



**Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica
voluntária na rede pública da
Região Metropolitana de Campinas**

RELATÓRIO FINAL

**Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)
processo no. 04/03811-0**

MAIO DE 2006

**Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica voluntária
na rede pública da Região Metropolitana de Campinas**

Relatório final

Pesquisadora responsável: Dra. Maria José Duarte Osis

Co-pesquisador: Dr. Luiz Eduardo Campos de Carvalho

Cemicamp

Maiο, 2006

Relatório elaborado por:

Dra. Maria José Duarte Osis
Dr. Luiz Eduardo Campos de Carvalho
Silvana Ferreira Bento
Márcia Bussiol Manfrinatti

Treinamento:

Silvana Ferreira Bento
Márcia Bussiol Manfrinatti
Dr. Luiz Eduardo Campos de Carvalho

Supervisora:

Janice Aparecida Rodrigues Gonçalves Massaro

Entrevistadoras:

Andréia Lucimara Silva de Souza
Eliane da Silva Carlos
Karen Regina Araiun Mariano
Ligia Cristina Santos
Mônica Polican Mariano

Assistente de pesquisa:

Silvana Ferreira Bento
Márcia Bussiol Manfrinatti
Karla Simônia de Pádua

Sumário

1.	Introdução.....	01
2.	Objetivos	
	2.1 Geral.....	04
	2.2 Específicos.....	04
3.	Sujeitos e métodos	
	3.1 Desenho	05
	3.2 Tamanho amostral.....	05
	3.3 Seleção dos sujeitos.....	06
	3.4 Instrumentos para coleta de dados.....	07
	3.5 Coleta de dados	08
4.	Processamento e análise dos dados.....	09
5.	Aspectos éticos.....	10
6.	Resultados.....	11
7.	Conclusões.....	22
8.	Considerações finais.....	23
9.	Referências bibliográficas	25

1. Introdução

O Ministério da Saúde regulamentou a realização da esterilização cirúrgica como método anticoncepcional (MAC) no Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria 144/97 (BRASIL, 1997), publicada em novembro de 1997. Essa portaria veio regularizar a situação da esterilização no contexto da Lei 9263 (BRASIL, 1996), de 12 de janeiro de 1996. Desde então, os serviços públicos de saúde devem oferecer, entre outros MAC, a laqueadura tubária e a vasectomia, mediante o cumprimento de alguns requisitos. A pessoa solicitante deve ter capacidade civil plena e ser maior de 25 anos ou ter, pelo menos, dois filhos vivos. A cirurgia só pode ser realizada depois de decorridos, no mínimo, sessenta dias a partir da manifestação do desejo de fazê-la; durante esse período a pessoa que solicita a esterilização deverá ser exposta a sessões de orientação, incluindo aconselhamento por uma equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce. A esterilização não pode ser realizada no momento de um parto ou aborto, exceto quando houver necessidade comprovada em virtude de cesarianas sucessivas anteriores (BRASIL, 1997).

A regulamentação da prática da esterilização cirúrgica nos serviços públicos de saúde pretendeu encerrar um longo período em que ela ocorria em suposta clandestinidade. A realização da esterilização era interpretada como ofensa criminal com base no Código Penal Brasileiro de 1940, Artigo 29, Parágrafo 2.III, que afirma que qualquer lesão corporal de natureza grave, resultando em debilidade permanente de membro, sentido ou função do corpo é considerada como crime. Assim sendo, uma vez que a esterilização resulta em perda ou incapacidade da função reprodutora, a sua prática estava sujeita a uma penalidade de um a oito anos de reclusão. O Código de Ética Médica (através da Resolução No. 1154, de 1984) proibia a esterilização voluntária até 1988. Eram considerados como exceção casos em que havia indicação médica precisa, atestada por dois médicos ouvidos em conferência. Em 1988 o Código de Médica Ética revogou a decisão anterior e passou a exigir que os médicos sigam as leis específicas, afirmando no Artigo 43: "é vedado ao médico... descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento" (BERQUÓ e CAVENAGHI, 2002).

Esse contexto de ilegalidade contribuiu para que se verificassem várias distorções na prática da esterilização, como, por exemplo, no caso da laqueadura, a realização de cesariana apenas para encobri-la, a cobrança adicional, e a sua realização em mulheres muito jovens e com poucos filhos, sob maior risco de arrependimento (PINOTTI et al., 1986; HARDY et al., 1996; VIEIRA, 1994, 1998, 2001; BERQUÓ e CAVENAGHI, 2002). Em relação à vasectomia, ao contrário do que ocorria com a laqueadura antes de 1997, o Sistema Único de Saúde (SUS) já pagava por essa cirurgia desde 1992. Oficialmente, a justificativa para isso é que a vasectomia tem uma indicação terapêutica além da contraceptiva, como tratamento cirúrgico no refluxo vésico-epididimário a fim de evitar infecções de repetição decorrentes de complicações de cirurgias, especialmente de próstata. Porém, BERQUÓ e CAVENAGHI (2002) apontam que, observando a faixa etária dos homens submetidos à vasectomia pelo SUS antes da sua regulamentação como MAC, verifica-se que eram principalmente homens jovens (25-44 anos), nos quais não seria provável a suposta indicação terapêutica.

Desde que a realização da esterilização cirúrgica passou a ser regulamentada, não se dispõe de muitas informações abrangentes sobre como isto está ocorrendo nos serviços públicos de saúde. Porém, um levantamento bibliográfico realizado detectou a existência de três estudos recentes que abordaram alguns aspectos da realização da esterilização cirúrgica no contexto da Lei sobre Planejamento Familiar.

