

HELAINÉ MARIA BESTETI PIRES

**O 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

**ORIENTADOR: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr ANÍBAL FAÚNDES**

**UNICAMP
2000**

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: HELAINE MARIA BESTETI PIRES

Orientador: Prof. Dr. JOSÉ GUILHERME CECATTI

Co-Orientador: Prof. Dr. ANÍBAL FAÚNDES

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

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

Data: 14/12/2000

Dedico esta tese...

...Wanderlaan,
pela cumplicidade e afeto ao longo dessa
e de tantas outras jornadas...

... Matheus e Pedro,
sem dúvida alguma minhas melhores “produções”,
pelo carinho e compreensão.

... meus pais, Enid e José,
pelos exemplos, carinho
e incentivo em todos os momentos

... Prof Dr José Guilherme Cecatti,
exemplo de orientador, mestre e amigo,
pelas oportunidades oferecidas, pelo estímulo à minha carreira acadêmica
e pela orientação mais do que presente nesse trabalho

Agradecimentos

Prof Dr Aníbal Faúndes, modelo de pesquisador e de professor, pelos exemplos, ensinamentos e pela co-orientação desse trabalho.

Prof Dr Bussâmara Neme, exemplo de “parteiro” e de mestre, pelo incentivo e carinho sempre presentes.

Prof Dr João Luiz Carvalho Pinto e Silva, amigo e professor, presente em momentos importantes de minha vida, pela amizade e incentivo.

Prof Dr José Carlos Gama da Silva, amigo sempre presente, pelo incentivo e estímulo constante no dia a dia, além das valiosas colaborações nesse trabalho.

Prof Dra Mary Angela Parpinelli, pelo companheirismo em quase dez anos de plantões, pela amizade e pelas colaborações na qualificação desse trabalho.

Prof. Dra Eliana Amaral, pelo estímulo ao crescimento científico, pelas oportunidades oferecidas e pelas colaborações nesse trabalho.

Dra Fernanda Surita, companheira e amiga em momentos não só acadêmicos, pela amizade, carinho e coleguismo.

Prof Dr Belmiro Gonçalves Pereira, pela amizade, carinho e incentivo.

Prof Dr Renato Passini Júnior, pelos desafios constantes e pelo exemplo de médico e docente.

Dra Maria Regina Machado, pelo carinho e amizade sinceros e sempre presentes.

Docentes do Setor de Obstetrícia que direta ou indiretamente colaboraram:

Dra Egle Cristina Couto de Carvalho

Dra Roxana Knobel

Dra Renata Zaccaria

Dr Marcelo Nomura

Prof Dra Angela Maria Bacha

Prof Dr Ricardo Barini

Prof Dr José Hugo Sabatino

Klésio Divino Palhares, pela colaboração na editoração e auxílio na apresentação.

Conceição Aparecida Silva Santos, Silmara Inês Ferraz dos Santos Silva e Luzia Gonçalves Aguiar, integrantes da “equipe de suporte da Obstetrícia”, pelo carinho, incentivo e auxílio sempre presentes.

Maria José Duarte Osis, Simone Assunta Viana e Telma de Souza, pela implementação e realização da coleta de dados.

Maria Helena de Souza, pelo auxílio na análise estatística.

Dário Aparecido da Silva e Josemar Rodrigues de Andrade, pela elaboração do banco de dados e parte da análise estatística.

Sueli Chaves, pelo auxílio na revisão bibliográfica e editoração final.

Maria do Rosário Gonçalves Rodrigues Zullo, pelo auxílio na editoração final do trabalho e da apresentação.

Ieda Nice Gonçalves, pela revisão do português.

Às mulheres, que aceitaram participar dessa pesquisa.

Aos residentes e alunos, nosso incentivo constante e diário à carreira acadêmica.

