0,0	0,0	1,0
1º grau incompleto	45,2	14,0	26,0	7,1	27,9
1º grau completo	13,0	16,0	13,0	7,1	12,4
2º grau incompleto	5,2	16,0	19,5	1,8	10,1
2º grau completo	25,2	26,0	27,3	37,5	28,2
3º grau incompleto e mais	8,7	28,0	14,3	46,4	20,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.1.3. Cor

Na amostra total, 60% das mulheres se declararam brancas, percentual que alcançou seu maior valor entre as múltiparas usuárias do serviço privado: 76%. A cor das primíparas praticamente não apresentou diferença por tipo de atendimento. Merece destaque o fato de que entre as múltiparas do serviço público os percentuais de declaração de brancas e negras foram praticamente os mesmos: 49,6% e 47,8%, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4
Distribuição das entrevistadas, segundo cor, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Em porcentagem					
Cor	Múltiparas		Primíparas		Total
	Público	Privado	Público	Privado	
Branca	49,6	76,0	62,3	66,1	60,4
Negra	47,8	22,0	35,1	26,8	36,2
Amarela	0,0	2,0	0,0	7,1	1,7
Indígena	0,9	0,0	2,6	0,0	1,0
Não sabe	1,7	0,0	0,0	0,0	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.1.4. Estado conjugal

Na amostra total, 83% responderam estar vivendo em algum tipo de união no momento da entrevista. Ao se considerar essa variável segundo tipo de atendimento e parturição, o que chamou a atenção foi o maior percentual de solteiras encontrado entre as primíparas do setor público (28,6%), em contraste com as múltiparas do setor privado, que apresentaram o maior percentual de casadas: 96% (Tabela 5).

Tabela 5
Distribuição das entrevistadas, segundo estado conjugal, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Estado Conjugal	Em percentagem				Total
	Multíparas		Primíparas		
	Público	Privado	Público	Privado	
Casada ou unida	89,6	96,0	67,5	80,4	83,2
Separada/divorciada	7,0	0,0	2,6	1,8	3,7
Viúva	0,0	2,0	1,3	1,8	1,0
Solteira	3,5	2,0	28,6	16,1	12,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.1.5. Estratificação socioeconômica

Para uma caracterização socioeconômica da amostra, utilizou-se o novo critério “Brasil” (SBPM, 1997), o qual associa valores ao número de bens de consumo declarados pelo entrevistado, como também pontua o grau de instrução do chefe da família. Esse critério pode ser utilizado como uma *proxy* da renda familiar quando a informação necessária para esse cálculo não estiver disponível, como é o caso desta pesquisa. Os estratos vão da situação mais favorecida (A) à menos favorecida (E) (Tabela 6).

Tabela 6
Distribuição das entrevistadas, segundo estratos socioeconômicos, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Estratos	Em porcentagem				Total
	Multíparas/ público	Multíparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
A	0,0	14,0	0,0	26,8	7,4
B	16,5	52,0	19,5	39,3	27,6
C	47,8	34,0	59,7	23,2	43,9
D	29,6	0,0	16,9	10,7	17,8
E	6,1	0,0	3,9	0,0	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota-se que na amostra total os estratos A e E são menos frequentes e que a maior concentração ocorre no estrato C, tendência também observada entre as usuárias do serviço

público, independentemente da parturição. No setor privado, como já era esperado, houve maior concentração no estrato B, tanto entre as primíparas quanto entre múltiparas. É importante destacar uma maior frequência de primíparas no estrato A. Os percentuais encontrados estão muito próximos aos de outras pesquisas que também se utilizaram desse critério (Cebrap/Ministério da Saúde, 2000).

3.1.6. Ocupação

Declararam estar exercendo alguma atividade remunerada no momento da entrevista 63,8% da amostra, sendo em 44,6% desses casos atividades de nível médio. A análise dessa desagregação por parturição e tipo de atendimento mostra que entre as múltiparas do setor público quase metade delas eram donas-de-casa. As carreiras de nível médio foram as mais frequentes nas demais categorias, alcançando as maiores proporções no setor privado (Tabela 7).

Tabela 7
Distribuição das entrevistadas, segundo ocupação, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Ocupação	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Ocupadas	51,3	70,0	61,0	87,5	63,8
Donas-de-casa	41,7	30,0	23,4	8,9	28,8
Inativas e desempregadas ¹	6,9	0,0	15,6	3,6	7,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Incluem estudantes, aposentadas e pensionistas.

O percentual de inativos e desempregados foi de 7,4%, proporção que alcançou o maior patamar no grupo das primíparas do setor público: 15,6%.

3.1.7. Chefia familiar

No cômputo geral, a situação de ser o marido/parceiro o chefe da família foi preponderante: 76,8% mencionaram essa alternativa. As mulheres do serviço privado apresentaram percentuais muito similares, de 87,5% para primíparas e 86% para múltiparas. Entre as usuárias dos serviços públicos observa-se maior diversidade de respostas a essa pergunta. O pai/sogro tem uma participação importante como chefe de domicílios de primíparas, arranjo este bastante comum entre casais jovens e de menor poder aquisitivo (Tabela 8).

Tabela 8
Distribuição das entrevistadas, segundo chefia familiar, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Chefia familiar	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Entrevistada	10,4	10,0	5,2	8,9	8,7
Marido/parceiro	78,3	86,0	61,0	87,5	76,8
Pai/sogro	4,3	0,0	23,4	1,8	8,0
Mãe/sogra	5,2	4,0	9,1	1,8	5,4
Outra pessoa	1,7	0,0	0,0	0,0	0,7
Sem resposta	0,0	0,0	1,3	0,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.1.8. Religião

Consideraram-se na análise da variável religião três principais respostas das entrevistadas: a religião em que foram criadas, a religião atual e a importância da religião na vida da mulher. Os dados mostram uma perda significativa de adeptos da filiação católica, que partem de altos patamares iniciais (82,6%) para alcançar cifras menos representativas (56%).

Observa-se que o catolicismo é a principal religião em que as entrevistadas foram criadas (78,5% dos casos), ficando as demais filiações com papel pouco expressivo. Ao se analisar a

religião atual observa-se uma mudança significativa, principalmente nos percentuais do catolicismo, que passa agora a representar 63,4% das filiações, enquanto crescem a religião pentecostal, as mencionadas como “outras” e também a opção “nenhuma religião”.

Considerando o tipo de serviço e a parturição, a “perda” de filiação do catolicismo foi de 20 pontos percentuais entre as múltiparas do setor privado. No caso das múltiparas do público essa variação foi de 15,7 pontos percentuais, e entre as primíparas do público e primíparas do privado, de 14,3 e 10,8 pontos, respectivamente (Tabela 9).

Tabela 9
Distribuição das entrevistadas, segundo filiação religiosa, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Filiação Religiosa	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ Público	Primíparas/ privado	
Católica romana	82,6	76,0	74,0	78,6	78,5
Protestante histórica	7,8	8,0	5,2	10,7	7,7
Pentecostal	2,6	6,0	6,5	0,0	3,7
Espírita kardecista	0,9	2,0	3,9	3,6	2,3
Afro-Brasileira	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3
Nenhuma	2,6	0,0	5,2	3,6	3,0
Outras	2,6	8,0	5,2	3,6	4,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

As declarações de atualmente não ter religião ou ter outra são categorias que ganham significado entre as entrevistadas, sobretudo as primíparas do setor público. Entre as primíparas do setor privado é importante mencionar uma inversão: enquanto nas demais categorias o protestantismo histórico é crescente, nesse grupo cai em 5,3 pontos percentuais (Tabela 10).

Tabela 10
Distribuição das entrevistadas, segundo religião atual, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Religião Atual	Em porcentagem				
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ Público	Primíparas/ privado	Total
Católica romana	66,9	56,0	59,7	67,8	63,4
Protestante histórica	8,7	10,0	6,5	5,3	7,7
Pentecostal	6,1	14,0	7,8	3,6	7,4
Espírita kardecista	2,6	6,0	1,3	3,6	3,0
Afro-Brasileira	1,7	0,0	0,0	3,6	1,3
Nenhuma	6,1	6,0	13,0	7,1	8,0
Outra	7,8	8,0	11,7	8,9	9,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quanto à importância da religião para as entrevistadas, 72,1% responderam que a religião é *muito* importante na sua vida e 19,1% que é *mais ou menos* importante, ou seja, em mais de 90% dos casos a religião ainda ocupa lugar de destaque na vida destas mulheres (Tabela 11).

Tabela 11
Distribuição das entrevistadas, segundo atribuição de importância à religião, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Importância da Religião	Em porcentagem				
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
Muita	70,4	74,0	74,0	71,4	72,1
Mais ou menos	21,7	20,0	14,3	19,6	19,1
Pouca	4,3	4,0	5,2	5,4	4,8
Nenhuma	3,5	2,0	3,9	3,6	3,4
Não sabe	0,0	0,0	1,3	0,0	0,3
Não respondeu	0,0	0,0	1,3	0,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.2. Principais Resultados da Primeira Entrevista

A análise da variável idade gestacional levará em conta que o critério de elegibilidade da pesquisa (apresentado no Capítulo 2) permitia um tempo de gestação que podia variar do primeiro ao quinto mês. Na amostra total, 61% das gestantes estavam concentradas entre o terceiro e o quarto

meses de gestação. No serviço público essa idade gestacional correspondeu a 65,2% das múltiparas e a 62,2% das primíparas, e no setor privado a 54% e 53,6%, respectivamente (Tabela 12).

Tabela 12
Distribuição das entrevistadas, segundo idade gestacional, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Idade Gestacional	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
1 mês	3,5	6,0	1,3	1,8	3,0
2 meses	15,7	16,0	10,4	23,2	15,8
3 meses	29,6	24,0	29,9	26,8	28,2
4 meses	35,7	30,0	36,4	26,8	33,2
5 meses	15,6	24,0	22,0	21,4	19,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

O número de consultas pré-natais realizadas até aquele momento pela gestante é uma variável que também esteve condicionada a um critério de elegibilidade da pesquisa. As mulheres do setor privado, independentemente da parturição, apresentaram um número de consultas significativamente superior ao das usuárias dos serviços públicos, ou seja, nesse caso o peso da categoria “tipo de atendimento” foi determinante nesta análise (Tabela 13).

Ao se contrastar a idade gestacional com o número de consultas pré-natais, ficou claro também que as mulheres do setor privado iniciam o pré-natal mais precocemente.

Tabela 13
Distribuição das entrevistadas, segundo número de consultas pré-natais, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Número de consultas pré-natais	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Uma	69,6	30,0	58,4	25,0	51,7
Duas	30,4	30,0	41,6	35,7	34,2
Três	0,0	40,0	0,0	39,3	14,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Com relação ao número de partos anteriores, 70% das mulheres do setor privado só tinham tido um parto, enquanto no público esse percentual foi de 56,5%. Na categoria de dois partos anteriores, as proporções foram de 27% para as mulheres usuárias dos serviços públicos e de apenas 16% para as mulheres do serviço privado. Foram muito poucos os casos de mulheres com parturição maior ou igual a quatro partos (6%). O número médio de partos anteriores variou de 1,7 no setor público a 1,5 no privado (Tabela 14).

Tabela 14
Distribuição das entrevistadas múltiparas, segundo setor de atendimento, por número de partos anteriores
Município de São Paulo
1999

Número de partos anteriores	Em porcentagem		
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Total
Um	56,5	70,0	60,7
Dois	27,0	16,0	23,6
Três	9,6	10,0	9,7
Quatro	3,5	4,0	3,6
Cinco	1,7	0,0	1,2
Seis	1,7	0,0	1,2
Total	100,0	100,0	100,0

Perguntadas se a gravidez atual tinha sido planejada, 58% das entrevistadas responderam que não pensavam em engravidar. Observou-se comportamento desviante no grupo das primíparas do setor privado, entre as quais “apenas” 35,7% responderam que não haviam planejado esta gravidez, ao passo que nas outras categorias os percentuais encontrados foram superiores, variando de 58,4% a 68% (Tabela 15).

Tabela 15
Distribuição das entrevistadas, segundo condição de planejamento desta gravidez, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Planejamento desta gravidez	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ Privado	
Sim	33,9	32,0	41,6	64,3	41,3
Não	66,1	68,0	58,4	35,7	58,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

As razões alegadas para a ocorrência desta gravidez foram: “falha da pílula” (31,4%) e “não estar usando método” (25,4%). Os resultados obtidos segundo a parturição e o tipo do serviço não demonstraram ter influência sobre as respostas das gestantes.

Com relação à pretensão de ter outros filhos, 58% das entrevistadas responderam que não desejam mais filhos, sendo que entre as múltiparas do setor público esse percentual foi de 87% e entre as do privado, de 76%. Entre as primíparas, como era de se esperar, esse percentual foi bastante inferior, variando de 19% a 30%. O desejo por mais filhos foi manifestado majoritariamente pelas primíparas, em igual proporção entre as dos setores público e privado (55%) (Tabela 16).

Tabela 16

Distribuição das entrevistadas, segundo condição da pretensão de ter outros filhos, por parturição e setor de atendimento

Município de São Paulo
1999

Pretensão por outros filhos	Em porcentagem				
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
Sim	12,2	12,0	55,8	55,4	31,5
Não	87,8	76,0	31,2	19,6	58,4
Não sabe	0,0	12,0	13,0	25,0	10,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

É importante destacar que 19,6% das primíparas manifestaram não pretender ter mais filhos, e que 76% das mulheres que já tinham tido um parto não pretendem ter outros filhos, percentual que chegou a 94,8% entre aquelas com duas parturições anteriores (Tabela 17).

Tabela 17

Distribuição das entrevistadas, segundo número de partos anteriores, por condição de pretensão de ter outro filho
Município de São Paulo
1999

Número de partos anteriores	Em porcentagem			
	Pretensão por outros filhos			Total
	Sim	Não	Não sabe	
Nenhum	55,6	26,3	18,1	100,0
Um	18,1	76,0	6,0	100,0
Dois	5,1	94,8	0,0	100,0
Três	0,0	100,0	0,0	100,0
Quatro	0,0	100,0	0,0	100,0
Cinco	0,0	100,0	0,0	100,0
Seis	0,0	100,0	0,0	100,0
Total	31,5	58,4	10,1	100,0
Nº de casos	94	174	30	298

Ressalte-se ainda que, entre as mulheres que afirmaram não pretender ter outro filho, apenas 10,9% fizeram a ligadura tubária ao término desta gestação; no entanto, a ligadura ocupa o segundo posto nas preferências pelo método a ser usado no futuro, superada apenas pela pílula anticoncepcional (Tabela 18).

Tabela 18

Distribuição das entrevistadas, segundo condição de realização de ligadura tubária, e pretensão de ter outros filhos
Município de São Paulo
1999

Realização de ligadura	Em porcentagem			Total
	Pretensão por outros filhos			
	Sim	Não	Não sabe	
Sim	1,1	10,9	0,0	6,7
Não	98,9	89,1	100,0	93,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	94	174	30	298

Entre as múltíparas a preferência pela ligadura é majoritária, independentemente do tipo de serviço. No caso das primíparas a pílula é o método escolhido nas duas categorias, mas é importante o percentual do uso de preservativo mencionado pelas mulheres do serviço privado: 19,6%. Chama a atenção também a frequência com que foi mencionada a utilização de métodos combinados,

majoritariamente pílula e camisinha (alternativa “outros métodos”), como alternativa anticonceptiva para espaçar os filhos futuros: 14,4% (Tabela 19).

Tabela 19

Distribuição das entrevistadas, segundo menção ao método anticoncepcional a ser usado no futuro, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Método Anticoncepcional	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Nenhum	2,6	4,0	2,6	0,0	2,3
Pílula	20,9	8,0	41,6	30,4	25,8
DIU	3,48	4,0	11,7	10,7	7,0
Tabela	0,87	4,0	1,3	3,6	2,0
Ligadura	34,8	34,0	1,3	1,8	19,8
Injeções	5,2	6,0	10,4	3,6	6,4
Camisinha	2,6	4,0	6,5	19,6	7,0
Vasectomia	6,1	14,0	0,0	1,8	5,0
Outro	15,6	12,0	16,9	10,7	14,4
Não sabe	7,8	10,0	7,8	17,9	10,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

O período de dois anos foi considerado ideal para espaçamento entre a atual gestação e a próxima, com 30,8% de preferência na amostra. A mediana foi de três anos (Tabela 20).

Tabela 20

Distribuição das entrevistadas, segundo menção de espaçamento até a próxima gestação, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Espaçamento até a próxima gestação	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Um ano	7,1	16,7	4,6	6,4	6,38
Dois anos	50,0	0,0	18,6	45,2	30,8
Três anos	7,1	0,0	25,6	16,1	18,1
Quatro anos	14,3	0,0	7,0	3,2	6,4
Cinco anos	14,3	16,7	25,6	19,3	21,3
Seis anos	0,0	16,7	7,0	3,2	5,3
Sete anos	0,0	0,0	2,3	0,0	1,1
Oito anos	0,0	0,0	2,3	0,0	1,1
Dez anos	0,0	0,0	2,3	0,0	1,1
Não sabe	7,1	50,0	4,6	6,4	8,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	14	6	43	31	94

O desejo por parto normal foi predominante na primeira entrevista. Vale notar, entretanto, um diferencial ligado à parturição: as múltiparas expressam seu desejo por parto cesáreo, no caso do serviço público, em 31,4%, e no privado em 38%. Entre as primíparas do serviço público a preferência pelo parto cesáreo foi de 5% (Tabela 21).

Tabela 21

Distribuição das entrevistadas, segundo preferência por tipo de parto no primeiro questionário, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Tipo de parto desejado	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Normal	68,6	58,0	92,2	87,5	76,6
Cesáreo	31,4	38,0	5,0	8,9	21,4
Depende da opinião médica	0,0	4,0	2,5	3,6	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A análise do primeiro questionário revelou que o médico do setor privado já havia conversado com a gestante sobre o tipo de parto em 42,4% dos casos, em contraste com 7,2% do setor público, o que demonstra a influência do tipo de atendimento. Vale ainda destacar, no

âmbito do setor público, que essa conversa, quando ocorre, se dá com as gestantes múltiparas (Tabela 22).

Tabela 22

Distribuição das entrevistadas, segundo opinião do médico sobre o tipo de parto, por setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Opinião do médico	Em porcentagem		
	Público	Privado	Total
Houve	7,2	42,4	24,6
Não houve	92,8	57,6	75,4
Total	100,0	100,0	100,0

São nítidas as indicações médicas de parto cesáreo para as múltiparas, independentemente do serviço, e de parto normal para as primíparas (aquelas do setor público foram excluídas da análise em razão do pequeno número de casos) (Tabela 23).

Tabela 23

Distribuição das entrevistadas, segundo tipo de parto sugerido pelo médico, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Tipo de parto sugerido pelo médico	Em porcentagem			
	Múltiparas/ Público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ privado	Total
Normal	15,4	14,3	66,7	39,0
Cesáreo	61,5	47,6	12,5	36,2
Aguardar desenvolvimento da gestação	23,1	38,1	20,8	24,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	13	21	24	58

3.3. Principais Resultados da Segunda Entrevista

Na segunda entrevista, o comportamento da variável “tipo de parto desejado” é influenciado sobremaneira pela parturição, ficando as primíparas com os maiores patamares de menção ao desejo de ter parto normal — resultado bastante similar ao verificado no primeiro questionário (Tabela 24).

Tabela 24

Distribuição das entrevistadas, segundo preferência por tipo de parto no segundo questionário, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Tipo de parto desejado	Em porcentagem				
	Múltiparas/ Público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
Normal	72,2	60,0	92,2	89,3	78,6
Cesáreo	26,9	30,0	6,5	7,1	18,4
Depende da opinião médica	0,8	10,0	1,3	3,5	3,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A análise dos dados sobre a indicação do médico sobre os tipos de parto mostra que no setor privado essa ocorrência (68,9%) é significativamente superior à do serviço público (26,6%) (Tabela 25).

Tabela 25

Distribuição das entrevistadas, segundo opinião do médico sobre o tipo de parto, por setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Opinião do médico	Em porcentagem		
	Público	Privado	Total
Houve	26,6	68,9	41,6
Não houve	73,4	31,1	58,4
Total	100,0	100,0	100,0

Quanto ao conteúdo dessa conversa entre médico e gestante, é importante enfatizar que a variável diferenciadora foi a parturição, ficando os percentuais mais elevados de sugestão de parto cesáreo entre as múltiparas. Entre as primíparas a alternativa “aguardar o desenvolvimento da gestação” foi mais freqüente (Tabela 26).

Tabela 26

Distribuição das entrevistadas, segundo manifestação do médico sobre o tipo de parto, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Manifestação do médico	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ Público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Explicou sobre os partos	2,6	17,1	23,1	23,7	15,3
“Aguardar desenvolvimento da gestação”	28,9	22,8	61,5	31,6	31,4
Perguntou o que a gestante desejava	7,9	8,6	0,0	13,1	8,9
Indicou parto normal	26,3	17,1	15,4	23,7	21,8
Indicou parto cesáreo	31,6	34,4	0,0	7,9	21,8
Não sabe	2,6	0,0	0,0	0,0	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	38	35	13	38	124

As justificativas dadas pelo médico para indicação de parto cesáreo atribuídas em 44,4% dos casos ao fato de a mulher já ter tido um parto cesáreo anteriormente (múltiparas). O restante do percentual esteve distribuído em cinco outros motivos que não constituíram nenhuma outra categoria importante.

Observou-se que em 22% dessas indicações de cesárea, segundo a entrevistada, o parto já havia sido marcado há pelo menos um mês antes da sua data provável, concentrando-se entre as múltiparas do setor privado os maiores percentuais dessa marcação antecipada.

Na opinião de 53,7% das gestantes, o parto normal é o tipo preferido pelo seu médico, não se apresentando grandes variações de opinião conforme a parturição e o tipo de atendimento. Observam-se porém elevados percentuais entre as usuárias do serviço público (31,2%), em relação ao setor privado (10,3%), ao responderem “não saber” a preferência do seu médico. Isso pode refletir certo grau de impessoalidade com que são tratadas as gestantes do setor público.

O dado sobre o número de consultas pré-natais pode sugerir o grau de exposição da gestante ao “saber médico”: quanto maior a frequência de consultas, maior a possibilidade da troca de informações e, conseqüentemente, de interferência do médico sobre o ciclo gravídico e reprodutivo da gestante. O cálculo da mediana do número de consultas demonstra que no setor

público as gestantes realizaram até o oitavo mês de gestação seis consultas (sem variações conforme a parturição), duas a menos que na mediana encontrada para o setor privado (Tabela 27).

Tabela 27

Distribuição das entrevistadas, segundo número de consultas pré-natais, por parturição e setor de atendimento

Município de São Paulo

1999

Número de consultas pré-natais	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Duas	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3
Três	3,5	4,0	3,9	0,0	3,0
Quatro	10,4	0,0	5,2	1,8	5,7
Cinco	17,4	6,0	26,0	8,9	16,1
Seis	20,0	16,0	22,1	7,1	17,4
Sete	19,1	18,0	19,5	17,9	18,8
Oito	15,6	26,0	18,2	42,9	23,1
Nove	3,5	16,0	2,6	7,1	6,0
Dez	2,6	2,0	0,0	8,9	3,0
Doze	1,7	4,0	0,0	0,0	1,3
Não respondeu	5,2	8,0	2,6	5,4	5,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A pretensão de ter outros filhos foi mencionada por 32,9% das mulheres, percentual bastante similar ao encontrado na primeira entrevista (31,5%) e substancialmente maior entre as primíparas (Tabela 28).

Tabela 28

Distribuição das entrevistadas, segundo a pretensão de ter outros filhos, por parturição e setor de atendimento

Município de São Paulo

1999

Pretensão por outros filhos	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Sim	10,4	10,0	59,7	62,5	32,9
Não	86,1	88,0	24,8	28,6	59,7
Não sabe	3,5	2,0	15,5	8,9	7,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Com relação ao espaçamento desejado entre a gestação atual e a próxima, 25,5% mencionaram um período de três anos, em contraste com o período de dois anos majoritariamente declarado no primeiro questionário (Tabela 29).

Tabela 29

Distribuição das entrevistadas, segundo menção de espaçamento até a próxima gestação, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Espaçamento até a próxima gestação	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Um ano	0,0	0,0	0,0	5,7	2,0
Dois anos	16,7	20,0	15,2	22,9	18,4
Três anos	25,0	0,0	30,5	22,9	25,5
Quatro anos	0,0	20,0	10,9	11,4	10,2
Cinco anos	33,3	20,0	21,7	11,4	19,4
Seis anos	16,7	0,0	2,2	5,7	5,1
Sete anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oito anos	0,0	0,0	2,2	0,0	1,0
Dez anos	0,0	20,0	4,3	0,0	3,1
Não respondeu	8,3	20,0	13,0	20,0	15,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	12	5	46	35	98

Sobre os métodos a serem utilizados nesse espaçamento, 23,8% mencionaram a pílula, 17,8% a esterilização e 15,4% citaram métodos combinados, como pílula e camisinha. Esse padrão de comportamento não guardou diferença com o apresentado anteriormente: 25,8%, 19,8% e 14,4% respectivamente.