Na Região Metropolitana de São Paulo, em 1999, foram observados 23 serviços públicos de saúde que ofereciam a esterilização, evidenciando-se uma excelente qualidade técnica, porém uma boa distância entre a Lei 9263 e os serviços oferecidos. Encontraram-se alguns obstáculos ao cumprimento da Lei, como por exemplo, a falta de insumos adequados, clientelismo eleitoral, resistência dos profissionais da saúde em aceitarem os critérios estabelecidos pela Lei, especialmente à idade mínima, considerada muito jovem. O principal argumento desses profissionais referia-se à maior possibilidade de arrependimento das pessoas mais jovens (LUIZ e CITELI, 2003).

Segundo os resultados preliminares de um estudo realizado por BERQUÓ e CAVENAGHI (2002) em seis cidades brasileiras, em que foram entrevistados homens e mulheres que estavam solicitando esterilização, gerentes de centros de saúde e de hospitais, bem como coordenadores municipais e estaduais da área da saúde reprodutiva nesses municípios, existem diferenças de gênero no atendimento da solicitação de laqueadura e vasectomia. As últimas obtêm mais sucesso: os homens foram vasectomizados antes do prazo de 60 dias (entre a manifestação do desejo de realizar a cirurgia e o seu ato); a vasectomia pode ser realizada ambulatorialmente e a laqueadura precisa de um hospital; entre as pessoas que desistiram de esterilizar-se no período estudado, mais homens do que mulheres apresentaram como razão o fato do companheiro ter feito a cirurgia antes.

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

Na Região Metropolitana de Campinas (RMC), Estado de São Paulo, estudo realizado antes que a prática da esterilização cirúrgica fosse regulamentada (PINOTTI et al., 1990) apontou uma prevalência de quase 40% de laqueadura e de 1% de vasectomia. Verificou-se que 65,6% das mulheres laqueadas haviam sido operadas durante uma cesariana e 53,2% haviam pago por isto. Mais da metade (54,2%) das mulheres havia sido esterilizada antes dos 30 anos de idade, e quase um terço (32,3%) tinha, no máximo, dois filhos vivos. No Município de Campinas, em um estudo de coorte retrospectiva com mulheres que haviam tido o primeiro parto em 1985, CECATTI e FAÚNDES (1996) encontraram 26,1% de laqueadura e pouco mais de 10% de vasectomia, prevalência semelhante à observada por DUARTE et al. (2003) entre alunos e funcionários de uma universidade na mesma cidade.

Imagina-se que, na vigência da Lei 9263, a situação acima descrita tenha se alterado, porém, não se tem notícias de estudos a esse respeito. Além disso, não se dispõe de informações sobre como está ocorrendo a oferta e a provisão da esterilização cirúrgica nos municípios da RMC.

Este projeto de pesquisa está sendo desenvolvido para preencher essas lacunas de conhecimento e, possivelmente, gerar subsídios para a busca de soluções que visem a garantir o acesso da população da RMC a um atendimento adequado, de boa qualidade, à sua demanda pela esterilização cirúrgica voluntária.

2. Objetivos

2.1 Geral

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

2.2 Específicos

1. Determinar o número de laqueaduras e vasectomias realizadas anualmente nesses municípios, a partir de 1998.
2. Descrever as características do atendimento à demanda por laqueadura e vasectomia nos referidos municípios, bem como as dificuldades para o seu atendimento.
3. Verificar a adequação do atendimento à demanda por laqueadura e vasectomia na rede pública de saúde dos referidos municípios à Lei de Planejamento Familiar.

4. Descrever a opinião dos gestores e provedores municipais de saúde sobre a adequação do atendimento dessa demanda à Lei de Planejamento Familiar.
5. Determinar a prevalência da esterilização cirúrgica, da intenção de submeter-se a ela, e as dificuldades para obtê-la.

3. Sujeitos e métodos

3.1 Desenho

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

3.2 Tamanho amostral

Para alcançar o objetivo específico nº 5, foi definido inicialmente um tamanho amostral de 600 mulheres residentes na RMC, e considerou-se um acréscimo de 10% para possíveis perdas (devido à recusa, domicílio sem mulher elegível, etc), o que totalizaria uma amostra de 660 sujeitos. Para essa definição, utilizaram-se os seguintes parâmetros:

P_{est} : Proporção estimada de usuários (mulheres e homens) que não conseguiram a esterilização pelo SUS $P_{est}=49\%$ (BERQUÓ & CAVENAGHI, 2002).

d: Diferença absoluta desejada entre as proporções amostral e populacional, em pontos percentuais = 4%.

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

No entanto, devido a fortes dificuldades enfrentadas para identificar e entrevistar as mulheres em seus domicílios (que serão descritas logo mais adiante), e considerando a disponibilidade de tempo e de recursos disponíveis para o projeto de pesquisa, encerrou-se a coleta de dados dessa etapa quando haviam sido entrevistadas 398 mulheres. Em vista disso, foi necessário recalcular o tamanho da amostra, para avaliar a perda de precisão. A diferença absoluta entre as proporções amostral e populacional foi de 5 pontos percentuais, ao invés dos 4% inicialmente definidos, o que equivale a uma pequena perda de precisão.

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

Para a abordagem qualitativa foram selecionados propositalmente (PATTON, 1990) quatro municípios da RMC. O critério utilizado para definir quais municípios incluir nessa amostra foi a adequação do atendimento à demanda por esterilização cirúrgica ao que estabelece a Lei 9263. A partir das informações obtidas nas entrevistas com gestores e profissionais de saúde, por telefone, os 19 municípios da RMC foram agrupados de acordo com essa adequação. Selecionaram-se, então, dois municípios em que, segundo as informações já obtidas, a esterilização cirúrgica é feita de acordo com os critérios legais (Campinas e Sumaré), e dois em que se explicitaram adaptações dos critérios (Itatiba e Engenheiro Coelho).

