

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ASPECTOS SOCIAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES SUBMETIDAS À
LAQUEADURA TUBÁRIA NA MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA
EM PORTO VELHO/RO**

IDA PERÉA MONTEIRO

Brasília- 2009

IDA PERÉA MONTEIRO

**ASPECTOS SOCIAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES SUBMETIDAS À
LAQUEADURA TUBÁRIA NA MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA
EM PORTO VELHO/RO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, sob a orientação da Prof^a Dra. Maria Clotilde Henriques Tavares.

Brasília-2009

DEDICATÓRIA

Ao meu marido **CLAYTON** por toda paciência que tem demonstrado nestes 26 anos de convivência;

Aos meus filhos, **CLAYTON Jr., RODOLFO** e **BÁRBARA**, presentes de Deus e meu projeto de vida mais importante;

À minha mãe **WANDA**, pela sua dedicação infinita;

Ao meu pai **AFONSO PERÉA** (*in memoriam*), que me deixou no meio desta jornada, pelo cuidado e incentivo que deu para todos os meus projetos;

Aos meus irmãos e irmãs e toda esta família maravilhosa que Deus me deu.

À **ADRIANA KELLY**, que Deus ilumine seus caminhos.

AGRADECIMENTOS

Á **DEUS** pelo cuidado que tem comigo e por ter me conduzido até aqui

Á professora **MARIA CLOTILDE H. TAVARES**; pela dedicada e competente orientação a este trabalho:

Ao **PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**, que tornou possível este estudo

Ao Professor **CARLOS ALBERTO PARAGUASSU CHAVES** pelo apoio.

Á professora **THÂNIA BRASILEIRO** pelo incentivo;

Ao Professor **PEDRO T. CRISPIM** pela colaboração.

Aos colaboradores e colaboradoras da **MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA**;

À **MARIA ADRIANA RUFINO**, uma história que merece ser contada...

À **ANA, EDNEIRE, FRANCISCA, GRAÇA, LENA, MARA, MARCIA, MIRIAN, VERA**, e todo o grupo de mulheres fantásticas que trilham comigo o árduo caminho em busca da garantia dos direitos reprodutivos das mulheres aqui por estas bandas do Norte;

Á **BENEDITA NASCIMENTO (BENÉ)** minha companheira de sonhos e de lutas por de uma sociedade mais justa.

Aos colaboradores da **UNIMED ADMINISTRADORA**, pelo apoio;

Ao **LEONARDO**, sempre disposto a colaborar...

Ao **LUIS FERNANDO**, colaborador e amigo de todas as horas;

Aos meus amigos queridos **CRISTIÃO, LEILA ADESSE, LEILA RANGEL, DAPHNE, AVELAR, RIVALDO**, pela inspiração e exemplo.

À professora **DIANA** e ao professor **SÉRGIO**, membros da banca, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Diversas publicações no Brasil relatam um expressivo número de mulheres submetidas à laqueadura tubária em idade precoce, bem como uma significativa taxa de arrependimento entre 12 a 20%. Considerando o grande número deste procedimento realizado na Maternidade Municipal Mãe esperança (MMME), em Porto Velho (RO), o objetivo do presente estudo foi descrever os aspectos sociais e reprodutivos de mulheres submetidas a este procedimento na referida instituição no período de julho de 2006 a junho de 2008. Trata-se de estudo descritivo retrospectivo com análise de dados secundários. A amostra foi composta por 862 prontuários de mulheres submetidas à laqueadura tubária na instituição no período referido. Os documentos constantes dos prontuários e utilizados como instrumentos de coleta de dados foram Declaração de Nascidos Vivos (DNV), Termo de Consentimento Informado Para a Realização da Laqueadura e Autorização para Internação Hospitalar (AIH). Os resultados da análise dos aspectos sociais revelaram que 65,93% das mulheres não haviam concluído oito anos de escolaridade (correspondente ao ensino fundamental), 30,43% completaram este ciclo e apenas 3,64% haviam concluído 12 anos de escolaridade (correspondente ao nível médio). A baixa escolaridade provavelmente está refletida na ocupação destas mulheres. Assim, 69% eram do lar e 5% declararam-se como trabalhadoras domésticas. No quesito idade, verificou-se que 57,77% das mulheres submeteram-se à laqueadura tubária entre 25 e 30 anos. Aos 34 anos, 91,41% da amostra estava esterilizada. Apenas 7,54% submeteram-se à laqueadura tubária antes dos 20 anos, o que destoa de outras pesquisas nacionais. Dentre as mulheres laqueadas, 64,6% eram solteiras, 16,8% eram casadas e 14,2 viviam em união consensual. Quanto à procedência, 86% eram da área urbana, 11,5% eram da área rural, e apenas 2,5% eram de outros municípios. Os aspectos reprodutivos foram analisados segundo o conceito dos direitos reprodutivos, que incluem quando ter filhos, quantos ter e qual o intervalo entre eles. Quanto à idade por ocasião do primeiro parto, verificou-se que ela ocorreu com menos de 20 anos para 70,77% das mulheres, entre 20 e 24 anos para outros 23,83%, e apenas 5,37% tiveram o primeiro parto com 25 anos ou mais. O número de filhos revelou-se muito acima da média nacional e mesmo da região norte que é a maior por região do Brasil (PNDS, 2006). Dentre as participantes do estudo, 29,41% das mulheres tinham três filhos, 48,85% tinham quatro ou mais filhos, 21,41% tinham apenas dois e 0,46% tinham apenas um filho quando foram esterilizadas. A análise do intervalo entre os partos revelou este foi menor que 24 meses para 28,17% das ocorrências, 25,53% dos partos ocorreram com intervalo entre 24 e 35 meses e 21,01% foi maior do que 60 meses. A exceção do intervalo inferior aos 24 meses, os demais estão de acordo com o recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Foram encontrados para o grupo estudado baixos níveis de escolaridade e idade por ocasião do primeiro parto em relação ao número de filhos vivos e à idade por ocasião da realização da Laqueadura Tubária Podemos concluir com base nos resultados, que os aspectos sócio-reprodutivos da amostra investigada apontam para uma condição de vulnerabilidade social grave com indicadores mais desfavoráveis que a média da Região Norte, que por sua vez, já são bastante desfavoráveis em relação a outras regiões do país.

Palavras Chaves: Direitos reprodutivos. Planejamento familiar. Laqueadura tubária.

ABSTRACT

Several publications in Brazil have reported a high number of women with early tube ligation as well as an expressive repentance rate (from 12 to 20%) among them. The aim of the present work was to profile social and reproductive characteristics of the women who had undergone tubal ligation in the Maternidade Municipal Mãe Esperança (MMME) Hospital in Porto Velho (RO) between July 2006 and June 2008, given the high frequency of this procedure there. This is a descriptive, retrospective study based on secondary data taken from 862 charts. The data taken from the charts included a Statement of ..., Informed consent for Tubal ligation procedure and Hospital admission consent. Results from social aspects analysis showed that, by the time of the procedure, 65,93% of the women had not completed 8 school years whereas 30,43% completed the 8-year cycle and only 3,64% had concluded 12 years. Low educational level was also reflected on their occupation levels. Unemployed women rated at 69% of the sample and 5% worked as house maids. Also 57,77% of the patients had undergone tubal ligation between 25 and 30 years of age. Most of the sample (91,41%) underwent the surgery before 34 years of age. In contrast with national surveys, only 7,54% were 20 years old or less by the time of the procedure. Regarding marital status, 64,6% were single, 16,8% were married and 14,2% cohabitated. Finally most of the women considered here belonged to urban areas (86%) but 11,5% came from rural area and 2,5% were residents of different cities. Their reproductive profile was analyzed according to the concept of reproductive rights, which include offspring size, age of birth and how far inbetween each child. It was observed that first birth before 20 years of age had happened to 70,77% of the women, between 20 and 24 years to 23,83% and above 25 years to only 5,37%. Offspring size was high above the national average. It was even above the region's average – which is the highest in the country (PNDS, 2006). Women with four or more children rated 48,85% whereas those with three rated 29,41%, with two were 21,41% and only 0,46% had only one child by the time of the procedure. The gap between births was less than 24 months in 28,71% of the total, between 24 and 35 months for 25,53% and above 60 months for 21,01%. All of the birth gaps were in accordance with WHO recommended rates, except for gaps below 24 months. In the analyzed sample, low educational levels and early age at the time of the procedure were found which was also mirrored in the size of offspring. Therefore the social and reproductive aspects surveyed here indicate a vulnerable social situation for the women in this study, below the region's already low indicators.

Keywords: Reproductive rights; Family planning; Tubal ligation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Política Populacional e a Transição Demográfica	16
2.2 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos no Contexto dos Direitos Humanos	19
2.3 O Planejamento Familiar no Brasil	23
2.4 A Laqueadura Tubária.....	27
2.4.1 Da capacidade civil plena e do risco de vida:	28
2.4.2 Do Consentimento Informado (Art. 10 da Lei 9.263/96)	32
2.4.3 Da Esterilização nos Períodos de Parto e Pós-Parto (Art. 10 da Lei 9.263/96)... ..	37
2.4.4 Do Consentimento dos Cônjuges (Art. 10 da Lei 9.263/96 § 5º)	35
2.4.5 Da Esterilização em Pessoas Absolutamente Incapazes (Art. 10, § 6º, da Lei 9.263/96).....	36
3 OBJETIVOS	40
3.1 Geral	40
3.2 Objetivos Específicos	40
4 MATERIAIS E MÉTODOS	41
4.1 População do estudo.....	41
4.2. Amostra.....	41
4.3 Critérios de inclusão.....	41
4.4 Critérios de exclusão	42
4.5 Aspectos Éticos	42
4.6 Tipo de estudo.....	42
4.7 Procedimento	42
4.8 Instrumentos de coleta de dados	43
4.9 Local	44
4.10 Análises de dados	45
5 RESULTADOS	45
5.1 Aspectos Sociais.....	45
5.1.1 Escolaridade	45
5.1.2 Ocupação Habitual	46
5.1.3 Idade das mulheres por ocasião da laqueadura tubária	47
5.1.4 Local de residência.....	48
5.1.5 Ocupação habitual	48
5.1.6 Estado civil.....	49
5.2 Aspectos reprodutivos	49
5.2.1 Idade por ocasião do primeiro parto X do primeiro parto	49
5.2.2 Número de Filhos vivos por ocasião da laqueadura tubária	50
5.2.3 Idade por ocasião da LT	50
5.2.4. Intervalo entre os partos.....	50
5.3. ASPECTOS SÓCIO-REPRODUTIVOS	51
5.3.1 Idade por ocasião do primeiro parto e escolaridade	51

5.3.2 Filhos vivos e idade da mulher por ocasião do primeiro parto	52
5.3.3 Filhos vivos e escolaridade	53
5.3.4 Idade por ocasião da LT em relação à Idade por ocasião do primeiro parto	54
6. DISCUSSÃO.....	55
6.1 Aspectos sociais das mulheres submetidas à LT na Maternidade Municipal Mãe Esperança.....	55
6.2 Aspectos reprodutivos das mulheres submetidas à LT na Maternidade Municipal Mãe Esperança.....	59
6.3 Aspectos Sociais em relação aos Aspectos reprodutivos das mulheres submetidas à LT na Maternidade Municipal Mãe esperança	63
7. CONCLUSÕES	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXO I	75
ANEXO II.....	76
ANEXO III	77
ANEXO IV	78
ANEXO V.....	79
ANEXO VI	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição percentual das mulheres por escolaridade à época da TL	46
Tabela 2 - Distribuição percentual da idade da mulher por ocasião do primeiro parto	47
Tabela 3 - Distribuição percentual da idade das mulheres à época da LT	49
Tabela 4 - Distribuição percentual do número de filhos vivos por ocasião da LT	50
Tabela 5 - Idade da mulher por ocasião do primeiro parto em relação aos anos de escolaridade concluídos por ocasião da LT apresentados segundo frequência e porcentagem (%).	52
Tabela 6 - Número de filhos vivos em relação à idade da mulher por ocasião do primeiro parto segundo frequência e porcentagem (%).	52
Tabela 7 - Número de filhos vivos em relação à escolaridade das mulheres por ocasião da LT segundo frequência e porcentagem (%).	54
Tabela 8 - Idade por ocasião do primeiro parto em relação à idade por ocasião da LT segundo frequência e porcentagem (%).	55
Tabela 9 - Idade da mulher por ocasião da LT	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	35
Figura 2 -	36
Figura 3 -	37
Figura 4 -	39

LISTA DE SIGLAS

- ABEFP** – Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar
- ABEP** – Associação Brasileira de Estudos Populacionais
- AIDS** – Acquired Immune Deficiency Syndrome
- AIH** – Autorização de Internação Hospitalar
- BENFAM** – Sociedade Bem-Estar da Família
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CIPD** – Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
- CNBB** – Conferência Nacional de Bispos do Brasil
- CNDM** – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
- CNPD** – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento
- CPAIME** – Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança
- CPMI** – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
- DNV** – Declarações dos Nascidos Vivos
- DIU** – Dispositivo Intra Uterino
- DSTs** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- EUA** – Estados Unidos da América
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- LT** – Laqueadura Tubária
- MAC** – Método Anticoncepcional
- MIF** – Mulheres em Idade Fértil
- MMME** – Maternidade Municipal Mãe Esperança
- NIF** – Número Ideal de Filhos
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PAISM** – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
- PNDS** – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
- PNHPN** – Plano Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
- SEMED** – Secretaria Municipal de educação
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFT – Taxa de Fecundidade Total

TF – Taxa de Fecundidade

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

INTRODUÇÃO

A população brasileira viveu, na segunda metade do século XX, expressiva redução da fecundidade. O número de filhos por mulher que entre 1950 e 1955 era 6,2, caiu para 4,5 em 1980, para 3,5 em 1984 e 2,5 em 1991 (BERQUÓ, 1998b).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2006 comprovou a consolidação desta tendência no país, que alcançou taxa inferior a 02 (dois) filhos por mulher, aproximando o Brasil dos países demograficamente maduros. Entretanto esta redução não é homogênea, não se verificando na mesma proporção entre as mulheres de menor escolaridade. Além disso, a gravidez entre adolescentes é um fenômeno em contínua ascensão na região Norte e nas classes de menor renda (IBGE/PNAD, 2006).

Com a queda da fecundidade, iniciada já na década de 1960, a expectativa é que a população brasileira atinja seu máximo em 2035, chegando a 225,3 milhões de habitantes, e inicie seu declínio em termos absolutos a partir de então (IBGE, 2006).

Na ausência de políticas oficiais de planejamento reprodutivo e de uma legislação clara sobre a questão, o planejamento familiar instalou-se no Brasil financiado por agências internacionais no bojo de uma intensa disputa entre controlistas e natalistas (COELHO, 2000).

Neste contexto, a prática da laqueadura tubária no Brasil, adquiriu contornos controversos: se por um lado, tem-se notícias de que mulheres foram esterilizadas sem seu consentimento, por outro, aquelas que o desejavam eram obrigadas a pagar pelo procedimento, mesmo quando realizado em hospitais públicos ou pior, usar o seu voto como forma de pagamento pelo procedimento em período eleitoral. Existem ainda indícios de que muitas mulheres em seu afã de limitar a prole e, sem acesso a métodos reversíveis, acabaram optando pela laqueadura, ainda muito jovens. (OSIS, 1999; BERQUÓ, 1998a).

Em termos populacionais, a alta prevalência da Laqueadura Tubária - LT tem sido consistentemente apontada como sendo a principal responsável pela vertiginosa redução na taxa de crescimento populacional no Brasil permeando sempre os debates acerca dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, culminando com a instalação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito em 1992 (MARTINE, 1996; BERQUÓ, 1994; LINHARES; PITANGUY, 1993; BUGLIONE, 2003; CUNHA, 2005).

Quanto às repercussões da Laqueadura Tubária sobre a vida das mulheres, as pesquisas têm demonstrado possíveis efeitos prejudiciais, sendo o principal deles a possibilidade de arrependimento, especialmente entre as mais jovens (PINOTTI *et al*, 1986;

BAHAMONDES *et al*, 1992; BARBOSA *et al*, 1994; VIEIRA, 1994; HARDY *et al*, 1996; FERNANDES *et al*, 2001; ALMEIDA, 1996; CUNHA, 2005).

Com a regulamentação da LT pela Lei 9.263/96 pôs-se fim a um longo período de clandestinidade. O Ministério da Saúde, por sua vez, publicou em novembro de 1997, a Portaria 144/97 (BRASIL, 1997) que regulamentou a realização da laqueadura tubária como método anticoncepcional – MAC, no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, os serviços públicos de saúde devem oferecer, entre outros métodos contraceptivos, a LT e a vasectomia, mediante o cumprimento dos requisitos previstos no referido diploma legal.

Ocorre que, mesmo após a regulamentação, são inúmeras as barreiras encontradas por homens e mulheres em busca de laqueadura tubária. Os motivos observados são vários, figurando entre os principais, a interpretação equivocada da lei, por parte de provedores e gestores além de grande resistência por parte dos profissionais de saúde em abrir mão do seu poder de decidir quem pode e quem não pode submeter-se ao procedimento, que lhes foi solapado quando a lei conferiu aos candidatos, autonomia para decidir dentro de certos critérios por ela previstos (LUIZ; CITELI, 1999; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003).

Da parte das mulheres, os motivos mais freqüentemente referidos para realização de laqueadura são não ter condições financeiras para criar mais filhos, ter alcançado o número desejado de filhos ou ter um número elevado de filhos (BARBOSA *et al*, 1994; MINELLA, 1998; VIEIRA; FORD, 1996; CARVALHO; GARCIA, 2003).

Também se observa referência ao desejo de um método seguro que pode ser explicado pelo início precoce da vida sexual, e conseqüentemente maior tempo de exposição à concepção, influenciando na opção pelo encerramento definitivo da capacidade reprodutiva (BELO, 1999; MOURA, 2007).

Em Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, a Maternidade Municipal Mãe Esperança, inaugurada em 30 de Junho de 2006, veio atender a uma demanda da sociedade civil do município capitaneada pelo movimento de mulheres, por uma maternidade que garantisse às mulheres além de assistência ao parto e atenção pós-aborto segura e humanizada, aconselhamento reprodutivo e disponibilização dos métodos contraceptivos, incluindo laqueadura tubária e vasectomia para mulheres e homens que solicitassem e que atendessem aos critérios previstos na Lei 9.263/96.