A preferência pela ligadura tubária esteve mais presente entre as múltiparas, independentemente do tipo de serviço, e a pílula foi a preferência das mulheres primíparas. O uso do preservativo também aparece como na primeira entrevista, como método bastante utilizado entre as primíparas do setor privado (Tabela 30).

Tabela 30

Distribuição das entrevistadas, segundo menção do método anticoncepcional a ser usado no futuro, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Método Anticoncepcional	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Nenhum	0,9	0,0	0,0	1,8	0,7
Pílula	19,1	12,0	37,7	25,0	23,8
DIU	8,7	10,0	6,5	8,9	8,4
Tabela	0,0	0,0	0,0	1,8	0,3
Ligadura	32,2	30,0	0,0	1,8	17,8
Injeções	6,9	6,0	5,2	3,6	5,7
Camisinha	4,3	2,0	5,2	14,3	6,0
Vasectomia	9,6	20,0	1,3	1,8	7,7
Outros	13,0	14,0	16,9	19,6	15,4
Não sabe	5,2	6,0	27,3	21,4	14,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Outro dado que merece destaque se refere à posse de plano de saúde, bem como à sua utilização no pagamento do parto: 36,9% das entrevistadas responderam ter convênio médico, das quais 91,8% o utilizariam para pagamento do parto. É importante destacar os casos, mesmo que em pequenas proporções (6,4%), de mulheres usuárias do serviço público que mencionaram possuir convênio médico, 71% das quais o utilizariam para pagar o parto (Tabela 31).

Tabela 31

Distribuição das entrevistadas, segundo condição de posse de plano de saúde, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Posse de plano de saúde	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Sim	2,6	98,0	5,2	96,4	36,9
Não	97,4	2,0	94,8	3,6	63,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.4. Avaliação do Pré-natal

Algumas questões foram elaboradas com a finalidade de avaliar a qualidade do serviço de pré-natal prestado às usuárias, desde os procedimentos de rotina — verificação do peso e pressão, ausculta fetal, medição da altura da barriga, exames de sangue e urina, tipagem sangüínea, ultra-som e teste HIV — aos mais minuciosos. Os dados demonstram que os procedimentos de rotina foram realizados em mais de 90% das gestantes, sem variações significativas conforme a parturição e o tipo de atendimento.

As diferenças encontradas estiveram restritas aos casos de exames e condutas considerados mais específicos (exame de líquido amniótico, coobs indireto e toxoplasmose), realizados mediante a constatação de sua real necessidade. Assim, os resultados encontrados demonstraram forte associação entre a realização desses exames e o tipo de serviço, ou seja, tais procedimentos são mais solicitados e realizados pelas usuárias do serviço privado, como se pode observar na Tabela 32.

Tabela 32
Proporções das menções a exames realizados no pré-natal, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Exames	Em porcentagem			
	Múltiparas/ Público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado
Verificação de pressão	100,0	100,0	100,0	100,0
Medição da barriga	99,1	100,0	100,0	98,2
Verificação do peso	100,0	100,0	100,0	100,0
Exame vaginal	72,2	72,0	75,3	75,0
Ausculta fetal	97,4	100,0	98,7	98,2
Exame de sangue	100,0	100,0	98,7	100,0
Exame de urina	100,0	100,0	98,7	100,0
Ultra-som	94,8	100,0	97,4	100,0
Líquido amniótico	14,7	32,0	15,6	35,7
Teste de HIV	91,3	92,0	94,8	87,5
Tipagem sangüínea	96,5	96,0	94,8	96,4
Coobs indireto	66,1	68,0	62,0	80,3
Toxoplasmose	46,9	74,0	53,0	87,5

As informações sobre amamentação recebidas pelas entrevistadas foram obtidas em 38,6% dos casos no pré-natal e no próprio hospital, e somente 36,9% na maternidade. A única diferença significativa foi observada entre as primíparas do setor privado, para as quais se encontrou o maior percentual de informação recebida pelas duas fontes: pré-natal e maternidade. Vale destacar que 97,3% das mulheres amamentaram alguma vez o seu bebê, sem diferenciação entre as categorias pesquisadas.

3.5. Papel da Mídia e Influência de Terceiros

Mediante a análise das questões que compõem este grupo, buscar-se-á identificar o grau de exposição das gestantes a diferentes veículos de informação, bem como, no âmbito de suas relações interpessoais e familiares, os atores cujo papel e trajetória possam ter exercido alguma influência na evolução e desfecho da história gravídica das entrevistadas.

A Tabela 33 apresenta os meios de comunicação por meio dos quais as entrevistadas declararam obter algum tipo de informação sobre gravidez, parto, anticoncepção e amamentação. Note-se que 77% das entrevistadas responderam ter lido, ouvido ou visto matérias sobre tais temas. As revistas e jornais foram os principais veículos de informação nas quatro categorias analisadas, sobretudo as primíparas do setor privado (92,3%) e em menor proporção as múltiparas do setor público (57,3%). A leitura de livros também apresentou diferenças, ficando as mulheres do setor privado com os maiores percentuais nessa fonte de informação.

Tabela 33

Proporções das menções a meios de comunicação pelos quais as entrevistadas se informaram, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Meios de Comunicação	Em porcentagem			
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado
TV	40,0	30,8	26,6	38,5
Rádio	6,7	0,0	1,6	7,7
Revistas e jornais	57,3	89,7	75,0	92,3
Livros	24,0	41,0	37,5	63,5
Palestras	29,3	7,7	32,8	38,5
Fitas de vídeo	10,7	2,6	18,7	15,4

Quanto às possíveis influências das relações interpessoais e familiares, observou-se que as mães das mulheres entrevistadas tiveram de um a três filhos na maior parte dos casos (40,3%). É importante destacar a maior presença de filhos entre as mães das mulheres do setor público em relação às do setor privado, que registraram maiores percentuais entre um e quatro filhos (Tabela 34).

Tabela 34

Distribuição das entrevistadas, segundo número de filhos tidos por sua mãe, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Número de filhos tidos pela mãe	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Um	3,5	4,0	1,3	1,8	2,7
Dois	17,4	16,0	13,0	35,7	19,5
Três	10,4	22,0	20,8	26,8	18,1
Quatro	10,4	22,0	16,9	14,3	14,8
Cinco	13,9	12,0	10,4	8,9	11,7
Seis	7,0	8,0	10,4	1,8	7,0
Sete	7,8	6,0	7,8	5,4	7,0
Oito	8,7	4,0	7,8	1,8	6,4
Nove	4,3	2,0	2,6	1,8	3,0
Dez	2,6	0,0	3,9	1,8	2,3
Onze	0,9	0,0	1,3	0,0	0,7
Doze	3,5	2,0	1,3	0,0	2,0
Treze	4,3	0,0	1,3	0,0	2,0
Quatorze	1,7	2,0	1,3	0,0	1,3
Quinze	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3
Dezessete	1,7	0,0	0,0	0,0	0,7
Não respondeu	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Com relação aos tipos de partos realizados por essas mães, observou-se que 38,9% foram cesáreos, dentre os quais o maior percentual coube aos casos de um único parto cesáreo (15,8%) (Tabela 35).

Tabela 35

Distribuição das entrevistadas, segundo número de cesáreas realizadas pela mãe, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Número de cesáreas realizados pela mãe	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Nenhuma	54,8	72,0	58,4	67,9	61,1
Uma	19,1	12,0	16,9	10,7	15,8
Duas	8,7	12,0	5,2	12,5	9,1
Três	5,2	4,0	10,4	5,4	6,4
Quatro	0,9	0,0	3,9	1,8	1,7
Cinco	0,0	0,0	0,0	1,8	0,3
Seis	0,0	0,0	1,3	0,0	0,3
Oito	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3
Não respondeu	10,4	0,0	3,9	0,0	5,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Com relação ao tipo de parto do qual nasceu a entrevistada, declararam-se 15,1% de nascimentos por cesariana. Entre as primíparas — principalmente as do serviço público — o percentual encontrado foi superior aos das demais categorias. É importante destacar que 5,2% das mulheres múltiparas do serviço público não sabiam de que tipo de parto tinham nascido (Tabela 36).

Tabela 36

Distribuição das entrevistadas, segundo tipo de parto de que nasceram, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Tipo de parto de que nasceram	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Cesáreo	14,8	12,0	16,9	16,1	15,1
Normal	77,4	84,0	79,2	83,9	80,2
Normal com fórceps	2,6	4,0	3,9	0,0	2,7
Não sabe	5,2	0,0	0,0	0,0	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Com relação à esterilização, 33,6% das entrevistadas responderam que suas mães realizaram essa intervenção, registrando-se entre as primíparas do setor público o maior percentual de mães esterilizadas: 44,2%. É importante lembrar que foi nesse mesmo grupo que se encontrou o maior percentual de nascimentos por parto cesáreo, o que pode corroborar a relação entre realização de parto cesáreo e viabilização da esterilização (Tabela 37).

Tabela 37

Distribuição das entrevistadas, segundo condição da realização de esterilização da mãe, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Esterilização da mãe	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Houve	28,7	34,0	44,2	28,6	33,6
Não houve	65,2	66,0	51,9	71,4	63,1
Não sabe	6,1	0,0	3,9	0,0	3,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Das entrevistadas, 78,5% declararam ter irmãs, e dentre essas últimas 32,9% não haviam tido filhos. Houve 67,4% de menções a cunhadas, entre as quais 24% não tinham filhos (Tabelas 38 e 39).

Tabela 38

Distribuição das entrevistadas, segundo número de irmãs, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Número de irmãs	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Nenhuma	22,6	26,0	14,3	25,0	21,5
Uma	21,7	40,0	29,9	44,6	31,2
Duas	15,7	18,0	27,3	21,4	20,1
Três	14,8	10,0	9,1	1,8	10,1
Quatro	9,6	4,0	10,4	3,6	7,7
Cinco	8,7	2,0	3,9	0,0	4,7
Seis	2,6	0,0	2,6	1,8	2,0
Sete	1,7	0,0	1,3	1,8	1,3
Oito	0,0	0,0	1,3	0,0	0,3
Nove	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3
Dez	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3
Doze	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela 39

Distribuição das entrevistadas, segundo número de irmãs que tiveram filhos, por parturição e setor de atendimento

Município de São Paulo

1999

Número de irmãs que tiveram filhos	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Nenhuma	22,5	37,8	37,9	42,9	32,9
Uma	25,8	35,1	33,3	40,5	32,1
Duas	25,8	13,5	19,7	14,3	20,1
Três	14,6	10,8	6,1	2,4	9,4
Quatro	5,6	2,7	0,0	0,0	2,6
Cinco	1,1	0,0	0,0	0,0	0,4
Seis	3,4	0,0	0,0	0,0	1,3
Sete	1,1	0,0	3,0	0,0	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	89	37	66	42	234

3.6. Razões da Preferência por um Tipo de Parto

Entre as razões mencionadas pelas gestantes no primeiro questionário como as mais importantes para desejarem um parto normal, observou-se que as mulheres do serviço público, independentemente da parturição, apontaram sobretudo que esse parto “é natural”. No setor privado os motivos se concentraram em “é natural” e “recuperação mais rápida”. A alternativa de que o parto normal “é melhor para o bebê” foi declarada principalmente pelas primíparas do serviço privado (Tabela 40).

Tabela 40

Proporções de menções às razões de preferência pelo parto normal no primeiro questionário, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Razões para parto normal (Q1)	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ Público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Não é cirurgia/é natural	46,8	44,8	50,8	40,9	46,5
Recuperação mais rápida	29,1	44,8	38,0	40,9	36,4
É mais fácil de cuidar do bebê	3,8	0,0	1,4	2,0	2,3
É melhor para o bebê	1,3	3,5	2,8	12,2	4,4
Os outros partos foram normais	11,4	6,9	0,0	0,0	4,8
Questões estéticas/não estraga o corpo	0,0	0,0	2,8	2,0	1,3
Não gostou do parto cesáreo	6,3	0,0	1,4	0,0	2,6
Recomendações de familiares/amigas	1,3	0,0	1,4	2,0	1,3
Não sabe	0,0	0,0	1,4	0,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	79	29	71	49	228

Nos casos de preferências por parto cesáreo, as múltiparas do serviço público mencionaram como principal razão “para fazer ligadura”, enquanto as do setor privado citaram experiência anterior positiva com parto cesáreo. As primíparas estão ausentes dessa análise em virtude do número reduzido de casos nessa preferência (Tabela 41).

Tabela 41

Proporções de menções às razões de preferência pelo parto cesáreo no primeiro questionário, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Razões para parto cesáreo (Q1)	Em porcentagem		
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Total
Sente menos dor	19,4	5,3	14,5
Experiência anterior positiva	19,4	52,6	30,9
Experiência anterior com parto normal negativa	11,1	0,0	7,3
Cesárea anterior/medo de romper útero	16,7	21,0	18,2
É melhor para o bebê	2,8	0,0	1,8
Para fazer ligadura	22,2	15,8	20,0
Pode escolher data do parto	5,6	0,0	3,6
Indicação médica	2,8	5,3	3,6
Total	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	36	19	55

Da primeira entrevista para a segunda alteram-se as razões pelas quais as mulheres justificam seu desejo pelo parto normal. No caso das mulheres do serviço público, o motivo de que o parto normal “é melhor para o bebê” ganha importância na segunda entrevista, e no caso das multíparas a principal menção fica com a categoria “recuperação mais rápida”. Entre as primíparas a principal razão continua sendo o fato de o parto normal ser “natural”, mas agora com uma diferença menor em relação à opção “recuperação mais rápida” (Tabela 42).

As mulheres do setor privado, independentemente da parturição, elegeram desta feita a “recuperação mais rápida” como o principal motivo para a escolha do parto normal, razão que na primeira entrevista aparecia com proporções similares às da categoria “parto normal é natural”.

Tabela 42

Proporções de menções às razões de preferência pelo parto normal no segundo questionário, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Razões para parto normal (Q2)	Em porcentagem				
	Multíparas/ Público	Multíparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
Não é cirurgia/é natural	37,3	36,7	42,2	42,0	39,7
Recuperação mais rápida	47,0	46,7	39,4	44,0	44,1
É mais fácil de cuidar do bebê	2,4	0,0	5,6	2,0	2,9
É melhor para o bebê	6,1	3,3	9,8	10,0	7,7
Os outros partos foram normais	4,8	13,3	0,0	0,0	3,4
Questões estéticas/não estraga o corpo	0,0	0,0	1,5	0,0	0,4
Não gostou do parto cesáreo	1,2	0,0	1,5	0,0	0,9
Recomendações de familiares/amigas	1,2	0,0	0,0	2,0	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	83	30	71	50	234

Ao se comparar as razões mencionadas para preferir parto cesáreo entre a primeira e a segunda entrevistas, observou-se que o percentual de multíparas do serviço público que mencionaram o desejo por ligadura na segunda entrevista foi praticamente o dobro daquele apresentado na primeira, o que pode evidenciar uma situação que num primeiro momento ainda não estava consolidada ou então que surge durante a evolução da gestação, em razão de intercorrências que justificassem tal procedimento.

No caso das múltiparas do setor privado, mantém-se como principal razão, ainda que em patamares menores, o fato de a experiência anterior com parto cesáreo ter sido positiva. Cresce em quase três vezes a proporção de mulheres que mencionaram as razões “sentir menos dor” e “indicação médica”, ao passo que cai pela metade a menção à possibilidade de fazer parto cesáreo (Tabela 43).

Tabela 43

Distribuição das entrevistadas pelas razões de preferência pelo parto cesáreo em Q2, segundo parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Razões para parto cesáreo (Q2)	Em porcentagem		
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Total
Sente menos dor	22,6	13,3	19,6
Experiência anterior positiva	12,9	40,0	21,7
Experiência anterior com parto natural negativa	3,2	0,0	2,2
Cesárea anterior/medo de romper útero	9,7	13,3	10,9
É melhor para o bebê	6,4	0,0	4,3
Para fazer ligadura	45,2	6,7	32,6
Indicação médica	0,0	13,3	4,3
Outras	0,0	13,3	4,3
Total	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	31	15	46

3.7. O Trabalho de Parto e o Parto

Com relação ao tipo de alojamento, os dados demonstraram que no serviço público a maioria dos bebês fica com a mãe o tempo todo depois de seu nascimento, enquanto no serviço privado o bebê fica no berçário. No cômputo geral, 47,9% das mulheres entrevistadas responderam que ficavam com seus bebês o tempo todo e em 32,2% que o bebê ficava no berçário.

O número de consultas de pré-natal realizadas depois da segunda entrevista (um mês antes do parto) é um elemento importante na análise da qualidade do serviço de pré-natal prestado, da existência de complicações na gestação e do tipo de parto realizado pela mulher. Observou-se uma relação entre o tipo de serviço prestado e o número de consultas realizadas um mês antes do parto: as

mulheres usuárias dos serviços privados realizaram substancialmente mais consultas do que as do público. Entre essas últimas os maiores percentuais (42,6% para as múltiparas e 37,7% para as primíparas) foram encontrados para as entrevistadas que responderam ter feito apenas uma consulta pré-natal depois da segunda entrevista, em contraste com os percentuais de 36% e 19,6%, respectivamente, com menção a três consultas. A demanda por consultas pré-natais, seja ela oriunda da mulher ou do médico, é maior no serviço privado, ou seja, o contato dessa mulher com o médico é mais assíduo.

Problemas na gestação ocorridos entre a segunda entrevista e o parto foram mencionados por 18,4% das entrevistadas. As múltiparas do serviço privado apresentaram o percentual mais elevado: 24%.

No caso das usuárias do serviço público o parto foi realizado, como era de se esperar, por um plantonista, e entre as mulheres do privado, por um médico particular.

Quando perguntadas se o local onde foram atendidas para o parto foi o primeiro que procuraram, 18,1% das entrevistadas responderam que não, mas ao se desagregar esse dado por parturição e serviço observa-se que no serviço público os percentuais foram de 22,6% para múltiparas e 25,9% para primíparas, enquanto no serviço foram de 6% e 8,9%, respectivamente. Entre as mulheres que tiveram de buscar outros serviços em virtude inexistência de vagas naquele inicialmente procurado, 85% eram usuárias do serviço público.

A Tabela 44 reforça o achado anterior, que aponta o plantonista como o profissional que faz o parto da mulher usuária do serviço público: mencionaram que foi durante o trabalho de parto que encontraram pela primeira vez a pessoa que fez o seu parto 52,2% entre as múltiparas e 59,7% entre as primíparas. No caso das usuárias dos serviços privados tal encontro ocorreu em grande parte das vezes durante o pré-natal ou em momentos anteriores ao parto.

Tabela 44

Distribuição das entrevistadas, segundo o momento do primeiro encontro com o médico que realizou o parto, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Primeiro encontro com o médico que realizou o parto	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Durante gravidez ou parto anteriores	2,6	26,0	2,6	1,8	6,4
Em outras consultas	6,9	24,0	6,5	44,6	16,8
Durante o pré-natal desta gravidez	9,6	36,0	5,2	44,6	19,5
Durante o trabalho de parto	52,2	8,0	59,7	7,1	38,3
Durante o parto	27,8	4,0	24,7	0,0	17,8
Outro momento	0,9	2,0	1,3	1,8	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Das mulheres que fizeram parto normal, 72% responderam que o encontro com o médico que fez seu parto foi durante o trabalho de parto e o parto. No caso das que fizeram parto cesáreo o percentual nessa categoria foi de 39,8%.

Entre os partos cesáreos realizados, 46,6% das entrevistadas (independentemente da parturição e do setor de atendimento) responderam que conheciam o médico de outras consultas de pré-natal, ou seja, essas mulheres tiveram o acompanhamento de um mesmo profissional durante a sua gestação. Os dados mostram que a realização de um parto cesáreo é mais comum entre mulheres que são acompanhadas por um mesmo médico durante seu pré-natal, e desta forma as usuárias do serviço privado cumpriam mais essa condição (Tabela 45).

Tabela 45

Distribuição das entrevistadas, segundo o momento do primeiro encontro com o médico que realizou o parto, por tipo de parto realizado
Município de São Paulo
1999

Primeiro encontro com o médico que realizou o parto	Em porcentagem		
	Parto normal	Parto cesáreo	Total
Durante gravidez ou parto anteriores	2,0	10,8	6,3
Em outras consultas	9,3	24,3	16,8
Durante o pré-natal desta gravidez	16,7	22,3	19,5
Durante o trabalho de parto	50,0	26,3	38,2
Durante o parto	22,0	13,5	17,8
Outro momento	0,0	2,7	1,3
Total	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	150	148	298

Entre as mulheres multíparas do serviço público que fizeram parto normal, 56,9% responderam que encontraram com o médico durante o trabalho de parto, e entre as primíparas, cerca de 61,6%. Entre as mulheres do setor privado que fizeram parto normal, 35,7% entre as multíparas e 57,9% entre primíparas responderam que conheciam o médico que fez seu parto desde o pré-natal. No caso daquelas que fizeram parto cesáreo, o comportamento das variáveis respeitou essa mesma lógica do parto normal (Tabela 46).

Tabela 46

Distribuição das entrevistadas, segundo o momento do primeiro encontro com o médico que realizou o parto, por tipo de parto, parturição e setor de atendimento

Município de São Paulo

1999

Primeiro encontro com o médico que realizou o parto	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
<i>Parto normal</i>					
Durante gravidez ou parto anteriores	1,6	7,1	1,9	0,0	2,0
Em outras consultas	6,1	14,3	3,8	31,6	9,3
Durante o pré-natal desta gravidez	7,7	35,7	7,7	57,9	16,7
Durante o trabalho de parto	56,9	28,6	61,6	10,5	50,0
Durante o parto	27,7	14,3	25,0	0,0	22,0
Outro momento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	65	14	52	19	150
<i>Parto cesáreo</i>					
Durante gravidez ou parto anteriores	4,0	33,3	4,0	2,7	10,8
Em outras consultas	8,0	27,8	12,0	51,3	24,3
Durante o pré-natal desta gravidez	12,0	36,1	0,0	37,8	22,3
Durante o trabalho de parto	46,0	0,0	56,0	5,4	26,3
Durante o parto	28,0	0,0	24,0	0,0	13,5
Outro momento	2,0	2,8	4,0	2,8	2,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	50	36	25	37	148

Com relação ao sexo do profissional que realizou o parto, observou-se que em 33,2% dos casos o parto foi realizado por uma mulher e 61,1% por um homem. O parto realizado por profissionais do sexo masculino foi preponderante entre todas as categorias analisadas, mas deve-se ressaltar que entre as mulheres múltiparas do setor privado a participação feminina na condução do parto foi a maior encontrada (Tabela 47).

Tabela 47

Distribuição das entrevistadas, segundo sexo do médico que fez o parto, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Sexo do médico que realizou o parto	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Mulher	34,8	38,0	28,6	32,1	33,2
Homem	56,5	62,0	62,3	67,8	61,1
Ambos	5,2	0,0	1,3	0,0	2,3
Não sabe/não lembra	3,5	0,0	7,8	0,0	3,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Merece destaque também que, enquanto 58% dos partos normais foram realizados por homens, no caso dos partos cesáreos esse percentual sobe para 64,2%. As profissionais mulheres fazem proporcionalmente menos partos cesáreos (Tabela 48).

Tabela 48

Distribuição das entrevistadas, segundo sexo do médico que fez o parto, por tipo de parto realizado
Município de São Paulo
1999

Sexo do médico que realizou o parto	Em porcentagem	
	Parto normal	Parto cesáreo
Mulher	36,7	29,7
Homem	58,0	64,2
Ambos	1,3	3,4
Não sabe	4,0	2,7
Total	100,0	100,0
Nº de casos	150	148

Observou-se que os partos normais entre as múltiparas do público foram realizados sobretudo por uma mulher. Nos casos de parto cesáreo do setor público há predominância de profissionais masculinos, enquanto no setor privado a participação feminina é no mínimo igual à masculina (Tabela 49).

Tabela 49

Distribuição das entrevistadas, segundo sexo do médico que fez o parto, por tipo de parto realizado, parturição e setor de atendimento

Município de São Paulo

1999

Em porcentagem					
Sexo do médico que realizou o parto	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
<i>Parto normal</i>					
Mulher	29,3	4,0	17,2	5,0	36,6
Homem	18,1	5,5	16,5	7,7	58,0
Ambos	1,5	0,0	1,9	0,0	1,3
Não sabe	3,1	0,0	7,7	0,0	4,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	65	14	52	19	150
<i>Parto cesáreo</i>					
Mulher	11,1	15,2	5,0	13,1	29,7
Homem	17,6	11,5	9,8	13,2	64,2
Os dois	10,0	0,0	0,0	0,0	3,4
Não sabe	4,0	0,0	8,0	0,0	2,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	50	36	25	37	148

No momento da internação as mulheres do serviço público responderam que não ficaram acompanhadas em mais de 80% dos casos, percentual que no setor privado se reduzia a mais da metade. Os acompanhantes, quando existiam, eram na maioria das vezes os parceiros.

Com relação ao fato de saber com quantos centímetros de dilatação estavam no momento da internação, 17,4% das mulheres não souberam dar esta informação e 16,1% responderam que não apresentavam dilatação naquele momento.

A Tabela 50 apresenta os dados sobre como e quando foi rompida a bolsa. No setor público, 23,5% das múltiparas e 32,5% das primíparas afirmaram que a bolsa se rompeu espontaneamente e antes das contrações fortes. No serviço privado, a afirmação mais freqüente das múltiparas foi de que “a bolsa foi rompida pelo médico durante o parto” (40,0%), e a das primíparas, a de que “não houve rompimento de bolsa” (30,3%).