O projeto original deste estudo foi desenvolvido em 1993, em Londres, como parte do programa de pós-doutorado do orientador, na London School of Hygiene and Tropical Medicine, da Universidade de Londres, parcialmente financiado pelo CNPq. A implementação do estudo teve o financiamento da Ford Foundation, com complementação posterior da HRP/WHO para o processamento e análise final dos dados.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	
Lista de Tabelas	
Resumo	
1. Introdução	1
2. Objetivos	14
2.1. Objetivo geral	14
2.2. Objetivos específicos	14
3. Sujeitos e Métodos	16
3.1. Desenho do estudo	16
3.2. Estudo piloto	17
3.3. Definição da coorte	17
3.4. Critérios de inclusão e exclusão	18
3.4.1. Critérios de inclusão	19
3.4.2. Critérios de exclusão	19
3.5. Seguimento	19
3.6. Variáveis	20
3.6.1. Variável independente	20
3.6.2. Variáveis dependentes	20
3.6.3. Variáveis de controle	21
3.7. Materiais e documentos	23
3.8. Organização e treinamento	24
3.9. Condução do estudo	26
3.10. Processamento dos dados	29
3.11. Análise dos dados	31
3.12. Aspectos éticos	34
4. Resultados	35
4.1. Características da população estudada	35
4.2. Variáveis sociodemográficas da mulher na época do primeiro parto	37
4.3. Associação entre as variáveis sócio-demográficas atuais da mulher e a forma de término de seu primeiro parto	43
4.4. Resultados referentes aos partos subseqüentes (história reprodutiva)	45
4.5. Resultados referentes à realização de laqueadura	53
4.6. Resultados referentes ao tamanho ideal de família	56
5. História Natural da Pesquisa	58
6. Discussão	70
7. Conclusões	86
8. Summary	88
9. Referências Bibliográficas	91
10. Bibliografias de Normatizações	103
11. Anexos	104

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

CEMICAMP Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas

EP coeficiente Erro padrão do coeficiente estimado

HRP Human Reproduction Programme - Programa de Saúde Reprodutiva

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC95% Intervalo de Confiança a 95%

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

NHS National Health System

OMS Organização Mundial de Saúde

OR Odds Ratio

RR Razão de Risco

SAR Secretaria de Ação Regional

SINASC Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SPSS PC+ Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer Plus

SUS Sistema Único de Saúde

t	Teste t de Student
TTF	Taxa total de fecundidade
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organisation
χ^2	Teste do Qui-quadrado
χ^2_{trend}	Teste do Qui-quadrado para tendência

Lista de Tabelas

	Pag
Tabela 1 Razões referidas pelas mulheres para a realização de cesárea no primeiro parto	36
Tabela 2 Distribuição porcentual das mulheres por idade, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	38
Tabela 3 Distribuição porcentual das mulheres por escolaridade à época do primeiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	38
Tabela 4 Distribuição porcentual das mulheres por estado marital à época do primeiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	39
Tabela 5 Distribuição porcentual das mulheres por presença de atividade remunerada na época do primeiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	40
Tabela 6 Distribuição porcentual das mulheres por raça ou cor, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	40
Tabela 7 Distribuição porcentual das mulheres por tipo de assistência médica no primeiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	41
Tabela 8 Distribuição porcentual das mulheres por idade gestacional referida no primeiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	42
Tabela 9 Distribuição porcentual das mulheres por condições associadas à gestação e ao recém-nascido no primeiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	42

Tabela 10	Distribuição porcentual das mulheres por renda familiar atual, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	43
Tabela 11	Distribuição porcentual das mulheres por tipo de escola da criança, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	44
Tabela 12	Distribuição porcentual das mulheres por número de filhos nascidos vivos, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	44
Tabela 13	Distribuição porcentual das mulheres pela via do segundo parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	45
Tabela 14	Distribuição porcentual das mulheres por tipo de assistência médica no segundo parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	46
Tabela 15	Distribuição porcentual das mulheres por idade gestacional referida no segundo parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	46
Tabela 16	Distribuição porcentual das mulheres pela via do terceiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	47
Tabela 17	Distribuição porcentual das mulheres pela via do terceiro parto, segundo a via do segundo parto. Campinas, 1985-1995.	47
Tabela 18	Distribuição porcentual das mulheres por idade gestacional referida no terceiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	48
Tabela 19	Distribuição porcentual das mulheres por paridade, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	50
Tabela 20	Variáveis estatisticamente associadas à maior paridade da coorte pela regressão logística. Campinas, 1985-1995.	51
Tabela 21	Distribuição porcentual das mulheres pela realização da laqueadura, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	53
Tabela 22	Distribuição porcentual das mulheres por idade à realização da laqueadura, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	54