A convivência diária com a angústia de mulheres jovens, com prole numerosa, em busca da laqueadura, despertou o interesse e o desejo de conhecer quem são estas mulheres, quais os principais aspectos sociais e reprodutivos que permeiam suas vidas, se estes aspectos estariam relacionados, se estariam influenciando sua decisão de recorrer à laqueadura tubária,

ou refletiriam a dificuldade que tiveram no passado de acesso a políticas públicas para garantia dos seus direitos humanos fundamentais, inclusive os sexuais e reprodutivos e se o seu perfil, em comparação com as pesquisas disponíveis no Brasil, as enquadraria no grupo de risco para o arrependimento.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Política Populacional e a Transição Demográfica

O debate demográfico teve início no século XVIII quando ocorreu a primeira aceleração do crescimento populacional no mundo, coincidindo com a consolidação do sistema capitalista e o advento da revolução industrial, durante os séculos XVIII e XIX. Nos países que se industrializavam, a produção de alimentos aumentou e a população que migrava do campo para a cidade encontrava uma condição socioeconômica e sanitária muito melhor. Assim, a mortalidade reduziu e, sem encontrar paralelo na taxa de natalidade, os índices de crescimento populacional se elevaram. (CARVALHO; BRITO, 2005; ALVES, 2002).

Em 1798, Malthus (provavelmente o mais controvertido economista da época) publicou a teoria demográfica denominada: *An Essay on the Principle of Population, as It affects the Future Improvement of Society: with Remarks on the Speculations of Mr. Godwin, M. Condorcet and Other Writers*, ou Um Ensaio sobre os Princípios da População que Afetam o Melhoramento Futuro da Sociedade, com observações sobre as especulações de Godwin, Condorcet e outros escritores, onde destilava ácidas críticas àqueles que defendiam os ideais utópicos da revolução francesa. (CARVALHO; BRITO, 2005; ALVES, 2002).

Obra essencialmente polêmica, apresentava basicamente dois postulados:

a) Se não ocorrerem guerras, epidemias, desastres naturais, etc., a população tende a duplicar a cada 25 anos. Cresce, portanto, em progressão geométrica;

b) A produção de alimentos cresce em progressão aritmética e possui um limite, por depender de um fator fixo, que é o limite territorial dos continentes.

Ao considerar esses dois postulados, Malthus concluiu que o ritmo de crescimento populacional seria mais acelerado que o da produção de alimentos e a fome seria consequência inevitável. Para prevenir esse desastre, Malthus, um moralista, pastor da igreja anglicana, avesso ao uso de qualquer método de controle de natalidade, propunha a sujeição moral, ou seja, que as pessoas deveriam retardar as núpcias, se abster do sexo antes dela e só terem filhos os que possuíssem terras cultiváveis suficiente para alimentá-los (BANDEIRA, 1996; ALVES, 2002).

No entanto, Malthus errou! Hoje, sabe-se que suas previsões não se concretizaram: a população do planeta não duplicou a cada 25 anos e a produção de alimentos cresceu no mesmo ritmo do desenvolvimento tecnológico (ALVES, 2002; SAMPAIO, 2005).

Para explicar a dinâmica populacional, várias teorias foram propostas entre elas a do americano Warren Thompson em 1929, que pretende explicar as modificações que acontecem nas populações humanas desde o período das altas taxas de natalidade e mortalidade para o período das baixas taxas de natalidade e mortalidade. Thompson parte do princípio de que as taxas de nascimento e de mortalidade nunca foram constantes no tempo e que existem leis e regras que se aplicam a todas as populações que seriam as fases da “transição demográfica” (ALVES, 2004).

Por esta teoria, o crescimento populacional se dá em fases:

a) Fase I ou Pré-moderna: acontece em sociedades rurais com taxas de natalidade e mortalidade altas. Há oscilação rápida da população dependendo de eventos naturais como, por exemplo, uma seca prolongada ou epidemias. Como consequência, a população jovem predomina. A grande ruptura com esse período ocorreu nos países desenvolvidos com a Revolução industrial. No Brasil essa fase já foi ultrapassada, mas ainda é a fase de vários países da África.

b) Na fase II ou moderna estão as sociedades onde houve progresso nas técnicas agrícolas, maior acesso à tecnologia e educação, aumento da oferta de alimentos e melhoria das condições sanitárias. Nesse momento, as taxas de mortalidade caem rapidamente, com consequente aumento da sobrevivência, que sem encontrar paralelo na redução da taxa de natalidade, provoca aceleração do crescimento da população, também denominada explosão demográfica. Essa fase também já foi praticamente ultrapassada no Brasil, e somente em algumas áreas do país se observa aumento da natalidade.

c) Fase III ou industrial madura é caracterizada pela urbanização, acesso a contracepção, melhora da renda, redução da agricultura de subsistência, melhora da posição feminina na sociedade e queda da taxa de nascimentos. O saldo desse período é a tendência à estabilização da população. O Brasil está no ciclo final dessa fase, já próximo da seguinte.

d) A fase IV ou pós-industrial é o momento de taxas baixas de natalidade e mortalidade e com taxas de fecundidade que ficam abaixo da taxa de reposição populacional que, segundo projeções do IBGE, no Brasil, deverá ocorrer por volta de 2035. Há 03 (três) consequências desta condição:

1º - aumento da proporção de idosos;

2º - encolhimento da população e,

3º - necessidade de imigrantes para trabalhar nos empregos de mais baixo salário. Esta é uma situação bastante comum em países da Europa e no Japão (ALVES, 2004).

Vale ressaltar que até meados do século passado os desejos e direitos dos indivíduos e casais, não estiveram incorporados à análise das questões demográficas mesmo por que, as questões sexuais e reprodutivas não eram objeto de políticas públicas, pois estavam restritas ao espaço doméstico (CÔRREA; JANNUZZI; ALVES, 2003).

Nas décadas de 1950 e 1960, quando os países em desenvolvimento entraram na fase II da transição demográfica, difundiu-se outra vez o medo da “explosão populacional”, trazendo à cena o agora denominado pensamento neo-maltusiano (ALVES, 2002)

Os formuladores de políticas, influenciados por estes pensamentos passaram a defender a disseminação de métodos contraceptivos, mesmo que contrariando os interesses individuais, pois se tratava de obter resultados coletivos de limitação global da população, o que na prática, significa que, para garantir bens primários da maioria, como bens materiais e riquezas, ou direitos econômicos e sociais, seria justificável ignorar direitos individuais (BUGLIONE, 2003).

No Brasil, assim como em outros países latino-americanos, a política populacional expansionista predominou nos primeiros 450 (quatrocentos e cinquenta) anos de história. Num primeiro momento o aumento populacional do país, deveu-se ao tráfico de escravos e após a abolição, a uma política explícita de atração de imigrantes europeus e, depois de 1908 de imigrantes japoneses (ALVES, 2006; ALVES 2002)

A partir da década de 1920, houve um arrefecimento da contribuição da imigração internacional e aumentaram os fatores internos do crescimento, especialmente a queda da taxa de mortalidade que sem correspondência na redução da taxa de natalidade, levou o País a um abrupto aumento populacional, vivido nas décadas de 50 e 60 que de certa forma, se não incentivada explicitamente, de alguma forma atendia aos interesses do Estado à época (ALVES, 2006).

Paralelamente a isso, adveio a industrialização e a urbanização do País, de modo que os casais passaram a aspirar famílias menores, suscitando um descompasso entre a expectativa do estado institucional e dos indivíduos (CARVALHO; BRITO; 2005; ALVES 2006)

Somente quando a taxa de fecundidade caiu e as análises demográficas passaram a mostrar que o número desejado de filhos por parte das mulheres e casais era menor que a fecundidade observada, arrefeceu-se o ânimo dos neo-malthusianos e passou-se a dar mais destaque às necessidades não atendidas de contracepção (PNDS, 1996; CARVALHO, 2003; CÔRREA; JANNUZZI; ALVES, 2003).

O enfrentamento deste impasse e a busca de soluções entrariam na pauta política nacional a partir de então, agora com a importante participação do movimento feminista. Não

só a transição demográfica, mas também a nova conjuntura econômica e política, nacional e internacional, iriam criar novas demandas. A partir da década de 70 a questão do planejamento familiar ganhou um novo contorno passando a permear tanto as preocupações macroeconômicas, como as questões de regulação da fecundidade, da assistência à saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos (ALVES 2002; ALVES 2006).

2.2 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos no Contexto dos Direitos Humanos

Na última metade do século passado ocorreram as grandes conferências técnico-científicas sobre população organizadas pela Organização das Nações Unidas – ONU, em Roma, em 1954, em Belgrado, em 1965 e Bucareste em 1974, no México em 1984 e no Cairo em 1994. Estas conferências deveriam ter cunho meramente técnico-científico mas acabaram se transformando, especialmente em Bucareste, em espaço de disputa entre controlistas e natalistas (ALVES, 1995).

Entre os controlistas, os mais radicais eram os Estados Unidos, que propunham inclusive, condicionar qualquer subsídio aos países em desenvolvimento à adoção de políticas de controle de natalidade. No extremo ideologicamente oposto, os países socialistas propugnavam que os problemas dos povos se deviam exclusivamente às iniquidades dos sistemas econômicos e à desigualdade na propriedade dos meios de produção e que o desenvolvimento econômico seria por si só, suficiente para reduzir a Taxa de Fecundidade da população. Os países do Terceiro Mundo alinharam-se a esta tese (ALVES, 1995; CORREIA; JANUZZI; ALVES, 2006; PAIVA; WAJNMAN, 2005)

A Conferência do México (1984) trouxe como maior inovação em relação a Bucareste a atenção dada à condição feminina e ao planejamento familiar. As Recomendações desta conferência ressaltavam a importância de as mulheres controlarem sua própria fecundidade para a conquista e gozo de outros direitos e destacavam a necessidade de os governos fornecerem educação e meios aos casais e indivíduos para alcançarem o número desejado de filhos (ALVES, 2001).

Nesta mesma Conferência o governo americano se aliou ao Vaticano nas posições conservadoras, estabelecendo a chamada política americana da Cidade do México, segundo a qual para receber recursos da USAID (United States Agency for International Development), organizações não governamentais deviam assinar uma cláusula afirmando que em nenhum de

seus programas, mesmo aqueles financiados por outras fontes, se faria menção a aborto legal. (ALVES, 2006)

O conhecimento e a experiência acumulados nas diversas Conferências Internacionais, realizadas pela ONU, e a presença crescente dos movimentos de mulheres, de defensores dos direitos humanos, ambientalistas, etc., tornou possível a superação da polarização entre controlistas e natalistas estabelecendo-se um novo paradigma que possibilitou a ascensão da temática populacional da esfera exclusivamente demográfica para perspectiva dos direitos humanos, bem estar social, equidade de gêneros e, em especial, da saúde e dos direitos reprodutivos (CORRÊA; SEN, 1999 apud CÔRREA; JANNUZZI; ALVES, 2003; CAETANO; ALVES; CORRÊA, 2004).

Assim, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo de 05 (cinco) a 13 (treze) de setembro de 1994, consagrou uma mudança no arquétipo cultural então vigente elevando os direitos reprodutivos à condição de parte integrante e indissociável dos direitos humanos, ressaltando o novo conceito de planejamento familiar e garantindo a regulação da fecundidade como um direito individual. Em síntese propôs um modelo de desenvolvimento baseado na superação das desigualdades de gênero, raça e classe, etc... (ALVES, 1995; BERQUÓ, 1998a, BILAC e ROCHA,1998; OLIVEIRA, 2004).

Os acordos estabelecidos nesta ocasião pelos 179 (cento e setenta e nove) países presentes à conferência, entre os quais o Brasil, foram reafirmados e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing), em 1995. Organizações governamentais, não-governamentais e a sociedade civil têm se mobilizado para garantir o cumprimento e fiscalizar a implantação desses acordos.

Na plataforma do Cairo, a saúde reprodutiva é definida como sendo:

Capítulo VII § 7.2: 41 - [...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos de planejamento familiar de sua escolha [...] que não sejam contra a lei [...] (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994,).

Já os direitos reprodutivos estão definidos da seguinte forma:

§ 7.3:41 Os direitos reprodutivos englobam certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outros documentos consensuais das Nações Unidas. Tais direitos se baseiam no reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsabilmente o número, o espaçamento e a época de terem seus filhos, e de ter informação e meios de fazê-lo, assim como o direito de atingir o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva [...] (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994).

Os direitos reprodutivos, portanto, não admitem nenhuma forma de controle coercitivo da natalidade nem nenhuma forma de imposição natalista que implique na proibição de uso de qualquer meio de regulação da fecundidade. O sustentáculo é o livre-arbítrio das pessoas para deliberar sobre ter ou não ter filhos, quando tê-los quantos ter, o espaçamento entre eles além de poder contrair matrimônio de maneira livre e sem coerção. Os direitos reprodutivos são essenciais para que as pessoas, notadamente as mulheres, exerçam seu direito à saúde sexual e reprodutiva, incluindo-se aí o direito a serviços de saúde integral e de boa qualidade, que garantam privacidade, informação, livre escolha, confidencialidade e respeito (CÔRREA; JANNUZZI; ALVES, 2003).

O pressuposto imprescindível é que os direitos reprodutivos estejam incorporados ao contexto dos direitos humanos fundamentais, como o direito à vida, à igualdade, à liberdade à saúde, à educação e ao trabalho, à inviolabilidade da intimidade, em sua dimensão ética e política através do efetivo exercício desses direitos que, desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU, em 1948, são considerados indivisíveis e interdependentes. (PIOVESAN, 1998; MATAMALA, apud BILAC e ROCHA, 1998).

A recente construção conceitual e prática dos direitos reprodutivos e sexuais no âmbito dos direitos humanos é consequência dos movimentos reivindicatórios (particularmente do movimento feminista), que foram incorporando em suas agendas, direitos que emergiam das mudanças das condições sociais, principalmente das mulheres (AVILA, 2003).

O movimento feminista reorganizado na década de 70 elegeu a luta pela autonomia das mulheres como ponto fundamental, incorporando o processo de construção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais ao processo mais amplo do movimento de construção da democracia de modo que as reivindicações pelos direitos sexuais e reprodutivos têm funcionado como um catalisador para a ampliação de outros direitos, abrangendo diversos campos da vida das mulheres (CÔRREA; JANNUZZI; ALVES, 2003; AVILA, 2003).

Nos últimos quarenta anos, o movimento de mulheres investiu especial atenção nas questões do corpo e da saúde, promovendo maior visibilidade de temas como políticas populacionais, planejamento familiar, aborto seguro e mais recentemente novas tecnologias reprodutivas dando relevância à visão integral da mulher inclusive a saúde sexual e reprodutiva consideradas dimensões políticas centrais na luta pelo reconhecimento de sua condição de cidadãs e sujeitos de direitos, capazes de decidir sobre suas próprias vidas (BARSTED, apud BILAC e ROCHA,1998).

A partir da década de 80, vem desempenhando um papel fundamental na crítica dos modelos de atenção à saúde e na proposição de alternativas, concretizado na participação efetiva na formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e na luta pela sua implantação e efetivação desde 1985 (OLIVEIRA, 2004).

2.3 O Planejamento Familiar no Brasil

Nos anos de 1950 e 1960 o Brasil oficialmente, adotava uma política neutra no que diz respeito à população, mas políticas públicas de apoio a maternidade tinham caráter francamente natalista, como a licença maternidade e o salário família (BARSTED, apud BILAC e ROCHA,1998). Os militares, que assumiram o poder na década de 60, em sua maioria, defendiam a tese de que o território brasileiro comportaria uma população maior e, de acordo com o ponto de vista predominante na época, a ocupação territorial era um objetivo estratégico para garantia da segurança nacional. (CARVALHO, 2005).

Neste meio tempo, as questões da sexualidade e da reprodução, que fez parte da luta feminista na Europa e nos Estados Unidos desde o início do século XX, ganhavam relevância na segunda onda do feminismo que teve lugar em todo o mundo durante a chamada “revolução sexual” dos anos de 1960.

No Brasil, entretanto, devido ao momento político representado pela ditadura militar, o movimento feminista deparou-se com grandes obstáculos devido às restrições à liberdade de expressão e de manifestação. Então, o inimigo comum a ser enfrentado tanto pelo movimento feminista quanto pelo movimento popular era o regime militar e nesta luta o movimento feminista se aliou a setores da Igreja Católica deixando as reivindicações ligadas à reprodução e à sexualidade submersas na luta política mais geral e mais urgente (ALVES, 2006).

Em 1975, com a comemoração em todo o planeta, do ANO INTERNACIONAL DA MULHER, e a realização da I Conferência Mundial da Mulher, promovida pela Organização

das Nações Unidas – ONU, o movimento de mulheres, no Brasil toma novo fôlego e se reestrutura, assumindo bandeiras mais amplas inclusive no que diz respeito à saúde (ALVES 2006)

Em 1977, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde Materno-Infantil, com o objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade materno-infantil, que incluía assistência à gestante, ao parto e onde o planejamento familiar figurava discretamente sob o nome de paternidade responsável (SIMÕES, 2006).

Nessa mesma década, foi elaborado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), em parceria com um grupo de professores de universidades brasileiras envolvidos com a temática de saúde reprodutiva. Este programa foi fortemente rechaçado pelos movimentos sociais que identificavam um viés controlista nos critérios de identificação de risco adotados pelo programa (ALVES, 2006).

Com o avanço das conquistas feministas e do processo de democratização, o planejamento familiar passou a ser defendido dentro do contexto da saúde integral da mulher.

Nesta conjuntura, instalou-se em 1983, uma Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI, para investigar os problemas vinculados ao crescimento populacional. Em 21 de junho de 1983, por ocasião de seu depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) o então Ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, apresentou a proposta de criação do PAISM que fora preparada com a colaboração de um grupo de médicos de longa tradição progressista e com a colaboração do movimento das mulheres. (OSIS, 1998)

O PAISM propunha uma abordagem integral da saúde da mulher em seu ciclo vital, contemplando todos os aspectos de sua saúde, com pautas de ação e estratégias para um modelo assistencial, integral e equânime, contemplando um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnóstico e terapia e/ou recuperação da saúde, incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar, tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, no parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs, assim como de doenças ocupacionais e mentais (BRASIL, 1984; BACHA, 1997; FONSECA, 1999; CARVALHO; BRITO, 2005).

Na verdade, o PAISM representou o primeiro compromisso do poder público com as questões de reprodução, além de assumir uma importante postura de neutralidade diante das correntes natalistas e controlistas, fortalecida, principalmente, pela nova moldura política e ideológica inserida pelo movimento feminista que propunha uma abordagem da perspectiva dos direitos humanos. (OSIS, 1998; ALVES, 2006; SIMÕES, 2006).

Paralelamente a tudo isso a fecundidade despencava no Brasil a partir a década de 60 prosseguindo sua trajetória declinante nas décadas seguintes. Indivíduos e casais passaram a demandar meios para a regulação da fecundidade, todavia, as leis brasileiras continuavam as mesmas. Proíbiam o aborto, a esterilização, a propaganda e a venda de métodos contraceptivos. De modo que a orientação econômica e política se opunham às demandas sociais (BERQUÓ, 1998b; BARSTED, *apud* BILAC e ROCHA, 1998; CARVALHO; BRITO, 2005; SIMÕES, 2006).