Tabela 50

Distribuição das entrevistadas, segundo modo e momento do rompimento da bolsa, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Modo e momento do rompimento da bolsa	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Espontaneamente, antes das contrações fortes	23,5	10,0	32,5	12,5	21,5
Espontaneamente, durante as contrações fortes	19,1	10,0	15,6	16,1	16,1
Espontaneamente, no momento do parto	1,7	2,0	0,0	3,6	1,7
Pelo médico, antes das contrações fortes	7,8	4,0	6,5	0,0	5,4
Pelo médico, durante as contrações fortes	15,6	2,0	22,1	8,9	13,7
Pelo médico, durante o parto	21,8	44,0	12,9	26,8	24,2
Não houve rompimento	6,1	28,0	6,5	30,3	14,4
Não sabe/não se lembra	4,3	0,0	3,9	1,8	3,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Do total de entrevistadas, 62,7% disseram ter entrado em trabalho de parto, mas há diferenças significativas conforme o setor de atendimento: as mulheres do serviço público o fizeram em proporções bastante superiores (75%) em relação às usuárias do privado (40,6%). Vale destacar que em 83,4% dos casos a mulher entrou em trabalho de parto naturalmente, sendo homogêneo esse comportamento nas categorias analisadas.

Com relação à aplicação de analgesia durante o período de dilatação, 24,1% das entrevistadas mencionaram ter recebido algum tipo de analgesia. O diferencial por tipo de atendimento deve ser salientado, porque no serviço público esta frequência variou de 15,5% a 23,3% e no privado esses percentuais alcançam patamares de 40%. Pode-se daí inferir que esse procedimento, mesmo sendo pago pelo SUS, está pouco disponível para as usuárias do setor público, razão pela qual muitas dessas mulheres optam por fazer um parto cesáreo mesmo com condições para realizar um parto normal, para poder receber algum tipo de medicamento contra a dor.

3.8. O Parto Cesáreo

Analisando as informações disponíveis sobre o parto cesáreo, observa-se que o procedimento já havia sido previamente marcado em 41,2% dos casos de cesáreas, mas há diferenças importantes entre os setores de atendimento: no serviço público, essa proporção foi de 26% para as multiparas e de 12% para as primíparas, enquanto no setor privado alcançou 69,4% e 54,1%, respectivamente (Tabela 51).

Tabela 51

Distribuição das entrevistadas, segundo condição de marcação antecipada da cesárea, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Marcação antecipada da cesárea	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Sim	26,0	69,4	12,0	54,1	41,2
Não	74,0	30,6	88,0	45,9	58,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	50	36	25	37	148

Entre as mulheres que declararam ter marcado a cesárea antes de entrar no hospital, 37,9% afirmaram que a cesárea foi marcada dias antes do parto e 17,2% que já a haviam marcado há pelo menos um mês antes do parto. As mulheres do setor privado apresentaram os maiores percentuais na alternativa “dias antes do parto”, enquanto entre as multiparas do setor público observa-se uma intenção importante de realizar a cesárea meses antes do parto. A categoria “primíparas/público” foi excluída dessa análise em virtude do pequeno número de casos (Tabela 52).

Tabela 52

Distribuição das entrevistadas, segundo momento da marcação antecipada da cesárea, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Momento da marcação antecipada da cesárea	Em porcentagem			
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ privado	Total
Horas antes	23,1	8,0	25,0	24,1
Dias antes	15,4	44,0	45,0	37,9
Semanas antes	30,7	24,0	10,0	20,7
Meses antes	23,1	12,0	20,0	17,2
No início da gravidez	7,7	12,0	0,0	5,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	13	25	20	58

Observa-se entre as múltiparas do serviço público que os motivos alegados para a antecedência da cesárea estiveram relacionados a um pedido da própria usuária e a problemas decorrentes da gravidez (as primíparas desse setor foram excluídas da análise em razão do pequeno número de casos). A menção de que fariam cesárea como uma possibilidade para a laqueadura ocorreu sobretudo entre as múltiparas do serviço privado (Tabela 53).

Tabela 53

Distribuição das entrevistadas, segundo razões para marcação antecipada da cesárea, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Razões para marcação antecipada da cesárea	Em porcentagem			
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ privado	Total
Problemas na gravidez anterior	7,7	8,0	0,0	5,2
Problemas de saúde anteriores à gestação	15,4	0,0	10,0	6,9
Problemas na gravidez atual	23,1	28,0	55,0	36,2
Cesárea anterior	0,0	24,0	0,0	10,3
A entrevistada pediu	38,5	12,0	15,0	19,0
Possibilidade de esterilização	7,7	16,0	0,0	8,6
Outras	7,7	8,0	20,0	12,1
Não sabe	0,0	4,0	0,0	8,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	13	25	20	58

Os problemas na gravidez atual mais citados e que culminaram na realização da cesárea foram a posição do bebê e hipertensão.

Entre as mulheres que fizeram a cesárea sem tê-la marcado com antecipação, observou-se que a decisão de fazer a cesárea foi tomada no momento da internação em 14,9% dos casos e uma hora depois da internação em 16,1% das vezes, ou seja, em mais de 30% dos casos essa decisão pode ter sido tomada muito precocemente. Quando perguntadas sobre os motivos da decisão, 50,6% das gestantes responderam que o médico disse que “não havia dilatação”, razão majoritária nas quatro categorias analisadas.

A decisão pela cesárea foi tomada exclusivamente pelo médico em cerca de 40% dos casos, e nos demais casos houve opinião da gestante e do médico. A participação do parceiro na decisão por um parto cesáreo apresentou relevância apenas entre as mulheres do serviço privado, o que pode ser entendido pelo fato de que no momento da internação, como já visto anteriormente, as mulheres do público na maior parte das vezes não estão acompanhadas pelos parceiros.

Merece destaque nessa análise um dado que reforça achados anteriores: mais de 80,0% das usuárias do serviço público e mais de 75,0% das do privado responderam que a cesárea não foi decorrência de um pedido seu, ou seja, o desejo por cesárea entre as mulheres que fizeram esse parto variou de 20,0% a 25,0%. Considerando que o percentual de partos cesáreos encontrado na pesquisa foi de 49,7%, revela-se bastante significativa a variação entre as cesáreas desejadas e as ocorridas (Tabela 54).

Tabela 54
Distribuição das entrevistadas, segundo condição do seu pedido pela realização da cesárea, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Pedido da entrevistada pela realização da cesárea	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	
Houve	18,0	25,0	20,0	21,6	20,9
Não houve	82,0	75,0	80,0	78,4	79,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	50	36	25	37	148

3.9. Parto Normal

A decisão pelo parto normal foi tomada pela entrevistada em conjunto com o médico em 21,5% dos casos das usuárias do serviço público (menor percentual). No serviço privado esse percentual variou de 42,8% para as multíparas e 52,6% para as primíparas, de modo que a participação do médico na decisão pelo parto da mulher é substancialmente maior no serviço privado.

A existência de algum tipo de analgesia no parto normal foi mencionada por 74% das mulheres, mas os maiores percentuais também foram registrados entre as multíparas dos serviços privados (Tabela 55).

Tabela 55
Distribuição das entrevistadas, segundo tipo de analgesia no parto normal, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Houve analgesia no parto normal	Multíparas/ público	Multíparas/ privado	Primíparas/ público	Em porcentagem	
				Primíparas/ privado	Total
Houve	64,6	85,7	78,8	84,2	74,0
Não houve	35,4	14,3	21,2	15,8	26,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	65	14	52	19	150

Ao serem perguntadas se em algum momento durante a gravidez elas ou alguém de sua família pediram para fazer cesárea, 10% afirmaram que sim, sendo que 80% desses pedidos ocorreram durante o trabalho de parto. A reação do médico a esse pedido foi de recusa em 60% dos casos, e o restante convenceu a entrevistada de que não era necessária a cesárea.

As complicações durante o parto mencionadas pelas multíparas do público foram sobretudo pressão alta e parto prolongado, e pelas primíparas do mesmo setor, o prolongamento do trabalho de parto e hemorragia vaginal abundante. As mulheres do setor privado foram excluídas dessa análise em virtude do pequeno número de casos (Tabela 56).

Tabela 56

Distribuição das entrevistadas, segundo menção de problemas durante o parto, por parturição e setor de atendimento

Município de São Paulo
1999

Problemas durante o parto	Em porcentagem		
	Múltiparas/ público	Primíparas/ público	Total
Parto prolongado	31,4	40,9	35,0
Hemorragia vaginal abundante	17,1	31,8	22,9
Febre alta/secreção vaginal com mau cheiro	5,7	9,1	7,0
Pressão alta	37,1	13,6	28,1
Convulsões com e sem desmaio	8,7	4,6	7,0
Total	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	35	22	57

As mulheres do serviço privado foram as que apresentaram os maiores percentuais de realização de exames pós-parto, e as primíparas dos dois serviços apresentaram percentuais mais elevados que as múltiparas. Esses exames foram considerados de rotina em 92,2% dos casos.

3.10. Grau de Satisfação

Foram apresentadas às entrevistadas, ao término do seu período gravídico, algumas questões com a finalidade de avaliar seu grau de satisfação quanto à qualidade do atendimento recebido.

Para as mulheres que fizeram parto cesáreo

Eu desejaria ter tido parto normal: 61% concordaram com essa afirmação (o maior descontentamento foi registrado entre as primíparas: 76% concordaram).

Estou contente por ter tido meu bebê por cesárea: 60,8% concordaram (o menor percentual de mulheres que concordaram com esta afirmação foi encontrado entre as primíparas do público: 40%).

Para as mulheres que fizeram parto normal

Eu desejaria ter tido o meu bebê por cesárea: 9,3% concordaram (as multiparas do setor privado foram as que mais concordaram: 14,3%).

Estou contente por ter tido o bebê por parto normal: 88% concordaram (as primíparas eram as mais satisfeitas com o tipo de parto que fizeram: cerca de 90%).

O grau de satisfação da mulher foi pesquisado com relação ao tipo de parto realizado, à qualidade do atendimento recebido desde o pré-natal, durante o trabalho de parto, o próprio parto e depois dele.

Na análise geral da amostra, observou-se que os percentuais de mulheres que responderam estar *muito satisfeitas e satisfeitas* com a qualidade do atendimento que receberam no pré-natal foram muito similares, mas verificaram-se diferenças significativas por setor de atendimento. As mulheres do serviço privado apresentaram um nível de satisfação com o atendimento recebido muito mais elevado do que as usuárias do serviço público. A insatisfação com o atendimento público do pré-natal é mais mencionada entre as primíparas (Tabela 57).

Tabela 57

Distribuição das entrevistadas, segundo grau de satisfação com o atendimento do pré-natal, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Grau de satisfação com o atendimento pré-natal	Em porcentagem				
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
Muito satisfeita	40,9	60,0	16,9	67,8	42,9
Satisfeita	46,1	38,0	70,1	26,8	47,3
Decepcionada	11,3	2,0	10,4	5,4	8,5
Muito decepcionada	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3
Não quis opinar	0,9	0,0	2,6	0,0	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Já a avaliação da qualidade do atendimento prestado durante o trabalho de parto conta com menores percentuais de *muito satisfeitas* (36,2%) e *satisfeitas* (50,2%). O comportamento

dos percentuais nas categorias foi bastante similar, com exceção das primíparas do privado, cujo percentual de satisfação é o mais elevado: 60,9% (Tabela 58).

Tabela 58

Distribuição das entrevistadas, segundo grau de satisfação com o atendimento no trabalho de parto, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Grau de satisfação com o atendimento no trabalho de parto	Em porcentagem				
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
Muito satisfeita	32,5	35,0	32,2	60,9	36,2
Satisfeita	50,7	60,0	52,5	34,8	50,2
Decepcionada	14,4	5,0	13,5	0,0	11,3
Muito decepcionada	14,4	0,0	1,7	0,0	1,6
Não quis opinar	0,0	0,0	0,0	4,3	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	83	20	59	23	185

O grau de satisfação das entrevistadas quanto ao atendimento no momento do parto variou entre *muito satisfeita* e *satisfeita*. Nesse aspecto as usuárias do serviço privado também apresentam um grau de satisfação superior ao das demais, com ênfase para as primíparas. Vale destacar que, ao se comparar os percentuais mencionados para a qualidade do atendimento durante o trabalho de parto com o momento do parto, os dados mostram um salto qualitativo importante (Tabela 59).

Tabela 59

Distribuição das entrevistadas, segundo grau de satisfação com o atendimento no momento do parto, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Grau de satisfação com o atendimento no momento do parto	Em porcentagem				
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
Muito satisfeita	46,1	52,0	32,5	76,8	49,3
Satisfeita	43,5	46,0	51,9	23,2	42,3
Decepcionada	6,1	2,0	11,7	0,0	5,8
Muito decepcionada	1,7	0,0	2,6	0,0	1,3
Não quis opinar	2,6	0,0	1,3	0,0	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A avaliação da qualidade do atendimento recebido depois do parto mostra certa similaridade com as do atendimento pré-natal e do momento do parto, ou seja, mais de 90% das entrevistadas consideraram esses atendimentos *muito satisfatórios* ou *satisfatórios*.

Esses dados permitem inferir que a busca de melhorar a qualidade do atendimento recebido pela gestante durante seu ciclo gravídico-puerperal deve dar ênfase ao período do trabalho de parto.

Capítulo 4

Resultados: desejo e realidade

4.1. Tipo de Parto Realizado, por Parturição e Setor de Atendimento

As incidências de partos cesáreo e normal foram praticamente as mesmas no total da amostra da pesquisa (Tabela 1), o que por si só já representa uma preocupação em face do índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde para parto cesáreo — de 6% a 16% —, principalmente em se tratando do município mais desenvolvido do país, onde se esperava que, de posse dos recursos humanos os mais qualificados e dos equipamentos necessários na grande maioria dos seus serviços, tal realidade não estivesse assim configurada.

A análise da amostra, levando-se em conta a parturição e o setor de atendimento (Tabela 1), revela que entre as multíparas do setor público os valores de partos normal e cesáreo guardaram uma diferença de 13 pontos percentuais em favor do parto normal, o mesmo se dando para as primíparas do público, só que em patamar mais elevado. Vale destacar que foi neste grupo que se encontrou o maior percentual de realização de parto normal na pesquisa. As mulheres do setor privado foram as que mais fizeram parto cesáreo, chegando a níveis de 72%, como no caso das multíparas.

Tabela 1
Distribuição das entrevistadas, segundo tipo de parto realizado, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Tipo de parto realizado	Em porcentagem				
	Multíparas/ público	Multíparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
Normal	56,5	28,0	67,5	33,9	50,3
Cesáreo	43,5	72,0	32,5	66,1	49,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	115	50	77	56	298

A distribuição do tipo de parto realizado, considerando a parturição e o setor de atendimento (Tabela 2), revela que 43,3% das mulheres que fizeram parto normal eram múltiparas do público e 34,7% eram primíparas do público, ou seja, 78% eram oriundas do serviço público. Do total de mulheres que fizeram parto cesáreo, 49,3% foram atendidas pelo setor privado, sendo 24,3% múltiparas e 25,0% primíparas, ou seja, 16,9% eram primíparas do setor público, sendo este o menor percentual encontrado.

Conclui-se, portanto, que os partos normais são mais freqüentes nos serviços públicos analisados e os cesáreos apresentam praticamente a mesma freqüência de ocorrência nos serviços públicos e privados.

Tabela 2
Distribuição das entrevistadas, segundo tipo de parto realizado, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Tipo de parto em Q3	Em porcentagem				Total
	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ Público	Primíparas/ privado	
Parto normal	43,3 (65)	9,3 (14)	34,7 (52)	12,7 (19)	100,0 (150)
Parto cesáreo	33,8 (50)	24,3 (36)	16,9 (25)	25,0 (37)	100,0 (148)
Nº de casos	115	50	77	56	298

Diante desses resultados, a análise a seguir buscará entender, no tocante aos desejos das mulheres, os antecedentes que levaram a esse cenário.

4.2. As Preferências e o Tipo de Parto Realizado

Os resultados até agora apresentados referiam-se ao tipo de parto tido pelas mulheres. Descreve-se a seguir o tipo de parto desejado pela gestante em dois momentos de seu ciclo gravídico, doravante denominados Q1 e Q2 (primeiro e segundo questionários), em contraste com o desenlace verificado no momento do parto, referido como Q3 (terceiro questionário). A Tabela 3 apresenta este quadro geral.

Tabela 3
Preferências por tipo de parto em Q1 e Q2 e tipo de parto em Q3
Município de São Paulo
1999

Preferências e tipos de parto	Q1	Q2	Q3
Normal	228	234	150
Cesáreo	64	55	148
Outros casos ¹	6	9	0
Total	298	298	298

(1) Não sabe/não tem preferência/depende do médico

Inicialmente é importante destacar que o desejo pelo parto normal foi manifestado em Q1 por 78,1% das entrevistadas, mantendo-se praticamente no mesmo patamar em Q2 para, em Q3, alcançar 50,3% de partos normais realizados, ou seja, um decréscimo da ordem de 27,8 pontos percentuais (Gráfico 1).

O Gráfico 2 contrasta, para primíparas e multíparas, os percentuais de partos normais em Q1, Q2 e Q3. De longe, é no grupo das primíparas que o nível de desejo por parto normal atinge seu maior patamar — 93,7% em Q1 e 92,9% em Q2 —, aspiração frustrada em Q3, pois apenas 53,5% dos partos realizados foram normais. Entre as multíparas, o desejo por parto normal, igualmente elevado em Q1 e Q2 (conquanto com patamares mais baixos do que os correspondentes às primíparas), cai para 50% em Q3.

Levando-se em conta o setor de atendimento (Gráfico 3), observa-se em Q1 que no setor público a preferência por parto normal chega a 79,8%, enquanto no privado esse percentual é de 76,5%. Em Q2 essa preferência pelo parto normal aumenta ligeiramente nos dois setores analisados, que passam a registrar, respectivamente, 80,1% e 80,6%. Em Q3 cai o percentual de parto normal para 51,4%, embora ele continue ainda majoritário no serviço público (60,6%).

Chama a atenção o crescimento, no setor privado, dos percentuais de parto cesáreo, que passam a representar 66,3% do total de partos, ou seja, ocorre em Q3 uma inversão dos grupos majoritários: no serviço público 60,9% fizeram partos normais, enquanto no serviço privado 68,7% tiveram parto cesáreo.

Os valores encontrados explicitam uma conduta que é influenciada pelo tipo de atendimento a que foram submetidas as entrevistadas.

Gráfico 1. Proporção de Partos Normais(N) e Cesáreos(C), em Q1, Q2 e Q3. São Paulo, 1999.

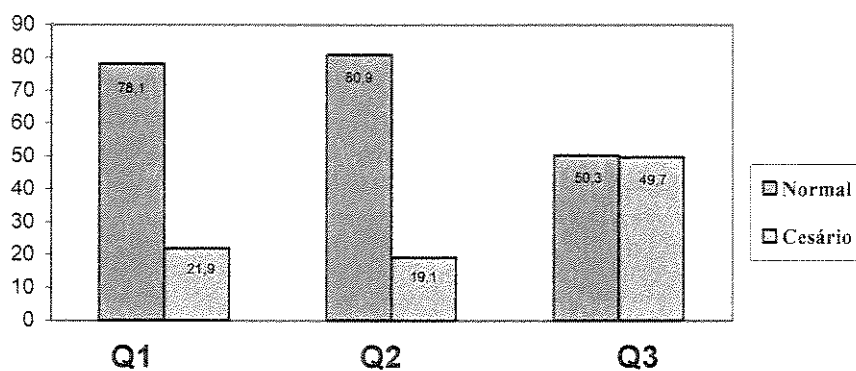


Gráfico 2. Proporção de partos normais segundo parturição, em Q1, Q2 e Q3. São Paulo, 1999.

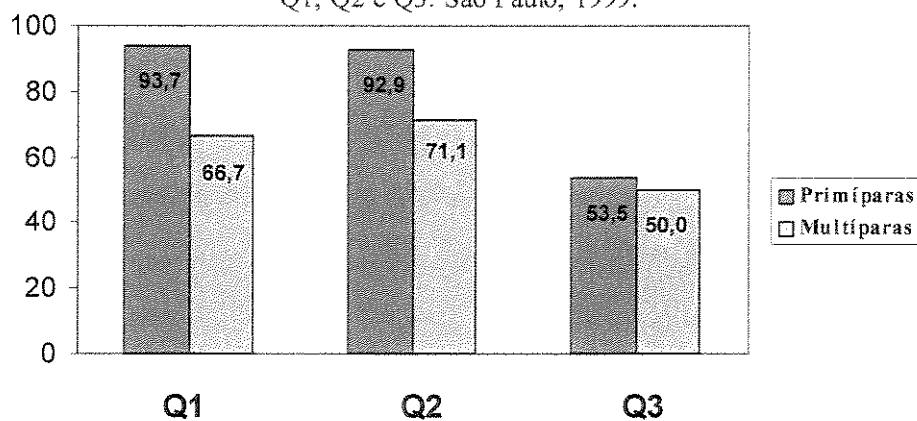
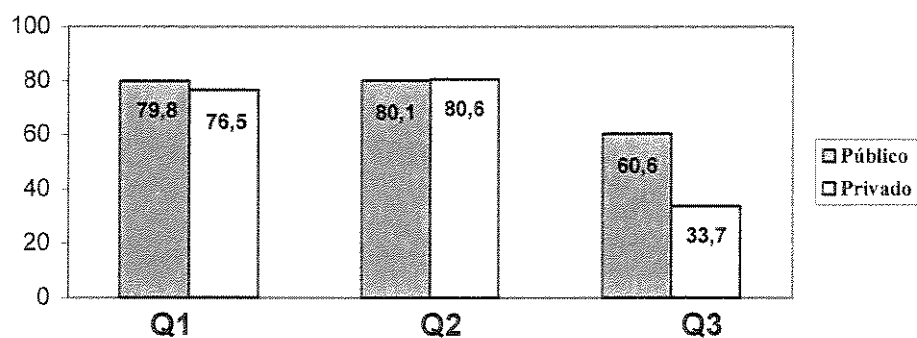


Gráfico 3. Proporção de partos normais nos setores Público e Privado, em Q1, Q2 e Q3. São Paulo, 1999.



4.2.1. Composição da amostra em Q1, Q2 e Q3, por parturição e setor de atendimento

A distribuição das mulheres pela preferência pelos partos normal e cesáreo nas duas etapas da pesquisa e os resultados em Q3, segundo parturição, encontra-se na Tabela 4.

Tabela 4
Distribuição das entrevistas, segundo parturição em Q1, Q2 e Q3, por tipo de parto
Município de São Paulo
1999

Questionário e parturição	Parto normal	Parto cesáreo
<i>Q1</i>		
Múltipara	47,3	86,0
Primípara	52,7	14,0
Total	100,0	100,0
<i>Q2</i>		
Múltipara	48,3	83,7
Primípara	51,7	16,3
Total	100,0	100,0
<i>Q3</i>		
Múltipara	52,6	58,1
Primípara	47,4	41,9
Total	100,0	100,0

Entre as gestantes que desejavam parto normal em Q1, 47,3% eram múltiparas e 52,6% primíparas, composição bastante distinta, por parturição, das gestantes que desejavam parto cesáreo em Q1: 86% e 14%, respectivamente.

A composição por parturição das gestantes que desejam parto normal em Q2 é praticamente a mesma de Q1, o mesmo se verificando para as preferências por parto cesáreo. Das que fizeram parto normal, 52,6% eram múltiparas, ou seja, há um equilíbrio quanto à parturição. Já entre as que fizeram parto cesáreo a maior proporção foi de múltiparas, com 58,1%.

A Tabela 5 apresenta a distribuição das mulheres segundo preferência por partos normal e cesáreo em Q1 e Q2 e tipo de parto realizado (Q3), por setor de atendimento. Nota-se que a distribuição por setor de atendimento para as que desejavam parto normal é praticamente a mesma daquelas que preferiam parto cesáreo, o que se verifica em Q1 e Q2. Dos partos normais

realizados em Q3, 78% ocorreram no setor público, e dos partos cesáreos, 50,7% — no que concerne ao parto cesáreo, portanto, os setores público e privado tiveram igual papel.

Tabela 5
Distribuição das entrevistadas, segundo setor de atendimento em Q1, Q2 e Q3, por tipo de parto realizado
Município de São Paulo
1999

Questionário e setor de atendimento	Parto normal	Parto cesáreo
<i>Q1</i>		
Público	65,7	62,6
Privado	34,3	37,4
Total	100,0	100,0
<i>Q2</i>		
Público	65,8	65,5
Privado	34,2	34,5
Total	100,0	100,0
<i>Q3</i>		
Público	78,7	50,7
Privado	22,3	49,3
Total	100,0	100,0

4.2.2. Sobre as preferências e os resultados

Analisando os resultados das preferências em Q1, Q2 e Q3 conforme a parturição e o setor de atendimento (Tabela 6), observa-se que tanto em Q1 quanto em Q2 as primíparas de ambos os setores apresentaram os mais altos índices de desejo por parto normal, superiores a 90%. As múltiparas apresentaram níveis mais baixos de preferência pelo parto normal, embora com valores ainda elevados. Assim, nos momentos Q1 e Q2 o setor de atendimento não afeta o nível do desejo e a parturição o eleva para as primíparas.