Ao todo foram entrevistadas 26 pessoas nesses quatro municípios, entre gestores e profissionais de saúde que atuavam na atenção à demanda pela esterilização cirúrgica.

3.3 Seleção dos sujeitos

Na primeira etapa, do componente quantitativo, foram selecionadas e entrevistadas 398 mulheres, moradoras na RMC, com idade entre 25 e 45 anos e que tinham pelo menos um filho vivo, na ocasião da entrevista. Todo o processo de seleção e entrevista foi descrito no Relatório Parcial, enviado em Agosto de 2005.

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

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

3. 4 Instrumentos para coleta de dados

Conforme já descrito no Relatório parcial, para a coleta dos dados quantitativos do estudo foram utilizados cinco questionários estruturados, pré-testados.

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

3.5 Coleta de dados

A coleta dos dados quantitativos, tanto da amostra de mulheres quanto de gestores e profissionais de saúde, acha-se descrita no Relatório Parcial enviado em Agosto de 2005.

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

Entrevistas semi-estruturadas realizadas na etapa qualitativa do estudo

Cidade	Pessoas entrevistadas
Campinas	1 Coordenador da área da saúde da mulher 1 Coordenadora do Ambulatório de PF da Prefeitura 2 Psicólogas 1 Enfermeira 2 Assistentes sociais 2 Urologistas 1 Ginecologista 2 Gerentes de UBS
Sumaré	1 Coordenadora da área da saúde da mulher e coordenadora do Centro de Referência em PF 1 Auxiliar de enfermagem 2 Urologistas 2 Ginecologistas 1 Gerente de UBS
Engenheiro Coelho	3 Enfermeiras de PSF 1 Ginecologista
Itatiba	1 Coordenador da saúde da mulher 1 Enfermeira 1 Auxiliar de enfermagem 1 Psicóloga 1 Assistente social

4. Processamento e análise dos dados

O processamento e análise dos dados quantitativos encontram-se descritos no Relatório Parcial, de agosto de 2005.

Todas as fitas gravadas com as entrevistas semi-estruturadas realizadas na etapa qualitativa da pesquisa foram transcritas na íntegra. Depois disso, foi feita uma segunda escuta para conferir e garantir a fidelidade dos dados coletados. O texto correspondente a cada entrevista foi inserido no computador utilizando o *software The Ethnograph V. 5.0* (SEIDEL, 1998), que permitiu a formatação do texto e a numeração das linhas. Este processo

auxiliou na organização e codificação de partes do texto e nos procedimentos de busca de segmentos específicos, classificados como unidades de significado (MINAYO, 2000).

Para a análise dos dados, foram seguidas as orientações de MINAYO (2000), conforme descrito a seguir. Primeiramente, as transcrições foram lidas e se assinalaram as unidades de significado nas falas dos entrevistados, relacionadas com os objetivos do estudo. A partir dessas unidades de significado foram propostas categorias de análise, compostas de códigos a serem aplicados aos segmentos de texto, para permitir, posteriormente, o agrupamento de segmentos semelhantes em todas as entrevistas, por categoria. Após esse processo de codificação, utilizaram-se os recursos de busca do *The Ethnograph* para reunir segmentos de texto semelhantes em todas as entrevistas, que correspondiam a cada código utilizado. Depois foi realizada a análise do conteúdo de cada conjunto de textos, com base nas categorias de análise propostas e nos objetivos do estudo. Em seguida, foram preparados quadros descritivos para cada município para apresentar as principais idéias relacionadas a cada categoria de análise.

5. Aspectos éticos

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

Somente participaram da pesquisa pessoas que manifestaram a livre vontade de fazê-lo mediante consentimento, após terem sido informadas sobre a pesquisa e esclarecidas as suas dúvidas. O nome das pessoas entrevistadas não foi registrado nos questionários nem nas fitas gravadas.

Para as entrevistas semi-estruturadas, foi preparado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico, assinado pelo participante mediante esclarecimentos acerca da pesquisa, tanto antes quanto depois da leitura do documento.

6. Resultados

Etapa quantitativa

Quase todos os resultados da etapa quantitativa foram apresentados no Relatório Parcial de agosto de 2005, exceto os que são descritos a seguir.

Dezesseis gerentes de UBS responderam o questionário da pesquisa. Quanto aos requisitos que as pessoas devem cumprir para serem encaminhadas para realizar a laqueadura e a vasectomia, seis gerentes referiram que os critérios são iguais para as duas cirurgias. Os demais disseram que os critérios são diferentes, porém cinco deles não sabiam explicar porque isto ocorre e dois não responderam essa pergunta. Um gerente disse que os critérios são diferentes porque a laqueadura é irreversível e a vasectomia é reversível no primeiro ano; e outro referiu que a diferença se deve a que a realização da vasectomia independe do parto, enquanto para a laqueadura tem que esperar passar os dias do puerpério (dados não apresentados em tabelas).

Na Tabela 1 encontram-se as dificuldades que os gerentes das UBS referiram ter, para atender as pessoas que desejam realizar a esterilização voluntária: a falta de estrutura foi a mais mencionada e compreendeu a falta de equipe multidisciplinar, de profissionais que realizem a cirurgia, de material; as acomodações da UBS não são adequadas para ações educativas porque as salas são pequenas; atividades educativas realizadas em horários não adequados para a população poder participar. Os gerentes também consideraram como dificuldade o tempo de espera para que as pessoas consigam ser atendidas no serviço de referência após o encaminhamento da UBS, bem como a espera até a cirurgia, que é muito longa e requer uso de outro método anticoncepcional. Apenas três gerentes referiram que não encontravam nenhum tipo de dificuldade. Outra queixa foi a centralização do

atendimento às solicitações de esterilização cirúrgica, que fazem com que o processo seja mais moroso, pois depende de atender todo um município.