Tabela 23	Distribuição porcentual das mulheres por número de filhos à época da laqueadura, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	54
Tabela 24	Distribuição porcentual das mulheres pela via de parto para a realização da laqueadura, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	55
Tabela 25	Distribuição porcentual das mulheres pela ocorrência de gestação com a finalidade de realizar laqueadura, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	56
Tabela 26	Distribuição porcentual das mulheres por arrependimento pela laqueadura, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	56
Tabela 27	Número de filhos considerado ideal na situação atual da mulher, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	57
Tabela 28	Opinião das mulheres sobre o desejo de mais filhos e do tipo de parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.	57

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre as altas taxas de cesárea em Campinas e a fecundidade da população, história reprodutiva, realização de laqueadura e número de filhos considerado ideal. Através de um desenho de estudo de coorte retrospectivo, identificaram-se 3886 mulheres que tiveram o primeiro filho em Campinas, em 1985, e que foram entrevistadas dez anos mais tarde (1995) sobre aspectos relativos à sua vida reprodutiva. Estas mulheres foram divididas em dois grupos, de acordo com a via do primeiro parto, sendo que 1896 (48,8%) tiveram o primeiro parto por cesárea (“expostas”) e 1990 tiveram parto vaginal (“não expostas”). As variáveis sócio-demográficas e de saúde estatisticamente associadas ao primeiro parto por cesárea foram: maior idade materna, maior escolaridade da mulher, ser casada, maior renda familiar, cor/raça branca, seguro saúde por convênio ou particular, menor número de filhos vivos e condição de gemelar, pélvico ou transversa no primeiro parto. A taxa total de fecundidade estimada (pelo número médio de partos por mulher) ao final desse período de dez anos foi de 1,99 para as “expostas” e de 2,26 para as “não expostas”. A maior paridade esteve estatisticamente associada à

menor idade materna, menor renda familiar, tipo de assistência médica ao parto pelo SUS e raça não branca. Para as mulheres com o primeiro parto por cesárea, o segundo foi cesárea em 88,9% das vezes e o terceiro também em 98,2%. Ao final desse período de dez anos, 34,8% das mulheres “expostas” tinham sido laqueadas, comparadas com 18,7% das “não expostas”, tendo sido a laqueadura realizada por ocasião de uma cesárea em 90,6% das expostas e em 63,3% das “não expostas”. O primeiro parto por cesárea associou-se a um menor número de filhos considerado ideal, embora sem diferença quanto ao desejo de ter mais filhos.

1. Introdução

As altas cifras de cesáreas realizadas no Brasil não são uma novidade. Nenhum outro país no mundo tinha alcançado níveis tão epidêmicos como o Brasil, pelo menos até recentemente. Vários trabalhos e publicações referentes a esse importante problema estão disponíveis. Uma das mais antigas e importantes revisões desse assunto mostra que a incidência de cesáreas em mulheres atendidas pelo antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - responsável pelo atendimento de cerca de 75 por cento de todos os nascimentos) dobrou de 15 para 31% em apenas uma década (GRANADO-NEIVA, 1982). Apesar de o Ministério da Saúde ter identificado as elevadas taxas de cesárea como um problema real de saúde pública há muito tempo, apenas recentemente algumas medidas com possível impacto têm sido implementadas pelo Governo, mas nenhuma campanha de saúde pública com grande repercussão foi definitivamente adotada (BRASIL, 1998).

Uma lei determinada recentemente pelo Ministério da Saúde, com a intenção de reduzir a realização de procedimentos desnecessários, foi a do não

pagamento do excedente de cesáreas realizadas nos diferentes hospitais que atendam partos pelo SUS. A lei prevê, inicialmente, a restrição do pagamento até uma taxa de 50% de cesáreas; após seis meses, um teto máximo de 40%; e, após um ano, em 1999, restrição a 30% do total de partos de cada instituição (BRASIL, 1998). O impacto dessa medida merece ainda ser melhor avaliado, porém existem indícios de que possa ter contribuído para uma redução do total de cesáreas praticadas no Brasil nestes dois últimos anos (BELIZÁN et al., 1999; FESCINA, 2000).