Quanto ao tipo de parto realizado, múltiparas e primíparas do setor público registraram índices de partos normais elevados e análogos aos desejados. Já no setor privado as proporções

de partos normais para multíparas e primíparas começam em níveis de 60,4% e 90%, respectivamente, e caem para 28% e 33,9%.

Tabela 6
Preferências por tipo de parto de multíparas e primíparas, do setor público e privado, segundo Q1, Q2 e Q3
Município de São Paulo
1999

Questionário, parturição e setor de atendimento	Parto normal	Parto cesáreo	Total
<i>Q1</i>			
Multíparas/público	68,7	31,3	100,0
Multíparas/privado	60,4	39,6	100,0
Primíparas/público	94,7	5,3	100,0
Primíparas/privado	90,7	9,3	100,0
Total	78,1	21,9	100,0
<i>Q2</i>			
Multíparas/público	72,8	27,2	100,0
Multíparas/privado	66,7	33,3	100,0
Primíparas/público	93,4	6,6	100,0
Primíparas/privado	92,6	7,4	100,0
Total	81,0	19,0	100,0
<i>Q3</i>			
Multíparas/público	56,5	43,5	100,0
Multíparas/privado	28,0	72,0	100,0
Primíparas/público	67,5	32,5	100,0
Primíparas/privado	33,9	66,1	100,0
Total	50,3	49,7	100,0

4.3. Composição da amostra em Q1, Q2 e Q3 segundo variáveis sociodemográficas

Nesta etapa da descrição dos resultados procura-se contrastar a composição das amostras de mulheres que desejavam parto normal com a daquelas que preferiam parto cesáreo, em Q1 e Q2, segundo variáveis sociodemográficas: idade, cor, grau de instrução e *status* socioeconômico. Levaram-se em conta também a parturição e o setor de atendimento. O mesmo foi feito para Q3.

4.3.1. Idade

As múltiparas (tanto no setor público como no privado) que preferiam parto cesáreo em Q1 e Q2 eram mais velhas do que as que desejavam parto normal. O mesmo se verificou em Q3. As primíparas do público que queriam parto normal tanto em Q1 como em Q2 eram as mais jovens. O pequeno número de casos de primíparas em ambos os setores com preferência por parto cesáreo não permite a comparação em Q1 e Q2. Quanto a Q3, no público e no privado as que tiveram parto normal eram mais jovens do que as que fizeram cesárea (Tabela 7).

Tabela 7

Distribuição das entrevistadas, segundo tipo de parto em Q1, Q2 e Q3 e grupos etários, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Tipo de parto e grupos etários	Múltiparas/público			Múltiparas/privado			Primíparas/público			Primíparas/privado		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
Parto Normal												
18 a 25 anos	41,8	41,0	47,7	20,7	23,3	28,6	74,6	76,1	82,7	30,6	32,0	47,4
26 a 34 anos	46,8	45,8	40,0	62,1	60,0	64,3	22,5	21,1	17,3	55,1	58,0	47,4
35 a 40 anos	11,4	13,3	12,3	17,2	16,7	7,1	2,8	2,8	0,0	14,3	10,0	5,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Parto Cesário												
18 a 25 anos	27,8	25,8	24,0	15,8	13,3	16,7	-	-	56,0	-	-	21,6
26 a 34 anos	58,3	64,5	64,0	63,2	60,0	58,3	-	-	36,0	-	-	56,8
35 a 40 anos	13,9	9,7	12,0	21,1	26,7	22,2	-	-	8,0	-	-	21,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4.3.2. Status socioeconômico

As múltiparas do setor público que preferiam parto normal em Q1 e Q2 têm *status* socioeconômico mais baixo do que as que preferem cesáreas. O mesmo ocorre em Q3. Já entre as múltiparas do privado a distribuição favorece as classes A e B (agrupadas), tanto nos casos de parto normal quanto cesáreo em Q1, Q2 e Q3. Para as primíparas a comparação em Q1 e Q2 fica prejudicada por falta de casos de preferências por cesáreas, tanto no setor público quanto no

privado. Quanto a Q3, no público predominam as mais pobres entre as que fizeram parto normal, e no setor privado predominam as de classe A+B para as que tiveram parto normal bem como para as que fizeram cesárea (Tabela 8).

Tabela 8

Distribuição das entrevistadas, segundo tipo de parto em Q1, Q2 e Q3 e estratos socioeconômicos, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Tipo de parto e estrato	Múltiparas/ Público			Múltiparas/ privado			Primíparas/ público			Primíparas/ privado		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
<i>Parto normal</i>												
A+B	11,4	12,0	9,2	51,7	63,3	64,3	19,7	19,7	15,4	65,3	66,0	68,4
C	51,9	49,4	50,8	48,3	36,7	35,7	60,6	57,7	63,5	22,4	22,0	21,1
D+E	36,7	38,6	40,0	0,0	0,0	0,0	19,7	22,5	21,2	12,2	12,0	10,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Parto cesáreo</i>												
A+B	27,8	29,0	26,0	89,5	73,3	66,7	-	-	28,0	-	-	64,9
C	38,9	41,9	44,0	10,5	26,7	33,3	-	-	52,0	-	-	24,3
D+E	33,3	29,0	30,0	0,0	0,0	0,0	-	-	20,0	-	-	10,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	100,0	-	-	100,0

4.3.3. Grau de instrução

Múltiparas do privado apresentam maior nível de escolaridade, tanto as que preferiam parto normal quanto cesárea em Q1 e Q2 e que os fizeram. Múltiparas do público apresentam alta proporção de analfabetas e mulheres com primeiro grau incompleto (agrupadas), tanto nas preferências por parto normal quanto cesáreo em Q1 e Q2. Em Q3 há mais mulheres com menor nível de instrução dentre aquelas que realizaram parto normal. Já para o parto cesáreo a composição constitui-se de mulheres com pouca instrução ou com níveis mais elevados de escolaridade. Para as primíparas do público as distribuições das que fizeram parto normal e

cesáreo são muito similares, com tendência a maior concentração no nível mais elevado de instrução, o que se acentua enormemente entre as primíparas do privado (Tabela 9).

Tabela 9

Distribuição das entrevistadas, segundo tipo de parto em Q1, Q2 e Q3 e grau de instrução, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Tipo de parto e grau de instrução	Múltiparas/ Público			Múltiparas/ privado			Primíparas/ público			Primíparas/ privado		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
<i>Parto normal</i>												
Analfabetas + 1º grau incompleto	48,1	44,6	50,8	20,7	20,0	14,3	26,8	25,4	26,9	4,1	8,0	10,5
1º grau + 2º grau incompleto	20,3	21,7	20,0	31,0	33,3	35,7	33,8	32,4	32,7	10,2	8,0	15,8
2º grau completo e mais	31,6	33,7	29,2	48,3	46,7	50,0	39,4	42,3	40,4	85,7	84,0	73,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Parto cesáreo</i>												
Analfabetas + 1º grau incompleto	47,2	54,8	44,0	5,3	6,7	13,9	-	-	24,0	-	-	5,4
1º grau + 2º grau incompleto	13,9	9,7	16,0	31,6	20,0	30,6	-	-	32,0	-	-	5,4
2º grau completo e mais	27,8	35,5	40,0	63,2	73,3	55,6	-	-	44,0	-	-	89,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4.3.4. Cor

A composição por cor das múltiparas atendidas pelo setor público mostra, para aquelas que preferiam parto cesáreo, maior concentração de brancas. Já entre as que preferiam parto normal predominam as negras, situação que se mantém em Q3. Entre as múltiparas do setor privado a distribuição das que optaram por parto cesáreo é praticamente composta só de brancas. Essa categoria concentra também as mulheres que preferiram parto normal, mas não de forma tão acentuada. Em Q3 essa concentração se mantém. Quanto às primíparas do público e do

privado que preferiam parto normal, a concentração de brancas se mantém em Q1, Q2 e Q3 (Tabela 10).

Tabela 10
Distribuição das entrevistadas, segundo tipo de parto em Q1, Q2 e Q3 e cor, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Tipo de parto e cor	Múltiparas/ Público			Múltiparas/ privado			Primíparas/ público			Primíparas/ privado		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
<i>Parto normal</i>												
Branca	44,3	48,2	47,7	65,5	66,7	50,0	60,6	60,6	71,2	69,4	62,0	57,9
Negra	51,9	48,2	49,2	31,0	30,0	42,9	36,6	36,6	26,9	22,4	30,0	31,6
Amarela	0,0	0,0	0,0	3,4	3,3	7,1	0,0	0,0	0,0	8,2	8,0	10,5
Indígena	1,3	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	2,8	1,9	0,0	0,0	0,0
Não sabe	2,5	2,4	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Parto cesáreo</i>												
Branca	61,1	54,8	52,0	94,7	100,0	86,1	-	-	44,0	-	-	70,3
Negra	38,9	45,2	46,0	5,3	0,0	13,9	-	-	52,0	-	-	24,3
Amarela	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0	-	-	5,4
Indígena	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	-	-	4,0	-	-	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4.4. Efeito das características sociodemográficas das mulheres na preferência por parto normal em Q1 e no tipo de parto em Q3

4.4.1. Preferência em Q1

Com a finalidade de saber se o desejo por um tipo de parto variou conforme as características sociodemográficas da gestante — idade, grau de instrução, cor e *status* socioeconômico —, calcularam-se as proporções de preferências por parto normal em Q1 segundo parturição (Tabela 11).

Observa-se que praticamente nenhuma das categorias sociodemográficas consideradas exerce influência no desejo das primíparas por parto normal. O mesmo não sucede porém com as múltiparas: são as mais pobres, as negras, as com menor grau de instrução e as mais jovens as que mais preferiam parto normal na primeira entrevista realizada.

Tabela 11
Proporções de preferências por parto normal em Q1, segundo características sociodemográficas, por parturição
Município de São Paulo
1999

Características	Primíparas	Múltiparas
<i>Estrato socioeconômico</i>		
A+B	88,5	46,1
C	91,5	76,4
D+E	90,0	70,0
<i>Cor</i>		
Branca	90,6	56,8
Negra	88,1	75,8
<i>Grau de instrução</i>		
Analfabetas + 1º grau incompleto	87,5	72,1
1º grau + 2º grau incompleto	96,7	67,6
2º grau e mais	88,6	59,1
<i>Grupos etários</i>		
18 a 25 anos	97,1	73,6
26 a 34 anos	90,0	60,2
35 a 40 anos	-	68,4

Introduzindo na análise o setor de atendimento, alguns dos resultados não se mantêm, como mostra a Tabela 12.

Tabela 12

Proporções de preferências por parto normal em Q1, segundo características sociodemográficas, por parturição e setor de atendimento

Município de São Paulo

1999

Características	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado
<i>Estrato socioeconômico</i>				
A+B	47,4	45,4	93,3	86,5
C	74,5	82,3	93,5	84,6
D+E	70,0	-	85,7	-
<i>Cor</i>				
Branca	61,1	50,0	89,6	91,9
Negra	74,5	81,8	96,3	73,3
<i>Grau de instrução</i>				
Analfabetas + 1º grau incompleto	69,1	-	95,0	-
1º grau + 2º grau incompleto	76,2	56,2	96,0	-
2º grau e mais	64,1	51,8	87,5	89,4
<i>Grupos etários</i>				
18 a 25 anos	76,7	60,0	93,0	88,2
26 a 34 anos	61,7	57,6	88,9	90,6
35 a 40 anos	75,0	57,1	-	71,4

Nota: as caselas vazias correspondem a frequências muito baixas.

Os resultados observados permitem concluir que para as *primíparas*:

- o *status* socioeconômico não afeta no setor privado; já no público cai a preferência por parto normal no estrato mais pobre da amostra;
- o nível de instrução mostra uma queda na preferência por parto normal na amostra com maior escolaridade atendida no setor público; quanto ao privado, a análise fica prejudicada por falta de casos de níveis mais baixos de instrução;
- a cor afeta a preferência por parto normal, ou seja, as negras têm maior preferência no público e menor no privado;
- a idade não afeta nem no setor público nem no privado a preferência por parto normal.

Quanto às *múltiparas*, observou-se que:

- o *status* socioeconômico afeta a preferência tanto no setor público como no privado, as mulheres nos estratos mais baixos desejando mais o parto normal;
- o nível de instrução não afeta a preferência por parto normal no setor privado; já no público são as de nível intermediário de instrução as que mais aspiravam a um parto normal;
- a cor afeta tanto no setor público como no privado, as negras preferindo mais o parto normal;
- a idade não afeta a preferência por parto normal no setor privado; já no público são as mulheres no grupo etário de 26 a 34 anos aquelas com menor preferência por parto normal.

Em conclusão, o *status* socioeconômico e a cor afetam o desejo por parto normal, aumentando o índice de preferência nos estratos mais baixos e entre as negras.

4.4.2. Realização em Q3

Com a finalidade de saber se o tipo de parto realizado variou conforme as características sociodemográficas da gestante, calcularam-se as proporções de partos normais realizados segundo tais características, tendo em conta também a parturição e o setor de atendimento (Tabela 13).

Tabela 13

Proporções de partos normais realizados (Q3), segundo características sociodemográficas, por parturição e setor de atendimento,

Município de São Paulo

1999

Características	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado
<i>Estrato socioeconômico</i>				
A+B	21,0	21,2	53,3	32,4
C	49,1	29,4	58,7	26,3
D+E	55,0	-	57,1	-
<i>Cor</i>				
Branca	50,9	45,4	44,1	30,8
Negra	42,1	15,8	64,2	29,7
<i>Grau de instrução</i>				
Analfabetas + 1º grau incompleto	69,1	-	55,0	-
1º grau + 2º grau incompleto	76,2	56,2	60,0	-
2º grau e mais	64,1	51,8	56,2	27,7
<i>Grupos etários</i>				
18 a 25 anos	65,1	30,0	64,9	47,1
26 a 34 anos	33,3	27,0	38,9	25,0
35 a 40 anos	50,0	-	-	-

Nota: as caselas vazias correspondem a frequências muito baixas.

Pode-se observar para as *primíparas* que:

- *status* socioeconômico não afeta o resultado em Q3 nem no setor público nem no privado; as primíparas do privado tiveram menos partos normais, independentemente do estrato;
- nível de instrução também não afeta o resultado em Q3 para o setor público.; no privado não houve número suficiente de casos nos níveis mais baixos de instrução;
- a cor afeta o resultado somente no público, as brancas com mais parto normal do que as negras;
- a idade afeta o resultado tanto no público como no privado, e entre as mais jovens, em ambos os casos, é maior a porcentagem de partos normais;
- em conclusão, a cor e a idade mostram alguma associação com o tipo de parto realizado.

Para as *múltiparas*, observou-se que:

- *status* socioeconômico afeta a porcentagem de parto normal no setor público, com valores maiores nas classes C e D+E, mas não afeta no privado;
- nível de instrução não afeta resultados em Q3;
- a cor afeta mais no setor privado do que no público, as negras registrando percentuais de partos normais três vezes maiores do que as brancas;
- a idade não afeta no privado; no público são as mais jovens e as mais velhas que têm maiores porcentagens de parto normal;
- em conclusão, o *status* socioeconômico e a cor mostram alguma associação com o tipo de parto realizado.

4.5. Análise das Trajetórias

Até o momento as descrições das situações, aspirações e concretizações na vida das entrevistadas foram de tipo transversal, ou seja, os resultados foram sempre referidos de forma separada, nos momentos Q1, Q2 e Q3. A partir de agora será feita uma análise longitudinal, ou seja, de trajetória, construída, para cada mulher, com base nos seus desejos em Q1 e Q2 e no sucedido com ela em Q3, quanto ao tipo de parto. A Tabela 14 registra em números absolutos como se deu esse processo ao longo do período gravídico das mulheres.

Tabela 14
Trajetória das preferências e ocorrências, segundo tipo de parto, em Q1, Q2 e Q3
Município de São Paulo
1999

Q1	Q2	Q3	Total
Normal	Normal	Normal	127
		Cesárea	86
		Total	213
	Cesárea	Normal	5
		Cesárea	7
		Total	12
	Outros casos ¹	Normal	0
		Cesárea	3
		Total	3
	Total		228
Cesárea	Normal	Normal	6
		Cesárea	12
		Total	18
	Cesárea	Normal	9
		Cesárea	34
		Total	43
	NS/NP/Dep	Normal	1
		Cesárea	2
		Total	3
	Total		64
Outros casos ¹	Normal	Normal	2
		Cesárea	1
		Total	3
	Cesárea	Normal	0
		Cesárea	0
		Total	0
	NS/NP/Dep	Normal	0
		Cesárea	3
		Total	3
	Total		6
Total			298

(1) Não sabe/não tem preferência/depende do médico

Chama a atenção, em primeiro lugar, que o nível de indecisão das gestantes por um tipo de parto é muito reduzido na primeira entrevista, como atestam os seis casos (2%) do total da amostra. Antecipando a situação dessas seis mulheres, informamos que três eram primíparas e optaram por parto normal em Q2, duas o conseguiram em Q3, uma fez cesárea e as três restantes continuaram indecisas em Q2, duas multíparas e uma primípara, ambas do setor privado, que acabaram tendo parto cesáreo.

Em Q2 surgiram novos casos de indecisas, a saber: três que haviam manifestado desejo por parto normal em Q1 e outras três que haviam preferido cesárea nessa primeira entrevista. Dentre as primeiras, as três eram do setor privado, duas eram multíparas e uma primípara, e acabaram fazendo cesárea. Dentre as segundas, uma primípara do público acabou tendo parto normal e duas multíparas (uma do público e uma do privado) tiveram parto cesáreo.

Dado o número reduzido desses casos, eles não farão parte das análises que se seguem, baseadas na Tabela 15, a qual permite identificar os diversos fluxos de preferência por um tipo de parto ocorridos ao longo da pesquisa, ou seja, as várias trajetórias, levando-se em conta a parturição e o setor de atendimento.

Tabela 15
Trajetórias dos tipos de parto, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Trajetórias Q1-Q2-Q3	Multíparas/ público	Multíparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
N-N-N	54	12	44	17	127
N-N-C	20	13	24	29	86
N-C-N	2	0	3	0	5
N-C-C	3	2	0	2	7
C-N-N	2	1	1	2	6
C-N-C	7	4	0	1	12
C-C-N	7	1	1	0	9
C-C-C	19	12	1	2	34
Total geral	114	45	74	53	286

4.5.1. Composição das trajetórias segundo parturição e setor de atendimento

Para efeito da análise da composição das trajetórias, levando-se em conta a parturição das mulheres e o setor de saúde em que foram atendidas, serão consideradas apenas as trajetórias N-N-N (“normal plena”), N-N-C (“normal semiplena”) e C-C-C (“cesárea plena”), as quais abrangem, em conjunto, 86,4% das entrevistadas, uma vez que as 13,6% restantes correspondem a trajetórias cujas frequências individuais são muito pequenas.

Essa análise mostra que as trajetórias têm composição bem diversa (Tabela 16).

Tabela 16
Composição das trajetórias, segundo parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Trajetórias Q1-Q2-Q3	Múltiparas/ público	Múltiparas/ privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
N-N-N	42,5	9,4	34,6	13,4	100,0
N-N-C	23,3	15,1	27,9	33,7	100,0
C-C-C	55,9	35,3	2,9	5,9	100,0

Na trajetória N-N-N o setor público comparece com 77,2% dos casos, 34,6% de primíparas e 42,5% de múltiparas. Portanto, é no setor público que as mulheres conseguem com maior frequência manter seu desejo inicial de ter parto normal.

Na trajetória C-C-C as múltiparas têm 91,2% desses casos, sendo 55,9% do setor público e 35,3% do privado. Assim, são as múltiparas as que mais conseguiram preservar sua preferência inicial por parto cesáreo.

A trajetória N-N-C tem uma composição mais complexa, em que predominam as primíparas do setor privado, com 33,7%, seguidas por primíparas e múltiparas do setor público, que contribuem, respectivamente, com 27,9% e 23,3% dos casos. Nessa trajetória há mais primíparas (61,6%) do que múltiparas (38,4%). Já o setor de atendimento está representado homogeneamente, com 51,2% para o público e 48,8% para o privado.

4.5.2. Distribuição das mulheres, segundo variáveis sociodemográficas, para trajetórias normal plena, normal semiplena e cesárea plena

Considerando-se as *múltiparas do setor público* (Tabela 17), verificou-se que:

- a trajetória *normal plena* é constituída por mulheres mais jovens, mais pobres, com menor nível de instrução e com percentual de negras superior ao de brancas;

- a *normal semiplena* é composta por mulheres menos pobres, concentradas na faixa etária intermediária, com melhor nível de instrução e com percentual de negras também superior ao de brancas;
- as *cesáreas plenas*, com relação à idade e ao *status* socioeconômico, se comportam de maneira similar à trajetória normal semiplena, mas com relação à instrução essa categoria é um misto de valores significativos nos níveis de escolaridade mais e menos elevados; a cor é outro diferencial nessa trajetória, com predomínio de brancas.

Tabela 17

Distribuição das múltiparas do setor público, segundo características sociodemográficas, por tipos de trajetória
Município de São Paulo
1999

Características sociodemográficas	Normal plena	Cesárea plena	Normal semiplena
<i>Grupos etários</i>			
18 a 25 anos	51,8	26,4	20,0
26 a 34 anos	37,0	68,4	70,0
35 a 40 anos	11,2	5,3	10,0
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Grau de instrução</i>			
Analfabetas + 1º grau incompleto	50,0	47,4	35,0
1º grau + 2º grau incompleto	24,1	15,8	15,0
2º grau + 3º grau	25,9	36,9	50,0
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Estrato socioeconômico</i>			
A+B	7,5	42,1	20,0
C	50,9	26,3	50,0
D+E	41,5	31,6	30,0
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Cor</i>			
Brancas	44,4	57,9	45,0
Negras	51,9	42,1	50,0
outras	3,7	0,0	5,0
Total	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	54	19	20

Para as *múltiparas do setor privado* (Tabela 18), os resultados mostraram que:

- na trajetória *normal plena* as mulheres estão concentradas na faixa etária intermediária, têm níveis elevados de escolaridade e pertencem majoritariamente aos estratos A+B e C; o percentual de negras nesse grupo é superior ao de brancas;
- na trajetória *cesárea plena* as distribuições das mulheres por idade, grau de instrução e *status* socioeconômico são semelhantes às encontradas em normal plena, só que em patamares de concentração mais elevados, sobretudo nos aspectos educacional e socioeconômico; as mulheres são 100% brancas; a concentração no estrato A+B é superior a 80%;
- a trajetória *normal semiplena* segue praticamente a mesma tendência das trajetórias anteriores, só que em patamares menores; vale salientar que o diferencial entre brancas e negras é de 53 pontos percentuais em favor das primeiras.

Tabela 18

Distribuição das múltiparas do setor privado, segundo características sociodemográficas, por tipos de trajetória
Município de São Paulo
1999

Características sociodemográficas	Normal plena	Cesárea plena	Normal semiplena
<i>Grupos etários</i>			
18 a 25 anos	25,0	8,3	23,1
26 a 34 anos	66,7	66,7	53,9
35 a 40 anos	8,3	25,0	23,1
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Grau de instrução</i>			
Analfabetas + 1º grau incompleto	16,7	0,0	23,1
1º grau + 2º grau incompleto	33,3	25,0	30,8
2º grau + 3º grau	50,0	75,0	46,2
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Estratos socioeconômicos</i>			
A+B	58,3	83,3	53,9
C	41,7	16,7	46,1
D+E	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Cor</i>			
Brancas	44,4	100,0	76,9
Negras	51,9	0,0	23,1
outras	3,7	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Nº de casos	12	12	13

Para as primíparas só foi possível contrastar as trajetórias normal plena e semiplena, dada a pequena frequência de cesárea plena entre elas.

Os resultados para *primíparas do público* (Tabela 19) mostram que as distribuições por idade, grau de instrução e *status* socioeconômico se apresentaram praticamente da mesma maneira que nas duas trajetórias já analisadas, ou seja, trata-se de mulheres jovens, com níveis elevados de escolaridade e situadas predominantemente no estrato C. Com relação à cor, o percentual de mulheres negras é bastante superior na trajetória normal semiplena (54,2%) em relação à normal plena (27,3%).

Tabela 19

Distribuição das primíparas do setor público, segundo características sociodemográficas, por tipos de trajetória
Município de São Paulo
1999

Características sociodemográficas	Normal plena	Normal semiplena
Grupos etários		
18 a 25 anos	84,1	58,3
26 a 34 anos	15,9	33,4
35 a 40 anos	0,0	8,3
Total	100,0	100,0
Grau de instrução		
Analfabetas + 1º grau incompleto	25,0	25,0
1º grau + 2º grau incompleto	34,1	33,4
2º grau + 3º grau	40,9	41,7
Total	100,0	100,0
Estratos socioeconômicos		
A+B	18,6	26,1
C	62,8	56,5
D+E	18,6	17,4
Total	100,0	100,0
Cor		
Branças	70,5	41,7
Negras	27,3	54,2
outras	2,2	4,1
Total	100,0	100,0
Nº de casos	44	24

Para as *primíparas do setor privado* (Tabela 20), por fim, observou-se que são muito similares em ambas as trajetórias as distribuições por cor, *status* socioeconômico e nível de escolaridade, mas na *normal plena* as mulheres são mais jovens do que na *normal semiplena*.