Na ausência de uma política pública para atender a procura das pessoas por métodos contraceptivos, farmácias e instituições privadas como a Sociedade Bem-Estar da Família – BENFAM, criada em novembro de 1965 filiada ao International Planned Parenthood Federation - IPPF e o Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança – CPAIMC, financiado por instituições vinculadas ao sistema United States Agency for International Development - USAID através da Family Planning International Assistance - FPIA, Pathfinder Foundation e outras, passaram a suprir a demanda como se demonstrou na PNDS de 1986.

Entre os profissionais de saúde, a idéia predominante era de que o planejamento familiar seria um valioso instrumento para a prevenção do aborto provocado e inseguro e por conseqüência para a redução da mortalidade materna (ALVES, 2006).

Deste modo, chegou-se à constituinte no bojo de uma ampla discussão e participação agrupadas em de três vertentes principais: a Igreja católica, o movimento feminista e as entidades privadas de planejamento familiar (ROCHA, 1993).

No final dos debates na Assembléia Constituinte, o planejamento familiar foi contemplado no artigo 226 da Constituição brasileira de 1988, com a seguinte redação:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. “§ 7º. Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (CF, 1988).

A esterilização não foi citada no texto constitucional e ainda era considerada crime pelo código penal então vigente, uma vez que resultava em debilidade permanente de órgão ou função (no caso, função reprodutiva). Apesar disso, a esterilização feminina seguia inabalável seu curso como o método mais utilizado dentre todos aqueles disponíveis para anticoncepção (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003). De acordo com os dados da PNDS de

1996, esta representava 52,0% de todos os métodos contraceptivos utilizados, sendo consistentemente apontada como principal fator envolvido na brusca queda do crescimento populacional do país.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 revelou algumas mudanças no que diz respeito ao uso de métodos contraceptivos: O conhecimento de métodos anticoncepcionais manteve-se praticamente universal e ocorreu um aumento no número de métodos modernos conhecidos. Além dos já referidos em 1996 (esterilização feminina, esterilização masculina, pílula, DIU, Injeção contraceptiva, implantes, camisinha masculina e métodos vaginais) foram acrescentados a camisinha feminina e pílula do dia seguinte (PNDS 2006).

Adicionalmente, houve um aumento de 12,4 pontos percentuais na proporção de mulheres em idade fértil que estavam fazendo uso de algum método no período de 1996 a 2006 (de 55,4% para 67,8%) e de 3,9 pontos percentuais entre as mulheres em idade fértil vivendo em união formal ou informal (de 76,7 para 80,6%) sendo este percentual de quase 100% entre as mulheres não unidas sexualmente ativas.

O percentual de mulheres usando algum tipo de Método Anticoncepcional chegou a 80,6%, um aumento considerável quando comparado à Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 1996 (PNDS, 1996) que, à época, indicava que do total de mulheres em união consensual 76,7% utilizavam algum método contraceptivo. A prevalência por método anticoncepcional entre mulheres neste grupo, também sofreu alteração: em 1996 a anticoncepção estava praticamente restrita à laqueadura (40% das mulheres) e Anticoncepcional Oral (20,7%). Nos últimos dez anos, houve uma redução significativa no percentual de mulheres laqueadas (29,1%) e um aumento dos demais métodos, marcadamente daqueles utilizados pelo homem - a camisinha masculina triplicou passando de 4 para 12% e a esterilização masculina praticamente dobrou, passando para 5,1%, insinuando uma redução nas iniquidades de gênero neste campo. Vale destacar ainda o uso de injetáveis que triplicou passando de 1,2 para 4% das Mulheres em Idade Fértil - MIF unidas. Também o uso das pílulas e do Dispositivo Intra Uterino - DIU apresentou acréscimos, respectivamente, de 20,7 para 24,7% e de 1,1 para 1,9% (PNDS 1996; PNDS 2006) De modo que é possível constatar algum avanço na cobertura das ações de atenção planejamento familiar, entretanto, é necessário avançar na qualificação dessas ações, consolidando os direitos sexuais e direitos reprodutivos, com atenção especial ao grupo de adolescentes, reafirmando os compromissos assumidos nas Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento (Cairo - 1994) e da Mulher (Pequim, 1995).

A prevalência da Laqueadura Tubária como método de regulação da fecundidade, entretanto continua sendo motivo de grande inquietação, pois cursa paralelamente com a absurda incidência de operações cesarianas no país, o que leva de maneira inevitável a uma associação entre os dois eventos. Além disso, causa indignação a constatação de pagamento extra pela esterilização, que muitas mulheres referem como necessário para obtê-la, não obstante a cirurgia seja realizada principalmente nos serviços públicos de saúde e exista no país a obrigatoriedade da oferta gratuita do método na rede pública. (OSIS *et al*, 1991; BERQUÓ, 1994; PNDS 1996; FAÚNDES, CECATTI, 1991).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD realizada pelo IBGE em 1986, três quartos de todas as laqueaduras tubárias foram realizadas por ocasião do último parto, variando de 61,25% em Sergipe até 85,9% no estado do Amazonas. Como pouquíssimos hospitais realizavam laqueadura pós-parto peri-umbilical, conclui-se que estas laqueaduras eram realizadas através de operação cesariana em sua quase totalidade (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

Em 1996, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS constatou que mais de 50% de todas as esterilizações ocorreram durante um nascimento por cesariana. Em 2006, este percentual atingiu a marca de 58%. Nas regiões mais desenvolvidas do país estas estimativas ultrapassam 70%, indicando um abuso deste procedimento como meio de esterilização.

Quanto às possíveis repercussões da laqueadura na vida das mulheres, tem se dado destaque aos possíveis efeitos prejudiciais, e à possibilidade do arrependimento, cujas taxas variam entre 10 e 20% das mulheres laqueadas nos múltiplos estudos conduzidos no Brasil e que tem se tornado progressivamente mais visíveis nos serviços de saúde, particularmente nos serviços de reprodução humana (PINOTTI *et al*, 1986; BAHAMONDES *et al*, 1992; BARBOSA *et al*, 1994; VIEIRA, 1994; HARDY *et al*, 1996; CUNHA, 2005).

Apontam-se como os principais fatores de risco para o arrependimento a realização da LT antes dos 25 anos de idade, o número de filhos, informação deficiente acerca do procedimento, o menor número de métodos anticoncepcionais conhecidos por ocasião da laqueadura, a perda de filhos e a troca de companheiro posteriormente à cirurgia (HARDY *et al*, 1996; VIEIRA, 1998; OSIS, 1999; CUNHA, 2005).

Com o objetivo declarado de identificar as causas e as condicionantes da esterilização em massa no Brasil, e ao mesmo tempo propor medidas corretivas, foi instalado em 1º de abril de 1992, a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) objeto do Requerimento nº 796/91-CN, de autoria da Deputada Benedita da Silva (PT/RJ) e assinada por mais 171

parlamentares e que teve como relator o senador Carlos Patrocínio. A CPMI se propunha ainda a apresentar um projeto de Lei específico regulamentando o dispositivo constitucional que trata da matéria. Deste trabalho resultou o Relatório Nº 2, de 1993 – CN, sendo seu anexo I, o Projeto de Lei Nº 3.633/93 que pretendia regulamentar o dispositivo constitucional que trata do planejamento familiar.

Nesta longa, confusa e iníqua trajetória do planejamento familiar no Brasil, muitas mulheres foram e ainda são esterilizadas involuntariamente desconsiderando sua vontade e liberdade. Em contrapartida, mulheres e casais que almejam se utilizar desta tecnologia não conseguem ter pleno acesso aos serviços públicos de saúde, numa clara afronta aos direitos dos cidadãos e cidadãs (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003; LUIZ e CITELI, 2003; BUGLIONE, 2003)

2.4 A Laqueadura Tubária

A primeira intervenção na tuba uterina com intuito contraceptivo descrito na literatura foi realizada em 1823 pelo médico inglês chamado Blunel durante uma operação cesariana. (FLAMIGNE, apud CUNHA, 2005).

No Brasil, a regulamentação da deste procedimento deu-se através da Lei Nº 9.263/96, de autoria do Deputado federal Eduardo Jorge, após intensa discussão pela sociedade civil, igrejas, gestores de políticas públicas, conselhos profissionais incluindo a realização de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI- 1993)

Esta lei incorpora muito do que foi discutido no país sobre o planejamento familiar como um direito da mulher, do homem e do casal, fazendo parte do conjunto de ações de atendimento global e integral à saúde e proíbe qualquer medida coercitiva, entre outras providências. Contudo, o artigo 10 da referida lei, que tratava da questão da esterilização foi vetado pelo então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso. Somente no final de 1997 o artigo 10 foi finalmente aprovado e sancionado, conforme redação abaixo:

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados, ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei. (BRASIL, 1996).

Em 1997, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria SAS/MS nº 144 de 1997, posteriormente revogada pela Portaria SAS/MS Nº 48 de 11 de fevereiro de 1999, incluiu a laqueadura tubária e a vasectomia no grupo de procedimentos cirúrgicos do Sistema Único de Saúde - SUS

Pode-se verificar que a Lei 9.263/96, e as portarias do Ministério da Saúde prevêem requisitos, prazos e vedações para realização da esterilização cirúrgica (laqueadura tubária e vasectomia), cujo conhecimento pela equipes de saúde é de importância capital para o efetivo exercício dos direitos reprodutivos uma vez que são estas equipes que se encarregam do provimento de informações para que as pessoas possam de fato tomar decisões informadas e conscientes.

Assim, consideramos importante neste estudo, uma abordagem dos principais aspectos conceituais contidos no texto legal (BRASIL 1996)

2.4.1 Da capacidade civil plena e do risco de vida:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será

propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

O Código Civil Brasileiro em seu art. 1º estabelece que: “toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”. Maria Helena Diniz entende que a aptidão, oriunda da personalidade, para adquirir direitos e contrair obrigações na vida civil, dá-se o nome de capacidade de gozo ou de direito. A capacidade de direito não pode ser recusada ao indivíduo, sob pena de se negar sua qualidade de pessoa, despindo-o dos atributos da personalidade (DINIZ, 2005).

Para a autora, a capacidade civil de gozo pode sofrer restrições legais quanto ao seu exercício pela ocorrência de um fator como o tempo (maioridade ou menoridade), ou genético como uma insuficiência somática (deficiência mental). De modo que os que assim são tratados por lei, o direito denomina de “incapazes”. Desta forma, a capacidade de gozo ou de exercício é a aptidão de exercer por si só os atos da vida civil dependendo, portanto, do discernimento que é critério, prudência, juízo, tino, inteligência, e, sob o prisma jurídico, a aptidão que tem a pessoa de distinguir o lícito do ilícito, conveniente do prejudicial. Portanto, a incapacidade é a restrição legal ao exercício dos atos da vida civil, devendo ser sempre encarada estritamente, considerando-se o princípio de que a capacidade é a regra e a incapacidade a exceção (DINIZ, 2005).

O código civil classificou a capacidade civil relativa e a incapacidade civil absoluta, como se depreende da análise do art. 3º, no qual se constata quem são os absolutamente incapazes; e o art. 4º aponta os relativamente capazes e sem seu art. 5º estabelece que a menoridade cessa aos dezoito anos de idade completos, quando a pessoa, a partir de então, está apta a praticar todos os atos da vida civil, ou seja, torna-se plenamente capaz.

Como já acima mencionado a capacidade civil absoluta dar-se-á quando a pessoa completar dezoito anos de idade, conforme dispõe Código Civil Brasileiro (2001) no artigo abaixo:

Art. 5º A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.

Parágrafo único. Cessará, para os menores, a incapacidade:

I - pela concessão dos pais ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;

II - pelo casamento;

III - pelo exercício de emprego público efetivo;

IV - pela colação de grau em curso de ensino superior;

V - pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria.

Diante do exposto temos que - via de regra -, a pessoa encontra-se plenamente capaz para exercer todos os atos da vida civil ao completar 18 anos de idade, ou ainda, se contempladas as circunstâncias estabelecidas nos incisos do art. 5º, Código Civil as quais, tornam o menor plenamente capaz para exercer todos os atos da vida civil.

Logo, depreende-se que homens ou mulheres com mais de 25 anos, mesmo sem filhos, poderiam submeter-se à laqueadura tubária; da mesma forma que, com 18 anos completos desde que tenham pelo menos dois filhos; ou ainda com menos de 18 anos, com dois filhos, desde que contemplados um dos incisos do art. 5º, por exemplo, em caso de casamento.

Este é um aspecto da lei que, na ótica dos profissionais e gestores de saúde é muito permissivo. Em pesquisa realizada por Berquó; Cavenaghi (2003) com objetivo de avaliar os impactos e as possíveis transformações que a promulgação da nova legislação sobre PF teve nas práticas reprodutivas, sobretudo na esterilização voluntária, em seis diferentes capitais de estado, resta claro que a lei mudou pouco a prática usual da esterilização e que serviços e profissionais elegem critérios de acordo com suas convicções pessoais, muitas vezes em franco conflito com a lei, sendo a idade e o número de filhos os mais polêmicos. “A interpretação incorreta da lei mais comumente encontrada é a combinação dos critérios sobre idade e número de filhos, onde o critério 25 anos “ou” dois filhos são substituídos por 25 anos e dois filhos. Isto em geral, ocorre porque os médicos explicitamente dizem que as mulheres (nunca os homens) muito jovens estão sendo esterilizadas e as taxas de arrependimento são muito altas”.

Outra condição listada no Inciso I do Art.10 da Lei 9263/96, diz respeito a prazos e o que fazer durante o interregno:

...desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce (BRASIL, 1996).

Percebe-se claramente na lei, preocupação em minimizar os fatores mais freqüentemente associados ao arrependimento: laqueadura precoce, falta de informação sobre os métodos reversíveis e falta de acesso aos mesmos.

No que tange à informação sobre os métodos contraceptivos vários estudos tem demonstrado que este conhecimento é praticamente universal, embora nem todas as mulheres conheçam todos os métodos ou saibam muito sobre cada um deles. A camisinha masculina e a pílula são os métodos mais citados, alcançando cifras superiores a 70%, embora a camisinha não esteja entre os mais utilizados. (PNDS, 1996; VIEIRA, 1998; PNDS, 2006;).

Quanto à utilização de métodos anticoncepcionais, a PNDS 2006 revela que a imensa maioria das mulheres já fez uso de algum em algum momento de suas vidas, sendo este percentual de 87,2% para todas as mulheres e quase 100% entre as mulheres não unidas sexualmente ativas, embora o uso possa ser incorreto e irregular.

Chama ainda a atenção que mais de um quinto de todas as mulheres, quase 30% das mulheres atualmente unidas e 11% das sexualmente ativas não unidas, recorreram à laqueadura tubária. Em torno de 20% das mulheres, em todos esses grupos, usaram injeções. O percentual de mulheres que tiveram experiência com a pílula do dia seguinte alcança 23,2% no grupo das não unidas sexualmente ativas, no qual quase 5% já usaram a camisinha feminina (PNDS, 2006).

Desta forma, conclui-se que o aconselhamento precisa ir além da mera informação sobre os métodos. É necessário ampliar o leque de oferta, garantir a continuidade e o uso correto dos mesmos, pois embora o critério idade e número de filhos pareçam bastante liberais no que diz respeito à LT, o legislador transferiu para as equipes de saúde a responsabilidade de desencorajar a esterilização precoce, através de informação segura e adequada e ao poder público a obrigação de garantir a oferta de todos os métodos reversíveis ou não conforme previsto no Art. 9º da mesma lei:

Art. 9º. Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção. (BRASIL, 1996).

O Inciso II do art. 10, reza:

...risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Verifica-se que, tão somente neste caso, a lei preconiza relatório médico assinado por dois médicos, entretanto em pesquisa realizada por LUIZ e CITELLI (2003) na Região Metropolitana de São Paulo, o que se observa é que este critério é transportado, na interpretação de gestores e provedores, para todas as solicitações de laqueaduras e, embora a lei seja clara em relação aos critérios, quase dois terços, (61%) dos serviços pesquisados mantinha, à época da pesquisa, uma comissão de profissionais para decidir quem pode submeter-se à LT e assinar tal autorização para a realização do procedimento.

2.4.2 Do Consentimento Informado (Art. 10 da Lei 9.263/96)

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Este parágrafo trata do consentimento informado que, em última análise, reflete o princípio da autonomia do sujeito. A autonomia é um dos sustentáculos dos direitos fundamentais do homem. É um conceito fundamental para o Princípio do Respeito às pessoas. Etimologicamente, significa a condição de quem é autor de sua própria lei, autogoverno, independência, ausência de imposições ou condições externas. Na prática de saúde, implica promover, tanto quanto possível, o comportamento autônomo por parte do paciente, informando-o convenientemente, assegurando a correta compreensão da informação e a livre decisão.

A sua fundamentação está baseada na teoria de John Stuart Mill, segundo a qual, pessoas devem ser respeitadas na sua condição de indivíduos que buscam a realização de seus objetivos, desde que estes não interfiram na vida de outras pessoas e na idéia kantiana de que se deve respeitar o ser humano como fim em si mesmo (CORREIA, 1993)

O exercício da autonomia pressupõe duas condições: liberdade e capacidade de agir intencionalmente. Entretanto, apenas isto não é suficiente. Para que o indivíduo realize suas escolhas de forma consciente e equilibrada, a informação é pressuposto indispensável.

Do ponto de vista do agente, uma ação é considerada autônoma se o sujeito age intencionalmente, com entendimento e livre de influências controladoras que determinem sua ação (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1989). Para este autor, um indivíduo dá um

consentimento informado se, e somente se for capaz de receber uma informação completa, entender a informação, agir voluntariamente e consentir na intervenção.

Para Clotet (1993), o princípio do respeito às pessoas, materializado no consentimento informado, pressupõe a eliminação de qualquer atitude arbitrária por parte do médico e o reconhecimento do domínio do paciente sobre a própria vida como um ser autônomo, livre e merecedor de respeito.

Para Faúndes e Hardy (1991), a dificuldade na relação médico-paciente, em especial nas questões de escolhas reprodutivas, é que os primeiros tendem a agir partindo do princípio que sabem melhor que a própria pessoa o que é mais adequado para ela, acreditando que o saber médico está acima dos desejos pessoais. Neste caso o principal problema ético é a possibilidade de o médico impor este ou aquele método, seja por ação direta ou por omissão de informação sobre métodos que a mulher ou o homem poderiam preferir àquele que o médico recomenda ou ainda não oferecer este ou aquele método simplesmente por não estarem disponíveis nos serviços de saúde (FAÚNDES; HARDY, (1991).

Quem procura o planejamento familiar, está em busca da satisfação de um desejo pessoal de limitar, regular ou espaçar o número de filhos de acordo com o que considera melhor para si. À equipe de saúde, detentora de conhecimento técnico, cabe complementar e corrigir as informações para uma escolha realmente consciente e informada para a consecução desse objetivo.

O conhecimento é imperativo para a escolha autônoma, portanto é necessário assegurar que as informações sejam bem compreendidas. As dificuldades existentes em assegurar a transmissão dos conhecimentos técnicos às pessoas leigas não podem constituir uma barreira intransponível para tal.