Tabela 1 - Dificuldades encontradas pelos gerentes de UBS para atender a solicitação de esterilização voluntária cirúrgica

Dificuldades *	n
Não têm dificuldades	03
Falta de estrutura na UBS	06
As pessoas que solicitam não se enquadram nos critérios do protocolo	03
Tempo de espera até a cirurgia	02
Tempo de espera após encaminhamento	02
Centralização do atendimento	02
O credenciamento do Hospital	01
Não sabem	02
	16
Total de gerentes	

*Os respondentes poderiam apontar mais de uma dificuldade

Uma vez que as normas para realização da laqueadura estabelecem que ela não deve ocorrer no momento parto, exceto quando se tratar de cesáreas sucessivas, foi perguntado aos profissionais responsáveis pelos serviços em que se realizam as cirurgias de esterilização na RMC qual era o critério adotado pelo hospital para considerar que existiam cesáreas sucessivas. Dos 13 entrevistados, cinco não responderam essa questão, e outro deu uma resposta que não fornecia a informação solicitada. Entre os demais, três afirmaram que essa decisão é tomada a critério do médico que avalia as condições da paciente; em um desses casos foi mencionado que é feita uma discussão entre o médico que solicita que a laqueadura seja feita no parto e a comissão responsável pelo planejamento familiar. Outro profissional disse que o critério se verifica a partir da terceira cesárea, e outro referiu a quarta cesárea (dados não apresentados em tabelas).

Etapa qualitativa

Dentre os quatro municípios selecionados para a etapa qualitativa, Campinas tem a maior população (1.045.706 habitantes) – além de ser a sede da RMC; na seqüência vêm Sumaré (114.885 habitantes), Itatiba (91.228 habitantes) e Engenheiro Coelho (11.845 habitantes). Nos Quadros 1, 2, 3 e 4, encontram-se descritos os principais resultados observados nos municípios que fizeram parte da amostra proposital, segundo as categorias de análise utilizadas.

Atendimento em planejamento familiar no município

Nos três municípios maiores – Campinas, Sumaré e Itatiba, o atendimento em planejamento familiar é feito nas UBS, pelas equipes de saúde da família e/ou diretamente em centro de referência (CR) ou ambulatório de planejamento familiar (APF). Em Campinas e Sumaré foi referido que, na falta de algum método anticoncepcional, as UBS e equipes de saúde da família encaminham as pessoas para o CR/APF. Em Engenheiro Coelho, as solicitações de MAC são feitas pelas pessoas junto às equipes de saúde da família ou diretamente em um CR onde há médico ginecologista para atender e prescrever MAC.

Em Campinas, além das UBS e do APF, as pessoas podem solicitar MAC no Ambulatório de Reprodução Humana do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, da Universidade Estadual de Campinas – CAISM/UNICAMP.

Fluxo de atendimento

Nos três municípios maiores, o fluxo a ser seguido pelos casais que desejam realizar a esterilização é o mesmo: procuram uma UBS, que irá encaminhá-los para o CR/APF, ou podem ir diretamente a esses locais, onde passarão por vários procedimentos até serem operadas. Em Engenheiro Coelho, as pessoas que solicitam a esterilização, depois de passar pelo CR são encaminhadas para outra cidade para conseguir realizar a esterilização, uma vez que no município não existem serviços credenciados para isto.

O Ambulatório do CAISM/UNICAMP não é referência para as UBS de Campinas encaminharem as pessoas que desejam a esterilização cirúrgica. É referência para Engenheiro Coelho.

Nos CR/APF, as pessoas que estão solicitando laqueadura ou vasectomia passam, inicialmente, por uma ação educativa, quando se fala de direitos sexuais e reprodutivos, da Lei sobre Planejamento Familiar, do direito da população aos serviços, de todos os métodos contraceptivos existentes, daqueles que estão disponíveis, dos procedimentos pré e pós-operatórios para a esterilização, prevenção de DST.

Essa ação educativa é em grupo, exceto em Engenheiro Coelho, onde ela é individual, realizada por médico ginecologista, por ocasião da consulta. Nos demais municípios, essa ação educativa é coletiva, para casais, e ministrada por diversos profissionais de equipes multidisciplinares: enfermeira, assistente social ou psicóloga (Campinas), ginecologista, enfermeira ou auxiliar de enfermagem (Itatiba), auxiliar de enfermagem (Sumaré).

Em Campinas, Itatiba e Sumaré os profissionais entrevistados referiram que o objetivo da ação educativa é informar sobre os diversos métodos contraceptivos existentes e sobre a laqueadura e vasectomia, e fazer com que haja uma reflexão do casal sobre se realmente deseja utilizar um método irreversível. A equipe trabalha com os casais para que haja essa reflexão. Essa ação educativa, inclusive, faz com que, não raramente haja mudança de opção: há homens que resolvem pedir a vasectomia, ao invés da mulher submeter-se à laqueadura, e vice-e-versa.

Em Campinas e Itatiba, após essa primeira ação educativa, os casais passam por consultas com diferentes profissionais. Em Sumaré, a equipe do CR é composta apenas de uma auxiliar de enfermagem e da ginecologista. Depois da ação educativa, a mulher ou casal é avaliada (o) pela ginecologista quanto aos critérios para poder fazer a cirurgia escolhida, e recebe orientações sobre a cirurgia e o pós-operatório. Nessa mesma consulta são pedidos exames pré-operatórios, que chegam a demorar até 60 dias para ficarem

prontos. As mulheres autorizadas para fazer a laqueadura são agendadas para consultar no Hospital Estadual e levar os exames pré-operatórios, enquanto os homens são encaminhados ou para o Hospital Estadual ou para um urologista que é médico contratado pela Secretaria Estadual de Saúde mas recebe da Prefeitura Municipal de Sumaré para fazer algumas vasectomias em um ambulatório municipal.