Tabela 20
Distribuição das primíparas do setor privado, segundo características sociodemográficas, por tipos de trajetória
Município de São Paulo
1999

Características sociodemográficas	Normal plena	Normal semiplena
<i>Grupos etários</i>		
18 a 25 anos	47,1	24,2
26 a 34 anos	47,0	62,0
35 a 40 anos	5,9	13,8
Total	100,0	100,0
<i>Grau de instrução</i>		
Analfabetas + 1º grau incompleto	5,9	3,4
1º grau + 2º grau incompleto	17,6	3,4
2º grau + 3º grau	76,5	93,2
Total	100,0	100,0
<i>Estratos socioeconômicos</i>		
A+B	70,5	65,5
C	17,6	20,7
D+E	11,8	13,8
Total	100,0	100,0
<i>Cor</i>		
Branças	64,7	69,0
Negras	23,5	24,1
outras	11,8	6,9
Total	100,0	100,0
Nº de casos	17	29

4.5.3. O papel do setor de atendimento na distorção dos desejos das mulheres

O tipo de parto que uma mulher acaba por ter nem sempre representa o que ela desejava na primeira entrevista e reafirmava na segunda, há um mês do parto. Assim, há uma discrepância entre a preferência por ela explicitada em dois momentos — espaçados em média

por três meses — e o tipo de parto realizado. Como se mostrará a seguir, tal distorção é mais acentuada quando o parto é realizado no setor privado.

Com efeito, entre as múltiparas do setor público que desejavam parto normal em Q1 e Q2, 73% tiveram esse tipo de parto (trajetória normal plena), proporção que cai para 48% se o parto ocorreu no setor privado, ou seja, 52% das mulheres desse setor não tiveram seus desejos atendidos (Tabela 21). As múltiparas do setor privado que inicialmente desejavam cesárea em Q1 e Q2 tiveram seu desejo confirmado com mais frequência (92,3%). A distorção ocorrida no setor público, isto é, os casos C-C-N, representou apenas 26,9%.

Tabela 21
Distorção entre tipos de partos preferidos (Q1 e Q2) e realizados (Q3) por múltiparas, segundo setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Preferência Q1-Q2 e setor de atendimento	Realização Q3	Trajetória Q1-Q2-Q3 (%)
N-N (99 casos)		
Público (74)	N (54)	N-N-N (73,0)
	C (20)	N-N-C (27,0)
Privado (25)	N (12)	N-N-N (48,0)
	C (13)	N-N-C (52,0)
C-C (39 casos)		
Público (26)	N (7)	C-C-N (26,9)
	C (19)	C-C-C (73,1)
Privado (13)	N (1)	C-C-N (7,7)
	C (12)	C-C-C (92,3)
Total (138 casos)		

No caso das primíparas, a discrepância entre o desejo e o resultado ocorrida no setor privado é ainda mais evidente, pois 64,6% dos partos realizados naquele setor foram cesáreas quando a preferência era pelo parto normal (Tabela 22). O número insignificante de primíparas que desejavam parto cesáreo em Q1 e Q2 (apenas quatro em 118) não permitiu nesse caso relacionar desejo com ocorrência.

Tabela 22

Distorção entre tipos de partos preferidos (Q1 e Q2) e realizados (Q3) por primíparas, segundo setor de atendimento

Município de São Paulo
1999

Preferência Q1-Q2 e setor de atendimento	Realização Q3	Trajatória Q1-Q2-Q3 (%)
N-N (114 casos)		
Público (68)	N (44) C (24)	N-N-N (64,7) N-N-C (35,3)
Privado (46)	N (17) C (29)	N-N-N (37,0) N-N-C (63,0)
C-C (4 casos)	-	-
Total (118 casos)		

Procura-se agora examinar se a mesma tendência acima verificada se manteve para mulheres de diferentes *estratos socioeconômicos*. Em face da grande concordância em Q1 e Q2 quanto ao desejo por um certo tipo de parto, já salientada em seções anteriores deste capítulo, optou-se por considerar o desejo apenas em Q1 a fim de facilitar a descrição dos resultados. Assim, os resultados para as primíparas e multíparas encontram-se nas Tabelas 23 e 24, respectivamente.

Tabela 23

Distorção entre tipos de partos preferidos (Q1) e realizados (Q3) por primíparas, segundo estratos socioeconômicos e setor de atendimento

Município de São Paulo
1999

Estratos socioeconômicos e preferência (Q1)	Sector de atendimento	Realização Q3	Trajatória Q1-Q3 (%)
<i>A + B</i>			
Normal (46)	Público (14)	N (8) C (6)	N-N (57,1) N-C (42,9)
	Privado (32)	N (12) C (20)	N-N (37,5) N-C (62,5)
Cesárea (4)		-	-
Total (50)			
<i>C + D + E</i>			
Normal (72)	Público (55)	N (38) C (17)	N-N (78,2) N-C (21,8)
	Privado (17)	N (12) C (5)	N-N (70,6) N-C (29,4)
Cesárea (5)		-	-
Total (77)			
Total geral (127)			

Tabela 24
Distorção entre tipos de partos preferidos (Q1) e realizados (Q3) por múltiparas, segundo estratos socioeconômicos e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Estratos socioeconômicos e preferência (Q1)	Setor de atendimento	Realização Q3	Trajetória Q1-Q3 (%)
<i>A + B</i>			
Normal (24)	Público (9)	N (5)	N-N (55,5)
		C (4)	N-C (44,5)
	Privado (15)	N (7)	N-N (46,7)
		C (8)	N-C (53,3)
Cesárea (27)	Público (10)	N (1)	C-N (10,0)
		C (9)	C-C (90,0)
	Privado (17)	N (2)	C-N (11,8)
		C (15)	C-C (88,2)
Total (51)			
<i>C + D + E</i>			
Normal (83)	Público (69)	N (50)	N-N (72,5)
		C (19)	N-C (27,5)
	Privado (14)	N (5)	N-N (35,7)
		C (9)	N-C (64,3)
Cesárea (28)	Público (26)	N (8)	C-N (30,8)
		C (18)	C-C (69,2)
	Privado (2)	-	-
Total (111)			
Total geral (162)			

Entre as primíparas do estrato mais alto, as que desejavam parto normal e acabaram por ter cesárea representaram 42,9% no setor público e 62,5% no privado. Para as mais pobres a concordância entre o desejo e a ocorrência foi bem maior, da ordem de 78% no setor público e de 70,6% no privado. O reduzido número de primíparas que desejavam cesáreas em Q1 não permitiu descrever os respectivos resultados.

Considerando as múltiparas do estrato mais alto, observa-se que a grande maioria das que em Q1 explicitaram o desejo de ter parto cesáreo acabou por consegui-lo em Q3, correspondendo a 90% no público e 88,2% no privado. Já no estrato mais pobre o setor público registrou apenas 69,2% de cesáreas para aquelas que a desejavam em Q1. Não foi possível considerar nesse estrato o setor privado, em virtude do reduzido número de casos.

Quanto ao desejo por parto normal no estrato mais alto, o setor privado registrou maior distorção, com 53,3% de casos (em contraste com 44,5% no setor público). Essa discrepância foi

muito maior entre as mulheres mais pobres, das quais 64,3% fizeram cesárea quando o desejo era por parto normal.

Busca-se em seguida verificar se essa tendência do setor privado de realizar mais cesáreas do que parto normal se manteve para mulheres de diferentes *idades*. Os resultados encontram-se nas Tabelas 25 e 26, para primíparas e múltiparas, respectivamente.

As primíparas jovens atendidas no setor público tiveram seu desejo por parto normal realizado em 73,6% dos casos, porcentagem que cai para 53,3% nos partos do setor privado. Para as mais velhas, os percentuais de partos cesáreos quando o desejado seria normal foram de 50% no setor público e de 72,4% no privado. O reduzido número de primíparas que desejavam cesárea em Q1, tanto entre as mais jovens (quatro casos) como para as mais velhas (também quatro), impediu analisar o desenlace por setor de atendimento.

Tabela 25

Distorção entre tipos de partos preferidos (Q1) e realizados (Q3) por primíparas, segundo grupos etários e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Grupos etários e preferência (Q1)	Setor de atendimento	Realização Q3	Trajetória Q1-Q3 (%)
<i>18 a 25 anos</i>			
Normal (68)	Público (53)	N (39)	N-N (50,0)
		C (14)	N-C (50,0)
	Privado (15)	N (8)	N-N (27,6)
		C (7)	N-C (72,4)
Cesárea (4)		-	-
Total (72)			
<i>26 a 34 anos</i>			
Normal (45)	Público (16)	N (8)	N-N (72,5)
		C (8)	N-C (27,5)
	Privado (29)	N (8)	N-N (35,7)
		C (21)	N-C (64,3)
Cesárea (4)		-	-
Total (49)			
Total geral (121)			

Considerando as múltiparas, observa-se que para as mais jovens não foi possível contrastar por setor de atendimento o nível de discrepância entre o desejo e a ocorrência, dado o diminuto número de mulheres atendidas pelo setor privado: seis das que desejavam parto normal

e três das que desejavam cesárea em Q1. Para aquelas na faixa de 26 a 34 anos a realização do desejo por cesárea foi atendida para 92,3% das mulheres no setor privado e para 73,9% das que recorreram ao setor público. Mas para quem desejava parto normal a situação foi bem diversa: apenas 56,8% e 47,4% viram seus desejos realizados no público e no privado, respectivamente.

Tabela 26

Distorção entre tipos de partos preferidos (Q1) e realizados (Q3) por multiparas, segundo grupos etários e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Grupos etários e preferência (Q1)	Setor de atendimento	Realização Q3	Trajetória Q1-Q3 (%)
<i>18 a 25 anos</i>			
Normal (39)	Público (33)	N (29) C (4)	N-N (87,9) N-C (12,1)
	Privado (6)	- -	- -
Cesárea (13)	Público (10)	N (2) C (8)	C-N (20,0) C-C (80,0)
	Privado (3)	- -	- -
Total (52)		-	-
<i>26 a 34 anos</i>			
Normal (56)	Público (37)	N (21) C (16)	N-N (56,8) N-C (43,2)
	Privado (19)	N (9) C (10)	N-N (47,4) N-C (52,6)
Cesárea (36)	Público (23)	N (6) C (17)	C-N (26,1) C-C (73,9)
	Privado (13)	N (1) C (12)	C-N (7,7) C-C (92,3)
Total (92)			
Total geral (144)			

4.5.4. A influência dos partos anteriores sobre o tipo de parto realizado

As trajetórias dos partos anteriores apresentaram-se de quinze maneiras diferentes, sendo que os maiores percentuais se concentraram na *parturição 1*, ou seja, 60,8% das entrevistadas tinham tido um parto antes do atual. Em seguida veio a *parturição 2* (dois partos), com 26,1%.

Os percentuais de mulheres com parturições 3, 4, 5 e 6 foram de 7,7%, 4,6%, 0% e 0,8%, respectivamente. Esses dados indicam que a maioria das múltiparas completou a *parturição 2* durante o decorrer desta pesquisa.

Entre as mulheres de *parturição 1*, em 54,4% dos casos o parto anterior tinha sido cesáreo; naquelas de *parturição 2*, 23,5% tinham feito cesárea em ambos os partos e 61,8% tinham feito dois partos normais. Na *parturição 3*, 90% fizeram partos normais nos três partos anteriores.

Realizando essa análise para as trajetórias *normal plena*, *normal semiplena* e *cesárea plena* por setor de atendimento, observa-se que no setor público:

- 83% das mulheres pertencentes à categoria *normal plena* tinham tido todos os seus partos anteriores normais;
- 60% das mulheres da categoria *normal semiplena* tiveram partos cesáreos anteriormente;
- 73,7% das mulheres da categoria *cesárea plena* fizeram cesáreas nos seus partos anteriores.

E no setor privado:

- 83,3% das mulheres pertencentes à categoria *normal plena* tinham tido todos os seus partos anteriores normais;
- 69,2% das mulheres da categoria *normal semiplena* tinham tido todos os seus partos anteriores por cesariana, 23,1% haviam feito partos normais e houve um caso em que o primeiro parto foi normal e o segundo cesáreo;
- 100% das mulheres da categoria *cesárea plena* tiveram todos os partos anteriores por cesárea.

Assim, a grande maioria das múltiparas da trajetória *normal semiplena* (81,8%) completou sua segunda parturição durante a pesquisa. O fato de que 76% destas tenham tido cesárea no primeiro parto vem mostrar a influência do parto anterior no resultado do atual, influência esta mais forte no setor privado.

Tabela 27

Distribuição das entrevistadas multiparas, segundo tipo dos partos anteriores, setor de atendimento e trajetórias de tipos de parto em Q1, Q2 e Q3
Município de São Paulo
1999

Partos Anteriores						Setor público			Setor privado			Total
1º	2º	3º	4º	5º	6º	N-N-N	N-N-C	C-C-C	N-N-N	N-N-C	C-C-C	
C						4	10	9	2	9	9	43
N						22	5	2	6	1	0	36
C	C					0	2	4	0	0	2	8
C	N					2	0	0	0	0	0	2
N	C					2	0	0	0	1	0	3
N	N					16	1	1	2	1	0	21
C	C	C				0	0	0	0	0	0	0
C	N	C				0	0	1	0	0	0	1
N	N	N				5	2	0	2	0	0	9
C	C	C	C			0	0	1	0	0	1	2
N	N	N	N			2	0	1	0	1	0	4
N	C	C	C	C		0	0	0	0	0	0	0
N	N	C	N	N		0	0	0	0	0	0	0
C	N	N	N	N	N	1	0	0	0	0	0	1
N	N	N	N	N	N	0	0	0	0	0	0	0
Total Geral						54	20	19	12	13	12	130

Considerações finais

Considerado pelo Ministério da Saúde dentre as unidades da Federação com maiores taxas de cesárea, São Paulo apresentou, segundo o Data-SUS, os seguintes valores para 1997, 1998 e 1999: 40,2%, 35,2% e 29,7%; e no Município, 38,5%, 32,7% e 28,1%, respectivamente. Já a Fundação Seade, com base nas estatísticas de nascimentos, apresenta as seguintes estimativas para a taxa de partos cesáreos em 1998 e 1999: Estado, 48,3% e 47,5%; e no Município, 45,4% e 46,1%, respectivamente. A discrepância deve-se às fontes, pois enquanto o Data-SUS refere-se apenas aos hospitais públicos, os dados da Fundação Seade cobrem todos os partos, públicos e privados.

A taxa de cesáreas encontrada na amostra da pesquisa aqui analisada, de 49,7%, não difere estatisticamente do índice da Fundação Seade para a capital em 1999 (46,1%), uma vez que o intervalo de confiança de 95% para a proporção amostral, ou seja, 44,0% ↔ 55,4%, contém o referido valor populacional.

O ano da realização da pesquisa se enquadra no período iniciado em 1998, em que o Ministério da Saúde, com a finalidade de reduzir os níveis abusivos de cesáreas nos hospitais do SUS, baixou as portarias nº 2.816/1998, e nº 865/1999, definindo limites e prazos para alcançá-los e estabelecendo condição de pagamento por número limitado de procedimentos.

O declínio sistemático das taxas de cesáreas entre 1997, 1998 e 1999, observado nos dados do Data-SUS, leva quase que imediatamente a inferir sobre o efeito das referidas portarias. Todavia, um estudo multicêntrico recente (Cebrap/Ministério da Saúde, 2001) conduzido em cinco unidades da Federação com altas taxas de cesárea, inclusive São Paulo, mostrou que as portarias foram mais bem aceitas por secretários estaduais e municipais de saúde do que por diretores de hospitais e responsáveis pela gineco-obstetrícia. Esses últimos apresentam várias maneiras de contornar a questão do limite, ou seja, procedimentos para atender as novas demandas por cesáreas quando a taxa já alcançou o limite fixado nas portarias. Esses procedimentos incluem: acordo entre médico e paciente, pelo qual o parto cesáreo é “pago

por fora”; as cesáreas excedentes são remanejadas para o mês seguinte; os partos cesáreos são encaminhados para outro hospital; continua-se realizando a cesárea mesmo sem receber pagamento para tanto, desde que ela seja considerada necessária. Esses expedientes usados por diretores de hospitais, em cumplicidade com os gineco-obstetras, poderiam estar levando a uma subenumeração das taxas oficiais registradas pelo Data-SUS a partir de 1998.

O resultado encontrado na pesquisa, que não depende de registros oficiais mas do relato das próprias mulheres, não mostrou diferença entre a taxa de cesáreas realizadas no setor público (50,7%) e no privado (49,3%). Esse elevado valor encontrado no setor público pode ser interpretado à luz dos mencionados expedientes.

A alta taxa de cesárea encontrada ganha outro significado quando se leva em conta a preferência das gestantes por parto normal, reafirmada nas duas entrevistas aplicadas antes da realização do parto, espaçadas de três meses. De fato, oito em cada dez mulheres desejavam parto normal, preferência esta não associada ao setor de atendimento de captação das entrevistadas. As razões mais alegadas para tanto diziam respeito a “parto normal é natural” e “a recuperação do parto normal é mais rápida”.

A consistência de um elevado percentual de preferências por parto normal durante o período gravídico levaria a supor que a mulher pudesse alcançar seu desejo, a menos que houvesse ocorrências não previstas a indicar realização de cesárea. Considerando um conjunto de condições que podem determinar a indicação de uma cesárea, a Organização Mundial da Saúde aceita como razoável uma taxa de cesáreas entre 6% e 16%. Desta forma, seria de se esperar que, do percentual de 80% de gestantes que desejavam parto normal, em média de 67,2% a 75,2% pudessem satisfazer seus desejos. Mas não foi o que sucedeu, uma vez que apenas 50,3% tiveram parto normal.

É aqui que o setor de atendimento ao parto jogou um importante papel no sentido de uma distorção (voluntária ou não) entre o desejo e a realidade. Foi no setor privado que a trajetória normal semiplena (N-N-C) ocorreu com maior frequência: 72% das múltiparas desejavam parto normal e entre elas N-N-C correspondeu a 52%, ou seja, apenas 48% tiveram o tipo de parto que desejavam, enquanto no setor público a distorção alcançou 27%. Das primíparas no setor

privado, 97% desejavam parto normal e apenas 37% o conseguiram, enquanto no setor público 64,7% tiveram parto normal.

Perguntadas se “o médico fez a cesárea atendendo a um pedido seu”, as entrevistadas deixaram clara a interferência do gineco-obstetra no momento ou no entorno do parto. De fato, 80% das mulheres integrantes da trajetória semiplena responderam com uma negativa. Destas, o maior percentual refere-se às primíparas atendidas pelo setor privado.

Na análise dos discursos das mulheres da trajetória semiplena em face da questão sobre o que sentiram ao saber que seu parto seria, ou foi, cesáreo, sobressaiu a decepção e frustração manifestada por 30,4% da mostra, a maioria composta de primíparas atendidas no setor privado. Algumas falas ilustram este sentimento: “lamentei” (primípara/privado, 28 anos); “fiquei nervosa e insegura” (primípara/privado, 35 anos); “fiquei assustada porque a decisão por parto cesáreo foi tomada de repente” (primípara, privado, 27 anos); “tive medo: tinha esperança de ter parto normal” (primípara/privado, 40 anos); “fiquei muito aborrecida” (primípara/privado, 35 anos); “fiquei decepcionada” (múltipara/privado, 28 anos); “fiquei desanimada: queria parto normal” (múltipara/público, 27 anos; primípara/público, 18 anos; primípara/público, 28 anos).

Um grupo de mulheres compensa a frustração evocando que o parto cesáreo, segundo o médico, foi para o bem do bebê, como atestam seus depoimentos: “tive medo mas o médico disse que o bebê corria risco” (múltipara/público, 29 anos); “decepcionada, me conformei pelo bem do bebê” (primípara/privado, 31 anos); “não queria mas aceitei para não prejudicar o bebê” (primípara/privado, 29 anos); “senti alívio porque a criança corria risco” (múltipara/público, 28 anos); “gostaria que tivesse sido parto normal, mas se a cesárea foi melhor para a saúde do bebê, tudo bem” (primípara/privado, 33 anos).

Corroboram esses resultados as manifestações de satisfação com o parto realizado por parte das mulheres integrantes da trajetória normal semiplena, em comparação com as da normal plena. Entre essas últimas, 94,5% sentiram-se satisfeitas ao ver seu desejo realizado, enquanto 80% das integrantes da semiplena declararam-se frustradas porque não tiveram parto normal.

As falas de múltiparas dessa trajetória reforçam o discurso corrente de muitos médicos de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”. De fato, 42,2% das múltiparas expressaram as seguintes

opiniões: “eu nunca consegui parto normal, eu sabia que seria cesárea” (público, 27 anos); “já esperava que fosse cesárea” (público, 19 e 38 anos; privado, 25 anos); “tinha medo porque já tinha sofrido na primeira cesárea” (público, 23 anos); “eu já tinha feito cesárea antes” (público, 32 anos); “eu já sabia porque o anterior foi cesárea” (privado, 32 e 35 anos); “concordei porque os partos anteriores foram cesáreas” (privado, 29 anos); “gostaria que fosse normal, mas os outros foram cesáreas” (privado, 31 anos).

Tendo todas essas múltiparas explicitado desejo por parto normal, tais declarações parecem à primeira vista contraditórias, mas podem refletir reelaborações de uma frustração por não terem conseguido realizar um desejo ou o fato de que adotam antes do parto o discurso esperado em prol do parto normal. Por outro lado, não se pode desconhecer que 18,8% das mulheres mencionaram que sentiram alívio com a cesárea porque não agüentavam mais esperar, ou tinham muita dor, ou tinham medo da dor. Essa manifestação veio principalmente de mulheres atendidas pelo setor público, na maior parte primíparas, o que leva a pensar que a analgesia para parto normal não estava amplamente disponível nos hospitais do SUS. Alguns discursos testemunham essa situação: “senti alívio, as dores iriam passar” (primíparas/público, 19, 21 e 27 anos; múltipara/público, 27 anos; múltipara/privado, 39 anos); “tive medo da dor” (primípara/privado, 25 anos); “senti alívio, queria resolver logo” (múltipara/público, 29 anos).

Outro elemento a considerar em torno do uso abusivo de cesáreas é o relato das mulheres da trajetória normal semiplena sobre as razões dadas pelos médicos para a realização de parto cesáreo. Mesmo sem a mais remota pretensão de enveredar pelo domínio técnico das situações que estariam a indicar em cada caso uma cesárea, chama a atenção que a “falta de dilatação” tenha sido o motivo alegado pelo médico para a realização de cesárea em 50% dessas mulheres, ainda mais quando se toma em conta que essa condição figura como “justificativa duvidosa” na classificação de Faúndes e Silva (1998).

O cenário que se procurou trazer à tona nesta breve discussão é marcado por preocupações quanto aos riscos físicos e emocionais a que estão expostas as mulheres no exercício de seus direitos reprodutivos.

Nos últimos anos o Ministério da Saúde tem tido uma intensa e positiva atuação na formulação de políticas visando a garantia desses direitos. São exemplos dessa posição a Lei do Planejamento Familiar (nº 9.263/1996), que regulamenta, entre outras, a questão da esterilização voluntária de homens e mulheres; as portarias nº 2.816/1998, nº 865/1999 e nº 466/2000, que tratam especificamente das cesáreas; a Portaria nº 2.815/1998, que regulamenta o pagamento de analgesia para parto normal; a Portaria nº 163/1998, que regulamenta a realização do parto normal, sem distocia, por enfermeira obstetra.

São medidas que visam orientar procedimentos e corrigir distorções, oferecer aos profissionais de saúde rumos apoiados em normas técnicas, abrir o campo para novos profissionais no atendimento ao parto, mas que levam certo tempo para serem assimiladas e implantadas nas “pontas” dos serviços de assistência. Assim, no caso da enfermeira obstetra, sua inserção no sistema visou propiciar-lhe o acompanhamento do trabalho de parto e sua execução se não houver distocia, e no caso de identificação de distocias obstétricas, a tomada de providências até a chegada do médico. Com isso esperava-se contribuir também para a redução dos índices de cesáreas. Ocorre que há ainda poucos desses profissionais no país, e mesmo no caso em que poderiam estar presentes e atuantes há muita resistência dos gineco-obstetras, que temem sua competição e alegam que ao fim e ao cabo a responsabilidade final é do médico. No caso específico do estado de São Paulo, embora o secretário da Saúde veja como positiva a incorporação desses profissionais no atendimento ao parto, muitos hospitais do SUS ainda não dispõem dos mesmos (Cebap/Ministério da Saúde, 2001).

Outra medida no sentido de humanizar o parto e reduzir os níveis de cesáreas desnecessárias foi o pagamento de analgesia no parto normal. Chama a atenção, entretanto, a reação negativa a essa portaria por parte de diretores de hospitais, inclusive de São Paulo. As justificativas para a rejeição foram o baixo valor pago, o que além de desencorajar o anestesista é descontado do pagamento do obstetra, e a noção de que, se uma mulher vai receber “anestesia”, já se aproveita e faz cesárea (Cebap/Ministério da Saúde, 2001).