O nível de compreensão é dependente de diversos fatores, como escolaridade, maturidade, desigualdade de classe e poder existente entre a equipe de saúde e os pacientes, condições de saúde e, no caso das mulheres, a gravidez, o parto e o puerpério. Portanto, as informações contidas no consentimento informado devem ser adequadas às circunstâncias do caso. A discussão sobre cada situação deve ser feita considerando os valores e expectativas psicológicas e sociais de cada pessoa, sem ater-se a fórmulas padronizadas (MUÑOZ; FORTES, 1998).

Segundo Clotet (1993), o consentimento informado é um direito moral dos pacientes e uma obrigação moral para os médicos e profissionais da área saúde e, no caso do planejamento familiar, uma obrigação legal, cujo descumprimento enseja sanção.

2.4.3 Da Esterilização nos Períodos de Parto e Pós-Parto (Art. 10 da Lei 9.263/96)

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

A lei não estabelece um prazo após qual a LT poderia ser realizada, lacuna esta suprida pela Portaria SAS/MS nº 48, de 11 de fevereiro de 1999, que, tendo por objetivo estabelecer normas de credenciamento de serviços e a instituição na tabela SIH/SUS dos procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia, também determinou critérios técnicos para sua execução. A referida Portaria estabelece em seu art. 4º, inciso IV, parágrafo único, em obediência ao art. 10 da mesma Lei, que:

É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante período de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição ao segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos (MS, 1999).

Fica clara a preocupação em inibir a prática de indicação da cesariana com a finalidade de realizar laqueadura tubária, problema que aflige inúmeros setores da sociedade. Por outro lado, a portaria veda qualquer possibilidade para aquelas mulheres que tiveram partos normais e que poderiam ser submetidas à mini-laparotomia pós-parto. Esta cirurgia pode ser realizada com anestesia local, acarretando risco mínimo para a paciente, aproveitando a mesma internação, poupando a mulher de uma nova internação com todos os transtornos que isto acarreta: sair de casa, deixar seu recém nascido, provavelmente lactente, e os demais filhos para uma cirurgia que poderia ter sido realizada por ocasião do parto. Torna impossível também a LT naquelas mulheres que são submetidas à cesárea por indicação obstétrica qualquer, gerando a necessidade de nova internação (CREMEC, 2004).

Pesquisa realizada pela Comissão de Cidadania e Reprodução, em 1999, apontou para um aumento da demanda por cirurgia de esterilização após a publicação da lei do Planejamento Familiar o que, segundo alguns entrevistados, estariam prejudicando o acesso das mulheres com indicação clínica para outras cirurgias. A proibição da realização da cirurgia no puerpério para as mulheres que optaram pela esterilização na vigência da gravidez,

com o intuito de dissociá-la do parto cesáreo, obriga a uma nova internação 42 (quarenta e dois) dias após o parto, requerendo nova disponibilidade de vaga o que acarreta aumento dos custos hospitalares. Uma solução para esse problema poderia ser obtida com pequena alteração nas normas de modo a permitir a realização da laqueadura tubária no pós-parto imediato, pois esta é mais fácil do ponto de vista técnico, desde que os demais critérios sejam mantidos (LUIZ e CITELLI, 2003).

Se por um lado a lei é restritiva ao proibir a realização da laqueadura nos períodos de parto e pós-parto, mesmo que a mulher tenha seguido todos os passos previstos pela mesma como receber informação por equipe multidisciplinar, assinar consentimento informado, obedecer ao prazo de 60 (sessenta) dias entre a decisão de esterilizar-se e a realização do procedimento, etc., por outro ela é bastante permissiva no que se refere à idade e à paridade, uma vez que é possível realizar laqueadura tubária em uma adolescente de 15 (quinze) anos, casada, com dois filhos vivos, como também em uma mulher com mais de vinte e cinco anos de idade, mesmo sem filhos, situação fortemente criticada pelos profissionais de saúde.

O puerpério certamente é um período de grande fragilidade emocional, em que os percalços de uma eventual gravidez não planejada ou indesejada, ou mesmo o estresse da gravidez e do parto podem influir na decisão da mulher ou do casal. Provavelmente, não é o caso daquela mulher ou casal que planejou o número de filhos ideal, que tomou a sua decisão em tempo hábil, obedeceu ao critério de 60 (sessenta) dias entre a decisão de laquear e a realização do procedimento, que foi aconselhada por equipe multiprofissional e tem sua autonomia usurpada em nome da proteção da vulnerabilidade (OSIS, et al 2009; BERQUO e CAVENAGHI, 2003)

2.4.4 Do Consentimento dos Cônjuges (Art. 10 da Lei 9.263/96 § 5º)

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Este parágrafo está em desacordo com as Recomendações da Conferência de População do México de 1984, onde se encontra definido que a capacidade das mulheres de controlar sua própria fecundidade constitui base importante para o gozo de outros direitos (ALVES, 1995), e com o programa de ação da CIPD 94, onde entre seus princípios encontra-se: promover a equidade e igualdade entre os sexos, atribuir poder a mulher, eliminar toda forma de violência contra a mulher e **garantir sua capacidade de controlar a própria**

fecundidade são a pedra angular dos programas de população e desenvolvimento (grifo da pesquisadora).

Este é um aspecto importante porque as relações de gênero podem, muitas vezes, influenciar e até determinar o perfil demográfico de uma população, podendo interferir na tomada de decisão sobre o tamanho e a formação da família (WONG, 1997). Com efeito, observa-se diferença no que tange à expectativa sobre o tamanho da família entre homens e mulheres que aumenta à medida que o nível de instrução é menor. Neste grupo, (de menor instrução) de acordo com dados da PNDS 96, as mulheres desejariam ter em média 2.7 filhos, os homens, no entanto, desejariam 3.6 filhos (WONG, 1997). Esta diferença também se verifica na PNDS 2006.

2.4.5 Da Esterilização em Pessoas Absolutamente Incapazes (Art. 10, § 6º, da Lei 9.263/96)

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Tem-se por incapacidade a restrição legal ao exercício dos atos da vida civil, carecendo esta ser sempre encarada de forma restrita, levando em conta o princípio de que “a capacidade é a regra e a incapacidade exceção” (DINIZ, p.147, 2005), portanto incapazes são as pessoas que não podem praticar pessoalmente atos ou negócios jurídicos.

Conforme o caso, para realizar os atos ou negócios jurídicos, os incapazes dependem de representação ou assistência, de modo a garantir proteção à sua pessoa ou seu patrimônio.

De acordo com o artigo 3º do Código Civil são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de dezesseis anos; os que, por enfermidade mental, não tiverem necessário discernimento para a prática desses atos; e os que mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

A incapacidade pode ser absoluta ou relativa.

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

- I - os menores de dezesseis anos;
- II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;
- III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

- I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;
III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;
IV - os pródigos.
Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial.

Não é permitida no Brasil a realização da esterilização voluntária em sujeitos absolutamente incapazes sem autorização judicial. Assim, o artigo 10, §6º da Lei 9263/2003 dá a autoridade judiciária o poder para decidir sobre a fertilidade dos sujeitos absolutamente incapazes. A Lei não disciplinou o assunto quanto aos sujeitos relativamente incapazes, de modo que estão os mesmos submetidos às regras e critérios gerais da esterilização.

Sobre a questão, importante debate jurídico tem sido levado a cabo nos tribunais brasileiros desde antes da promulgação da Lei que regulamentou o PL no Brasil.

No Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, tramitou a Apelação cível n. 59.621.015-3, 7ª Câmara Cível como se segue: Referia-se a pedido de irmão e curador de uma incapaz - que estava interdita em estabelecimento próprio para psicóticos - para que fosse autorizada sua esterilização, já que ela freqüentemente mantinha relações sexuais e já havia engravidado uma vez. O Desembargador Relator negou provimento ao apelo, nos seguintes termos:

Se as condições de internamento da interdita são insatisfatórias, permitindo que ocasionais escapadas venham a ensejar o contato sexual com homens, o que poderá propiciar nova gravidez, o problema é do apelante, que deverá tomar precauções para que maior vigilância seja exercida sobre a enferma. O que não se pode é transferir para o Judiciário a responsabilidade por uma solução simplista, mas que representa uma forma fascista de resolver um problema individual. A medida judicial, se deferida, irá remeter-se à nefasta Lei racista alemã de 14 de julho de 1933, que previa a esterilização de anormais, por motivos eugênicos (TJ RS, 1997).

A Desembargadora Revisora apresentou voto em separado, que restou vencido, sustentando a seguinte opinião:

Não enxergo no pedido violação a qualquer dos direitos individuais. Fácil e cômodo é deixarmos ao curador, ou ao estabelecimento onde se encontra internada a interdita, a tarefa de impedir que mantenha contatos sexuais. Não consigo deixar de ver nessa postura um certo ranço preconceituoso de limitar o exercício da liberdade sexual, como única forma impeditiva da gravidez. Impedir a gestação de alguém que só tem a capacidade reprodutora física e não tem condições de manter um filho sob sua guarda não configura a tentativa de purificação da raça referida pelo relator. (TJ RS, 1997).

O apelante opôs embargos infringentes, que foram julgados improcedentes. Em seu voto, o Desembargador Relator ressaltou que a excessiva preocupação com a interdição no que concerne à concepção ignorou perigos como a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e com a AIDS. Além disso, consignou que o avanço da ciência poderá curar a psicose da interdição que, se esterilizada, perderia a possibilidade de procriar, indicando que outros meios menos drásticos de controle da concepção fossem utilizados. (Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Embargos infringentes n. 59.718.527-1, 4º Grupo de Câmaras Cíveis, Desembargador Relator Antonio Carlos Strangler Pereira, j. 12/12/1997.)

Por outro lado, o Tribunal de Justiça de São Paulo, em recurso de apelação de 14.4.1988, permitiu que fosse realizada laqueadura em incapaz alienada mental, portadora de esquizofrenia irreversível ou, pelo menos, de recuperação inadequada e insuficiente para torná-la plenamente capaz de reger sua própria pessoa, por entender aquele tribunal que a intervenção médica solicitada (laqueadura de trompas) era o remédio necessário para minorar o mal causado (gravidez). TJSP- Ap. Cível nº 92.948-1, 4ª. Câmara, julgado em 14.4.1988, rel. Dês. Olavo Silveira, RT 630/87; no mesmo sentido, ver também APELAÇÃO CÍVEL Nº 267.501.4/0, Rel. Ruyter Oliveira; APELAÇÃO Nº 262.646-4/4, Rel. Quaglia Barbosa. (TJ SP, 1988).

Recentemente o tema voltou à pauta no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul que mais uma vez não permitiu a realização de laqueadura em incapaz por entender se tratar de meio inadequado para proteção para o mesmo, senão vejamos:

AÇÃO DE INTERDIÇÃO. PEDIDO LIMINAR DE AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA. DESCABIMENTO. 1. Considerando-se que a realização da cirurgia de laqueadura tubária constitui procedimento cirúrgico dotado de irreversibilidade, não constitui meio adequado para a proteção da adolescente incapaz, não contribuindo em nada para a sua preservação moral ou para a sua saúde. 2. A laqueadura constitui providência contraceptiva agressiva e degradante, ensejando sua esterilização, o que viola não apenas a integridade física, como também a intimidade da adolescente, causando-lhe danos permanentes. Recurso desprovido, por maioria. (SEGredo DE JUSTIÇA) (Agravo de Instrumento Nº 70022295364, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves, Julgado em 20/02/2008) (TJ RS, 2008).

Da leitura dos litígios em epígrafe conclui-se que mesmo antes, e também depois da entrada em vigor da lei que regulamentou a LT em nosso país, até os dias atuais, a realização

de laqueadura tubária em incapazes mostra-se bastante controversa, havendo assim tribunais que permitem tal procedimento e outros que negam.

Finalizando, é importante ressaltar que a esterilização voluntária é um direito assegurado pela Constituição Brasileira, regulamentado pela Lei 9.263/96, e deve ser oferecida na rede pública de saúde como opção de método de Planejamento Familiar, jamais para controle demográfico. Todavia, convém lembrar que um dos motivos apontados em várias pesquisas como fator de arrependimento, é a realização da laqueadura em idade muito precoce e na raiz deste fato pode estar outra questão subjacente tão ou mais importante que a anterior, que é a ocorrência da gravidez na adolescência.

É imperioso destacar ainda que os efeitos da regulamentação do planejamento familiar não alcançam todas as camadas da população, uma vez que se verifica até os dias de hoje práticas abusivas e indiscriminadas de esterilização por todo o país, principalmente nas regiões mais pobres e menos desenvolvidas. Da mesma forma constatam-se inúmeras barreiras criadas pelos serviços de saúde que dificultam o acesso aos que a procuram, numa afronta clara aos ditames da legislação e ao que parece sem nenhuma consequência para os profissionais de saúde que assim procedem.

De modo que planejamento familiar, gravidez na adolescência, equidade, justiça, educação, direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos, são temas intrinsecamente relacionados e não podem ser analisados separadamente de maneira descontextualizada. O debate sobre a LT e sobre a própria legislação vigente deve continuar na pauta dos fóruns de discussão, pois como se pode perceber o tema não é pacífico entre os principais atores sociais interessados inclusive as mulheres, representadas pelas instituições feministas.

Neste sentido, o presente estudo buscou avaliar a realidade das mulheres submetidas a laqueadura tubária em uma maternidade pública de Porto velho/RO, cuja missão declarada é a garantia dos direitos reprodutivos, conforme os objetivos referidos a seguir.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever os aspectos sociais e reprodutivos de mulheres submetidas à laqueadura tubária na Maternidade Municipal Mãe Esperança, em Porto Velho/RO, no período de julho de 2006, a junho de 2008.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os aspectos sociais das mulheres submetidas à laqueadura tubária na Maternidade municipal Mãe Esperança no período de julho de 2006 a junho de 2008 com base nas variáveis escolaridade, ocupação habitual, idade, estado civil e procedência;

Avaliar os aspectos reprodutivos de mulheres submetidas à laqueadura tubária na Maternidade Municipal Mãe Esperança segundo o conceito dos direitos reprodutivos, considerando as variáveis idade por ocasião do primeiro parto, número de filhos e intervalo entre os partos.

Verificar possíveis relações entre aspectos sociais e reprodutivos para as mulheres submetidas à laqueadura tubária na maternidade municipal Mãe Esperança em Porto velho, Ro.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 População do estudo

No período de julho de 2006 a junho de 2008 foram realizadas na Maternidade Municipal Mãe Esperança - MMME, 991 (novecentos e noventa e uma) laqueaduras tubárias assim distribuídas: 129 (Cento e vinte e nove) durante operação cesariana, 508 (quinhentos e oito) em mulheres que tiveram parto normal em outra instituição e realizaram a LT na Maternidade Municipal Mãe Esperança, 354 (trezentos e cinquenta e quatro) que tiveram parto normal na MMME, e tiveram sua laqueadura agendada para realização posterior conforme a Lei 9.263/96 e a Portaria nº 048 de 11 de fevereiro de 1999 do Ministério da Saúde. Destas, 240 (duzentos e quarenta) já portavam o consentimento informado, pois tinham decidido pela laqueadura antes mesmo de engravidar ou tiveram conhecimento dessa possibilidade durante as consultas do pré-natal. As demais, que manifestaram desejo de realizá-la durante sua permanência na MMME no período de parto e pós-parto, foram aconselhadas pela equipe da maternidade (assistente social, psicóloga, médico e enfermeira) e tiveram sua laqueadura agendada para 60 (sessenta) dias após, período no qual se procedeu ao aconselhamento.

4.2. Amostra

A amostra foi composta por 862 prontuários, sendo 508 (quinhentos e oito) de mulheres que tiveram parto normal em outra instituição e realizaram a LT na Maternidade Municipal Mãe Esperança e 354 (trezentos e cinquenta e quatro) que tiveram parto normal na MMME.

4.3 Critérios de inclusão

Foram incluídas todas as mulheres que realizaram laqueadura tubária no período de julho de 2006 a junho de 2008.

4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídas 129 (cento e vinte e nove) mulheres que tiveram suas trompas ligadas por ocasião de operação cesariana seja por cesariana sucessiva ou por qualquer outra indicação médica para tal, devido ao risco de viés uma vez que no Brasil, aceita-se que não mais do que três ou muito raramente quatro cesáreas possam ou devam ser realizadas em uma mulher, pelos riscos de ruptura da cicatriz da cesárea, sendo a LT realizada quase que automaticamente até mesmo independente de manifestação de vontade. (FAÚNDES, 1983; FAÚNDES *et al*, 1989; JONES *et al*, 1991; BARROS *et al*, 1991). Os fatos expostos, certamente introduziriam um viés na amostra, pois é possível que a maioria das mulheres que realizam laqueadura tubária durante operação cesariana tiveram o primeiro parto por esta via de modo que esperar-se-ia que tivessem apenas dois ou três filhos (PIRES, 2000)

4.5 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP das Faculdades Integradas Aparício Carvalho FIMCA (anexo 01). Para a pesquisa em prontuários, foi solicitada autorização da Direção da maternidade Municipal Mãe Esperança (anexo 02) e da Secretaria Municipal da Saúde – SEMUSA (anexo 03)

4.6 Tipo de estudo

O estudo é do tipo descritivo, retrospectivo e realizado com base em dados secundários a partir de prontuários para identificação das pacientes que se submeteram à laqueadura tubária na Maternidade Municipal Mãe Esperança no período de julho/2006 a junho/2008.

4.7 Procedimento

No período de julho a dezembro de 2008, realizou-se consulta aos registros da Maternidade Municipal Mãe Esperança para identificação das pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo. Dentre os 991 (novecentos e noventa e um) prontuários consultados, foram identificadas as pacientes que tiveram parto normal nesta maternidade (trezentas e cinquenta e quatro mulheres), as que tiveram parto normal em outra instituição e

posteriormente realizaram LT na Maternidade municipal (quinhentas e oito mulheres) e as que realizaram LT durante operação cesariana (cento e vinte e nove mulheres).

Foram excluídos 129 (cento e vinte e nove) prontuários referentes àquelas mulheres que tiveram suas trompas laqueadas por ocasião de operação cesariana seja por cesariana sucessiva ou por qualquer outra indicação médica para tal.

A seguir, procedeu-se a coleta e registro dos dados dos 862 (oitocentos e sessenta e dois) prontuários selecionados. Os dados foram coletados das declarações de Nascidos Vivos - DNV, expedida pelo Ministério da Saúde (anexo 04), do Termo de Consentimento Informado assinados pelas mulheres para fins da realização da laqueadura (anexo 05) e da Autorização para Internação Hospitalar – AIH (anexo 06). Os instrumentos continham informações complementares, mas também informações superpostas e repetidas e muitos estavam incompletos. Para fins deste estudo, foram desprezados os dados tidos como não informados, ignorados ou incoerentes, quando não foi possível, corrigir o dado comparando os instrumentos.