A correlação entre pagamento do parto e taxas de cesáreas já havia sido constatada previamente, mostrando uma associação entre o aumento nas taxas e a maior remuneração do parto abdominal pelo sistema público (GENTILE DE MELLO, 1969). O real impacto da mudança da política de pagamento pelo INAMPS, na década de 80, sobre as taxas de cesáreas ainda não havia sido estudado. Uma avaliação desse problema demonstrou que essa mudança de pagamento, com igualdade para ambas as vias de parto, não levou a uma redução das taxas de cesáreas, denunciando que o fator econômico era apenas um dentre os diversos interferentes nas taxas de cesárea no Brasil (GENTILE, NORONHA FILHO, CUNHA, 1997).

Um importante estudo realizado em Pelotas, no sul do Brasil, em 1982 (BARROS, VAUGHAN, VICTORA, 1986) mostrou uma taxa global de cesárea de 28 %, uma tendência positiva relacionada à renda familiar e negativa com relação à presença de risco gestacional. Além disso, 25% de todas as cesáreas foram planejadas com antecedência. Esses achados levaram os autores a

concluir que “os médicos não estão selecionando as mulheres para cesárea primariamente por razões médicas”. Os mesmos autores seguiram essas mulheres que deram à luz em Pelotas, entre 1982 e 1986, em um estudo de coorte e encontraram uma tendência à repetição de cesárea nos partos seguintes. Para as primigestas que se submeteram a um parto abdominal (30%), o segundo e o terceiro partos se deram através de cesáreas em 80 e 99% dos casos, respectivamente (BARROS et al., 1991).

Outra revisão sobre as tendências e conseqüências das taxas de cesárea no Brasil mostrou uma incidência proporcionalmente maior em regiões mais desenvolvidas e entre mulheres mais saudáveis. Os fatores apontados como contribuidores para essa situação foram os sócio-culturais, a estrutura da atenção obstétrica com a ausência de obstetrites/parteiras, a conveniência do médico e a esterilização cirúrgica (FAÚNDES & CECATTI, 1993).

De acordo com dados da Secretaria de Saúde de São Paulo, a taxa global de cesárea para esse Estado em 1991 foi de 47,8%, sendo maior em instituições privadas, alcançando 72,5% em uma delas (SES, 1992). Dados nacionais indicavam para o ano de 1997 uma porcentagem de cesáreas para partos do SUS de 31,9%, enquanto para o total de partos do país esta taxa era de 40,2% (DATASUS, 2000). Outra avaliação do mesmo problema mostrou alguns hospitais privados do Estado de São Paulo com taxas de cesárea acima de 80% (RATTNER, 1996). Esta publicação representou também o primeiro alerta para uma tendência que vinha se confirmando nos últimos anos, a da

estabilização das taxas de cesárea no país (CECATTI, BESTETI PIRES, GOLDENBERG, 1999).

Está bem estabelecido que esse é um problema de saúde pública em vários países, não apenas naqueles em desenvolvimento, mas também nos desenvolvidos (MUYLDER, 1993). Entre os países industrializados, os Estados Unidos, Canadá e Austrália foram os líderes em taxas de cesárea durante as últimas décadas, alcançando, respectivamente, 23, 19 e 16 por cento em 1985 (NOTZON, 1990; ZAHNISER et al., 1992). As taxas de cesáreas nos Estados Unidos vêm apresentando um declínio com ligeira tendência a uma queda modesta, o que provavelmente tenha sido decorrente de algumas medidas de impacto em nível de saúde pública e esclarecimento dos profissionais (PORRECO & THORP, 1996). Independentemente do nível de cesárea atingido em cada país, existe uma aceitação quase unânime de que o número ideal de cesáreas para populações de baixo e médio risco seja de 10 a 18% (PETITTI, 1989) ou ao redor de 15% (WHO, 1985).