Esses são apenas alguns exemplos das dificuldades na implementação de leis, decretos e portarias no âmbito do sistema de saúde pública, mas ainda poucas são as mulheres que conhecem esses instrumentos legais, tão vitais para o exercício da cidadania.

Mas ao término destas notas descortina-se uma réstia de esperança para que consigam no futuro realizar seus desejos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARBEX, T. Ensaio sobre a taxa específica de fertilidade para o Estado de São Paulo. **Desenvolvimento e Conjuntura**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.97-107, 1966.

BAPTISTA FILHO, O. Extensión del período de formación profesional y el comportamiento de la natalidad. In: CONFERÊNCIA REGIONAL LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN. México, 1970. (mimeo)

_____; et al. **Atitudes masculinas em relação à fecundidade e tamanho da família**. São Paulo: Fundação Escola de Sociologia e Política, 1967. (mimeo)

BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.18, p.170-180, 1984.

BELFORT, P. A propósito do alargamento das indicações de cesárea. **Femina**, São Paulo, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v.17, n.12, 1989.

_____; MARQUES, C. P.; ARAKAKI, L. Operação cesariana: a propósito de suas indicações e índices. **Femina**, São Paulo, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v.17, n.4, 1989.

BERQUÓ, E. **Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil**. Rio de Janeiro, 1997. (mimeo) (A ser publicado em coletânea sobre saúde reprodutiva da mulher no Brasil, pela Escola Nacional de Saúde, Departamento de Ciências Sociais da Fundação Osvaldo Cruz).

_____. A saúde reprodutiva das mulheres na década perdida. In: RAPID FERTILITY DECLINE IN BRAZIL AND INDIA: SOCIAL DETERMINANTS AND CONSEQUENCES, 1995, Cambridge, Massachussets. **Anais...** Harvard Center for Population and Development Studies, 1995.

_____. Brasil, um caso exemplar (anticoncepção e partos cirúrgicos) à espera de uma ação exemplar. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, UFRJ, n.2, p.366-381, 1993.

_____; ARILHA, M. **Esterilização: sintoma social**. Campinas, NEPO-UNICAMP, 1993. (Relatório final de pesquisa)

_____. Esterilização e raça. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 8., 1992, Brasília. **Anais ...** Belo Horizonte: ABEP, 1992. (mimeo)

_____. A esterilização feminina no Brasil hoje. In: ENCONTRO INTERNACIONAL "SAÚDE DA MULHER: UM DIREITO A SER CONQUISTADO", 1989, Brasília. **Anais...** Brasília. 1989. (mimeo)

_____. Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo: análise preliminar. **Textos NEPO 6**, Campinas, NEPO-UNICAMP, 1986.

_____; LOYOLA, M. A. União dos sexos e estratégias reprodutivas no Brasil **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.1, n.1/2, 1984.

_____. Os corpos silenciados. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, CEBRAP, v.1, n.3, 1982.

_____; OLIVEIRA, M. C. Introdução. In: _____; et al (eds.). **A fecundidade em São Paulo: características demográficas, biológicas e sociodemográficas**. São Paulo: CEBRAP, 1977.

_____; SAWYER, D. T. A esterilização feminina. In: _____. et al. (eds.). **A fecundidade em São Paulo: características demográficas, biológicas e sociodemográficas**. São Paulo: CEBRAP, 1977.

_____. Un analisis de la fecundidad en el Brasil, segun regiones. **Notas de Población**, Santiago de Chile, v.1, n.3, p.17-25, 1973.

BESTETI, H.; CECATTI, J. G.; FAÚNDES, A. Inquérito entre os obstetras sobre a realização de prova de trabalho de parto e o parto vaginal em gestantes com uma cesárea anterior. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.775-783, 1996.

BILAC, E. D.; ROCHA, M. I. B. (orgs.). **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas**. Campinas: Prolap, ABEP, NEPO/UNICAMP, São Paulo: Ed.34, 1998. 488p.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero Limitada, 1983. 208p.

BRAGA, L. F. C. Cesariana, uso e abuso. **Femina**, São Paulo, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v.16, n.12, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde/CEBRAP. **Estudo multicêntrico para avaliação cesáreas no país após as portarias n.2816 e n.867 do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Relatório final de pesquisa)

_____. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 248p. (Série Avaliação n. 4)

BRENES, C. A. Análise da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.135-149, 1991.

CAMPANÁRIO, P.; YAZAKI, L. M. A fecundidade em São Paulo e suas regiões de governo: níveis e tendências. **Informe Demográfico**, São Paulo, Fundação Seade, n.25, 1994. (A fecundidade da mulher paulista)

CAMPOS, R. Z. **Fatores sociais e variações na fecundidade e no tamanho da família**. 1971. 219f. Dissertação (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S. Assistência ao parto no município do rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.411-420, 2000.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.647-654, 1999.

CASTRO, M. G. Esterilização de mulheres no Brasil. **Cadernos do Ceas**, Salvador, 1992.

CECATTI, J. G.; FAÚNDES, A. **O impacto das altas taxas de cesariana sobre a fecundidade de uma população**: estudo de coorte retrospectiva em Campinas. Campinas, Cemicamp, 1996. (Relatório técnico final)

CLAP/OPS/OMS. **Informe sobre nascimentos por cesárea em instituições brasileiras**. Montevideu, 1988.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.199-204, 1998.

CORRÊA, M. D. Cesariana: incidência ideal. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.2, n.1, 1992.

CORRÊA, S. PAISM: uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Belo Horizonte, v.10, n.12, 1993.

COSTA, C. F. F; et al. Esterilização tubária na operação cesariana. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.6, n.3, p.117-120, 1984.

COSTA, M. A. A esterilização feminina no Brasil. **Textos para Discussão 236**, Brasília, IPEA, 1991.

COSTA, S. H.; GIFFIN, K. (orgs.). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 1999. 468p.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elemento para uma reeleitura médico social. 1996. 207f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FARIA, V. Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos. In: ANPOCS. **Ciências sociais hoje**. São Paulo: Vértice, 1989. p.62-103.

FAÚNDES, A.; SILVA, J. L. P. O equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual. **Femina**, São Paulo, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v.26, n.8, 1998.

_____; CECATTI, J. G. Which policy for caesarian sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. **Health Policy and Planning**, Inglaterra, v.8, n.1, p.33-42, 1993.

_____; _____. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.150-173, 1991.

FORMIGA, M C; et al. **Reproductive health, sterilization and cesarean section in Brazil**. Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1997.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 1987. 241p.

GENTILE, F. P.; NORONHA FILHO, G.; CUNHA, A. A. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, 1997.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1985. 236p.

GRANADO-NEIVA, J. G. **Operação cesárea no Inamps**. In: JORNADA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 26., 1992, Rio de Janeiro. (mimeo)

HARDY, E.; et al. A laqueadura tubária precoce e durante a cesárea: dimensões atuais e fatores que a determinam. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.4, n.2, p.70-76, 1993.

HOPKINS, K. Are brasilian women really begging for cesareans? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 1998, Caxambú. **Anais ...** Belo Horizonte: ABEP, 1998a. p.945-969.

HUTCHINSON, B. Fertility, social mobility and urban migration in Brasil. In: FORD, T. R.; GORDON, F. (eds.). **Social demography**. New Jersey: Prentice-Hall, 1970.

JANOWITZ, B.; et al. Cesarean section in Northeast of Brazil. **American Journal of Public Health**, Boston, v.75, p.560-522, 1985b.

KUBAT, D.; MOURÃO, F. A. Tamanho ótimo de família para o homem brasileiro urbano. **Ciências Econômicas e Sociais**, São Paulo, v.4, n.1, p.15-72, 1969.

LANE, E; GELLERT JR., R. Cesárea: qual a incidência aceitável? **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v.94, n.10, p.437-439, 1994.

LASCH, C. A sociedade. **Jornal Parisiense Le Monde**, São Paulo, Ed. Ática, 1989. Entrevista.

MAGALHÃES, F. **Lições de clínica obstétrica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Livraria Castilho, 1922.

MELLO E SOUZA, C. Intervenções médicas e a integridade do corpo feminino na cultura reprodutiva brasileira. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 20., 1996, São Paulo. **Anais ...** São Paulo: ANPOCS, 1996.

_____. C-sections as a ideal births: the cultural constructions of the beneficence and patients's rights in Brazil. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethinics**, v.3, p.358-436, 1994.

MELO, V. H. **A evolução histórica da obstetrícia: a marginalidade social das parteiras e da mulher**. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 1983. 166p.

MINELLA, L. S. A produção científica sobre esterilização feminina no Brasil nos anos 80 e no início dos 90: um debate em aberto. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Belo Horizonte, v.15, n.1, 1998.

MORALES, A.; AZEVEDO, A. C. **Taxas específicas de fertilidade por grupos de idade para o interior e município de São Paulo**. 1966.

MORTARA, G. **Estimativas da taxa de natalidade para o Brasil, as unidades da Federação e as principais capitais**. Rio de Janeiro: S.N.R., Gabinete Técnico, 1969. (Estudos de Estatística Teórica e Aplicada – Estatística Demográfica, n.4)

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO/NEPO-UNICAMP. **Saúde reprodutiva e práticas obstétricas no Brasil**. Campinas, NEPO-UNICAMP, 1996. (Relatório final da pesquisa) (mimeo)

ORLEANS, M.; HAVERCAMP, A. An assesement of eletronic fetal monitoring. **Women and Health**, New York, v.7, n.3/4, p.132, 1992.

OSAWA, R; MAMEDE, M. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v.105, n.1/2, p.3-9, 1995.

PAIVA, P. The process of proletarianization and fertility decline in Brazil. **Textos para Discussão 15**, Belo Horizonte, Cedeplar, 1984.

PERPÉTUO, I. H.; BESSA, G. H.; FONSECA, M. C. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 1998, Caxambú. **Anais ...** Belo Horizonte: ABEP, 1998.

_____. **O. Esterilização feminina: a experiência da região Nordeste, 1980-1991.** 1996. 138f. Dissertação (Doutorado) – Faculdade de Ciências Econômicas, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Belo Horizonte.

PETITTI, D. B. Maternal mortality and morbidity in cesarean section. **Clinical. Obstetrics and Gynecology**, Philadelphia, v.28, n.4, p.763-769, 1985.

PIRES, M. B.; CECATTI, J. G.; FAÚNDES, A. Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.4, p.342-48, 1999.

QUINTEIRO, M. C. Casados não casados: uniões consensuais nas camadas médias e populares. **Textos NEPO 19**, Campinas, NEPO/UNICAMP, 1990.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesáreas do estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.1, p.19-33, 1996.

RELATÓRIO da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento-CNPD, Fundo de População das Nações Unidas-FNUAP, 1994.

SERRUYA, S. **Mulheres esterilizadas: submissão e desejo.** Belém: UFPA-NAEA/UEPA, 1996.

_____. Ligação de trompas e o imaginário feminino. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, v.10, n.1/2, p.57-70, 1992.

SHEARER, E. L. Cesarean section: medical benefits and costs. **Social Science and Medicine**, Inglaterra, v.37, n.10, p.1223-1231, 1993.

SILVER, L. Cesariana: uma epidemia invisível. **Medicina Jornal do Conselho Federal**, Brasília, 1997. p.18-20.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA DE MERCADO. Novo critério Brasil: mercado volta a ter critério único. **Revista SBPM**, São Paulo, Encarte n.7, 1997.

TENÓRIO, T.; et al. Repercussões menstruais da ligadura tubária: análise de 423 casos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.41-43, 1993.

VELHO, G. **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

VIEIRA, E. M. A esterilização de mulheres de baixa renda na região metropolitana do Sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.28, n.6, p.440-448, 1994.

VILLELA, W.; BARBOSA, R. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas na região metropolitana do Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.5, p.452-460, 1996.

WEIDERPASS, E.; et al. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.3, p.225-231, 1998.

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

ANEXO

ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL

CEDEPLAR UFMG - GED UFRN - NEPO UNICAMP - NUPACS UFRGS - PRC UTEXAS

Primeira Entrevista

Início:

Término:

Seção 0 - Identificação da elegibilidade da entrevistada

001	Nome: _____		
002	A senhora (você) está grávida?	Sim 1 Não 2	SE NÃO, ENCERRA
003	A senhora (você) reside nesta cidade?	Sim 1 Não 2	SE NÃO, ENCERRA
004	Qual a data de seu nascimento?	Não sabe 98	
005	Então, a senhora (você) tem quantos anos?	Não sabe 98	SE MENOS DE 18 OU MAIS DE 40 ANOS, ENCERRA
006	Pretende ter o filho nesta cidade?	Sim 1 Não 2 Não sabe 98	SE NÃO OU NÃO SABE, ENCERRA
007	Qual foi o primeiro dia da sua última menstruação?	Não sabe 98	
008	Há quanto tempo a senhora (você) está grávida?	A meses B semanas Não sabe 98	SE MAIOR 5 MESES OU 22 SEMANAS, ENCERRA
009	Quantas consultas de pré-natal a senhora (você) já fez ?	consultas	SE MAIS DE 2 CONSULTAS, ENCERRA
010	Quantos partos a senhora (você) já teve?	partos Nenhum 00	

[ENTREGUE UMA CÓPIA DO CONSENTIMENTO INFORMADO À ENTREVISTADA, EXPLIQUE DO QUE SE TRATA E LEIA O TEXTO]

011	A senhora (você) concorda em participar desse estudo?	Sim 1 Não 2	SE NÃO, ENCERRA
001	Número do questionário:	4 1 - - 1 (cidade) (entrevistada) (entrevista)	

Seção 1 - Identificação do questionário

CLASSIFICAÇÃO DA ENTREVISTA		A	Multípara	☐	Primípara	☐
		B	Público	☐	Privado/Convênio	☐
001	Número do questionário:	4	1	-	1	1
		(cidade)		(entrevistada)	(entrevista)	
102	Cidade:	Belo Horizonte 11 Natal 21 Porto Alegre 31 São Paulo 41				
103	Data da entrevista	Dia Mês..... Ano 199				
104	Nome do serviço de saúde:	-				
105	Tipo de serviço	Público (SUS) 1 Privado/convênio 2				
106	Nome da Entrevistadora:					

Seção 2 - Planejamento e intenções para o parto e anticoncepção

201	A senhora (você) estava planejando esta gravidez?	Sim 1 Não 2	}203
202	Então, o que aconteceu? (MARQUE SE NECESSÁRIO MAIS DE UMA ALTERNATIVA)	Não usava método 0 Falha do método/uso irregular de método: Pílula 1 Tabela 2 Camisinha 3 Coito interrompido 4 DIU 5 Diafragma 6 Outro (qual?) 7 Achava que não podia engravidar 8 Estava amamentando 9	
203	Quanto tempo depois de achar que estava grávida procurou o médico/ serviço de saúde pela primeira vez?	Menos de 1 mês 0 Número de meses..... Não sabe 98	
204	Qual é o tipo de parto que a senhora (você) gostaria de ter?	Normal 1 Cesárea..... 2 Depende da opinião médica 3 Não tem preferência/Não sabe/Não decidiu 98	
205	Por que? [ANOTE <u>TEXTUALMENTE</u> AS RAZÕES DADAS]		
206A	[SE PARTO NORMAL] Qual razão é mais importante para a senhora (você) preferir PARTO NORMAL? PN não é cirurgia/PN é natural 1 Recuperação mais rápida 2 PN é mais fácil para cuidar do bebê 3 PN é melhor para o bebê 4 Os outros partos foram normais 5 Questões estéticas/ não “estragar” o corpo .. 6 Não gostou do parto cesáreo 7 Recomendações de familiares/amigas 8 O marido prefere 9 Outras 13 Não sabe 98	A Primeira razão mais importante B Segunda razão mais importante	
206B	[SE PARTO CESAREO] Qual razão é mais importante para a senhora (você) preferir PARTO CESÁREO? Porque sente menos dor 14 Experiência anterior com PC foi positiva .. 15 Experiência anterior com PN foi negativa . 16 Cesárea anterior/medo de romper útero 17 Questões estéticas/não “estragar” o corpo..1 8 É melhor para o bebê 19 Para fazer ligadura 20 Porque pode escolher data do parto 21 Recomendações de familiares/ amigas 22 O marido prefere 23 Indicação médica..... 24 Outra..... 25 Não sabe 98	A Primeira razão mais importante B Segunda razão mais importante	

(Continua)

Seção 2 - Planejamento e intenções para o parto e anticoncepção (Continuação)

207	Em que hospital gostaria de ter este bebê?	_____ ☐ ☐ ☐ (nome do hospital) Ainda não sabe 98	
208	[APENAS PARA MULTÍPARAS] Foi neste mesmo hospital que teve o último parto?	Sim 1 Não 2 Não lembra / não sabe 98 Não se aplica 99	
209	O médico já conversou com a senhora (você) sobre o tipo de parto?	Sim 1 Não 2	} 212
210	O que ele sugeriu?	Normal 1 Cesárea 2 Aguardar o desenvolvimento da gestação .. 3	
211	Ele explicou porque sugeriu este tipo de parto? (MARQUE SE NECESSÁRIO MAIS DE UMA ALTERNATIVA)	Não 1 É melhor para a criança 2 É melhor para a mãe 3 Problemas de saúde/Possíveis riscos (quais?) 4 Experiências anteriores (quais?) 5 Possibilidade de esterilização 6 Outro (qual?) 7 Não sabe 98	
212	A senhora (você) pretende amamentar este bebê que vai nascer?	Sim 1 Não 2	
213	A senhora (você) pretende ter outros filhos?	Sim 1 Não 2 Não sabe 98	} 215 } 215
214	Daqui há quanto tempo pretende ter outro filho?	_____ ☐ ☐ anos Não sabe 98	
215	O que a senhora (você) pretende fazer para não ter filhos (neste tempo)? (MARQUE SE NECESSÁRIO MAIS DE UMA ALTERNATIVA)	Nada 1 Usar pílula 2 Colocar DIU 3 Usar tabela 4 Fazer ligadura 5 Usar injeções contraceptivas 6 Usar camisinha 7 O marido fez/vai fazer/talvez faça vasectomia .. 8 Usar outro método: 9 Ainda não sabe 98	} 218 } 218 } 218 } 218 } 218 } 218 } 218 } 218 } 218
215A	[SE FALAR EM LIGADURA] Quando a senhora (você) está pensando em fazer a ligadura?	_____	
216	[SE FALAR EM LIGADURA] Quando a senhora (você) está pensando em fazer a ligadura?	Junto com o parto..... 1 Na mesma internação e separado do parto...2 Em outra ocasião..... 3 Não sabe..... 98	
217	Já conversou com o médico sobre a possibilidade de fazer a ligadura?	Sim 1 Não 2	
218	[A ENTREVISTADA É MULTÍPARA?] [CHECAR V010, NO. DE PARTOS]	Sim 1 Não 2	} 301

A senhora (você) poderia me dar algumas informações sobre os partos que já teve, começando pelo primeiro?

	Ordem do parto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
219	Data do parto														
A	Mês														
B	Ano														
220	Este filho ainda está vivo?														
	1. Sim														
	2. Não														
	3. Não sabe														
221	Tipo de Parto														
	1. Normal														
	2. Normal c/ Fórceps														
	3. Cesárea														
222	A Sra (você) recebeu:														
	1. Anestesia geral														
	2. Peridural/raque														
	3. Medicação contra dor por via oral/muscular														
	4. Nada														
	5. Não sabe/não lembra														
223	O parto foi pago por:														
	1. Plano de saúde/Particular														
	2. SUS														

Seção 3 - Dados da entrevistada

301	Com relação a sua cor, raça, etnia, como a senhora (você) se classificaria?	Branca..... 1 Parda 2 Preta 3 Amarela 4 Indígena 5 Não sabe 98	
302	Com relação à sua origem, a senhora (você) é? [LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA]	Africana.....1 Portuguesa/Brasileira.....2 Italiana.....3 Alemã.....4 Japonesa.....5 Judaica.....6 Árabe.....7 Indígena.....8 Latino-americana.....9 Outra?.....10 Não sabe.....98	
302B	Atualmente, qual é sua religião?	Católica Romana 1 Protestantismo Histórico 2 Pentecostal 3 Espírita Kardecista 4 Afro-Brasileira 5 Nenhuma 6 Não respondeu 7 Outra?(qual) 8	
303	Neste momento, a senhora está:	Casada ou vivendo com um companheiro . 1 Separada/divorciada 2 Viúva 3 Solteira 4	
304	Qual a última série da escola que a senhora (você) concluiu com aprovação?	☐ ☐ série ☐ ☐ grau	
305	Qual a sua ocupação ou profissão?	_____	
306	(SE ESTIVER CASADA OU VIVENDO COM ALGUÉM) Qual a ocupação ou profissão de seu companheiro/marido?	_____ _____ _____ _____	

COMENTÁRIOS SOBRE A ENTREVISTA

(use o verso, se necessário)

ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL

CEDEPLAR UFMG - GED UFRN - NEPO UNICAMP - NUPACS UFRGS - PRC UTEXAS

Segunda Entrevista

Início:

Término:

Seção 0 - Identificação do questionário

CLASSIFICAÇÃO DA ENTREVISTA		A	Múltipara	☐	Primípara	☐
		B	Público	☐	Privado/Convênio	☐
001	Número do questionário:	4	1	-	2	
		(cidade)		(entrevistada)		(entrevista)
002	Data da entrevista	Dia				
		Mês.....				
		Ano		199		
003	Nome da Entrevistadora:					-

Dados da 1ª. Entrevista

V001	Nome:	
V103	Data da primeira entrevista:	
V104	Nome do serviço de saúde a que se vincula:	
V005	Idade da gestante na primeira entrevista:	
V007	Idade gestacional na 1ª. entrevista:	
V010	Número de ordem da gravidez atual= V010+1	
V206	Hospital em que pretende ter o parto:	
V204	Tipo de parto desejado:	
V215	Falou em ligadura?: V215=5	
V303	Neste momento, a senhora está:	

Seção 1 - Introdução

Quero agradecer a senhora por ter aceito encontrar comigo hoje. A sua participação na pesquisa é muito importante para nós. Como vai a senhora (você)? Algumas das perguntas que faremos a seguir podem já terem sido feitas em nossa entrevista anterior, mas precisaremos pergunta-las novamente para sabermos se sua opinião mudou ou não.

101	[CONFIRA: A ENTREVISTADA AINDA ESTÁ GRÁVIDA?]	Sim 1 Não 2	} 104
102	O que aconteceu? _____ _____		
103	Qual foi a idade gestacional ao término da gravidez?	☐ ☐ semanas ☐ ☐ meses Não sabe 99	ENCERRA ENCERRA
104	[CONFIRA: A ENTREVISTADA CONCORDA EM DAR A ENTREVISTA?]	Sim 1 Não 2	ENCERRA
105	Qual a data prevista para o nascimento do bebê? [SE NÃO SABE = 99]	Dia..... ☐ ☐ Mês..... ☐ ☐ Ano..... 19 ☐ ☐	
105A	[SE NÃO SOUBER A DATA EXATA, PEÇA À GESTANTE UMA AVALIAÇÃO DE SEU TEMPO DE GRAVIDEZ. ANOTE QUAISQUER OBSERVAÇÕES DA GESTANTE SOBRE ISTO:] _____		

Agora gostaria de perguntar sobre o desenvolvimento da sua gravidez, nestes últimos meses.