O dado inconsistente, como por exemplo, a data de nascimento do filho incompatível com a idade da mãe, foi buscado nos outros instrumento e em sendo possível recuperá-lo, foi mantido em não sendo, excluído. Ressalte-se que apenas aquele dado foi excluído, e as informações restantes dos prontuários foram mantidas para fins desta análise.

Assim sendo, nos resultados, quase todas as variáveis apresentam algum nível de dados não informados que no caso da escolaridade foi mais elevado. A procedência e a idade da mulher foram os únicos dados 100% recuperados

O intervalo entre os parto foi retirado das certidões de nascimento dos filhos que estão anexadas ao consentimento informado para realização da laqueadura e também estava presente em praticamente 100% dos casos.

4.8 Instrumentos de coleta de dados

A Declaração de Nascidos Vivos (DNV), é um formulário estruturado, fornecido pelo Ministério da Saúde que contém informações de todas as mães atendidas nas diversas maternidades do Brasil.

O documento consta de três vias e é preenchido obrigatoriamente em todas as maternidades públicas e privadas onde está distribuído de forma abrangente.

Para avaliar a DNV, deve-se considerar além da cobertura, qualidade de suas informações, levando-se em conta erros de preenchimento. No tocante à cobertura, já se

mencionou que todos os nascidos vivos de todas as maternidades contam com este instrumento de informação. Quanto à qualidade, verificamos que 35% das DNVs continham pelo menos uma inconsistência que, para efeito deste trabalho foi comparada com os outros instrumentos (prontuário e Consentimento Informado para LT), a fim de garantir na medida do possível, a fidedignidade das informações necessárias.

O Consentimento Informado para realização de Laqueadura Tubária contém os itens previstos no Art. 10 da Lei 9.263/96, além dos antecedentes reprodutivos da mulher. Este aspecto do documento nem sempre está preenchido.

O Laudo Médico para emissão da Autorização Internação Hospitalar contém a identificação da paciente, o laudo técnico e justificativa da internação (no caso, LT), e os principais resultados dos exames pré operatório, entre outros.

4.9 Local da pesquisa

O estudo foi realizado na Maternidade Municipal Mãe Esperança, situada Rua Antonio Lourenço Pereira Lima, Nº 2350, Bairro Embratel na Cidade de Porto Velho, Estado de Rondônia.

Porto Velho, capital do Estado de Rondônia tem uma população de 369.345 habitantes, destes 49,7% são do sexo masculino e 50,3% do sexo feminino. Do total de mulheres, 10,5% têm entre 10 e 14 anos e 10,3% entre 15 e 19 anos perfazendo um total de 20,8% de adolescentes. As mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), assim definidas pela metodologia de estimativas das populações municipais adotada pelo IBGE, representam 59,9% do total de mulheres e 30,1% do total da população. Quanto ao local de residência, 82,7% residem na zona urbana e 17,3% na zona rural (IBGE, 2007).

Até a inauguração da Maternidade Municipal Mãe Esperança em 2006, todas as mulheres do Município de Porto Velho tinham seus partos na maternidade do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro que, além destas, recebia as pacientes encaminhadas dos demais municípios do estado quando necessário. O referido hospital foi inaugurado em 1980, sem jamais sofrer qualquer ampliação significativa em sua área física, de modo que as condições de assistência à mulher foram se deteriorando.

Em 1994, um grupo de médicos (obstetras e pediatras) aliados com o movimento de mulheres, passou a reivindicar a construção de uma maternidade, em área física independente de hospital geral. No ano de 1996, o então prefeito criou por decreto, a maternidade

municipal. A construção arrastou-se por longos anos até que em 1993 a construção foi concluída. Apenas em 2006, foi finalmente entregue à população.

A Maternidade Municipal Mãe Esperança iniciou suas atividades com a missão de atender as mulheres de acordo com o preconizado pelo Plano Nacional de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PNHPN) do Ministério da saúde. As parturientes têm direito a um acompanhante de sua escolha (a equipe está orientada para incentivar a presença do pai), a assistência ao abortamento ocorre de acordo com a norma técnica do Ministério da Saúde e todas as pacientes recebem informações sobre planejamento reprodutivo e aleitamento materno.

No período compreendido por este estudo foram realizados 6.557 (seis mil quinhentos e cinquenta e sete) partos normais, 1.468 (mil quatrocentos e sessenta e oito) cesarianas, 991 (novecentas e noventa e uma) laqueaduras, 347 (trezentas e quarenta e sete) vasectomias e foram inseridos 1.088 (mil e oitenta e oito) Dispositivos Intra Uterinos (DIUs).

4.10 Análise de dados

Os dados obtidos foram inseridos e tabulados no software Microsoft Excel 2003 e as análises estatísticas foram realizadas através do Biostat 5.0, Epi-Info 3.4.3 e Statistica 8.0. Foram calculadas as porcentagens para as variáveis categóricas ou nominais e também para as variáveis numéricas que foram divididas em intervalo de classes. Utilizou-se estatística descritiva para análise dos dados obtidos.

5 RESULTADOS

Dos 991 prontuários de mulheres que realizaram LT na Maternidade Municipal Mãe Esperança no período de junho de 2006 a julho de 2008, 862 foram efetivamente pesquisados. Os resultados estão dispostos a seguir:

5.1. Aspectos Sociais

Dentre os aspectos sociais foram investigados a escolaridade, a ocupação habitual, a idade por ocasião da laqueadura, o estado civil e a procedência se da área urbana, área rural ou outro município.

5.1.1. Escolaridade

A escolaridade tem sido apontada como principal indicador social capaz de transformar o comportamento da mulher frente à reprodução sendo atribuído à elevação do nível de escolaridade o retardamento da gravidez. A tabela 1 mostra a distribuição porcentual da escolaridade das mulheres submetidas à LT na Maternidade municipal Mãe Esperança no período compreendido por este estudo.

A maior frequência (354) foi observada entre 4 e 7 anos de escolaridade correspondendo a um percentual de 56,10%. Juntando a estas, as mulheres sem nenhuma escolaridade mais aquelas com até três anos de escolaridade, verificamos que 65,93% tinham até 7 anos de escolaridade concluídos, ou seja, não haviam concluído o ensino fundamental que na época era de oito anos; 30,43% haviam cursado ente 8 e 11 anos de escolaridade, ou seja, concluíram o ensino fundamental, mas não concluíram o ensino médio que é de três anos e apenas 3,64% tinham mais de 12 anos de escolaridade ou seja, haviam concluído o ensino médio.

Tabela 1 - Distribuição porcentual das mulheres submetidas à LT na Maternidade Municipal Mãe esperança entre julho de 2006 e junho de 2008 segundo a escolaridade (n=862)

Escolaridade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Nenhuma	15	2.38	2.38
01 a 03 anos	47	7.45	9.83
04 a 07 anos	354	56.10	65.93
08 a 11 anos	192	30.43	96.36
12 ou mais	23	3.64	100
Total	631	100	

*Faltam informação para 231 casos; os dados não informados foram desprezados

5.1.2. Ocupação habitual

A ocupação habitual declarada por 69% das mulheres foi “do lar”, seguida por 5% trabalho doméstico, 3% comerciárias, 2% auxiliar de serviços gerais e 1% autônomas. Outras ocupações correspondeu a 6% da amostra.

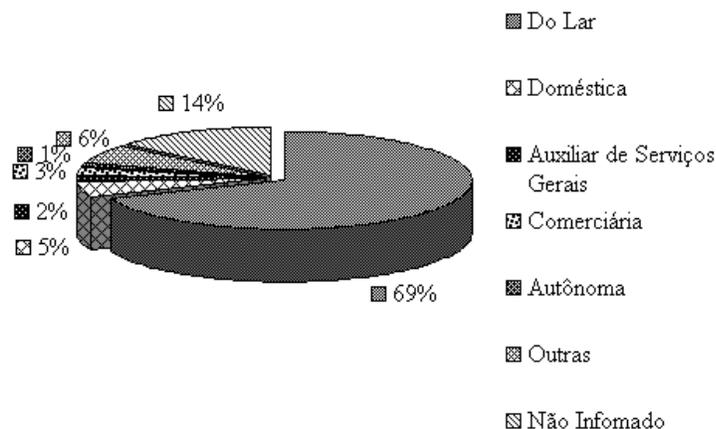


Figura 1- Distribuição percentual das mulheres submetidas à LT na Maternidade Municipal Mãe Esperança por ocupação habitual (n=862).

5.1.3. Idade das mulheres por ocasião da laqueadura tubária

Num país como o Brasil onde a laqueadura tubária apresenta alta prevalência, é importante saber a idade em que as mulheres se submetem ao procedimento, principalmente devido ao risco de arrependimento. A tabela 2 mostra que mais da metade das mulheres (57,77%) submeteu-se a LT entre 25 e 29 anos e que aos 34 anos, 91,41% das mulheres estavam esterilizadas. Apenas 7,54% submeteu-se ao procedimento antes de 25 anos.

Tabela 2 - Distribuição percentual das mulheres submetidas à LT na Maternidade Municipal Mãe Esperança por idade à época da laqueadura (n=862).

Idade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
15-19	01	0.12	0.12
20-24	64	7.42	7.54
25-29	498	57.77	65.31
30-34	225	26.10	91.41
35-39	58	6.73	98.14
40-44	14	1.62	99.76
45-49	2	0.23	99.99
Total	862	100	

5.1.4. Estado civil

Estar unida é considerado um indicador de exposição da mulher a risco de gravidez. Na figura 2 pode-se constatar que 75,3% das mulheres declararam-se solteiras e apenas 19,6% casadas e 4,9% viviam em união consensual.

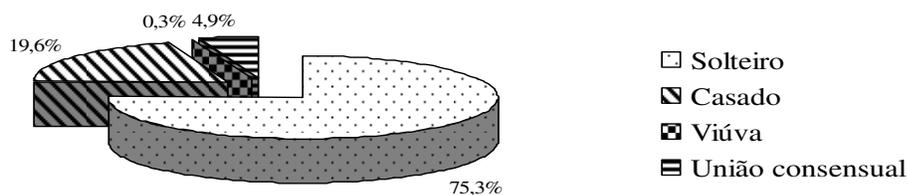


Figura 2 – Distribuição porcentual das mulheres submetidas à LT na maternidade municipal Mãe Esperança por estado civil (n=862)

*Falta informação para 143 casos; os dados não informados foram desprezados

5.1.5. Procedência

Foi considerado a procedência como sendo da área urbana, da área rural e de outro município. Assim, temos que 86% das mulheres residiam na zona urbana, 11,5% na zona rural e 2,5% residiam em outros municípios

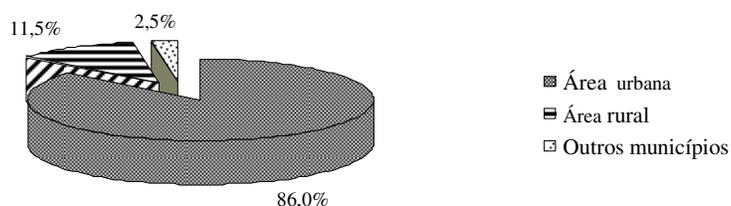


Figura 3 – Distribuição percentual das mulheres submetidas à LT na Maternidade Municipal Mãe Esperança por procedência (n=862).

5.2. ASPECTOS REPRODUTIVOS

Os aspectos reprodutivos investigados foram idade da mulher por ocasião do primeiro parto, número de filhos por ocasião da LT, espaçamento entre os partos e idade das mulheres por ocasião da laqueadura

5.2.1. Idade das mulheres por ocasião do primeiro parto

A idade na qual se inicia a vida reprodutiva tem conseqüências demográficas e sociais importantes além dos reflexos na saúde da mulher e do recém nascido. A gravidez na adolescência tem se tornado um problema de saúde pública pela prevalência e pelas conseqüências. A tabela 3 indica que para 70,77% das mulheres da amostra a gravidez ocorreu antes dos 20 anos. Chama atenção o fato de 38 meninas (4,44%) terem tido o primeiro parto com menos de 15 anos. Apenas 5,36% das mulheres tiveram o primeiro parto com 25 anos ou mais.

Tabela 3 - Distribuição porcentual das mulheres submetidas à LT na Maternidade Municipal Mãe Esperança por idade da mulher na ocasião do primeiro parto (n=862).

Idade	Freqüência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
10-14	38	4.42	4.42

15-19	570	66.35	70.77
20-24	205	23.86	94.63
25-29	42	4.89	99.52
30-34	3	0.35	99.87
35-39	1	0.12	99.99
Total	855		

*Falta informação para 7 casos; os dados não informados foram desprezados

5.2.2. Número de filhos vivos por ocasião da laqueadura tubária

A laqueadura tubária representa o encerramento da função reprodutiva e alguns estudos têm demonstrado que ao submeterem-se ao procedimento, muitas mulheres já referem um número de filhos maior do que o que considera ideal. Na tabela 4, observou-se que uma quantidade significativa de mulheres (29,35%) tinha três filhos vivos quando da sua realização. Quatro mulheres (0,46%) foram laqueadas com apenas um filho vivo e 185 delas (21,46%) tinham dois filhos vivos; 22,85% quatro filhos e 25,87% das mulheres tinham cinco ou mais filhos vivos. Em fim, 78,54% tinham três ou mais filhos vivos quando realizaram LT.

5.2.3 Idade por ocasião da LT

Tabela 4 - Distribuição percentual do número de filhos vivos por ocasião da LT.

Quantidade de filhos	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1	04	0.46	0.46
2	185	21.46	21.92
3	253	29.35	51.27
4	197	22.85	74.12
5	135	15.66	89.78
6	55	6.38	96.16
7	22	2.55	98.71
8	10	1.16	99.87
10	01	0.12	99.99
Total	862		

5.2.4. Intervalo entre os partos.

O intervalo entre os partos tem sido utilizado como um importante indicador da saúde das mães e das crianças. Intervalos curtos entre os nascimentos estão associados a maiores riscos de mortalidade infantil. A figura 4 mostra a distribuição dos intervalos entre os nascimentos dos filhos das mulheres deste estudo. Aproximadamente 30% dos nascimentos aqui considerados ocorreram em intervalos menores que dois anos do filho anterior. Quatorze

partos (0,71%) ocorreram com intervalo inferior a 12 meses (01 ano) que somados aos que ocorreram até 23 meses, alcançam a cifra de 28,17%; 25,53% dos partos ocorreram com intervalo entre 24 e 35 meses; observa-se que um porcentual razoável de intervalos (21,01%) maior que 60 meses. Com intervalo entre 36 e 47 meses, ocorreram 15,25% dos partos; entre 48 e 59 meses foram 10,03%.

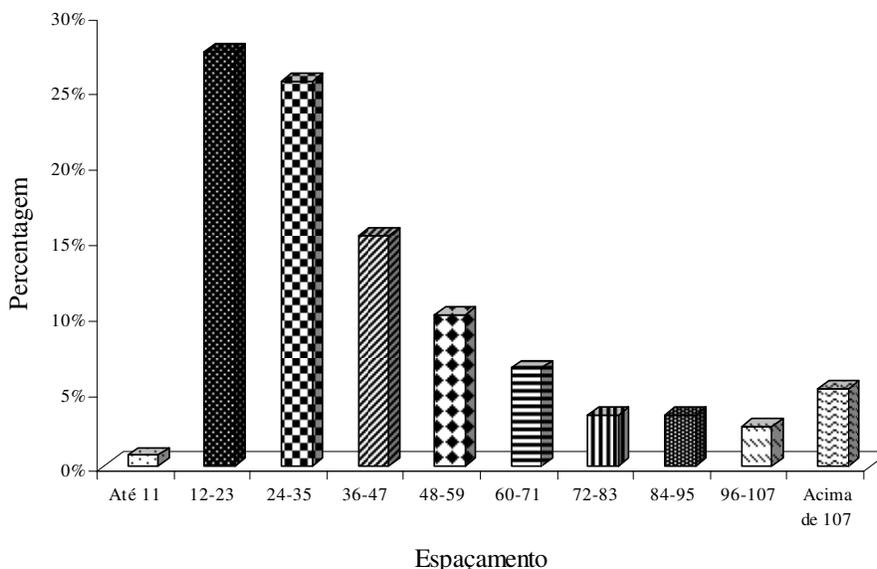


Figura 4 – Intervalo entre os partos das mulheres submetidas à LT na Maternidade Municipal Mãe Esperança por meses transcorridos entre um parto e o anterior bem sucedido.

5.3. INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS SOCIAIS SOBRE OS ASPECTOS REPRODUTIVOS.

Uma vez descritos os aspectos sociais e reprodutivos da amostra estudada, buscamos investigar possíveis relações entre eles. Os resultados são apresentados a seguir.

5.3.1. Idade por ocasião do primeiro parto e escolaridade

É sabido que a escolaridade é um dos fatores capazes de influenciar na idade do primeiro parto, da mesma forma que uma gravidez pode interferir no futuro escolar dos adolescentes que têm grandes chances de abandonar os estudos temporária ou

definitivamente. A tabela 5 dispõe os dados referentes à idade da mulher na ocasião o primeiro parto em relação à escolaridade.

Tabela 5 - Idade da mulher por ocasião do primeiro parto em relação aos anos de escolaridade concluídos por ocasião da LT apresentados segundo frequência e porcentagem (%).

Idade da mulher por ocasião do primeiro parto	Anos de escolaridade por ocasião da LT					Total
	Nenhum	1 - 3	4 - 7	8 - 11	12 ou mais	
10 - 14	1 (3,03)	3 (9,09)	17 (51,51)	12 (36,36)	-	33 (5,27)
15 - 19	9 (2,10)	34 (8,13)	242 (57,89)	116 (27,75)	17 (4,07)	418 (66,77)
20 - 24	4 (2,70)	10 (6,76)	80 (54,05)	48 (32,43)	6 (4,05)	148 (23,64)
25 - 29	-	-	12 (48,00)	13 (52,00)	-	25 (3,99)
30 - 34	-	-	1 (50,00)	1 (50,00)	-	2 (0,32)
	14	47	352	190	23	626

*Dados não informados ou inconsistentes foram desprezados.

5.3.2. Filhos vivos e idade da mulher por ocasião do primeiro parto

Iniciar efetivamente a vida reprodutiva precocemente pode ter conseqüências demográficas importantes, já que neste caso, as mulheres terão um período mais longo de exposição à gravidez. A tabela 6 dispõe o número de filhos vivos em relação à idade da mulher por ocasião do primeiro parto. Com efeito, das mulheres que tiveram o primeiro parto antes de completar 15 anos, 78,95% tinham 4 ou mais filhos ao realizarem a LT, das que tiveram o primeiro filho entre 15 e 19 anos, 56,07% tinham 4 ou mais filhos e das que tiveram o primeiro filho entre 20 e 24, apenas 28,78% tinham 4 ou mais filhos. Por outro lado, das que tiveram o primeiro filho na faixa de 15 a 19 anos, 14,29% tinham 2 filhos vivos por ocasião da LT, contra 39,13% das que tinham mais de 25 anos quando tiveram o primeiro parto.