Este é, atualmente, um problema que muitos países e serviços estão tentando enfrentar através de medidas de organização, legislação e incentivo à prova de trabalho de parto para a obtenção de parto vaginal após uma cesárea, entre outros (SANDMIRE & DeMOTT, 1994; PAUL & MILLER, 1995; BESTETI PIRES et al., 1997; BRASIL, 1998; CECATTI et al., 2000; FRADE, 2000). Por outro lado, existem também poucos exemplos de países onde as taxas de cesárea permanecem constantes e baixas ou com pequenas variações durante

as últimas décadas, como é o caso da Inglaterra (CHAMBERLAIN, 1991; FLEISSIG, 1993), Japão e Irlanda (NOTZON, 1990).

O Brasil perdeu, recentemente, o “privilégio” de mostrar as mais elevadas taxas de cesárea no mundo, de ser o “campeão”. Na própria América Latina, o Chile, historicamente com excelentes indicadores de saúde materno-infantil, já ultrapassou as cifras brasileiras de cesárea há algum tempo, estimando-se valores de cerca de 33% (FESCINA, 2000). Estudos sobre estas novas tendências das cesáreas na América Latina, incluindo o caso específico do Chile, têm demonstrado uma associação entre a privatização da medicina e o aumento do número de cesarianas (MURRAY & PRADENAS, 1997; BELIZÁN et al., 1999). O mesmo parece estar acontecendo com alguns países asiáticos, apesar de os dados publicados confirmando esta ocorrência ainda serem escassos (CAI et al., 1998; PAI et al., 1999; VAN LERBERGHE, 2000).

A realização de cesáreas tem sido associada a várias complicações nas mulheres que a elas são submetidas. Mesmo controlando por nível social, condições relacionadas à saúde e acesso e qualidade da assistência médica, a cesárea está associada a um maior risco de complicações intra e pós-parto. Existem, por exemplo, evidências de que a mulher submetida a uma cesárea apresenta mais freqüentemente complicações hemorrágicas, infecção puerperal, acidentes anestésicos, infertilidade, recém-nascidos prematuros ou deprimidos, período de aleitamento mais curto e até mesmo óbito (PETITTI, OLSON, WILLIAMS, 1979; FAÚNDES & CECATTI, 1993; MYULDER, 1993; HEMMINKI & MERILÄINEN, 1996). Estima-se que, em condições semelhantes, a mortalidade

materna na cesárea seja de duas a 11 vezes maior que no parto vaginal (HIBBARD, 1976; PETITTI et al., 1982; MILLER, 1988; LILFORD et al., 1990; SCHUITMAKER et al., 1997; HALL & BEWLEY, 1999).

A justificativa mais utilizada no passado para as altas incidências de cesárea era a equivocada relação entre o aumento nas taxas de cesárea e o concomitante declínio das taxas de mortalidade perinatal (O'DRISCOLL & FOLEY, 1983). Indubitavelmente esse procedimento cirúrgico salva mães e fetos em determinadas situações específicas, e a restrição ao seu acesso, como em algumas regiões da África e Ásia, por exemplo, pode levar a altas taxas de mortalidade materna e perinatal (ROYSTON & ARMSTRONG, 1989; CHHABRA et al., 1992). Hoje, no entanto, parece claro que os principais fatores determinantes da queda da morbi-mortalidade neonatal foram o desenvolvimento das técnicas de terapia intensiva neonatal e a melhoria da atenção à saúde materna não necessariamente afetados pela via de parto (HIBBARD, 1976; SHEARER, 1993). Mas, certamente, este não é o caso da maioria dos países ocidentais, onde as taxas de cesárea continuam aumentando.

Nos dias atuais, uma em cada cinco mulheres norte-americanas dá à luz por cesárea. Essa constatação, por si só, já deveria ser uma questão melhor analisada pelas possíveis repercussões sobre a saúde das mulheres, além das repercussões econômicas (MYERS & GLEICHER, 1988; ROSEN, DICKINSON, WESTHOFF, 1991). Se isso é verdade para um país desenvolvido como os Estados Unidos, é de se imaginar que as implicações sejam ainda mais evidentes para o Brasil, onde uma em cada três gestantes (e, em algumas regiões, uma

em cada duas ou, ainda, duas em cada três) têm seu parto por cesárea (FAÚNDES & CECATTI, 1993; BESTETI PIRES, 1996).