Seção 2 - Pré-natal

201	Durante esta gravidez a senhora apresentou algum problema de saúde?	Sim 1 Não 2	} 203
202	Qual problema?	Pressão alta 01 Sangramento 02 Diabetes 03 Problemas urinários e/ou renais 04 Problemas respiratórios 05 Sífilis 06 Gonorréia 07 Herpes genital 08 HIV/AIDS 09 Outros 10	
203	Quantas consultas de pré-natal a senhora já fez?	☐ ☐ consultas Não sabe, não lembra 99	
204	A senhora (você) ainda está fazendo o pré-natal no: [NOME DO SERVIÇO ONDE FOI FEITO Q1]	Sim 1 Não 2	} 207
205	[SE NÃO] Onde está fazendo agora?	_____ [NOME DO LOCAL]	

(Continua)

Seção 2 - Pré-natal (Continuação)

206	Por que mudou?	Seu médico está atendendo em outro local .. 1 Dificil de marcar/ Não tem vagas 2 Não estava gostando do médico 3 Dificil acesso (transporte) 4 Médico quer fazer tipo de parto que não me agrada 5 Foi encaminhada para outro serviço 6 Porque mudou de domicílio 7 Outra razão 8		
207	Nas consultas de pré-natal, normalmente:	Sim	Não	Não Sabe
A	É verificada a sua pressão?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
B	É medida a sua barriga?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
C	É verificada seu peso?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
D	Fez algum exame vaginal?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
E	É feita a ausculta fetal?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
208	Nas consultas de pré-natal, alguma vez foram solicitados:	Sim	Não	Não Sabe
A	Exames de sangue?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
B	Exames de urina?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
C	Exames de ultra-som?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
D	Exame de Líquido amniótico?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
E	Teste de HIV?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
F	Exame de tipo sanguíneo?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
G	Coobs indireto (para Rh negativo)?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
H	Exame para toxoplasmose?	1 ☐	2 ☐	9 ☐
209	Os resultados de todos os exames foram normais?	Sim 1 Não 2 Não sabe 9		
210	[SE NÃO] Quais os problemas?	_____ _____ _____		
211	A senhora (você) tomou vacina anti-tetânica?	Sim 1 Não 2 Não sabe 9		
212	Já havia tomado anti-tetânica antes da atual gravidez?	Sim 1 Não 2 Não sabe 9		

Seção 3 - Planejamento do parto

301	Qual é o tipo de parto que a senhora gostaria de ter (você)?	Normal 1 Cesárea 2 Depende da opinião médica 3 Não tem preferência /Não sabe/Não decidiu . 9	} 304 } 304
302	Por que? [ANOTE <u>TEXTUALMENTE</u> AS RAZÕES DADAS]		
303	[SE PARTO NORMAL] Qual razão é mais importante para a senhora (você) preferir PARTO NORMAL?	PN não é cirurgia/PN é natural 1 Recuperação mais rápida 2 PN é mais fácil para cuidar do bebê 3 PN é melhor para o bebê 4 Os outros partos foram normais 5 Questões estéticas/ não “estragar” o corpo ... 6 Não gostou do parto cesáreo 7 Recomendações de familiares/amigas 8 O marido prefere 9 Outras 13 Não sabe 98	A Primeira razão mais importante.. ☐ B Segunda razão mais importante.. ☐
	[SE PARTO CESAREO] Qual razão é mais importante para a senhora (você) preferir PARTO CESÁREO?	Porque sente menos dor 14 Experiência anterior com PC foi positiva ... 15 Experiência anterior com PN foi negativa .. 16 Cesárea anterior/medo de romper útero 17 Questões estéticas/não “estragar” o corpo...1 8 É melhor para o bebê 19 Para fazer ligadura 20 Porque pode escolher data do parto 21 Recomendações de familiares/ amigas 22 O marido prefere 23 Indicação médica..... 24 Outra..... 25 Não sabe 98	A Primeira razão mais importante.. ☐ B Segunda razão mais importante.. ☐
304	Durante o pré-natal surgiu alguma conversa entre a senhora e o(a) médico(a) (ou o profissional de saúde que a atende) sobre os tipos de parto?	Sim..... 1 Não..... 2	} 314
305	[SE SIM] De quem partiu a iniciativa?	Da própria entrevistada 1 Do(a) médico(a)/profissional de saúde .. 2 Não se lembra 9	
306	O que o(a) médico(a) disse?	Explicou sobre os tipos de parto 1 Aguardar desenvolvimento da gestação ... 2 Perguntou que tipo de parto eu queria ... 3 Disse que eu deveria ter PN 4 Disse que eu deveria ter PC 5 Não sabe 9	} 314 } 314 } 314 } 312 } 314

(Continua)

Seção 3 - Planejamento do parto (Continuação)

307	[SE PARTO CESÁREO] O(A) médico(a) explicou por que sugeriu parto cesáreo?	Não 0 } 310 Parto(s) cesáreo(s) anterior(es) 1 } 310 Problemas na gravidez anterior 2 Problemas de saúde da mulher anteriores à gestação 3 Problemas com a gravidez atual 4 Possibilidade de esterilização 5 } 310 Idade da mulher 6 } 310 Outro(qual?) 7 } 310 Não sabe 9 } 310
308A	Que tipo de problema é este?	[PROBLEMAS NA GRAVIDEZ ANTERIOR] Não teve dilatação 1 Pélvis estreita 2 Eclâmpsia 3 Sangramento 4 Anemia grave 5 Placenta prévia 6 Perda perinatal 7 Outros 8 Não sabe 9
308B	(Continua...) Que tipo de problema é este?	[PROBLEMAS DE SAÚDE DA MULHER ANTERIORES À GESTAÇÃO] Mioma 01 Tumores do sistema reprodutivo 02 Hipertensão 03 Doenças do coração 04 Diabetes 05 Problemas renais/urinários 06 Sífilis 07 Gonorréia 08 Herpes genital 09 HIV/AIDS 10 Outros 11 Não sabe 99
308C	(Continua...) Que tipo de problema é este?	[PROBLEMAS NA GRAVIDEZ ATUAL] Hipertensão 01 Diabetes gestacional 02 Anemia grave 03 Hemorragia 04 Problemas urinários/renais 05 Posição do bebê (apresentação anômala) ... 06 Insuficiências placentárias 07 Crescimento interuterino retardado 08 Sífilis 09 Gonorréia 10 Herpes genital 11 HIV/AIDS 12 Outros 13 Não sabe 99
309	Como foi feito o diagnóstico desse problema?	História/exame clínico 1 Ultra-sonografia 2 Exames de laboratório 3 Outros 4 Não sabe 9

(Continua)

Seção 3 - Planejamento do parto (Continuação)

310	A cesárea já foi marcada?	Sim 1 Não 2	} 314
310A	[SE SIM] Qual a data?	Dia Mês..... Ano 19	
311	Em que hospital?	- [NOME DO HOSPITAL]	} 314
312	Ele(a) explicou porque sugeriu parto normal?	Sim 1 Não 2	} 314
313	Por que ele(a) sugeriu o parto normal?	É melhor para a criança 1 É melhor para a mãe 2 Problemas de saúde/Possíveis riscos (quais?) 3 Experiências anteriores (quais?) 4 Outro (qual?) 5 Não sabe 9	
314	Na sua opinião, qual é o tipo de parto que seu médico prefere?	Normal 1 Cesárea 2 Não tem preferência 3 Não sabe 9	

Seção 4 - Exposição a vários agentes

401	Durante esta gravidez, a senhora leu, ouviu ou assistiu matérias sobre gravidez, parto, anticoncepção, amamentação?	Sim 1 Não 2	} 501
402	[SE SIM] Onde? [MARCAR TODOS QUE A ENTREVISTADA MENCIONAR ESPONTANEAMENTE]	Mencionou	
A	Televisão	1 ☐	2 ☐
B	Rádio	1 ☐	2 ☐
C	Revistas/jornais	1 ☐	2 ☐
D	Livros	1 ☐	2 ☐
E	Palestras/Cursos	1 ☐	2 ☐
F	Fitas de Vídeo	1 ☐	2 ☐
G	Outro: _____	1 ☐	2 ☐

Seção 5 - Planejamento da vida reprodutiva futura

501	A senhora (você) pretende ter outros filhos?	Sim 1 Não 2 Não sabe 9	} 503 } 503
502	[SE SIM] Daqui há quantos anos pretende ter outro filho?	Não sabe anos Não sabe 99	
503	O que a senhora (você) pretende fazer para não ter filhos (neste tempo)?	Nada 01 Usar pílula 02 Colocar DIU 03 Usar tabela 04 Fazer ligadura 05 Usar injeções contraceptivas 06 Usar camisinha 07 O marido fez/vai fazer/talvez faça vasectomia... 08 Outros 10 Ainda não sabe 99	} 601 } 601 } 601 } 601 } 601 } 601 } 601 } 601 } 601
504	[SE FALAR EM LIGADURA] Porque a senhora (você) escolheu a ligadura?		} 507
505	Já conversou com o médico sobre a possibilidade de fazer a ligadura?	Sim 1 Não 2	} 507
506	Qual a reação do seu médico?	Não concordou 1 Aceitou por motivo clínico..... 2 Aceitou devido a vontade da mulher 3 Não se manifestou 4 Recomendou 5 Outro 6	
507	Quando a senhora (você) está pensando em fazer a ligadura?	No momento do parto 1 Na mesma internação mas separado do parto. 2 Em outra ocasião 3 Não sabe 9	} 601 } 601 } 601
508	Quanto tempo depois do parto pretende fazer a ligadura?	No. de meses Quando puder pagar 96 Assim que conseguir autorização do SUS .. 97 Assim que tiver autorização Médica.... 98 Não sabe/ não tem previsão 99	

Seção 6 - Características da Entrevistada

601	Atualmente a senhora (você) está trabalhando?	Sim 1 Não 2	} 605
602	[SE SIM], é um trabalho remunerado?	Sim 1 Não 2	
603	[SE SIM], a senhora já entrou ou vai entrar em licença - maternidade?	Sim 1 Não 2	} 605
604	[SE NÃO], por que? _____ _____		
605	A senhora (você) tem plano de saúde?	Sim.....1 [SE SIM], qual? _____ Não 2	} 607
606	A senhora vai usar este plano para pagar o parto?	Sim 1 Não 2 Não sabe 9	
607	Neste momento, a senhora está: [LÊIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA]	Casada ou vivendo com um companheiro 1 Separada/divorciada 2 Viúva 3 Solteira 4	} 701 } 701 } 701
608	Qual a última série da escola que seu marido/companheiro concluiu com aprovação?	☐ ☐ série ☐ ☐ grau Não sabe/ Não se aplica..... 99	

Seção 7 - Conclusão

701	Logo após o nascimento do bebê a senhora vai voltar para sua casa, ou vai para a casa de outra pessoa?	Sua própria casa 1 Casa de outra pessoa 2	} 703
702	Quanto tempo pretende ficar por lá? [PREENCHER FICHA DE ENDEREÇO]	semanas meses Não sabe 99	
703	Aconteceu algum fato importante desde aquela primeira vez que conversamos que gostaria de contar? 		

Seção 8 - Endereços - ANEXO

[ATENÇÃO ENTREVISTADORA: Verificar na ficha de endereço se já consta o endereço da casa onde a entrevistada irá ficar]

COMENTÁRIOS SOBRE A ENTREVISTA

(continue no verso, se necessário)

ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL

CEDEPLAR UFMG - GED UFRN - NEPO UNICAMP - NUPACS UFRGS - PRC UTEXAS

Terceira Entrevista

Início:
Término:

Seção 0 - Identificação do questionário

CLASSIFICAÇÃO DA ENTREVISTA		A	Múltipara	☐	Primípara	☐
		B	Público	☐	Privado/Convênio	☐
001	Número do questionário:		4	1	-	3
			(cidade)		(entrevistada)	(entrevista)
002	Data da entrevista		Dia			
			Mês.....			
			Ano	199		
003	Entrevistadora				-	

Dados das entrevistas anteriores

Nome da entrevistada (V001): _____				
	1ª. entrevista		2ª. entrevista	
Data entrevista:	V002		Q002	
Nome do serviço de saúde a que se vincula:	V104		Q205	
Idade da gestante na entrevista:	V005			
Nº de ordem da gravidez atual = V010+1	V010			
Hospital em que pretendia ter o parto:	V207		Q311*	
Tipo de parto desejado:	V205		Q301	
Falou em ligadura?:	V215		Q503	
Trabalhava na ocasião da 2ª entrevista?			Q601	
[Estado Civil] a senhora estava:	V303		Q607	

*Somente para Entrevistadas com cesáreas marcadas na ocasião da 2ª. entrevista.

Seção 1: Introdução

Quero agradecer a senhora por ter aceito encontrar comigo hoje. A sua participação na pesquisa é muito importante para nós. Como vai a senhora?

101	[CONFIRMA: A ENTREVISTADA JÁ TEVE O BEBÊ]	Sim 1	} 201 } AGUARDA
		Não 2	

Agora gostaria de perguntar sobre o desenvolvimento da sua gravidez, nestes últimos meses.

Seção 2: Final da gravidez e o estado do bebê

201	Quando foi o seu parto? [ANOTE HORÁRIO]	Hora : .. Dia Mês Ano 199 ..	
202	O bebê está bem?	Sim 1 Não 2	} 206
203	Por quê (o bebê não está bem)? [USE O VERSO]		
204	[SE O BEBÊ MORREU] Quando morreu o seu bebê?	Natimorto 1 Durante o parto 2 Após o parto 3	
205	[SE O BEBÊ MORREU] Mesmo assim, a senhora (você) concorda em dar a entrevista?	Sim 1 Não 2	} ENCERRA
206	Quanto o bebê pesou ao nascer? [VER O FORMULÁRIO DO SINASC]	Peso em gramas Não sabe 9998	
207	Aonde ficava o seu bebê durante sua permanência no hospital?	Ficava todo tempo com a entrevistada . 1 Ficava no berçário todo tempo 2 Ficava no berçário mas a entrevistada podia pegá-lo a qualquer momento..... 3 Outro (Qual?) 4 Não se aplica 9	
208	Após a nossa última entrevista, quantas consultas de pré-natal a senhora (você) fez?	Nenhuma..... 00 Nº de consultas..... Não sabe/Não lembra..... 98	
209	Aonde foram feitas estas consultas?	 - .. (Nome do Serviço)	
210	A senhora (você) teve algum problema de saúde entre o nosso último encontro e o parto?	Sim (Qual?) 1 Não..... 2	

Seção 3: O que aconteceu no parto?

301	Quem fez o seu parto?	Médico(a) particular 1 Plantonista..... 2 Enfermeira..... 3 Parteira..... 4 Curiosa/Parteira leiga..... 5 Outro (quem?) 6 Não sabe 9	
302	Aonde teve seu bebê?	Em casa 0001 No trajeto 0002 Hospital/maternidade/serviço de saúde (qual?) (Nome do hospital/maternidade/serviço de saúde) } 304	
303	Por que seu parto foi em casa/no trajeto? [SE NO TRAJETO, PERGUNTE TAMBÉM SE PASSOU POR ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE E POR QUE ELA NÃO FOI ATENDIDA]?		} 601
304	Este serviço onde foi atendida, foi o primeiro que a senhora (você) procurou?	Sim 1 Não 2	} 307
305	Por quantos serviços a senhora (você) passou antes de ser internada para ter o seu bebê?	Nº de serviços	
306	Por que não foi atendida? Não havia vagas 1 Gravidez de alto risco..... 2 Não estava na hora 3 Não é mais maternidade 4 Não sabe/não se aplica 8	A. no 1º. Serviço que procurou B. no 2º. Serviço que procurou C. no 3º. Serviço que procurou	
307	Como foi pago o seu parto?	SUS 1 SUS e R\$..... 2 SUS e plano de saúde..... 3 Apenas plano de saúde..... 4 Plano de saúde e R\$ 5 R\$ 6	} 310 } 310 } 310
308	A senhora (você) tem plano de saúde?	Sim 1 Não 2	} 310
309	Por que não usou um plano de saúde para o parto?	Não cumpriu o período de carência 1 O hospital não aceita o plano que tem .. 2 Outro (qual?) 3	
310	Quando foi a primeira vez que a senhora (você) encontrou com a pessoa que fez o parto?	Durante uma gravidez e/ou parto anterior...1 Em outras consultas 2 Durante o pré-natal desta gravidez 3 Durante o trabalho de parto..... 4 Durante o parto 5 Outro (quando?) 6 Não sabe/não lembra 9	
311	A senhora (você) sabe o nome completo da pessoa que fez o seu parto?	Sabe o nome completo 1 Sabe o nome incompleto 2 Não sabe 9	
311A	A pessoa que fez o seu parto foi uma mulher ou um homem?	Mulher 1 Homem 2 Não sabe/não lembra 9	

(Continua)

Seção 3: O que aconteceu no parto? (Continuação)

312	Quando a senhora (você) se internou para ter o seu bebê, alguém ficou junto com a senhora (você) no hospital?	Sim 1 Não 2			} 314
313	Se sim, quem? [SELECIONE TODAS QUE APLICAM]	Sim	Não		
A	Marido/parceiro	1 ☐	2 ☐		
B	Membro da família (feminino)	1 ☐	2 ☐		
C	Membro da família (masculino)	1 ☐	2 ☐		
D	Outro (quem?) _____	1 ☐	2 ☐		
314	Quando a senhora se internou, que horas eram?	Hora : DO DIA / dia mês Não sabe/não lembra 9998			
315	A que horas começaram as contrações com dores mais fortes e freqüentes? [3 OU MAIS CONTRAÇÕES CADA 10 MINUTOS]	Hora : Não teve contrações.....9998 Não sabe/não lembra8888			
316	Com quantos centímetros de dilatação a senhora (você) estava na hora de internação? OBS: CADA DEDO = 2 CMS	N° de centímetros Não sabe/não lembra 98			
317	Como e quando rompeu a bolsa? [AJUDE A ENTREVISTADA RESPONDER]	Espontaneamente, ANTES das contrações fortes..... 1 Espontaneamente, DURANTE as contrações fortes..... 2 Espontaneamente, no momento do parto..... 3 Pelo médico, ANTES das contrações fortes 4 Pelo médico, DURANTE as contrações fortes..... 5 Pelo médico, no momento do parto 6 Não houve rompimento da bolsa 7 Não sabe/não lembra 9			
318	A senhora (você) entrou em trabalho de parto?	Sim 1 Não 2 Não sabe 9			} 325 } 325
319	A senhora (você) entrou em trabalho de parto naturalmente ou foi induzido?	Naturalmente 1 Induzido 2 Não sabe 9			} 322 } 322
320	Quando foi feita a decisão de induzir o trabalho de parto?	N° de horas antes do nascimento . Não sabe/não lembra 98			
321	Por que foi feita a decisão de induzir o trabalho de parto? [SELECIONE TODAS QUE APLICAM]	Sim	Não	Não Sabe	
A	Porque o concepto era pós-maturo	1 ☐	2 ☐	9 ☐	
B	Porque não teve contrações	1 ☐	2 ☐	9 ☐	
C	Porque a pressão estava alta	1 ☐	2 ☐	9 ☐	
D	Porque a bolsa estava rota	1 ☐	2 ☐	9 ☐	
E	Outro (qual?) _____	1 ☐	2 ☐	9 ☐	
322	O trabalho de parto foi intensificado com soro (com ocitocinas)?	Sim 1 Não 2 Não sabe 9			

(Continua)

Seção 3: O que aconteceu no parto? (Continuação)

323	Durante o período de dilatação, a senhora (você) recebeu algum medicamento contra dor?	Sim 1 Não 2	} 325
324	Se SIM , Qual? [LEIA AS ALTERNATIVAS; MARQUE TODAS AS QUE APLICAM]	Sim Não	
A	Peridural contínua	1 ☐	2 ☐
B	Medicamento por via oral/muscular	1 ☐	2 ☐
C	Outro (esp.?)	1 ☐	2 ☐
325	O bebê que teve agora foi de parto normal, normal com fórceps ou cesárea?	Parto Normal 1 Parto Normal com fórceps 2 Parto Cesáreo 3	} 501 } 501

Seção 4: Parto por Cesárea

401	A cesárea foi marcada antes de entrar no hospital?	Sim 1 Não 2	} 407
402	Quanto tempo antes do parto foi marcada a cesárea?	Nº de horas antes do parto H Nº de dias antes do parto...A Nº de semanas antes do parto B Nº de meses antes do parto..... C No início da gravidez 000 Não sabe/não lembra 998	
403	Por que foi marcada antes?		
		[USE O VERSO]	
404	Por que foi marcada antes? [CLASSIFIQUE A RAZÃO MAIS IMPORTANTE DADA EM 403]	Problemas na gravidez anterior 1 Problemas de saúde da mulher anteriores à gestação 2 Problemas na gravidez atual 3 Cesárea anterior..... 4 A entrevistada pediu 5 Possibilidade de esterilização..... 6 Idade da mulher 7 Outro (qual?) 8 Não sabe/não se aplica 9	} 405A } 405B } 405C } 410 } 410 } 410 } 410 } 410 } 410
405A	Que tipo de problema é este?	[Problemas na gravidez anterior] Não teve dilatação 1 Tem pélvis estreita 2 Teve eclâmpsia 3 Sangramento..... 4 Anemia grave..... 5 Placenta prévia..... 6 Perda perinatal 7 Outros 8 Não sabe 9	

(Continua)

Seção 4: Parto por Cesárea (Continuação)

405B	(Continua...) Que tipo de problema é este?	[Problemas de saúde da mulher anteriores à gestação] Mioma01 Outros tumores do sistema reprodutivo . 02 Hipertensão 03 Doenças do coração 04 Diabetes 05 Problemas renais/urinários 06 Sífilis..... 07 Gonorréia..... 08 Herpes genital..... 09 HIV/AIDS 10 Outros 11 Não sabe 98			
405C	(Continua...) Que tipo de problema é este?	[Problemas na gravidez atual] Hipertensão..... 01 Diabete gestacional..... 02 Anemia grave..... 03 Hemorragia 04 Problemas urinários/renais 05 Posição do bebê (apresentação anômola) .. 06 Insuficiência placentária 07 Crescimento intrauterino retardado..... 08 Oligioâmnio (pouco líquido amniótico) 09 Sífilis..... 10 Gonorréia..... 11 Herpes genital..... 12 HIV/AIDS..... 13 Outros 14 Não sabe 98			
406	Como foi feito o diagnóstico desse problema? [SELECIONE TODAS AS QUE APLICAM]	Sim	Não	Não Sabe	} TODAS PARA 410
A	História clínica	1 ☐	2 ☐	9 ☐	
B	Ultra-sonografia	1 ☐	2 ☐	9 ☐	
C	Exames de laboratório	1 ☐	2 ☐	9 ☐	
D	Outro (qual?) _____	1 ☐	2 ☐	9 ☐	
407	[PARA AS QUE <u>NAO</u> MARCARAM O PARTO CESÁREO COM ANTECEDÊNCIA] Quando foi feita a decisão de fazer cesárea?	N° de horas depois da internação Não sabe 98			
408	Por que foi tomada a decisão de fazer cesárea? _____ _____ _____ _____ _____ _____				

(Continua)

Seção 4: Parto por Cesárea (Continuação)

409	Por que foi tomada a decisão de fazer cesárea? [CLASSIFIQUE A RAZÃO MAIS IMPORTANTE DADA EM 409]	Não teve dilatação 01 Tem pélvis estreita 02 Teve hipertensão/eclâmpsia 03 Sangramento 04 Mioma 05 Cardiopatia 06 HIV / DSTs graves 07 Problemas placentários 08 Posição do bebê 09 Cesárea anterior 10 Trabalho de parto prolongado(+24h)....11 Não suportou a dor 12 Possibilidade de esterilização 13 Outros 14 Não sabe98		
410	Alem do(da) médico(a), quem participou na decisão de fazer cesárea? SELECIONE TODAS AS QUE APLICAM.]	Sim	Não	
A	Entrevistada	1 ☐	2 ☐	
B	Marido/companheiro	1 ☐	2 ☐	
C	Alguém da família (quem?) _____	1 ☐	2 ☐	
D	Outro (quem?) _____	1 ☐	2 ☐	
411	O(A) médico(a) fez a cesárea atendendo a um pedido seu?	Sim 1 Não 2		} 601
412	Qual foi a sua reação à decisão de fazer uma cesárea? [OBS: A REAÇÃO DA ENTREVISTADA] _____ _____ _____			} 601

Seção 5: Parto Vaginal

501	Quem resolveu que seu parto seria normal?	Somente a Entrevistada..... 1 } 503 Entrevistada e marido 2 } 503 Médico(a) 3 Ambos (médico(a) e a entrevistada) 4 } 504 Outro (quem?) 5 } 504 Não sabe 9 } 504		
502	[SE FOI O(A) MÉDICO(A)] A senhora (você) concordou desde o início ou acabou concordando (foi convencida) durante a gravidez?	Concordou desde o início 1 } 504 Foi convencida 2 } 504 Outro 3 } 504		
503	[SE FOI A ENTREVISTADA ou ELA E O MARIDO] A senhora (você) enfrentou algum tipo de resistência do(a) médico(a)?	Sim (qual?) Não..... 2		
504	Na hora do parto a senhora (você) recebeu alguma anestesia contra dor?	Sim 1 Não 2 } 506		
505	Se SIM, Qual? [SELECIONE TODAS AS QUE APLICAM]	Sim	Não	Não Sabe
B	Peridural/raque	1 ☐	2 ☐	9 ☐
C	Via oral/venosa	1 ☐	2 ☐	9 ☐
D	Local, para a episiotomia	1 ☐	2 ☐	9 ☐
506	Em qualquer momento durante a gravidez, trabalho de parto ou parto, você ou alguém da sua família pediu para o(a) médico(a) fazer uma cesárea? SE SIM, Quem pediu?	Ninguém pediu 0 } 511 Somente a entrevistada pediu 1 Somente um membro da família 2 Ambos: a entrevistada e alguém da família 3 Não sabe 9		
507	Quando a senhora (você) (ou alguém da família) pediu para o(a) médico(a) fazer uma cesárea?	Durante o pré-natal..... 1 Durante o trabalho de parto 2 Ambos: pré-natal e trab. de parto 3 Não sabe 9		
508	Por que a senhora (você) (ou alguém da família) pediu para o(a) médico(a) fazer uma cesárea? _____			
509	Qual foi a reação do(da) médico(a) a seu pedido para uma cesárea?	Recusou 1 } 601 Achou que não era necessário 2 Concordou 3 Outro (esp.) 4		
510	Por que não foi feita a cesárea? _____ _____ _____ _____ Se a Entrevistada ou outra pessoa pediu para fazer uma cesárea, ir para 601	} 601		
511	Seu (Sua) médico(a) sugeriu que a senhora (você) fizesse uma cesárea?	Sim 1 Não 2 } 601		
512	Qual foi sua reação à sugestão do(da) médico(a) de fazer a cesárea? [OBS: A REAÇÃO DA ENTREVISTADA] _____ _____ _____			