Em Campinas, os casais passam ainda por mais uma ação educativa, antes de se decidir se serão encaminhados para cirurgia ou não. Nessa ação educativa enfoca-se especificamente como são feitas as cirurgias de esterilização, os cuidados necessários, etc. Os homens que têm a vasectomia autorizada recebem pedidos de exames e é agendado retorno para verificar se pode ser marcada a cirurgia; as mulheres que estão solicitando a laqueadura passam por consulta com ginecologista, e depois disso são encaminhadas para assistente social do serviço credenciado para realizar a laqueadura.

Em Engenheiro Coelho, se a pessoa manifestar o desejo de realizar a laqueadura, a ginecologista do CR a encaminhará para a Unicamp. Houve menção também de encaminhamento para hospital em Limeira, que está fora da Região Metropolitana de Campinas. Referiu-se que a demanda por vasectomia é muito pequena, e que, na verdade, os serviços de saúde locais não têm para onde encaminhar esses casos.

Tempo

Nos três municípios que realizam as cirurgias de laqueadura e vasectomia há diferença quanto ao tempo de espera para cada uma das cirurgias. Em Itatiba, desde que manifestam o desejo de esterilizarem-se, as pessoas esperam de seis a oito meses para fazer a vasectomia, e entre 18 e 24 meses para serem submetidas à laqueadura. Em Sumaré, os homens têm que esperar cerca de um ano até conseguirem fazer a vasectomia, enquanto para as mulheres o tempo de espera é de oito meses. Em Campinas, a maior espera, na época da pesquisa, também era dos homens que solicitam a vasectomia: desde que iniciam o processo no Ambulatório de PF da Prefeitura (que dura dois meses), eles esperam cerca de sete meses para serem operados. As mulheres que solicitam a laqueadura esperam cerca

de quatro meses. A maior demora, porém, se dá para obter uma consulta no Ambulatório de PF, tempo que pode chegar a até um ano de espera.

Critérios

Em Engenheiro Coelho, as mulheres que querem fazer laqueadura são encaminhadas, em geral para a Unicamp, em Campinas, independentemente de qualquer critério. Apenas uma enfermeira de uma equipe de saúde da família disse que quando um casal deseja realizar a esterilização, ela verifica se cumpre alguns critérios, definidos por ela mesma. Em caso positivo, ela conversa com o médico (clínico geral), que encaminhará o casal para Limeira.

Em Campinas, Itatiba e Sumaré, os gestores municipais entrevistados afirmaram que são seguidos integralmente os critérios estabelecidos na Lei 9263 para decidir se uma pessoa pode ou não ser atendida em sua solicitação de esterilização cirúrgica. Entretanto, quando se observaram os relatos dos profissionais envolvidos no atendimento, pôde se observar que em todas as cidades existia ou já tinha existido alguma adaptação desses critérios. Em Itatiba, o critério da idade, 25 anos, é usado para o casal, independente de quem vai fazer a cirurgia - se é a mulher ou o homem. Além disso, também foi mencionada a existência de outros critérios: presença de ambos os membros do casal à ação educativa e estabilidade conjugal (não se precisou de quanto tempo).

Em Sumaré, os profissionais do Centro de Referência disseram que os critérios usados são os da lei, e que são feitas exceções, por exemplo, quando existe a indicação médica de que uma gravidez significará um risco muito alto para a vida da mulher. Entretanto, em um dos serviços que realizam as cirurgias, até 2001, os critérios utilizados não eram exatamente os determinados na lei. O hospital adotava critérios de idade e número de filhos estabelecidos pela Unicamp, visando, principalmente, a evitar que as mulheres se laqueassem muito jovens, o que aumentava a chance de arrependimento. A partir de 2001 passaram a seguir os critérios legais, porque a população tomou consciência da lei através da mídia e começou a exigir esse direito. Apesar dessa referência de que na

atualidade são seguidos os critérios legais, houve divergências nas entrevistas de profissionais do serviço, pois alguns ainda mencionaram os critérios antigos.

Em Campinas, os profissionais do Ambulatório de PF disseram que são seguidos os critérios de idade e número de filhos, mas em situações extremas eles não são considerados, como já aconteceu, por exemplo, em relação a um casal sem filhos, mas com grave problema genético. O Ambulatório da Unicamp, porém, ainda são utilizados critérios distintos dos que estão na Lei.

Quem e como se avalia se a pessoa pode ser esterilizada

Em Campinas e Itatiba, a equipe multidisciplinar do Ambulatório de PF ou Centro de Referência se reúne para discutir os casos de solicitação de esterilização. Em Campinas essas reuniões são semanais, e são levados para a discussão da equipe apenas os casos que cumprem os critérios legais, para decidir as prioridades quanto ao agendamento das cirurgias, uma vez que não há vagas suficientes para dar vazão simultânea a todos os casos aprovados. A assistente social e a psicóloga é que fazem a pré-avaliação das solicitações de esterilização quanto ao cumprimento dos critérios legais.

No Ambulatório de Reprodução Humana da Unicamp, a assistente social é responsável pela avaliação das solicitações de laqueadura e recorre à psicóloga para avaliar casos, conforme detecte a necessidade. Ambas discutem se deve ser feito ou não o encaminhamento para cirurgia. A Assistente social reporta sua decisão a um médico, docente, que é quem vai assinar a autorização para agendar a cirurgia.