São múltiplas as razões pelas quais existe um aumento generalizado nas taxas de cesárea no mundo. Uma delas, apontada por diversos autores, é o fator relacionado ao médico, geralmente explicado pela necessidade de se reduzir o tempo gasto e aumentar a remuneração, além da falta de treinamento adequado em Obstetrícia (BARROS et al., 1986; GOYERT et al., 1989; FAÚNDES & CECATTI, 1993; LOCALIO et al., 1993; KEELER & BRODIE, 1993; GRUBER & OWINGS, 1996).

Fatores clínicos e não clínicos têm sido também considerados como razões importantes para as cesáreas de repetição (GOLDMAN et al., 1990; STAFFORD, 1991). Outro menos comum, porém não menos importante, pelo menos no Brasil, onde o parto abdominal parece ser uma moda, é a expectativa da mulher. Parece clara a tendência de que a realização de uma cesárea na atualidade vem deixando de ser um procedimento médico, tornando-se mais uma prática “da moda”. A decisão de se fazer ou não uma cesárea transcende o fator “necessidade” e envolve muito mais o fator “vontade”, seja por parte das mulheres, seja dos médicos que as atendem (SOUZA, 1994; RATTNER, 1996; BESTETI PIRES, 1996; CECATTI et al., 1999). Apesar de não existirem muitos dados a este respeito para o Brasil, estudos em países desenvolvidos mostram que uma significativa porcentagem de cesáreas eletivas é realizada a pedido das mulheres. No Reino Unido, por exemplo, um estudo mostrou que 18% de

todas as cesáreas eletivas foram realizadas pela solicitação da gestante (ATIBA et al., 1993; GRUBER & OWINGS, 1996).

Além dessas repercussões da cesárea, os custos associados à sua realização são bastante elevados. Dados de 1987 estimaram que 475 mil cesáreas obstetricamente desnecessárias foram realizadas nos Estados Unidos, levando a 100 mortes maternas, cerca de 25 mil infecções maternas severas e mais de um milhão de diárias hospitalares, resultando em um custo de mais de um bilhão de dólares (SHEARER, 1993). Em nível nacional, FAÚNDES & CECATTI (1993) estimaram que cada 1% de incremento nas taxas de cesáreas, não justificadas clinicamente, demanda um custo de mais de quatro milhões de dólares em termos de assistência médica hospitalar materna e neonatal. Outros dados analisados em nível de Brasil demonstram que algo entre 120 mil e 558 mil cesáreas desnecessárias são realizadas anualmente, tendo o SUS gasto, em 1995, um valor entre 17,8 e 83,4 milhões em atendimentos obstétricos injustificados, sem se levar em conta os gastos induzidos por prematuridade iatrogênica (SILVER, 1996).

Houve, entretanto, uma forte evidência de que a demanda por esterilização cirúrgica tenha sido um dos mais fortes determinantes da realização de cesáreas desnecessárias no Brasil (IBGE, 1986; FAÚNDES & CECATTI, 1993; LUIZ & CITELI, 2000). É importante ressaltar que esse método irreversível de contracepção é muito popular no país, sendo utilizado por 27,3% de todas as mulheres em 1996 (PNDS, 1996). Apenas recentemente tem sido fiscalizada sua utilização no momento do parto, buscando coibir o uso abusivo de partos

cirúrgicos realizados exclusivamente com a finalidade de proceder à esterilização (BRASIL, 1997). Anteriormente, porém, uma maneira de “legalizar” a sua utilização era através da realização de uma cesárea desnecessária. Em algumas populações, a ligadura tubárea foi realizada em 15 a 41% de todas as cesáreas (BARROS et al., 1986; HARDY et al., 1993). Uma pesquisa nacional a domicílio sobre demografia e saúde encontrou que 40,2% das mulheres brasileiras em idade fértil e em união estavam laqueadas e que aproximadamente três quartos de todas as ligaduras tubáreas foram realizadas no momento do último parto (PNDS, 1996). Considerando que a laqueadura pós-parto não é muito difundida no Brasil, possivelmente a maioria desses procedimentos tenha sido realizado durante uma cesárea.