Tabela 6 - Número de filhos vivos em relação à idade da mulher por ocasião do primeiro parto segundo frequência e porcentagem (%).

Número de filhos vivos	Idade da mulher por ocasião do primeiro parto						Total
	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	
1	-	2 (50,00)	-	2 (50,00)	-	-	4 (0,47)
2	1 (0,57)	80 (45,71)	76 (43,43)	16 (9,14)	1 (0,57)	1 (0,57)	175 (20,61)
3	7 (2,80)	164 (65,6)	70 (28,00)	7 (2,80)	2 (0,80)	-	250 (29,45)
4	13 (6,60)	143 (72,59)	30 (15,23)	11 (5,58)	-	-	197 (23,20)
5	9 (6,71)	105 (78,36)	19 (14,18)	1 (0,75)	-	-	134 (15,78)
6	6 (11,11)	38 (70,37)	6 (11,11)	4 (7,41)	-	-	54 (6,36)
7	2 (9,09)	16 (72,73)	3 (13,64)	1 (4,54)	-	-	22 (2,59)
8	-	9 (90,00)	1 (10,00)	-	-	-	10 (1,18)
9	-	2 (100,00)	-	-	-	-	2 (0,24)
10	-	1 (100,00)	-	-	-	-	1
	38	560	205	42	3	1	849

*Dados não informados ou inconsistentes foram desprezados

5.3.3. Filhos vivos e escolaridade

O nível de escolaridade alcançado é uma característica muito importante, pois está relacionado com praticamente todos os eventos da vida reprodutiva. A conclusão de oito anos de escolaridade (ensino fundamental) pode resultar em diferenças significativas de comportamento em relação ao padrão de reprodução. A tabela 7 apresenta o número de filhos vivos à época da laqueadura em relação à escolaridade.

Pode-se verificar que na medida em que a escolaridade aumentou, diminuiu o número de filhos por ocasião da LT. Das mulheres sem escolaridade, 85,71% tiveram quatro ou mais filhos. Este resultado não foi muito diferente para as mulheres com até 3 anos de escolaridade (81,25%) contra 57,92% das que tinham de 4 a 7anos de escolaridade e 29,17% daquelas com mais de 12 anos, ou seja que haviam concluído o ensino médio. Em contrapartida, 20,83% das mulheres que completaram o ensino médio, tinham apenas dois filhos por ocasião da LT, contra apenas 2,08% daquelas com 1 a 3 anos de estudo.

Tabela 7 - Número de filhos vivos em relação à escolaridade das mulheres por ocasião da LT segundo frequência e porcentagem (%).

Número de filhos vivos	Anos de escolaridade					Total
	Nenhum	1 - 3	4 - 7	8 - 11	12 ou mais	
1	-	-	1 (100,00)	-	-	1 (0,16)
2	1 (0,83)	1 (0,83)	46 (38,33)	67 (55,83)	5 (4,17)	120 (18,99)
3	1 (0,56)	8 (4,44)	102 (56,67)	57 (31,67)	12 (6,67)	180 (28,48)
4	3 (1,95)	13 (8,44)	95 (61,69)	39 (25,32)	4 (2,60)	154 (24,37)
5	3 (2,73)	12 (10,91)	75 (68,18)	19 (17,27)	1 (0,91)	110 (17,41)
6	4 (9,30)	6 (13,95)	23 (53,49)	9 (20,93)	1 (2,32)	43 (6,80)
7	1 (5,56)	6 (33,33)	11 (61,11)	-	-	18 (2,85)
8	-	2 (40,00)	1 (20,00)	1 (20,00)	1 (20,00)	5 (0,79)
9	-	-	-	-	-	-
010	1 (100,00)	-	-	-	-	1 (0,16)
	14	48	354	192	24	632

*Dados não informados ou inconsistentes foram desprezados.

5.3.4. Idade por ocasião da LT em relação à Idade por ocasião do primeiro parto

A idade do primeiro parto, se precoce, provoca um período mais longo de exposição à gravidez, o que pode fazer com que as mulheres nesta condição, busquem um método de contracepção que considerem mais seguro. A tabela 8 apresenta a distribuição idade por ocasião do primeiro parto em relação à idade por ocasião da LT. O maior número de LT ocorreu entre 25 e 29 anos (57,77) sendo que aos 29 anos, 65,31% das mulheres estudadas estavam esterilizadas. Destas, pode-se observar que aos 29 anos estavam laqueadas 84% das mulheres que tiveram o primeiro parto entre 10 e 14 anos, 71,88% das que o tiveram entre 15 e 19 anos, 55,67% das que tiveram o primeiro parto entre 20 e 24 anos e apenas 16,67% das que tiveram o primeiro filho entre 25 e 29 anos.

Tabela 8 - Idade por ocasião do primeiro parto em relação à idade por ocasião da LT segundo frequência e porcentagem (%).

Idade da mulher por	Idade da mulher por ocasião do primeiro parto	TOTAL
---------------------	---	-------

ocasião da LT	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	
15 - 19	—	1 (100,00)	—	—	—	—	1 (0,12)
20 - 24	8 (12,50)	47 (73,44)	8 (12,50)	1 (1,56)	—	—	64 (7,49)
25 - 29	24 (4,84)	361 (72,78)	105 (21,17)	6 (1,21)	—	—	496 (58,01)
30 - 34	4 (1,81)	122 (55,20)	72 (32,58)	22 (9,95)	1 (0,45)	—	221 (25,85)
35 - 39	2 (3,57)	32 (57,14)	11 (19,64)	10 (17,85)	1 (1,78)	—	56 (6,55)
40 - 44	—	5 (35,71)	6 (42,86)	2 (14,28)	—	1 (7,14)	14 (1,64%)
45 - 49	—	1 (33,33)	1 (33,33)	1 (33,33)	—	—	3 (0,35)
	38	569	203	42	2	1	855

*Dados não informados ou inconsistentes foram desprezados.

Resumidamente, os resultados obtidos no presente estudo indicam, no que diz respeito aos aspectos sociais, que 65,93% das mulheres da amostra têm menos de 8 anos de escolaridade, 69% são do lar, 99,52% têm menos de 30 anos, 64,6% são solteiras, e 86% procedem da área urbana do município.

Quanto aos aspectos reprodutivos, 70,77% teve o primeiro parto antes de completar 20 anos, 78,13% tem 3 ou mais filhos vivos e o intervalo entre os partos foi menor que 24 meses para 28,17% das ocorrências.

Os aspectos reprodutivos se mostraram fortemente influenciados pelos aspectos sociais.

6 DISCUSSÃO

6.1 Aspectos sociais das mulheres submetidas à LT na Maternidade Municipal Mãe Esperança

A educação tem recebido atenção especial nos estudos de fecundidade e mortalidade, por ser um importante fator na transformação do comportamento da mulher frente à reprodução e é a variável mais consistentemente associada com o retardamento da gravidez (SIMÕES, 2006; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003).

Se considerarmos que o ingresso na primeira série do ensino fundamental (EF) deve ocorrer aos sete anos, uma pessoa não deveria ter mais de 15 anos ao completar este ciclo que é de oito anos. Na amostra pesquisada, 65,93% das mulheres não haviam completado o ensino fundamental quando realizaram Laqueadura Tubária. A conclusão natural é que quando engravidaram, tinham menos de oito anos de escolaridade, ou seja, ou já a haviam abandonado a escola ou estavam atrasadas em relação à faixa etária. Estes resultados corroboram os estudos de Belo (2001); Aquino, *et al.* (2003); Carvacho (2005).

Em pesquisa conduzida por Belo (2001) envolvendo 156 adolescentes grávidas com idade menor ou igual a 19 anos, no momento da entrevista 51,9% não freqüentavam a escola e das que freqüentavam (48,1%), 44% cursavam o ensino fundamental e 54,7% cursavam o ensino médio. Das adolescentes que abandonaram a escola, 65,4% interrompeu os estudos ainda no ensino fundamental sendo a gravidez (30,9%) o principal motivo alegado para a deserção escolar.

Pesquisa realizada por Aquino, *et al.* (2003) em três capitais brasileiras, constatou que com o nascimento de um filho antes dos 20 anos, parte das moças parou os estudos temporária (25,0%) ou definitivamente (17,3%), mas 42,1% já se encontravam fora da escola.

Em estudo conduzido por Carvacho (2005), as participantes (adolescentes grávidas) apresentaram baixa escolaridade, com predomínio do Ensino Fundamental completo ou incompleto. Relacionando a escolaridade com a idade, constatou-se considerável defasagem do nível de escolaridade; das 126 entrevistadas que estavam cursando entre 5^a a 8^a série do ensino fundamental, 52,3% (66) tinham entre 15 e 17 anos e 32,5% (41) entre 18 e 19 anos, idade esperada para estarem cursando o ensino médio.

Nos últimos anos tem ocorrido relativo progresso na inclusão de novas gerações no sistema escolar, todavia quando se considera o grupo de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) observa-se que ainda é bastante elevada a proporção dessas mulheres com baixa escolaridade.

Comparando os dados do IBGE concernentes ao analfabetismo das mulheres de 15 anos ou mais de idade entre os anos de 1995 e 2005 verifica-se redução de 4,90; 4,40; 1,2 pontos percentuais para o Brasil, para a Região Norte e para Rondônia, respectivamente (IBGE, CENSO 2002; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003).

Fica claro que a evolução no Brasil, não é homogênea com desvantagem para a Região Norte, mais acentuadamente para o Estado de Rondônia. Esta realidade tem repercussão importante na taxa e no padrão etário da fecundidade desta população com conseqüências devastadoras na qualidade de vida das mulheres e dos seus filhos uma vez que o mercado de

trabalho com superávit de mão-de-obra como o brasileiro, possibilita uma seletividade mais apurada eliminando ou reduzindo as chances das pessoas com menor escolaridade. (PNAD 2006; UNICEF 2003).

O documento do UNICEF – 2003 “Situação a Infância Brasileira” revela que o nível educacional da mãe tem impacto direto no status econômico dos filhos. Dentro do grupo daqueles cujas mães não têm escolaridade ou têm menos de um ano de estudo, 76% são pobres, entre os filhos de mães com 11 ou mais anos de estudo, esse percentual é de 11%. Além do mais, mãe com baixa escolaridade significa, quase sempre, filhos fora da escola. O percentual de crianças fora da pré-escola aumenta com a queda da escolaridade da mãe: 56,8% das crianças em idade pré-escolar com mães sem instrução não freqüentam instituições de ensino. Esse percentual diminui para 16,9% quando a mãe tem 11 ou mais anos de estudo. (UNICEF, 2003).

Em nosso estudo, 65.93% das mulheres tinham menos de 8 anos de escolaridade e apenas 3.64% tinham 12 anos ou mais de estudo de modo que é um grupo de pouca empregabilidade, fato que está refletido na ocupação habitual da maioria das mulheres. A ocupação habitual declarada por 69% delas foi do lar, seguida por 5% trabalho doméstico, 3% comerciárias, 2% auxiliar de serviços gerais e 1% autônomas, todas com baixa ou nenhuma remuneração com conseqüências negativas em suas vidas e na vida de seus filhos (UNICEF, 2003).

No que diz respeito à idade por ocasião da LT, no grupo de mulheres estudado, observa-se que apenas 8,76% delas realizaram laqueadura tubária com menos de 25 anos, o que contrasta com os dados apresentados nas PNDS de 1996 e 2006 com 20.5% e 27.5% respectivamente. As demais realizaram o procedimento com 25 anos ou mais. Verifica-se ainda grande concentração (57%) na faixa etária de 25 a 29 anos. A tabela a seguir mostra a comparação das taxas obtidas neste estudo em relação aos resultados apontados pela PNDS (1996 e 2006).

Tabela 9 - Idade da mulher por ocasião da LT

IDADE	MMME	PNDS 1996	PNDS 2006
	PORCENTAGEM %	PORCENTAGEM %	PORCENTAGEM %
< 25	8,76	20.5	27.5
25-29	57,91	36.6	35.9
30-34	25,99	27.9	24
35-39	5,65	12.2	9.5
40-44	1,41	2.6	2.9
45-49	0,28	0.1	0.3

É possível verificar que as pesquisas nacionais revelam um contingente três vezes maior de mulheres que realizaram LT antes de 25 anos, o que nos remete à constatação feita por Berquó; Cavenaghi (2003); Luiz; Citelli (2003) sobre os equívocos na interpretação da lei que na ótica dos profissionais e gestores de saúde é muito permissiva no que diz respeito a idade mínima para realização da Laqueadura Tubária. Estas pesquisas revelaram que a promulgação da nova legislação sobre PF teve pouca influencia nas práticas reprodutivas, sobretudo na esterilização voluntária e que serviços e profissionais elegem critérios de acordo com suas convicções pessoais, muitas vezes em franco conflito com a lei, sendo a idade e o número de filhos os mais polêmicos.

A interpretação incorreta da lei mais comumente encontrada é a combinação dos critérios sobre idade e número de filhos, onde o critério 25 anos “ou” dois filhos são substituídos por 25 anos “e” dois filhos Berquó; Cavenaghi (2003).

A resistência observada nos membros das equipes de saúde em relação à idade mínima prevista na lei, constatada nas pesquisas referidas, é muito significativa e pode estar se refletindo nestes dados. É possível que no município de Porto Velho, por considerar a idade mínima aceitável para realização de LT como sendo 25 anos e se considerando respaldadas pela lei, as equipes que procedem ao aconselhamento, criem entraves que não permitem que as mulheres realizem LT antes desta idade. Chama atenção que apesar das grandes falhas de preenchimento constatadas nos instrumentos da pesquisa, a idade da mãe é um dos poucos que estão sempre presentes, insinuando a importância conferida a este dado pelos membros das equipes de saúde.

Por outro lado, poder-se-ia supor que o imperativo legal de desencorajar a esterilização precoce estaria sendo seguido ao pé da letra. Entretanto, pela quantidade de filhos por mulher que se constatou na pesquisa, é possível inferir que o pressuposto de dar a conhecer e garantir os métodos reversíveis, previsto art. 9º, Lei 9.263/96, não está sendo cumprido. Ocorre que mesmo depois da aprovação da Lei do Planejamento Familiar, em 1996, a disponibilidade de métodos contraceptivos na rede pública de saúde continua baixa e poucos são os Municípios brasileiros que atendem acima de 75% da demanda. (ALVES, 2006; COSTA *et al.*, 2006) não sendo diferente para o Município de Porto Velho. Assim, é importante incluir nos programas de educação continuada da Maternidade Municipal Mãe

esperança e das Equipes de Saúde da Família, estudos sobre os Direitos Reprodutivos que incluam a legislação referente a tais direitos.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à possibilidade de arrependimento pós LT. Os fatores amiúde associados ao arrependimento são idade por ocasião da laqueadura, paridade, mortalidade infantil, quantidade e qualidade das informações a respeito da LT, em especial sobre a irreversibilidade e os fatores que influenciaram na decisão tais como qualidade da relação conjugal e influência de outras pessoas na decisão (VIEIRA, 1998; CUNHA, 2005; SILVA, 2003; FAUNDES; CECATTI, 1991).

Dentre todos os aspectos, a idade por ocasião da laqueadura tem sido apontada como principal fator de risco para arrependimento: Faúndes; Cecatti (2001) constatou que a possibilidade de requerer reversão de LT é 18 vezes maior em mulheres que realizaram o procedimento antes de 25 anos, comparadas às que realizaram após 30 anos; SILVA (2003) ao associar as variáveis relacionadas à idade ao laquear com arrependimento verificou que se encontravam arrependida 50% das mulheres que realizaram o procedimento entre 20 e 25 anos. Estes resultados são corroborados por vários outros estudos (BAHAMONDES *et al*, 1992; BARBOSA *et al*, 1994 ; VIEIRA 1998). Assim, confrontando-se estas informações, parece que apenas 7,66 das mulheres da pesquisa se enquadrariam neste fator de risco para arrependimento.

Estar unida formal ou informalmente tem sido referido como fator de risco para gravidez. Neste estudo 64,6% das mulheres declararam-se solteiras, 16,8%, casadas e 4,2% vivendo em união formal. Isto perfaz um total de 21% de mulheres unidas, o que estaria em desacordo com o número de filhos tidos por mulher. A Declaração de Nascido Vivo não contém um campo para união informal aspecto que pode ter distorcido este dado. É possível supor que grande parte das mulheres que se declararam solteiras, tenham parceiro fixo, ou vivam em união informal. De qualquer forma, esta é uma informação que somente seria possível obter entrevistando as mulheres da amostra, o que não ocorreu.

No Município de Porto Velho, 82,7% da população vive na área urbana e 17,3% na área rural. Na amostra pesquisada, a maioria das mulheres (86%) procedentes da zona urbana, apenas 11,5% é da zona rural e 2,5% de outros municípios. Aqui também é possível supor que algumas das mulheres referidas como procedente da área urbana, na verdade seja da área rural e por estarem hospedadas em casa de parentes tenha fornecido o endereço não do local de residência, mas de onde estava hospedada.

6.2 Aspectos reprodutivos das mulheres submetidas à LT na Maternidade Municipal Mãe Esperança

O percentual de mulheres que teve o primeiro parto com menos de 20 anos foi de 70,77%, considerado precoce pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define a adolescência como a idade de 10 a 20 anos, distinguindo adolescência inicial (10 a 14 anos) e adolescência final (15 a 20 anos) com notável diferença entre as duas no que diz respeito à saúde. Nesta fase da vida desenvolvem-se além da puberdade, os processos psicológicos de passagem da infância para a vida adulta (BELO, 2001; SIMÕES, 2006; CARVACHO, 2005).

A análise da idade das mulheres por ocasião do primeiro parto, neste estudo, evidenciou que para a maior quantidade de mulheres (570) este ocorreu entre 15 e 19 anos correspondendo a um percentual de 66,36% que somados aos partos havidos entre 10 e 14 anos, perfazem a cifra de 70,77%. Apenas 5,36% das mulheres tiveram o primeiro parto com 25 anos ou mais, configurando um padrão absolutamente inverso ao dos países desenvolvidos da Europa e Japão.

Contabilizou-se 38 gravidezes (4,42%) na faixa etária de 10 a 14 anos, e em que pese a baixa frequência, o evento de uma gravidez nessa faixa etária deve ser valorizado especialmente pela possibilidade de estar associada à violência sexual (STERN; GARCIA, 1999 *apud* AQUINO, 2003)

O fenômeno da gravidez na adolescência tem causa multifatorial, sendo mais freqüentemente citadas a redução da idade da menarca, iniciação sexual cada vez mais precoce, falta ou inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos anticoncepcionais, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e aos métodos anticoncepcionais, não utilização de métodos por receio que seus pais descubram que esta tendo relações sexuais, busca de confirmação da fertilidade, pensamento mágico (isto nunca vai acontecer comigo), desejo, consciente ou não de engravidar, ocorrência de gravidez na adolescência da mãe ou em familiares e pessoas próximas como modelos sociais, conflitos familiares, abuso de drogas, faltas regulares às aulas e reprovações escolares, expectativas e perspectivas educacionais e profissionais ausentes ou baixas, falta de uma comunicação aberta entre pais e filhos, etc (UNICEF 2003; BELO, 1999; AQUINO, *et al*, 2003; CARVACHO, 2005)

A partir da década de 40, tem-se observado uma redução progressiva da idade da entrada na puberdade o que acarreta um decréscimo na idade da primeira menstruação. Assim, a capacidade reprodutiva se instala mais cedo, com uma maior exposição à maternidade

precoce (aquela que ocorre antes dos 20 segundo a OMS) A competência social, no entanto, ocorre cada vez mais tarde, o que a dissocia da maturação sexual (BELO, 2001).

O comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes tem-se modificado consideravelmente desde a segunda metade do século passado, sendo possível observar que diminuição da idade à primeira relação sexual ocorreu de forma geral. Em 2001/2002, 32,8% das(os) adolescentes brasileiras(os), entre 12 e 17 anos, já haviam tido relações sexuais, sendo que 61% eram rapazes e 39%, moças. Em 2006, 33% das mulheres até os 15 anos, já haviam tido relações sexuais, valor que representa o triplo do ocorrido em 1996 que era de 11,5%. Constata-se que a maior escolaridade retarda a iniciação sexual, para ambos os sexos (PNDS 1996; UNICEF, 2002; AQUINO, *et al*, 2003; CARVACHO, 2005; PNDS 2006).

Assim como no resto do Brasil, na região Norte as mulheres estão iniciando a atividade sexual mais cedo. Em 1996, as mulheres tinham a primeira relação com 18,6 anos, em média. Em 2006, a idade caiu para 16 anos. A precocidade na vida sexual resultou no rejuvenescimento do padrão reprodutivo ocorrido na região, particularmente no quintil de menor escolaridade e mais pobre da população, (PNAD 2006). Na faixa etária de 15 a 19 anos, em 1996, 19,5% das meninas já eram mães, em 2006, o percentual aumentou para 23,9%. Em 1996, a média de idade para o primeiro filho era de 20,7 anos, enquanto que em 2006, passou a ser de 19 anos.

Muitas meninas desempenham tarefas domésticas remuneradas ou não para suas famílias, ou de terceiros, isto tem um impacto negativo na assiduidade, na deserção e na repetência escolar e além de impor risco físico oferece também maiores riscos de trabalho escravo, e abuso sexual e tem demonstrado forte associação com a gravidez precoce (AQUINO *et al*, 2003; CAVASIN *et. al*, 2006; PNDS 2006;)

A exploração sexual de crianças, adolescentes e jovens, no Brasil é expressão da desigualdade social brasileira, com impactos sobre a saúde e a vida sexual destes adolescentes, inclusive gravidez, tendo sido motivo de Uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito que teve seu relatório aprovado em 08/07/2004.

As adolescentes, em várias pesquisas conduzidas no país, em sua imensa maioria demonstram conhecimento adequado sobre os métodos anticoncepcionais e concordaram com seu uso. Praticamente todas as mulheres brasileiras em idade fértil (99,9%), inclusive adolescentes, entrevistadas pela PNDS-2006, revelaram ter conhecimento de métodos anticoncepcionais. O percentual alcança 100% entre as mulheres sexualmente ativas, entretanto a prática de uso eficiente e preventivo aparentemente não é efetiva. (PNDS, 2006; BELO,2001; CARVACHO, 2005; AQUINO, 2003).

Os resultados da presente pesquisa bem como de outras, mostrou que é urgente a adoção de práticas educativas objetivando o fortalecimento dos adolescentes para mudança de atitudes por iniciativa própria e tomada de decisões positivas.

O número de filhos por ocasião da LT, nesta pesquisa mostrou-se bastante elevado comparado com a taxa de fecundidade das mulheres brasileiras, Observou-se que 78,13% das mulheres tinham três ou mais filhos e apenas 21,41% tinham dois filhos vivos. Uma quantidade significativa (29,28%) tinha três filhos vivos e embora o número de filhos seja o motivo mais freqüentemente alegado pelas mulheres para solicitação da LT, alguns estudos revelam que as mulheres laqueadas, apresentam maior número de filhos que as usuárias de MAC reversíveis (OSIS *et al.*, 1999).

O número ideal de filhos referido pelas mulheres seja por idade, por região ou escolaridade, no Brasil, em 1986 era 2,8, em 1996 era 2,3 e em 2006, 2,1 (PNSMIPF, 1986; PNDS 1996; PNDS, 2006). Na região Norte, a taxa de fecundidade observada na PNDS (2006) foi 2,3 está em desacordo com o número de filhos desejado pelas mulheres da região que é 1,6 (PNDS, 2006). Considerando este dado e confrontando com o número de filhos vivos das mulheres pesquisadas, é possível supor que 78,72% tiveram mais filhos que o desejado (três ou mais) já que apenas 21,41% tiveram dois filhos e, portanto alcançou o objetivo reprodutivo fato que pode relacionado à baixa escolaridade da amostra.

Na série de pesquisas realizadas no Brasil (PNDS, 1986; PNDS, 1996; PNDS, 2006) constata-se que na medida em que a escolaridade aumenta, as mulheres chegam mais perto dos seus objetivos reprodutivos, e este só se concretiza para aquelas com 12 ou mais anos de estudo.

A preferência por famílias pequenas não é um fenômeno apenas brasileiro, verifica-se também em outros países a partir das últimas décadas do século passado (CARVALHO, 2003).

O intervalo entre os nascimentos (o tempo decorrido entre um parto e anterior bem sucedido) tem sido utilizado como importante fator de sobrevivência de crianças. Os peritos que estiveram presentes à reunião técnica da OMS em 2005 sobre o espaçamento entre partos foram um pouco além e recomendaram um intervalo de pelo menos 24 meses após um parto antes de se tentar outra gravidez, ou seja, o intervalo entre os partos seria de quase 30 meses (OMS, 2005).

Por outro lado, na PNDS 2006 nota-se, que apenas 25,5% das mulheres entrevistadas referiram querer ter mais filhos. Dentre estas, 71,7% e 74,8%, respectivamente, daquelas mulheres com 1 ou 2 filhos vivos referiram desejar adiar a próxima gravidez por mais de dois

anos. Para as mulheres estudadas, 28,17% dos partos ocorreram com intervalo menor que 24 meses e com intervalo entre 24 e 35 meses, ocorreram outros 25,53%. Para 21,01% dos partos transcorreu um intervalo maior que 60 meses de maneira que se demonstrou adequado para a maioria dos episódios.

6.3 Aspectos Sociais em relação aos Aspectos reprodutivos das mulheres submetidas à LT na Maternidade Municipal Mãe esperança

A idade da mulher ao iniciar efetivamente a vida reprodutiva pode ter conseqüências demográficas importantes, já que isto determinará o período de exposição à gravidez. As mulheres para as quais o parto ocorre precocemente terão um período de exposição mais longo podendo ter como conseqüência um elevado número de filhos, da mesma maneira que pode levar estas mulheres a buscar encerrar também precocemente a função reprodutiva através de um método que consideram seguro como a LT (BELO, 2001).

A repetição da gravidez na adolescência não foi objeto deste estudo, mas dados da literatura mostram presença marcante de alguns fatores no perfil das adolescentes com repetição da gravidez, semelhantes aos que favorecem a ocorrência do primeiro episódio: menarca e iniciação sexual precoce, repetência e abandono escolar, ausência de ocupação remunerada, baixa renda familiar, envolvimento com parceiros mais velhos, ter um parceiro fixo, baixo uso de anticoncepcionais, história familiar de gravidez na adolescência, reação positiva por parte da família à gravidez anterior, aborto anterior, parto anterior bem conceituado pela adolescente e o não comparecimento à revisão pós parto-anterior, etc, (PERSONA *et al.*, 2004; ROSA *et. al.*, 2009).

Uma possível relação entre idade por ocasião da laqueadura tubária e a idade por ocasião do primeiro parto constata-se comparando os resultados: Aos 29 anos estavam laqueadas 84% das mulheres que tiveram o primeiro parto entre 10 e 14 anos, 71,88% das que tiveram-no entre 15 e 19 anos, 55,67% das que tiveram o primeiro parto entre 20 e 24 anos e apenas 16,67% das que tiveram o primeiro filho entre 25 e 29 anos.

Na comparação da Taxa de Fecundidade observada no grupo estudado que é de 3,7 com a Taxa de Fecundidade Total brasileira (1,77) e mesmo da região norte (2,28) que é a maior por região, observamos uma distância abissal entre elas.

É possível constatar que o problema foi desencadeado aproximadamente há dez anos atrás quando ainda adolescentes e com baixa escolaridade, estas mulheres vivenciaram a experiência do seu primeiro parto. Os filhos tidos naquela época estão hoje entrando na

puberdade e de acordo com a literatura, a condição de mães adolescentes tende a se repetir na vida destas meninas.

Na literatura referida neste estudo, incluindo publicações de mais de uma década, verificamos que não ocorreram muitas mudanças em relação à complexa problemática da gravidez na adolescência, que continua a demandar uma atitude conjunta por parte dos pais, das escolas, dos profissionais da saúde e da sociedade como um todo. Faz-se necessário um trabalho educativo e preventivo para melhorar o entorno da vida das adolescentes e, conseqüentemente, permitir que construam seus projetos de vida com menos dificuldades. O trabalho educativo deve começar antes da puberdade, na família, e ter continuidade em parceria com as escolas e serviços de saúde, onde a educação sexual seja efetivada através de programas multidisciplinares e específicos para a população adolescente de ambos os sexos visando o fortalecimento da eficácia e da auto-estima para a tomada de decisões positivas por iniciativa própria. É imprescindível criar condições para que os adolescentes prossigam na educação formal além do ensino fundamental a fim de possibilitar construção de perspectivas e sonhos de crescimento pessoal possíveis.

Já se vão 13 anos após a aprovação da Lei do Planejamento Familiar, e a disponibilidade de métodos contraceptivos na rede pública de saúde continua baixa. As mulheres mais pobres não podem exercer de maneira plena os seus direitos à autodeterminação reprodutiva sendo a gravidez indesejada uma realidade para elas.

As alternativas para estas mulheres são mínimas ou nulas, pois existe toda esta gama de fatores perpetuando o ciclo de pobreza, restando-lhes como única opção de regulação da prole, encerrar também precocemente a função reprodutiva através da laqueadura tubária, já com o número de filhos maior que o desejado.

É possível que, com efetiva intervenção de políticas públicas inclusivas, estas mulheres possam ser inseridas em programas de escolarização e qualificação profissional para melhoria efetiva da expectativa de inserção no mercado de trabalho, obtenção de renda e conseqüente elevação da qualidade de vida, sua e de seus filhos. Para darmos conta dessa interrogação, seria necessário o seguimento destas mulheres por um período de cinco a dez anos.

Para uma visão mais apurada do contexto em que estas mulheres iniciaram sua vida sexual, afetivo relacional e reprodutiva, seria necessário realizar um trabalho de pesquisa, com entrevistas das mesmas e quem sabe transportar estas experiências para efetivação de políticas públicas abrangentes para as adolescentes de hoje, na tentativa de quebrar este perverso ciclo que está destruindo as possibilidades das nossas mulheres e crianças.

Por outro lado, observa-se que é urgente a conscientização dos homens, adolescentes e adultos, para responsabilidade reprodutiva, não deixando toda ela a cargo das mulheres como se observou neste estudo.

Desta forma, planejamento familiar, gravidez na adolescência, laqueadura tubária, educação, e direitos reprodutivos são temas que continuam atuais e não podem sair da pauta política por que apesar de existir, no Brasil, uma legislação adequada quanto aos direitos reprodutivos, muita falta para ser feita para que especialmente a camada mais carente possa ter efetivados seus direitos de cidadania.

O resultado desta pesquisa é ao mesmo tempo preocupante pelo quadro de iniquidade que nos possibilitou vislumbrar, e importante porque pode orientar intervenções efetivas para romper este ciclo vicioso e garantir a efetivação dos direitos de cidadania às mulheres, jovens, adolescentes e crianças de Porto velho.

Nesse sentido, sugerimos para Administração Municipal de Porto Velho, RO, como agenda futura, a organização de uma rede de apoio aos adolescentes com participação das Secretarias Municipais de Saúde, Educação, e Assistência Social, e das Coordenadorias Municipais de Políticas para Juventude e para as Mulheres, provimento de Métodos Anticoncepcionais reversíveis, massificação de informações nos meios de comunicação e implementação efetiva do programa Saúde e Prevenção na Escola, um projeto do Ministério da Saúde em Parceria com o Ministério da Educação. Com isso, imaginamos ser possível corrigir uma situação de iniquidade que tem sido presente na vida das mulheres e adolescentes do município de Porto Velho, e garantir-lhes o perfeito exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

7 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo permitem concluir, em relação aos aspectos sociais, que o grau de escolaridade da amostra foi muito baixo, refletindo-se na empregabilidade destas mulheres cuja principal ocupação habitual é do lar. A maioria das mulheres era jovem com idade inferior a 30 anos. A maioria era solteira e procedente da área urbana do município.

Já no que se refere aos aspectos reprodutivos conclui-se que a maioria das mulheres foi mãe adolescente, a taxa de fecundidade (3,7) demonstrou-se muito mais elevada do que a nacional (1,77) e apesar de tudo a maioria dos intervalos entre os partos mostrou-se adequada. Vale dizer que 65,31% das mulheres estudadas estavam laqueadas aos 29 anos de idade.

Os resultados desta pesquisa mostram forte influência dos aspectos sociais no padrão reprodutivo das mulheres com marcante relação entre escolaridade, idade por ocasião do primeiro parto e destas variáveis com o número de filhos por ocasião da realização da laqueadura tubária, provavelmente pela manutenção e agravamento das características sociais, econômicas e culturais que favoreceram o primeiro episódio de gravidez.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, S. J. A. C. **Aborto, planejamento familiar: aspectos jurídicos: conferência sobre população e desenvolvimento.** Revista do Instituto de Pesquisa e Estudos, Bauru, n. 15, p. 217-224, ago./nov. 1996.
- ALVES, J. A. L. A Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento e o paradigma de Huntington. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 12, ns. 1-2, jan./dez. 1995.
- ALVES, J. A. L. A. **Relações internacionais e temas sociais: a década das conferências.** Brasília: Instituto Brasileiro de Relações Internacionais, 2001.
- ALVES, J. E. D. **A Polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2002.
- ALVES, J. E. D. **As políticas populacionais e o Planejamento Familiar na América Latina e no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. 2006.
- ALVES, J. E. D. **QUESTÕES DEMOGRÁFICAS:FECUNDIDADE E GÊNERO.** Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas 2004.
- AQUINO, E. M. L.; HEILBORN, M. L.; KNAUTH, D.; BOZON, M.; ALMEIDA, M. C.; ARAÚJO, J.; MENEZES, G. **Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, p. 377-388, 2003. Suplemento 2.
- ÁVILA, M. B. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, p. 465-469, 2003. Suplemento 2.
- BACHA, Â. M. **Avaliação da Implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo no período e 1987-1990.** Tese de Doutorado apresentada ao curso de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade estadual de Campinas para a obtenção do Título de Doutor em Medicina, área de Tocoginecologia Unicamp 1997.
- BAHAMONDES, L.; PETTA, C. A.; FAÚNDES, A.; BEDONE, A., 1992. Significado do recente aumento do número de solicitantes de reversão de laqueadura em um serviço de esterilidade. **Femina**, 20:360-362.
- BANDEIRA, M. L., 1996 – Teoria da população e modernidade: o caso Português publicado em *Análise Social* vol. XXXI, 1996;
- BARBOSA, C. P.; PELLINI, E. A. J.; REIS, A. V.; SATO, M.; LESSER, R.; MARQUES, R. S.; ANTI, S. M. A., 1994. Avaliação do grau de insatisfação pós-laqueadura tubária em São Bernardo do Campo. **Reprodução**, 9:159-162.
- BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P.; VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R. A. - Epidemic of caesarean sections in Brazil. **Lancet**, 338:167-169, 1991.

BARSTED *apud* BILAC e ROCHA. **Saúde Reprodutiva na America Latina e no Caribe**. São Paulo: Editora 34, 1998.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. **Principles of biomedical ethics**. 3rd. New York : Oxford University Press, 1989.

BELO, M. A. V. **Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes**. Dissertação de mestrado apresentado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2001.

BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e parto cirúrgico à espera de uma ação exemplar. Campinas, 1993 (Trabalho apresentado no Seminário Situação da Mulher e Desenvolvimento, organizado pelo Ministério das Relações Exteriores e NEPO/UNICAMP). In: BILAC, Elisabete Dória e ROCHA, Maria Isabel Baltar da. **Saúde Sexual e Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas**. São Paulo: Editora 34. 1998a.

_____. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: BILAC, E.D.; ROCHA, M.I.B (Org.). **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas**. Campinas, NEPO/ UNICAMP, 1998b.

_____. Esterilização e raça em São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos de População / ABEP*, Vol., 11, Nº 1, jan/jun, São Paulo, 1994.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública** vol.19 suppl.2 Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800025> Acesso em: 23 ago. 2006.

BILAC, E. D.; ROCHA, Maria I. B. (Orgs.). **Saúde Reprodutiva na America Latina e no Caribe**. São Paulo: Editora 34, 1998.

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.

_____. Ministério da saúde / Secretaria de assistência à saúde Portaria nº 48 de 11 de fevereiro de 1999 Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 17 fev. 1999. Seção 1, p. 61-2

_____. Lei Ordinária 9263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de agosto de 1997, p. 17989, col. 1, 1997.a.

_____. Congresso Nacional. Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. Brasília (DF); 1993.

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

_____. **Constituição Federal**, 1988.

_____. **Resolução 196/96**. Ministério da Saúde.

_____. **Código Civil Brasileiro**. 06/12/2001.

BUGLIONE, S. **Reprodução, esterilização e justiça: os pressupostos liberais e utilitaristas na construção do sujeito de direito**. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Direito da PUC/RS. Porto Alegre, 2003.

CAETANO; ALVES; CORRÊA. **Dez anos do Cairo. Tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP); Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), Campinas, São Paulo, 2004.

CARVACHO, I. L. E. **Gestantes Adolescentes: Conhecimento sobre reprodução e percepção de acesso a serviços de saúde**. Tese de Doutorado apresentado à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Unicamp, 2005.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **69TT. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 725-733, 2003.

CARVALHO, L E. C. **Laqueadura tubária, número ideal de filhos e arrependimento**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, 2003.

CARVALHO, J. A. M.; BRITO, F., A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Rev. bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 22, n. 2, Dec. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982005000200011&lng=en&nrm=iso>. Access on 21 Apr. 2009. 69TT: 10.1590/S0102-30982005000200011.

CAVASIN, S. *et al* **Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens Versão Preliminar**. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF-2006.