Em Itatiba, a equipe se reúne uma vez por mês e discute os casos desse período, para avaliar se cumprem os critérios e/ou se há alguma dúvida dos profissionais que atenderam os casais. Caso todos estejam de acordo, é aprovado o agendamento da cirurgia. Caso não se chegue a uma conclusão, o caso é retomado, geralmente pelo psicólogo da equipe.

Em Sumaré, a ginecologista é quem verifica se o casal cumpre os critérios legais e sozinha toma a decisão de dar ou não a carta de encaminhamento para agendar a cirurgia.

Momento em que são realizadas das cirurgias de esterilização

Nos três municípios em que se realiza laqueadura foi dito que a mesma ocorre fora do parto, conforme determina a Lei de PF. A exceção ocorre quando a mulher solicitante tem antecedente de cesárias sucessivas: duas ou mais cesáreas prévias ao parto que será realizado.

Em Campinas, no Ambulatório de PF referiu-se que, quando a solicitante apresenta alto risco social no caso de uma nova gravidez, independente do número de cesárias anteriores, o Ambulatório a encaminha para o serviço credenciado com o pedido de que a laqueadura seja feita no momento do parto. A decisão de fazer ou não, porém, é do médico que vai conduzir o parto dessa mulher. Quando uma mulher grávida, com antecedente de cesárias sucessivas, passa pelo processo de solicitar a laqueadura, ela é encaminhada para o serviço credenciado para o parto já com a autorização para realizar a laqueadura. Entretanto, o médico que vai conduzir o parto é quem decide se a esterilização será feita ou não naquele momento. Se a grávida não tem antecedente de cesáreas sucessivas, ela deve retornar ao Ambulatório de PF após o parto para obter a autorização para fazer a laqueadura posteriormente. Em Sumaré e Itatiba adotam-se procedimentos semelhantes em relação às mulheres grávidas que solicitam a esterilização cirúrgica.

Com respeito ao momento de realização da vasectomia, apenas em Sumaré as pessoas entrevistadas deram informações mais detalhadas: em geral, todos os homens que cumprem os critérios legais passam pelo processo de avaliação e orientação no Centro de Referência e recebem um número para aguardar a sua vez de fazer a vasectomia, independente de a mulher estar grávida ou não no momento em que o homem solicita a esterilização. A exceção ocorre quando a mulher do homem solicitante está grávida do primeiro filho do casal quando é feita a solicitação de vasectomia: nesse caso, independente do número de ordem desse homem na fila de espera, ele só será submetido à vasectomia depois que essa criança nascer.

Demanda e dificuldades

Em Itatiba, não se referiu demanda reprimida em relação à vasectomia, porque o número de solicitações não é grande, embora esteja crescendo nos últimos anos, e porque a cirurgia é feita em nível ambulatorial. Em relação à laqueadura, relatou-se que até 2005 as mulheres chegavam a esperar cerca de anos para conseguirem ser operadas. Atualmente, porém, isto foi solucionado e a fila de mulheres que aguardam a cirurgia está em torno de 20 pessoas. Os problemas anteriores eram devidos ao pequeno número de cirurgias de esterilização autorizadas mensalmente (no máximo cinco, entre laqueaduras e vasectomias) e ao fato de que o hospital credenciado estava em reformas, o que diminuía ainda mais o número possível de cirurgias realizadas semanalmente.

Em Campinas e Sumaré referiu-se a existência de uma grande demanda reprimida pela esterilização cirúrgica, especialmente em relação à vasectomia. Nos dois municípios, os profissionais do Ambulatório de PF/Centro de Referência referiram que a demanda reprimida se deve, principalmente ao número insuficiente de cirurgias que são feitas semanalmente. Porém, os profissionais dos serviços credenciados para realizar as cirurgias de esterilização afirmaram que não haveria dificuldades para se ampliar o número de cirurgias feitas semanalmente, se houvesse gestões nesse sentido por parte da Secretaria Municipal de Saúde.

Em Sumaré, foi mencionado que o processo para obter a autorização de fazer a esterilização é demorado porque existe muita demora em que as pessoas consigam fazer os exames solicitados e que os resultados sejam encaminhados ao Centro de Referência. Só depois disso é que se emite ou não a autorização para a esterilização cirúrgica. A demora em fazer a vasectomia, por vezes, resulta em uma nova gravidez da parceira do homem solicitante. Em Campinas, a demanda reprimida também foi relacionada a dificuldades de falta de estrutura física e de recursos humanos no Ambulatório da Prefeitura, o que resulta em uma fila de cerca de 2600 pessoas que já solicitaram encaminhamento para esse serviço a partir de uma UBS, e aguardam chegar o dia da consulta para então iniciar o processo de esterilização.

Além das dificuldades já mencionadas, em Campinas, os profissionais do Ambulatório de PF da Prefeitura mencionaram acreditar que os profissionais das UBS e equipes de saúde da família talvez não conheçam a Lei de PF de modo adequado, e por isto não fazem uma primeira triagem das solicitações de esterilização. Soma-se a isso a não organização de ações adequadas de PF nas UBS e equipes de saúde da família, de maneira que as pessoas possam ser orientadas adequadamente quanto aos métodos anticoncepcionais. Os profissionais do Ambulatório de PF acreditavam que isso se deve, provavelmente, à grande rotatividade de profissionais na rede básica de saúde, o que resulta em que pessoas sejam capacitadas em PF, mas logo deixam a rede e não há tempo nem recursos para novas capacitações imediatamente. As UBS também enfrentam falta periódica de alguns MAC, especialmente os injetáveis. Também há falta de material educativo em PF.