Enquanto as taxas de cesárea no Brasil continuam ou continuaram aumentando, em algumas regiões do país a situação alcançou uma cifra na qual mais da metade dos nascimentos ocorre ou ocorreu através de um parto abdominal. Este é o caso específico do município de Campinas, por exemplo, onde, em 1998, 53,6% dos partos se deram através de cesárea (DATASUS, 2000). Nesta situação, é obrigatório pensar-se no efeito dessa situação sobre a fecundidade dessas mulheres ou sobre o impacto na fecundidade da população de uma maneira geral (FAÚNDES, 1986; MUYLDER, 1993). Aceita-se que não mais do que três ou quatro cesáreas possam ou devam ser realizadas em uma mulher pelos riscos de ruptura de uma cicatriz de cesárea, entre outros (FAÚNDES, 1983; FAÚNDES et al., 1988; JONES et al., 1991; HEMMINKI & MERILÄINEN, 1996). Este fato parece ser particularmente aceito no Brasil,

onde a esterilização cirúrgica é quase que automaticamente realizada em uma mulher que se submeta a uma segunda ou terceira cesárea, até mesmo independente de sua vontade. De acordo com dados publicados por BARROS e colaboradores (1991), a laqueadura tubárea foi realizada na segunda e terceira cesáreas em 23 e 84%, respectivamente.

Tal fato poderia não ter qualquer efeito significativo em uma população com uma taxa de fecundidade total baixa (TFT ao redor ou abaixo de 2), mas poderia ter um efeito notável na fecundidade de uma população com uma TFT relativamente alta, como era o caso do Brasil há mais de dez anos atrás. Mais do que isso, hipoteticamente o efeito poderia ser mais intenso quanto maior fossem a taxa de cesáreas e a fecundidade da população. Durante os últimos vinte anos, houve um importante decréscimo na fecundidade no Brasil, particularmente nas áreas mais desenvolvidas, o que não seria talvez totalmente explicado apenas pelo uso de métodos contraceptivos reversíveis. Existem alguns estudos mostrando um importante declínio na fecundidade no Brasil de 5.8 para 3.3 entre 1970 e 1985 (RUTEMBERG & FERRAZ, 1988) e para 2,4 em 1996 (DATASUS, 2000).

Em Campinas, uma cidade bem desenvolvida, dados coletados rotineiramente mostram um decréscimo na taxa de nascimentos de 29 por 1000 em 1982 para 18,7 por 1000 em 1990, somando uma redução de 36% em apenas oito anos. A TFT para Campinas em 1982 era de 3,3 e a de 1996 era de 2,15 (SEADE, 1984; SEADE, 1993; DATASUS, 2000).

O fenômeno de queda da fecundidade da população ao longo do século 20 parece ser uma constante em todo o mundo. Dados norte-americanos referentes à década de 90 mostram uma queda da taxa de gravidez de 115,6/1000 em 1990 para 104,7 em 1996 (VENTURA et al., 2000). Com relação à taxa de fecundidade da população norte-americana, houve um decréscimo importante, de níveis de 3,8 na época do pico de nascimentos em meados do século, para 1,8 na última década, sendo que em alguns Estados americanos ela se encontra em níveis de 1,5. Os fatores associados a essa queda são diversos e entre eles se destaca o uso de medidas contraceptivas, com grande destaque à esterilização cirúrgica como método anticoncepcional (WESTOFF, 1986), reforçando a hipótese de que a laqueadura esteja muito relacionada à queda da fecundidade também em nosso meio.

A redução da fecundidade na população brasileira não ocorreu de forma homogênea entre as mulheres de distintas idades, estando associada ao comportamento das mulheres adultas, uma vez que o Brasil tem experimentado forte aumento do fenômeno de gravidez na adolescência, a exemplo do que vem ocorrendo em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento (PNDS, 1996; MMWR, 1997; CURTIN & MARTIN, 2000).