CLOTET, J. Por que bioética? *Revista Bioética*, v.1, n.1, p. 14-9, 1993.

COELHO, E. A. C. *Et al* O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000.

CONGRESSO NACIONAL. CPMI – COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO. **Relatório nº 2**, 1993.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO CEARÁ - **PARECER CREMEC Nº 08/2004**

CORREIA, F.A. **Alteridade como critério fundamental e englobante da bioética**. Universidade Estadual de Campinas: 1993.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P.M.; ALVES, J. E. D. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores.** Trabalho realizado com o apoio do UNFPA-Brasil, no âmbito do Sub-programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Projeto “Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva”, coordenado pela ABEP e IBGE. Rio de Janeiro, setembro de 2003. Disponível em: <70TTP://www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf> Acesso em: 23 agosto de 2006.

CORRÊA, S. 1999 *apud* CORRÊA JANNUZZI, ALVES, 2003. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva.** Marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. Trabalho realizado com o apoio do UNFPA-Brasil, no âmbito do Sub-programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Projeto “Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva”, coordenado pela ABEP e IBGE. Rio de Janeiro, setembro de 2003.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D., **Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, jan./mar. 2006. Disponível em: [Scielo](http://scielo.org).

CREMEC – Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. 2004.

CUNHA, A. C. R. **Reflexão biotética na laqueadura tubária em mulheres com desejo de nova gestação.** Tese de doutorado, Ciências da Saúde –Área de Concentração Bioética, Universidade de Brasília, 2005.

DINIZ, M. H. **Curso de direito civil brasileiro, v. 1: Teoria Geral do Direito Civil.** 22 ed. Rev. E atual. De acordo com o novo Código Civil (Lei n. 10.406, de 10-1-2002 e Projeto de Lei n. 6960/2002).São Paulo: Saraiva, 2005.

FAÚNDES, A. – C-section scarring: risk to future reproduction. **Annals of the Xth International Congress of Gynaecology and Obstetrics.** San Francisco, USA, 1983.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **70TT. Saúde Pública** vol.7 n. 2 Rio de Janeiro Apr./June 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo> php?pid=S0102-311X1991000200003&script=sci_arttext> Acesso em: 23 ago. 2006.

FAUNDES, A. *et al* **Intervenções para a redução da mortalidade materna.** *Revista Paulista de Medicina*, São Paulo, v. 107, n. 1, p. 47-52, jan./fev. 1989.

FAÚNDES, A.; HARDY, E. **Planejamento familiar e saúde materno infantil.** *Femina*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 189-198, 1991.

FERNANDES, A. M. dos S. *et al* Seguimento de mulheres laqueadas arrependidas em serviço público de esterilidade conjugal. **Rev. 70TTP. Ginecol. Obstet.** [online], Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.69-73, mar. 2001. Disponível em: <70TTP://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 19 out. 2004.

FLAMIGNE *apud* CUNHA. **Reflexão biotética na laqueadura tubária em mulheres com desejo de nova gestação.** Tese de doutorado, Ciências da Saúde –Área de Concentração Bioética, Universidade de Brasília, 2005.

FONSECA, R. M. G. S. **Mulher, Direito e Saúde: Repensando o Nexo Coesivo**. Saúde Soc., São Paulo, V. 8, N. 2. Dez. 1999. Disponível em <71TTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412901999000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Abr. 2009.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Informação demográfica e socioeconômica – síntese de indicadores sociais, 2006. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo demográfico de 2000. Rio de Janeiro, 2002.

JONES, R. O.; NAGASHIMA, A. W.; HARTNETT-GOODMAN, M. M.; GOODLIN, R. C. – Rupture of low transverse cesarean scars during trial of labor. **Obstet. Gynecol**, 77:815-7, 1991.

LINHARES I, PITANGUY J. Esterilização: elementos para debates e proposições. In: CFEMEA. **Pensando nossa cidadania – propostas para uma legislação não discriminatória**. Brasília, CFEMEA, 1993. p. 198-203.

LUIZ, O. L; CITELI, M. T. **Esterilização Cirúrgica: lei que fica no papel** Jornal da Rede Feminista de Saúde – n. 20 – Maio 2003.

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: <71TTP://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr21-olinda.html>.

MARTINE, G. Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. **Population and Development Review** 22(1): 47-75, 1996.

MATAMALA, *apud* BILAC e ROCHA. **Saúde Reprodutiva na America Latina e no Caribe**. São Paulo: Editora 34, 1998.

MINELLA, L. S. A produção científica sobre esterilização feminina no Brasil nos anos 80 e no início dos 90: um debate em aberto. **Rev. 71TTP. Estudos Pop.**, Brasília, v.15, n.1, 1998.

MOURA, M. Aspectos **Psicológicos da Infertilidade**. Disponível em: 71TTP://www.marcosmoura.com.br/2006/08/aspectos-psicologicos-da-infertilidade.html. Acesso em: 15. Mai. 2007.

MUÑOZ, D.R.; FORTES, P. A. C. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: COSTA, S. I. F; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (ORG.) **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1998. p. 53-70.

O.M.S. **Saúde Reprodutiva de Adolescentes: Uma Estratégia para Ação**. Dez, 1993.

_____ **Report of a WHO** technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland. 13-15 June 2005..

OLIVEIRA, F. **Um Olhar Feminista sobre o Cairo + 10**, in Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil / André Junqueira Caetano, José Eustáquio Diniz Alves e Sônia Corrêa (Org.). – Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais-ABEP : Fundo de População das Nações Unidas-UNFPA, 2004.

OSIS, M. J. D.; HARDY, E. E.; SIMÕES, I. R.; VERA, S.; FAÚNDES, A., 1991. **Laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo**. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 1:195-204.

OSIS, M. J. D. et al . **Provision of voluntary surgical sterilization in the Campinas Metropolitan Area, São Paulo State, Brazil: perceptions of public health services managers and professionals**. *72TT. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, Mar. 2009 . Disponível em: <72TTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Abr. 2009.

OSIS, M. J. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **72TT Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1) 25-32, 1998.

OSIS, M. J. D. Esterilização e gravidez na adolescência: fatores inter-relacionados. In: Vieira, E. M. ; Fernandes, M.E. ; Bailey, P. ; McKay, Ver (Org.). Gravidez na adolescência. **Associação Saúde da Família**. São Paulo. 1999.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Internacional de População e Desenvolvimento** - CIPD .Cairo, 1994.

PAIVA, P. T. A.; Wajnman, S. 2005 *Revista Brasileira de Estudos de População versionPrint* ISSN 0102-3098. **Rev. 72TTP. Estud. Popul. Vol.22 no.2 São Paulo July/Dec. 2005** doi: 10.1590/S0102-30982005000200008 **ARTIGOS Das causas às conseqüências econômicas da transição demográfica no Brasil**.

PERSONA, L.; SHIMO, A. K. K.; TARALLO, Maria Celina. **Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, Oct. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500007&lng=en&nrm=iso>. Access on 23 June 2009. 72TT: 10.1590/S0104-11692004000500007.

PNSMIPF, 1986 – **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar**, 1986.

PNDS, 1996 – **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Relatório da pesquisa**, 1996.

PNDS, 2006 - **Pesquisa Nacional De Demografia E Saúde Da Criança E Da Mulher. 2006**.

PNAD, 2006 - Pesquisa Nacional De Amostra Por Domicílio. IBGE, 2006.

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

PIOVESAN, F. **Temas atuais de direitos humanos**. São Paulo: 1998.

PIRES, H. M. B. **“Impacto das Altas Taxas de Cesárea sobre a fecundidade de uma população. Um estudo de coorte retrospectivo em Campinas, Brasil.”** Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Tocoginecologia, 2000.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS – Rede Feminista de Saúde. **DOSSIE ADOLESCENTES SAÚDE SEXUAL SAÚDE REPRODUTIVA 2004**

ROCHA. M. I. B. **Política demográfica e parlamento: debates e 73TTP73açã sobre o controle da natalidade / Demographic policy and the parliament: discussions and decisions about birth control.**v Campinas; UNICAMP/Núcleo de Estudos de 73TTP73açã; 1993.

ROSA, A. J. R., Alberto O. A. e TANAKA, A. C. d'A. **Gestações sucessivas na adolescência.** *Rev. 73TTP. Crescimento desenvolv. Hum.* [online]. Abr. 2007, vol.17, no.1 [citado 23 Junho 2009], p.165-172. Disponível na World Wide Web: <73TTP://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000100017&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-1282.

SAMPAIO, M. F. A. **“Agricultura e Segurança Alimentar: análise da produção e a disponibilidade de alimentos”** Tese de Doutorado submetida à banca examinadora UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS FACULDADE DE ENGENHARIA AGRÍCOLA para obtenção do título de Doutora em Engenharia Agrícola, na área de concentração em Planejamento e Desenvolvimento Rural Sustentável, 2005.

SIMÕES, C. C. S. **A Transição da Fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas.** Fundo de População das Nações Unidas. UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. UNFPA 2006.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Apelação cível n. 59.621.015-3, 7ª Câmara Cível**, 1997.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Embargos infringentes n. 59.718.527-1, 4º Grupo de Câmaras Cíveis**, 1997.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO, EM RECURSO DE APELAÇÃO. **Apelação Cível nº 92.948-1, 4ª. Câmara**, julgado em 14.4.1988.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância.” **Situação da Infância e Adolescência Brasileiras – 2003**. Brasília: UNICEF, 2003.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância. **A voz dos Adolescentes**. 2002.

VIEIRA, E. M., 1998. O arrependimento após a esterilização feminina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (Sup. 1): 59-68.

VIEIRA, E. M. **A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.28, n.6, p.440-8, 1994.

WONG, L. A queda da fecundidade no Nordeste: uma aproximação aos determinantes, em: BEMFAM, **Fecundidade, Anticoncepção e Mortalidade Infantil**, Rio de Janeiro, Brasil: BEMFAM, 1997, p. 9–36.



Faculdades Integradas Aparício Carvalho
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Porto Velho, 12 de Novembro de 2008.

Carta: 123/ 2008 CEP

Da: Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Profa. Ms Liliane Ibara Stábeli

Para
Prof^ª Ida Perêa Monteiro

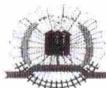
Prezada Pesquisadora,

Cumprimentando-a cordialmente, refiro-me sobre o Projeto de Pesquisa intitulado **"PERFIL DAS MULHERES SUBMETIDAS A LAQUEADURA TUBÁRIA NA MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA EM PORTO VELHO/RO"** de sua autoria foi considerado **APROVADO** na reunião do dia 11 de Novembro de 2008.

Outrossim, comunico-lhe ainda que este comitê deverá ser informado do andamento da investigação, bem como deve receber cópia do relatório final, quando de sua conclusão.

Atenciosamente,

Profa. Ms Liliane Ibara Stábeli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

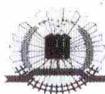
Autorização

Autorizo a Médica Ida Peréa Monteiro aluna do Curso de pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília a ter acesso aos prontuários da Maternidade Municipal Mãe Esperança, para realizar a pesquisa "PERFIL SOCIAL E REPRODUTIVO DAS MULHERES QUE REALIZARAM LAQUEADURA TUBÁRIA NA MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA NO PERÍODO DE JULHO DE 2006 A JUNHO DE 2008"

Declaro estar informada da metodologia que será utilizada na pesquisa.

Porto Velho, 01 de agosto de 2008

Sid Orleans Cruz
Secretário Municipal de saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MATERNIDADE MUNICIPAL
MÃE ESPERANÇA

Autorização

Autorizo a Médica Ida Peréa Monteiro aluna do Curso de pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília a ter acesso aos prontuários da Maternidade Municipal Mãe Esperança, para realizar a pesquisa "PERFIL SOCIAL E REPRODUTIVO DAS MULHERES QUE REALIZARAM LAQUEADURA TUBÁRIA NA MATERNIDADE MUNICIPLA MÃE ESPERANÇA NO PERÍODO DE JULHO DE 2006 A JUNHO DE 2008"

Declaro estar informada da metodologia que será utilizada na pesquisa.

Porto Velho, 01 de agosto de 2008

Márcia Oliveira Souza
Diretora Administrativa MMME



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO PARA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE*				
Nome da Unidade Hospitalar solicitante *		CNES *	CNPJ *	
Nome da Unidade Hospitalar Executante *		CNES *	CNPJ *	
DADOS DO PACIENTE*				
Nº do Prontuário*:		Cartão Nacional de Saúde (GNS)*:		
Município de Cartão SUS*:		Código do IBGE*:		
Nome do Paciente*:				
Data Nascimento*	Sexo*	Naturalidade (Cidade)*		Raça/Cor*:
/ /	(1) M (2) F			UF*
Endereço*:		Numero*	Bairro*	Telefone p/ Contato*
Município de Paciente*:		UF*	CEP*	Cód. IBGE*
Identidade/Órgão Emissor*	Registro de Nasc *	CPF*	Nome da Mãe*	
Responsável*		Documento (RG/CPF)	Telefone p/Contato*	
DADOS DA INTERNAÇÃO				
ENF.Nº	LEITO*	CATATER INT.*	DATA DA INTERNAÇÃO*	DATA DA ALTA*
			/ / HRS	/ / HRS
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO*				
Principais Sinais e Sintomas Clínicos*:				
Condições que Justificam a internação*:				
Principais Resultados de Provas Diagnosticas*:				
Diagnóstico Inicial*:		1 – CID Diag.Princ (Inicial)*		2 – CID Diag.Secundário*:
Cód.Proced.Solicitado*	() 1-Cirúrgico* () 2 – Obstetrícia* () 3 – Clin. Méd *	() 4 – FPT (Cuid.Prol.)* () 5 – Psiquiat.*		() 6 – Tisiopneu.* () 7 – Pediat. *
() 5-Psiquiat.*	() 6 – Tisiopneu.* () 7 – Pediat. *	() 8 – Reabilit.* () 9 – Hospital Dia*		
ASSUMO RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS DECLARAÇÕES E DADOS ACIMA, SOBE PENA DAS SANSÕES LEGAIS				
MÉDICO SOLICITANTE (CNS – CPF – CARIMBO/ASSINATURA)		MÉDICO DIRETOR CLÍNICO (CNS-CPF-CARIMBO/ASSINATURA)		
DATA* / /		DATA* / /		
RESPONSABILIDADE DA JUNTA AUTORIZADA				
SITUAÇÃO DO LAUDO	() APROVADO	() REPROVADO	() MUD.PROCED.	() CÓD.ORGÃO EMISSOR*:
TIPO DE PROBLEMA*:				
MÉDICO JUNTA AUTORIZADORA(CNS-CPF CARIMB./ASSINAT.)		AUTORIZAÇÃO CIRUR. ELETIVA (CNS-CPF-CARIMBO/ASSINAT.)		
DATA* / /		DATA* / /		

Obs: Todos os Campos em (*) são obrigatórios o preenchimento. 1º Via SEMUSA 2º Via Hospital



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA
PLANEJAMENTO FAMILIAR

SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA

Eu _____ registrado (a) / matricula do
SUS _____, RG nº _____, nos termos da lei
9.263 de 12/01/96, voluntariamente, desejo submeter-me à contracepção cirúrgica, sobre a
qual fui devidamente esclarecido (a).
Minha decisão foi tomada após ter recebido orientação sobre todos os métodos
anticoncepcionais existentes e saber que:

- 1 – Existem e estão disponíveis outros métodos anticoncepcionais, os quais me foram oferecidos;
- 2 – Este é um ato cirúrgico, de pequeno porte, que envolve desconforto e risco como qualquer outra cirurgia;
- 3 – este é um método anticoncepcional de caráter irreversível, portanto não poderei ter mais filhos e
- 4 – Ocasionalmente este método pode falhar;

Assinatura ou digital direito do (a) Cliente

Assinatura ou digital direito do (a) esposo (a)
Companheiro (a) ou testemunha

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

Idade do casal: Homem _____ Mulher _____
Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____ Cesárea(s): _____
Nº de Filhos vivos: _____ Idade dos filhos (mais novo): _____ (mais velho): _____
Métodos utilizados e seus efeitos: _____
Relacionamento do casal: () Estável () Instável
Patologias associadas: _____
Outros motivos (Risco reprodutivo, etc.): _____

Porto Velho ____ / ____ / ____

Responsável pelas orientações do Planejamento Familiar:



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO
MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO PARA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE*				
Nome da Unidade Hospitalar solicitante *		CNES *	CNPJ *	
Nome da Unidade Hospitalar Executante *		CNES *	CNPJ *	
DADOS DO PACIENTE*				
Nº do Prontuário*:		Cartão Nacional de Saúde (GNS)*:		
Município de Cartão SUS*:		Código do IBGE*:		
Nome do Paciente*:				
Data Nascimento*	Sexo*	Naturalidade (Cidade)*		Raça/Cor*:
/ /	(1) M (2) F			UF*
Endereço*:		Numero*	Bairro*	Telefone p/ Contato*
Município de Paciente*:		UF*	CEP*	Cód. IBGE*
Identidade/Órgão Emissor*	Registro de Nasc *	CPF*	Nome da Mãe*	
Responsável*		Documento (RG/CPF)	Telefone p/Contato*	
DADOS DA INTERNAÇÃO				
ENF.Nº	LEITO*	CATATER INT.*	DATA DA INTERNAÇÃO*	DATA DA ALTA*
			/ / HRS	/ / HRS
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO*				
Principais Sinais e Sintomas Clínicos*:				
Condições que Justificam a internação*:				
Principais Resultados de Provas Diagnosticas*:				
Diagnóstico Inicial*:		1 – CID Diag.Princ (Inicial)*		2 – CID Diag.Secundário*:
Cód.Proced.Solicitado*	() 1-Cirúrgico* () 2 – Obstetrícia* () 3 – Clin. Méd *	() 4 – FPT (Cuid.Prol.)* () 5 – Psiquiat.*		() 6 – Reabilit.* () 9 – Hospital Dia*
() 5-Psiquiat.*	() 6 – Tisiopneu.* () 7 – Pediat. *			
ASSUMO RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS DECLARAÇÕES E DADOS ACIMA, SOBE PENA DAS SANSÕES LEGAIS				
MÉDICO SOLICITANTE (CNS – CPF – CARIMBO/ASSINATURA)		MÉDICO DIRETOR CLÍNICO (CNS-CPF-CARIMBO/ASSINATURA)		
DATA* / /		DATA* / /		
RESPONSABILIDADE DA JUNTA AUTORIZADA				
SITUAÇÃO DO LAUDO	() APROVADO	() REPROVADO	() MUD.PROCED.	() CÓD.ORGÃO EMISSOR*:
TIPO DE PROBLEMA*:				
MÉDICO JUNTA AUTORIZADORA(CNS-CPF CARIMB./ASSINAT.)		AUTORIZAÇÃO CIRUR. ELETIVA (CNS-CPF-CARIMBO/ASSINAT.)		
DATA* / /		DATA* / /		

Obs: Todos os Campos em (*) são obrigatórios o preenchimento. 1º Via SEMUSA 2º Via Hospital