Em Sumaré, os profissionais do Centro de Referência mencionaram algumas dificuldades semelhantes às de Campinas, como a falta de recursos humanos e áudio-visuais no próprio Centro de Referência. A ausência de ações em PF nas UBS, tanto porque os profissionais não estão capacitados para isto quanto pela falta de insumos contraceptivos. É comum as UBS dispensarem uma mulher que quer MAC se não houver consulta com ginecologista no dia em que essa pessoa comparece à Unidade. As UBS também não fazem o encaminhamento adequado das mulheres que solicitam laqueadura no pré-natal. Muitas chegam ao Centro de Referência apenas no oitavo ou nono mês de gestação, quando já não há mais tempo para cumprir a exigência da Lei de PF de que transcorram, no mínimo 60 dias entre a solicitação e a cirurgia de esterilização. O ponto de vista dos profissionais do serviço credenciado para fazer as laqueaduras foi que não existem ações adequadas e suficientes de PF no município, pois, na opinião deles, as mulheres chegam para ser operadas sem orientação sobre alternativas contraceptivas. Além disso, muitas vezes, as mulheres chegam ao hospital para agendar a cirurgia e os exames pré-operatórios ainda não estão prontos ou não foram solicitados. Algumas vezes, o médico do hospital solicita os exames, outras vezes manda a mulher de volta para o Centro de Referência, retardando mais ainda o processo até que ela consiga ser laqueada.

Em Engenheiro Coelho, referiu-se dificuldade pela inexistência de um protocolo a ser seguido quando uma mulher solicita a laqueadura. Profissionais das UBS/saúde da família entrevistados disseram não saber para onde encaminhar, como proceder. Também foi dito que não se fazem vasectomias no município porque a rede de saúde não dispõe dos materiais necessários.

Opinião sobre os critérios legais

Nos três municípios em que são realizadas cirurgias de esterilização cirúrgica, em geral, gestores e profissionais de saúde concordaram que atualmente são seguidos os critérios legais para autorizar as pessoas a fazerem laqueadura ou vasectomia.

Em Campinas e Itatiba, de modo geral, os gestores e profissionais entrevistados consideravam que os critérios legais para autorizar a esterilização são adequados à realidade brasileira. Em Sumaré, mencionaram-se restrições ao critério de idade, por considerá-lo muito permissivo e passível de favorecer o arrependimento pós-esterilização. Por outro lado, especificamente no Centro de Referência, os profissionais consideravam que a existência dos critérios era um benefício para todos – população e profissionais. Isto porque, uma vez que os critérios estavam bem definidos, não havia o que se discutir: a população podia saber quais eram os seus direitos e os profissionais sabiam o que deveriam atender.

De modo geral, nos três municípios em que se realizam laqueaduras foi criticado o impedimento, estabelecido pela Lei de PF, de realizar a esterilização no momento do parto, se não for o caso da mulher ter cesáreas sucessivas anteriores. Em Campinas e Itatiba foi dito que isto, de certo modo, penaliza a mulher que só teve partos vaginais, que será obrigada a retornar ao hospital para uma nova cirurgia. Além disso, essa situação, algumas vezes, acaba resultando em nova gravidez de mulheres que não usam ou usam inadequadamente um MAC depois do parto, enquanto esperam para poder fazer a laqueadura. Embora os entrevistados reconhecessem que esse impedimento vise a diminuir

o número de cesáreas realizadas apenas para fazer laqueadura, entendiam isto acabava prejudicando muitas mulheres.

7. Conclusões

De acordo com os objetivos propostos para o estudo, considerando os resultados apresenta dos no Relatório Parcial e neste, conclui-se que:

7.1 Na RMC, composta por 19 municípios, oito referiram a realização de laqueadura e nove a de vasectomias. No conjunto desses municípios, a partir da normatização legal das cirurgias de esterilização como forma de contracepção, até 2005, foi apontada a realização de 4774 laqueaduras e 5575 vasectomias, representando médias anuais de 682 e 796 respectivamente.

7.2 Os municípios faziam o atendimento das solicitações de esterilização através do encaminhamento das UBS/equipes de saúde da família para Ambulatórios ou Centros de Referência em PF, onde as pessoas solicitantes passavam por processo de avaliação e orientação para obterem a autorização de fazer a cirurgia pretendida.

7.3 O tempo de espera para fazer as cirurgias, a partir da solicitação, variou de três a 18 meses para a laqueadura e de dois a 10 meses para a vasectomia. Em geral, foi referida demanda reprimida nos municípios em que as cirurgias são realizadas, e as principais dificuldades para atender essa demanda foram: organização deficiente das ações de PF em geral nos municípios; falta de recursos humanos e de infra-estrutura física nos Ambulatórios ou Centros de Referência em PF; falta de vagas nos serviços credenciados para permitir a realização de um maior número de cirurgias semanalmente.

7.4 A maior parte dos gestores municipais e profissionais de saúde entrevistados declarou que o atendimento à esterilização cirúrgica era feito conforme as determinações da Lei 9263. Entretanto, ao analisar o conjunto dos dados coletados – quantitativos e qualitativos – foi possível perceber a tendência a adaptações dos critérios legais, conforme as realidades vivenciadas por cada município.

7.5 Na amostra populacional estudada, observou-se a prevalência de 28,4% de laqueadura e 9,5% de vasectomia. Cerca de 40% das mulheres e homens esterilizados haviam se submetido à cirurgia depois da normatização legal. Dentre as pessoas não esterilizadas, cerca da metade referiu já ter pensado em fazer laqueadura, e cerca de um terço disse já ter cogitado a possibilidade de fazer vasectomia. A principal razão para as mulheres não terem procurado um serviço público de saúde para solicitar a laqueadura foi a burocracia/demora. Segundo as mulheres, a principal razão para os homens não terem ido solicitar a vasectomia em um serviço público de saúde foi de natureza pessoal: medo de ficar impotente, seguida da perspectiva de que a mulher faça a laqueadura.