Seção 6: Complicações do Parto e no Pós-Parto

601	Durante o parto, a senhora (você) se lembra se teve um dos seguintes problemas? [SELECIONE TODAS AS QUE APLICAM.]	Sim	Não	
A	Parto prolongado com contrações regulares que duraram 12 horas ou mais?	1 ☐	2 ☐	
B	Hemorragia vaginal MAIS abundante que a normal que se tem depois do parto?	1 ☐	2 ☐	
C	Febre alta e secreção vaginal com mal cheiro?	1 ☐	2 ☐	
D	Pressão alta?	1 ☐	2 ☐	
E	Convulsões com ou sem desmaios	1 ☐	2 ☐	
602	Fez algum exame ginecológico pós-parto?	Sim 1 Não 2		} 606
603	Em que lugar fez o exame pós-parto?	Hosp./maternidade pública 1 Hospital conveniado/SUS 2 Casa de parto/centro/posto de saúde 3 Hosp./maternidade/clínica particular 4 Outro lugar 5		
604	Este exame pós-parto foi de rotina, ou porque teve algum problema?	Sim, de rotina 1 Sim, teve problema 2		} 606
605	Que problema(s)?	Sangramento prolongado (mais de 30 dias) 1 Corrimento com mal cheiro 2 Febre/infecção 3 Veias inflamadas 4 Problemas na amamentação 5 Outro 6		
606	Depois do parto, seu bebê teve algum problema de saúde? (por exemplo, precisou oxigênio, precisou banho de luz)			
607	A senhora (você) recebeu alguma orientação no pré-natal e/ou na maternidade/hospital sobre a amamentação?	Sim, só no pré-natal 1 Sim, só na maternidade/no hospital 2 Sim, em ambos 3 Não teve 4		
608	Amamentou seu bebê alguma vez?	Sim 1 Não 2		} 613
609	Quanto tempo depois do nascimento do bebê começou a amamentar? [SE MENOS DE 1 HORA, ANOTE IMEDIATAMENTE. SE MENOS DE 24 HORAS, ANOTE HORAS. DE OUTRA MANEIRA, ANOTE DIAS.]	Imediatamente 00 Horas A ☐ ☐ ☐ Dia..... B ☐ ☐ ☐		
610	Durante quanto tempo deu só o peito? (nem água)	Ainda dá só o peito 000 Dias A ☐ ☐ ☐ Semanas..... B ☐ ☐ ☐ Não sabe 998		
611	Ainda está amamentando?	Sim 1 Não 2		} 701
612	Durante quanto tempo amamentou?	Dias A ☐ ☐ ☐ Semanas..... B ☐ ☐ ☐ Não sabe 998		

(Continua)

Seção 6: Complicações do Parto e no Pós-Parto (Continuação)

601	Por que deixou de amamentar/não amamentou? [SELECIONE TODAS AS QUE APLICAM.]	Sim	Não	
A	Entrevistada doente/debilitada	1 ☐	2 ☐	
B	Filho(a) doente/fraco	1 ☐	2 ☐	
C	Filho(a) morto(a)	1 ☐	2 ☐	
D	Problema nos seios	1 ☐	2 ☐	
E	Leite secou/insuficiente	1 ☐	2 ☐	
F	Ficou grávida	1 ☐	2 ☐	
G	Começou a usar método	1 ☐	2 ☐	
H	Por conselhos médicos	1 ☐	2 ☐	
I	Por estética	1 ☐	2 ☐	
J	Outra _____	1 ☐	2 ☐	
K	Trabalhando	1 ☐	2 ☐	

Seção 7: Filtro para Esterilização Feminina e Entrevistadas NÃO esterilizadas

701	A senhora (você) fez uma ligadura tubária?	Sim 1 Não 2	} 801
702	A senhora (você) gostaria de fazer uma ligadura tubária no futuro?	Sim 1 Não 2	} 901
703	Quando pretende fazer uma ligadura?	Nº. de semanas depois do parto A ☐ ☐ Nº. de meses depois do parto .. B ☐ ☐ Se responder 6 meses ou menos, siga para 704 Se MAIS de 6 meses, ir para 709 Depois de ter (um) outro(s) filho(s) 00 Não sabe 98	} 712 } 712
704	Já fez os preparativos para tal?	Sim 1 Não 2	} 712
705	Quem vai fazer a ligadura?	Mesmo(a) médico(a) que atendeu o parto ... 1 Outro(a) médico(a) particular 2 Plantonista 3 Não sabe 9	
706	Onde a senhora (você) vai fazer a ligadura?	Mesmo lugar do pré-natal 1 Mesmo lugar do parto 2 Outro lugar público 3 Outro lugar privado 4 Outro (aonde?) 5 Não sabe 9	
707	Com quem fez os arranjos? _____ _____		
708	Quando conversou com a pessoa com quem fez os arranjos para a ligadura? _____ _____		
709	A senhora (você) vai assistir alguma reunião de aconselhamento?	Sim 1 Não 2	} 711

(Continua)

Seção 7: Filtro para Esterilização Feminina e Entrevistadas NÃO esterilizadas (Continuação)

710	Estas reuniões são necessárias/exigidas para obter a ligadura?	Sim 1 Não 2	
711	Quanto vai custar a ligadura?	Grátis 0000 Valor R\$ [] [] [] [] ,00 Não sabe 9998	
712	Que tipo de procedimento a senhora (você) pretende fazer?	Durante uma cesárea 1 Laparoscopia 2 Laparotomia 3 Mini-laparotomia 4 Colpotomia posterior 5 Não sabe 9	
713	A senhora (você) está certa/confiante que vai obter uma ligadura?	Muito certo 1 Mais ou menos certo 2 Duvidosa 3 Não sabe 9	
714	Por que a senhora (você) pretende fazer a ligadura?		
715	A senhora (você) gostaria de já ter feito uma ligadura antes de ter saído do hospital agora?	Sim 1 Não 2	} 721
716	A senhora (você) tinha feito arranjos para fazer uma ligadura durante sua permanência no hospital (Quando teve o seu bebê)?	Sim 1 Não 2	} 719
717	Por que não conseguiu fazer a ligadura (depois deste parto)?	Decidiu que não queria a ligadura no momento 1 Custo 2 Problema burocrático/Má sorte (qual?) 3	
718	Conte em mais detalhes o que aconteceu.		
719	A senhora (você) alguma vez tentou conseguir a ligadura antes da gravidez que teve agora?	Sim 1 Não 2	} 721
720	Por que não conseguiu a ligadura nesse momento?	Porque era jovem 1 Porque tinha poucos filhos 2 Ambos: idade/poucos filhos 3 Médico(a) recusou (não deu razão) 4 Não tinha dinheiro para pagar 5 Outro 6	
721	A senhora (você) acredita que mesmo que depois de uma ligadura ainda pode engravidar?	Sim 1 Não 2 Não sabe 9	} 901 } 901
722	Por que acha que depois de uma ligadura ainda poderia ter mais filhos?	A esterilização pode ser revertida 1 Pode falhar 2 Ouvir rumores sobre mulheres esterilizadas que engravidaram 3 Conhece uma mulher que engravidou depois de esterilizada 4 Outro 5 Não sabe 9	} TODAS PARA 901

Seção 8: Entrevistadas Esterilizadas

801	Quando foi feita a ligadura?	Durante o parto cesáreo 000 } 806 Horas depois do parto A ☐ ☐ Dias depois do parto B ☐ ☐	
802	Onde foi feita a ligadura?	Mesma instituição onde teve o parto (internada) 1 Mesma instituição onde teve o parto (ambulatoria) 2 Outro/internada 3 Outro/ambulatoria 4	
803	Quem fez a ligadura?	Mesmo(a) médico(a) que atendeu o parto ... 1 Outro(a) médico(a) particular 2 Plantonista 3 Não sabe/Não lembra 9	
804	Você fez alguma consulta pré-natal com este(a) médico(a) (que fez a ligadura)?	Sim 1 Não 2	
805	Que tipo de procedimento foi feito?	Colpotomia 1 Minilaparatomia 2 Laparatomia 3 Laparoscopia 4 Não sabe 9	
806	Quando foram finalizados os arranjos para fazer a ligadura?	No momento do parto 00 Horas antes do parto A ☐ ☐ Dias antes do parto B ☐ ☐ Meses antes do parto C ☐ ☐	
807	Quem se envolveu ou foi consultado sobre a decisão de fazer a ligadura?	Somente a entrevistada 1 Somente o marido 2 Entrevistada e o marido/parceiro 3 Outro (quem?) 4	
808	Foi o(a) médico(a) que ofereceu a ligadura ou foi você que pediu para que a ligadura fosse feita antes que ela/ele tocasse no assunto?	Médico(a) ofereceu espontaneamente .. 1 Médico(a) concordou em fazer somente depois do pedido da entrevistada 2 Outro 3	
809	A senhora (você) teve que: [LEIA AS OPÇÕES E SELECIONE TODAS AS QUE APLICAM.] A Comprovar a idade? B Comprovar o número de filhos vivos? C Apresentar o consentimento do marido/parceiro? D Assistir reuniões ou sessões de aconselhamento? E Comprovar dificuldades financeiras? F Comprovar condições clínicas? G SE SIM , quais condições? _____ _____	Sim 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐	Não 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐
811	[SE NÃO] Por quê?	O preço foi embutido no preço do parto ... 1 } 813 SUS pagou 2 } 813 Convênio pagou 3 } 813 Político pagou 4 } 813 Médico(a) não cobrou 5 } 813 Alguém da família da entrevistada pagou. 6 Outro? 7	
812	Quanto custou a ligadura?	Valor R\$ ☐ ☐ ☐ ☐ ,00 Não sabe 9998	

(Continua)

Seção 8: Entrevistadas Esterilizadas (Continuação)

813	A senhora (você) alguma vez tentou conseguir uma ligadura antes dessa gravidez que teve agora?	Sim 1 Não 2	} 815
814	Por que a senhora (você) não conseguiu fazer a ligadura naquele momento?	Porque era jovem 1 Porque tinha poucos filhos 2 Ambos idade/poucos filhos 3 Médico(a) recusou (não deu razão) 4 Não tinha dinheiro para pagar 5 Outro 6	
815	A senhora (você) acredita que ainda pode engravidar mesmo sendo laqueada?	Sim 1 Não 2 Não sabe 9	} 901 } 901
816	Por que acha que ainda poderá ter mais filhos?	A esterilização pode ser revertida 1 Pode falhar 2 Ouvir rumores sobre mulheres esterilizadas que engravidaram 3 Conhece uma mulher que engravidou depois de esterilizada 4 Outro 5 Não sabe 9	

Seção 9: Exposição a vários agentes

Agora gostaria de ter algumas informações sobre as mulheres de sua família.

901	A sua mãe teve quantos filhos?	Nº. de filhos tidos Não sabe 98	
902	A sua mãe teve quantos partos cesáreos?	Nº. de partos cesáreos tidos Não sabe 98	
903	Você nasceu de qual tipo de parto?	Cesáreo 1 Normal 2 Normal com fórceps 3 Não sabe 9	
904	Sua mãe fez esterilização?	Sim 1 Não 2 Não sabe 9	
905	Quantas irmãs a senhora (você) tem?	Nº. de irmãs Não tem irmãs 00 Não sabe 98	} 907 } 907
906	Quantas das suas irmãs tiveram filhos?	Nº. de irmãs de tiveram filhos As irmãs não têm filhos 00 Não sabe 98	
907	Quantas cunhadas a senhora (você) tem?	Nº. de cunhadas Não tem cunhadas 00 Não sabe 98	} 1001 se <u>também</u> não tem irmãs
908	Quantas das suas cunhadas tiveram filhos?	Nº. de cunhadas de tiveram filhos As cunhadas não têm filhos 00 Não sabe 98	} 1001 se <u>também</u> não tem irmãs

Para cada irmã/cunhada que teve filhos: [ESCREVE OS NOMES DAS IRMÃS /CUNHADAS]		909. Quantos partos ela fez?	910. Quantos cesáreas ela fez?	911. Ela fez esterilização?		
		[NÃO SABE=98]	[NÃO SABE=98]	SIM	NÃO	NÃO SABE
A				1	2	9
B				1	2	9
C				1	2	9
D				1	2	9
E				1	2	9
F				1	2	9
G				1	2	9
H				1	2	9
I				1	2	9
J				1	2	9

Seção 10: Características Sociodemográficas

Agora gostaria de ter algumas informações das pessoas que geralmente vivem na sua casa.

Nº da linha	1001. Por favor, quem mora nesta casa com você? [ESCREVE OS NOMES DOS MORADORES HABITUAIS]	1002. Sexo 1. Fem. 2. Masc.	1003. Idade	1004. Relação de parentesco com a Entrevistada 01=Esposo 02=Filha/Filho/Enteado 03=Cunhada/Cunhado 04=Neta/Neto 05=Mãe/Pai 06=Sogra/Sogro 07=Irmã/Irmão 08=Outro familiar 09=Sem parentesco 98=Não sabe
A				
B				
C				
D				
E				
F				
G				
H				
I				
J				
1005	Quem é o chefe da família?		A entrevistada 1 O marido/parceiro 2 Pai/sogro 3 Mãe/sogra 4 Outra pessoa 5 Não sabe..... 9	} 1007
1006	Qual o grau de instrução do(da) chefe da família?		Analfabeto/primário incompleto..... 1 Primário completo/ginásio incompleto.. 2 Ginásio completo/colegial incompleto.. 3 Colégio completo/superior incompleto. 4 Superior completo..... 5	
1007	Atualmente, qual é sua religião?		Católica romana..... 0 Protestante histórico..... 1 Pentecostal..... 2 Espirita Kardecista 3 Afro-Brasileira..... 4 Nenhuma 5 Não respondeu..... 6 Outra (Qual) 7	
1108	Em que religião a senhora (você) foi criada?		Católica romana..... 0 Protestante histórico..... 1 Pentecostal..... 2 Espirita Kardecista 3 Afro-Brasileira..... 4 Nenhuma 5 Não respondeu..... 6 Outra (qual?) 7	

(Continua)

Seção 10: Características Sociodemográficas (Continuação)

1009	Com que frequência a senhora (você) comparece à igreja, culto ou cerimônias religiosas, não contando situações como casamento, batizados?	Ao menos 1 vez por sem. 1 2 vezes por mês 2 1 vez por mês 3 Menos de 1 vez por mês 4 Duas a três vezes no ano..... 5 Uma vez por ano..... 6 Não frequenta 7 Não sabe 9	
1010	Que importância a religião tem em sua vida?	Muita..... 1 Mais ou menos importante..... 2 Pouca..... 3 Nenhuma..... 4 Não sabe..... 5 Não respondeu..... 6	

Agora eu gostaria de saber um pouco sobre a sua casa:

1011	Em sua casa tem:	[NÃO TEM = 0]	
A	Televisão a cores? SIM, Quantas?	Nº de Televisões.....	☐
B	Videocassete? SIM, Quantas?	Nº de videocassetes	☐
C	Rádio? SIM, Quantos?	Nº de rádios	☐
D	Banheiro? SIM, Quantos?	Nº de banheiros	☐
E	Automóvel de passeio? SIM, Quantos?	Nº de automóveis	☐
F	Empregada mensalista? SIM, Quantas?	Nº de empregadas	☐
G	Aspirador de pó?	Aspirador de pó [TEM=1].....	☐
H	Máquina de lavar roupa?	Máquina de lavar roupa [TEM=1].....	☐
1012	Em sua casa tem geladeira/freezer?	Não possui..... 0 Possui só geladeira sem freezer..... 1 Possui geladeira duplex ou freezer..... 2	
1013	Quantos cômodos são usados para dormir na sua casa?	Nº. de cômodos	☐ ☐ ☐
1014	[Para as Entrevistadas que trabalhavam no Q2; Se não, segue para 1016] Até que mês de gravidez a senhora (você) trabalhou?	Mês	☐
1015	A senhora (você) está em licença-maternidade?	Sim 1 Não 2	
1016	A senhora (você) pretende voltar a trabalhar? [A senhora (você) pretende começar a trabalhar?]	Sim 1 Não 2	
1017	Quando pretende voltar [começar] a trabalhar?	Semanas depois do parto A ☐ ☐ ☐ Meses depois do parto B ☐ ☐ Não sabe 98	

Seção 11: Satisfação

Para concluir: A seguir, eu vou ler uma série de frases e gostaria que a senhora (você) me dissesse se concorda ou discorda. Não há respostas certas ou erradas. Mesmo quando as frases soarem parecidas, elas têm significados diferentes. Por favor, responda de acordo com a sua opinião.

		Concordo	Nem Concordo Nem Discordo	Discordo	
1101	[SÓ PARA AS QUE TIVERAM <i>Parto por Cesárea</i> SE ENTREVISTADA TEVE UM PN, IR PARA 1103] Eu desejaria ter tido um parto normal.	1	2	3	
1102	Eu estou contente de ter tido o bebê por cesárea.	1	2	3	}1105
1103	[PARA AS QUE TIVERAM <i>Parto Normal</i>] Eu desejaria ter tido meu bebê por cesárea.	1	2	3	
1104	Eu estou contente por ter tido um bebê por parto normal	1	2	3	
1105	[SÓ PARA AS QUE FIZERAM <i>Esterilização</i> SE ENTREVISTADA NÃO É ESTERILIZADA, IR PARA 1109] Eu me arrependi de ter feito a ligadura.	1	2	3	
1106	Se eu pudesse escolher de novo, escolheria a ligadura.	1	2	3	
1107	Eu acho que deveria ter deixado para fazer a ligadura mais tarde.	1	2	3	
1108	Eu acho que deveria ter feito a ligadura a mais tempo	1	2	3	
1109	Em relação ao atendimento <i>pré-natal</i> que recebeu, a senhora (você) está : [LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA]	Muito satisfeita 1 Satisfeita 2 Decepcionada 3 Muito decepcionada 4 Não quer opinar 5			
1110	[SÓ PARA AS QUE <i>Entravam em Trabalho de Parto</i> . SE NÃO ENTROU EM TRABALHO DE PARTO, IR PARA 1111] Em relação ao atendimento que recebeu durante o <i>trabalho de parto</i> , a senhora (você) está:	Muito satisfeita 1 Satisfeita 2 Decepcionada 3 Muito decepcionada 4 Não quer opinar 5			
1111	Em relação ao atendimento que recebeu <i>no momento do parto</i> , a senhora (você) está muito satisfeita, satisfeita, decepcionada, muito decepcionada?	Muito satisfeita 1 Satisfeita 2 Decepcionada 3 Muito decepcionada 4 Não quer opinar 5			
1112	Em relação ao atendimento que recebeu <i>depois do parto</i> (antes da alta), a senhora (você) está muito satisfeita, satisfeita, decepcionada, muito decepcionada?	Muito satisfeita 1 Satisfeita 2 Decepcionada 3 Muito decepcionada 4 Não quer opinar 5			
1113	A sua participação na nossa pesquisa foi muito importante. A sua gentileza em nos receber durante todos esses meses, em um momento tão especial da sua vida, vai nos possibilitar gerar conhecimento e contribuir para a saúde de muitas mulheres e crianças. Para finalizar, gostaríamos de saber se a senhora (você) gostaria de fazer algum comentário sobre sua experiência na pesquisa, ou qualquer outro comentário sobre sua experiência de parto. _____ _____ _____ _____ _____				

COMENTÁRIOS SOBRE A ENTREVISTA

Consentimento Informado

Hoje em dia, como a senhora (você) sabe, existem vários tipos de parto e muitas formas de evitar uma gravidez. É muito importante conhecer sua opinião a esse respeito, para que os serviços de saúde possam melhor atender suas necessidades.

Nós do Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em conjunto com outros três centros de pesquisa do Brasil, estamos realizando um estudo sobre contracepção e parto com gestantes na cidade de São Paulo e gostaríamos de contar com a sua colaboração através de uma entrevista. Essa entrevista consiste na verdade em três encontros onde serão abordados assuntos como gravidez, contracepção e parto. Se a senhora (você) concordar em participar deste estudo, este será o nosso primeiro encontro. Os outros dois deverão ocorrer em sua casa ou no lugar de sua preferência. O segundo será mais ou menos um mês antes da data prevista para o parto e o último um mês depois do nascimento de seu bebê.

É importante que fique claro que tudo o que falarmos nessas conversas será utilizado apenas para fins de pesquisa científica, não sendo feita nenhuma menção ao seu nome.

Mesmo que sua participação seja muito importante para a realização deste estudo, a senhora (você) poderá, se assim desejar, interrompe-la em qualquer momento da pesquisa.

Apesar de estarmos trabalhando em conjunto com os serviços de saúde locais, sua participação ou não nessa pesquisa não interferirá em nada em seu atendimento e tratamento nesses serviços.

(assinatura da entrevistada)

001	Número do questionário:	4 1	-		-	
		(cidade)		(entrevistada)		(entrevista)

Mês da segunda entrevista _____

Mês da terceira entrevista _____

Data prevista para o parto: _____

No. do questionário... [4] | 1 | [] [] [] - []
 (cidade) .. (entrevistada) (entrevista)

Data da entrevista: / /98

Nome do serviço :

Tipo de serviço:	Público	Privado/ Convênio
------------------	---------	-------------------

Entrevistadora:

Esta pesquisa será feita em três etapas. A primeira é esta agora. Quando a senhora estiver no final da gravidez, eu precisarei encontrá-la de novo para saber como está indo a sua gravidez e conversar um pouco sobre ela. E depois do nascimento do seu bebê também precisarei voltar a conversar com a senhora.

Para isso eu preciso ter a certeza de que a senhora poderá me receber e dar continuidade à pesquisa, pois a continuidade da sua participação é muito importante para nós.

Deste modo, eu preciso que a senhora me dê seu endereço, detalhadamente, para que eu possa encontrá-la. As vezes vou parecer chata fazendo tantas perguntas, mas é, somente, para me certificar que a senhora será encontrada. Por favor, responda cada detalhe.

Quadro de localização				
Nome/apelido -	Residência Atual		Residência Futura	
	Rua (Av) : Bairro:	Nº : Ônibus/Metro:	Apto:	Rua (Av): Bairro:
1-Qual é o seu endereço?				Nº: Ônibus/Metro:
2-A senhora poderia me dizer o número de seu telefone? Pergunte pelo número do celular se achar conveniente				Apto:
3-Qual o melhor horário para telefonar para a senhora?				
4-A senhora tem o número do telefone comunitário mais próximo?				
5-Qual o melhor horário para telefonar para a senhora no telefone comunitário?				
6-A senhora tem alguma vizinha/amiga que poderia nos ajudar a localizá-la, caso seja preciso? Seu nome/apelido é?				
7-Qual é o endereço desta pessoa para que eu possa localizá-la?	Rua (Av): Bairro	Nº	Apto	Rua (Av): Bairro
8-Qual é o telefone desta pessoa para que eu possa localizá-la?				Nº
9-A senhora teria algum outro telefone que eu poderia deixar um recado? Qual o número?				Apto
10-Com quem eu poderia deixar o recado?				
11-A senhora poderia me dizer o melhor horário para telefonar para esta pessoa?				

(Checar com a entrevistada se esta pretende continuar a fazer o seu pré-natal neste serviço, caso não, anote onde)

12 - A senhora pretende **mudar** de casa neste período da gestação ao nascimento do bebê?

1. Não (☐) (siga para o quadro da página seguinte)

2. Sim (☐)

(Faça agora as perguntas DE 1 A 11 e preencha as colunas com os dados da **RESIDÊNCIA FUTURA** da entrevistada)

13 - Quando seria esta mudança? _____

14 - A senhora pretende se ausentar de sua casa após o nascimento do bebê?

1. Não (☐) (siga para pergunta 17)

2. Sim (☐)

(Faça agora as perguntas de 1 a 11 e preencha as colunas com os dados **DE AUSÊNCIA TEMPORÁRIA** da entrevistada

15 - Quando seria isto? _____

16 - Por quanto tempo a senhora pretende ficar neste lugar? _____

17 - A senhora trabalha fora de casa?

1. Não (☐) (encerre a ficha de endereços)

2. Sim (☐)

(Faça agora as perguntas de 1 a 11 e preencha as colunas com os **DADOS DO TRABALHO** da entrevistada)

18 - Com quantos meses de gravidez a senhora pretende parar de trabalhar? _____ meses
 19 - Depois de quanto tempo depois do nascimento do bebê a senhora pretende voltar a trabalhar? _____

Quadro de localização			
Nome/apelido	Ausência Temporária		Trabalho
	Rua (Av): Bairro:	Nº : Ônibus/Metro: Apto:	Rua (Av): Bairro: Nº : Ônibus/Metro: Apto:
1- Qual é o endereço de lá?			
2- A senhora poderia me dizer o número de telefone?			
3- Qual o melhor horário para telefonar para a senhora?			
4- A senhora tem o número do telefone comunitário mais próximo de lá?			
5- Qual o melhor horário para telefonar para a senhora no telefone comunitário?			
6- A senhora tem alguma vizinha/amiga neste lugar que poderia nos ajudar a localizá-la, caso seja preciso? Seu nome/apelido é?			
7- Qual é o endereço desta pessoa para que eu possa localizá-la?	Rua (Av): Bairro:	Nº : Apto:	Rua (Av): Bairro: Nº : Apto:
8- Qual é o telefone desta pessoa para que eu possa localizá-la?			
9- A senhora tem algum outro telefone que eu poderia deixar um recado, qual o número?			
10- Qual é o nome da pessoa com quem eu poderia deixar o recado?			
11- A senhora poderia me dizer o melhor horário para telefonar para esta pessoa?			