8. Considerações finais

O panorama que se visualiza a partir dos resultados do presente estudo indica um esforço significativo de parte dos municípios da RMC para adequarem o atendimento às solicitações de esterilização cirúrgica voluntária às determinações da Lei 9263. Entretanto, observam-se também várias dificuldades para alcançar esse propósito, cuja natureza nos parece ligada mais às dificuldades para o atendimento em PF nos municípios de modo geral do que especificamente à provisão da esterilização cirúrgica.

Os Ambulatórios e Centros de Referência em PF procuram se estruturar conforme as disposições da Lei 9263 - têm equipe multidisciplinar, que permite uma avaliação integral das pessoas que solicitam a esterilização, e realizam ações educativas visando não somente a informar sobre MAC, mas também promover a reflexão das pessoas acerca da decisão que estão tomando. Porém, não conseguem dar vazão à demanda pela esterilização

que chega até eles sem ser filtrada, triada pelas UBS/equipes de saúde da família, que, aparentemente, não conseguem realizar ações eficazes em PF no sentido de orientar e prover alternativas contraceptivas à esterilização cirúrgica voluntária. Ao mesmo tempo, os Ambulatórios e Centros de Referência enfrentam outro estrangulamento no atendimento quando chega o momento de encaminhar as pessoas para as cirurgias, já que referem que o número de cirurgias disponíveis nos serviços credenciados nos municípios nem sempre é suficiente para atender a demanda existente. Esse ponto, porém, foi controverso nos resultados da pesquisa, pois os serviços credenciados, em geral, disseram que o problema não é deles mas, sim, da Secretaria Municipal de Saúde, que não amplia os convênios com esses serviços.

Por outro lado, a prevalência de laqueadura e vasectomia, observadas na amostra populacional estudada, indicam uma maior variedade de uso de MAC na RMC, em comparação com dados dos anos de 1980 (PINOTTI et al., 1990). Se comparadas a dados da década de 1990 para Campinas (CECATTI e FAÚNDES, 1996; DUARTE et al., 2003, as prevalências encontradas neste estudo foram bastante semelhantes, e chama a atenção o crescimento na prevalência de vasectomia, o que, certamente, é resultado, pelo menos em parte, de sua efetiva disponibilidade na rede básica de saúde (DUARTE et al., 2003, MARCHI et al., 2003).

Os resultados deste estudo oferecem subsídios para gestores e profissionais da saúde envolvidos no atendimento ao PF, para discutir maneiras de resolver as dificuldades e melhorar a qualidade da atenção, de maneira a respeitar e dar pleno acesso às pessoas a seus direitos reprodutivos. Já foi submetido aos Cadernos de Saúde Pública um artigo com parte dos resultados desta pesquisa e outro está em vias de preparação.

9. Referências bibliográficas

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Direitos Reprodutivos de Mulheres e Homens face à Nova Legislação sobre Esterilização Voluntária. In: XIII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 4 a 8 de novembro de 2002, Ouro Preto, Minas Gerais. Disponível em:

<http://www.abep.org.br/GT_Gen_ST43_Berquo_texto.pdf>. Acesso em: 30 out. 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretária de Assistência à Saúde. Portaria no. 144, de 20 novembro de 1997. Brasília: Diário Oficial da União. 24 de novembro de 1997, no. 277, seção 1, p. 27409, 1997.

CECATTI, J.G.; FAÚNDES, A. O impacto das altas taxas de cesárea sobre a fecundidade de uma população. Um estudo de coorte retrospectiva em Campinas, Brasil, 1995. Relatório de pesquisa apresentado à Fundação Ford. Campinas: Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas, 1996.

DUARTE, G.A.; ALVARENGA, A.T. DE; OSIS, M.J.D.; FAÚNDES, A. SOUSA, M.H. de. Participação masculina no uso de métodos anticoncepcionais. **Cad Saúde Pública** 19(1):207-216, 2003.

HARDY, E.; BAHAMONDES, L.; OSIS, M.J.D., COSTA R.G.; FAÚNDES, A. Risk factors for tubal ligation, detectable before surgery. **Contraception** 54:159-162, 1996.

LUIZ, O.L. DO; CITELI, M.T. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços, 1999. Comissão de Cidadania e Reprodução. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr21-olinda.html>. Acesso em: 12 nov. 2003.

MARCHI NM, ALVARENGA AT, OSIS MJD, BAHAMONDES L. Opção pela vasectomia e relações de gênero. *Cad. Saúde Pública* 19(4):1017-1027, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª. Ed. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1993. p. 208-211.

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

PINOTTI, J.A.; DÍAZ, A.; DÍAZ, M.M.; HARDY, E.; FAÚNDES, A. Identificação de fatores associados à insatisfação após a esterilização cirúrgica. **Rev Ginec e Obst** 9:304-309, 1986.

PINOTTI, J.A.; FAÚNDES, A.; HARDY, E.E.; SIMÕES, I.R.; OSIS, M.J.D.; SOUZA, T.R. DE; MORAES, T.M. Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. **Rev Ginec e Obst** 1(1):7-21, 1990.

POTTER, J.E.; PÉRPETUO, I.H.O.; BERQUÓ, E.; HOPKINS, K.; LEAL, O.F.; FORMIGA, M.C. DE C.; SOUZA, R. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. **Contraception** 67:385-390, 2003.

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

VIEIRA, E.M.; BADIANI, R.; FABBRO, A.L.D.; RODRIGUES JÚNIOR, A.L. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública** 36(3):263-270, 2001.