A hipótese de que as altas taxas de cesárea pudessem determinar um decréscimo na fecundidade da população, após um período de latência, foi colocada pela primeira vez em 1986 (FAÚNDES, 1986). Se essa hipótese for correta, as altas taxas de cesárea poderiam ser um importante fator levando à atual situação da fecundidade brasileira (DATASUS, 2000). Além do mais, os

padrões de fecundidade das mulheres brasileiras associados ao tipo de parto são desconhecidos. Apesar de não existirem dados recentes e reais, estima-se que em áreas desenvolvidas do Brasil a TFT caiu dramaticamente para cerca de dois em um curto intervalo de tempo. Essas são exatamente as mesmas áreas nas quais a incidência de cesáreas esteve continuamente aumentando na última década.

Embora existam poucos estudos explorando esta associação entre o aumento das taxas de cesárea e o declínio da fecundidade no mundo, em diferentes contextos, os poucos que existem indicam exatamente na mesma direção, tanto para os Estados Unidos (GRUBER & OWINGS, 1996) como para a Escócia (HALL et al., 1989). No mesmo sentido, um estudo finlandês de revisão de oito estudos de coorte sobre reprodução e fecundidade mostrou uma redução da fecundidade depois da realização de cesárea (HEMMINK, 1996).

Essa associação entre a incidência de cesáreas e o nível de fecundidade de uma população tem sido pouco investigada. Existe uma aceitação de que as altas taxas de cesáreas têm um efeito deletério sobre a saúde materna e perinatal. Além disso, é infreqüente o achado de uma quarta ou quinta cesárea, enquanto um quarto ou quinto parto vaginal em populações com taxas de fecundidade relativamente altas, principalmente em países em desenvolvimento, podem ser encontrados com relativa facilidade.

Por esse motivo, a hipótese prévia (FAÚNDES, 1986) de que uma incidência muito alta de cesárea pudesse levar a um significativo decréscimo no

número total de filhos para uma população específica (como o caso da maior parte do Brasil hoje), parece bem plausível.

Essa hipótese se baseia em algumas premissas que parecem ser válidas, como previamente discutidas, ao menos para algumas partes do Brasil. A primeira é a da alta incidência de cesáreas, de aproximadamente cinquenta por cento de todos os nascimentos ou mais. A segunda é a da maior incidência entre primigrávidas do que entre o total de gestantes (PETITTI et al., 1979; BARROS et al., 1986). A terceira é a de que, em termos práticos, é verdadeiro o aforisma “uma vez cesárea, sempre cesárea”. A quarta e última é a de que a ligadura tubárea tem sido quase sistematicamente realizada no momento da terceira cesárea.

Se for possível provar este modelo teórico com números reais, ou pelo menos as premissas que ele envolve, haverá importantes implicações para a saúde (atenção obstétrica) e políticas de saúde, dando uma nova visão dos padrões de fecundidade da população brasileira.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar a associação entre as altas taxas de primeira cesárea em uma coorte de mulheres de uma região desenvolvida do Brasil (Campinas) e a taxa de fecundidade desta população num período de dez anos.

2.2. Objetivos específicos

1. Identificar uma coorte de mulheres que teve seu primeiro parto no município de Campinas, em 1985, a via deste parto e as razões referidas pelas quais a cesárea foi realizada.
2. Avaliar nos grupos com primeiro parto por cesárea ou vaginal algumas variáveis sócio-demográficas e de saúde no momento do parto (idade materna, estado marital, nível educacional, tipo de seguro, etc.) e atuais (renda familiar, tipo de escola freqüentada pela criança, número de filhos vivos).

3. Avaliar qual a média de partos que cada mulher teve em ambos os grupos no final de dez anos, controlando por possíveis variáveis confundidoras.
4. Estudar, em cada grupo, o tipo de parto de cada nascimento subsequente e algumas características associadas.
5. Avaliar em cada grupo se, quando e como foi feita uma laqueadura tubárea.
6. Avaliar qual a proporção das mulheres que acreditam ter atingido seu tamanho de família ideal (número de filhos).

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Este foi um estudo de coorte retrospectivo de mulheres que tiveram seu primeiro parto em 1985, em Campinas, separadas em dois grupos, de acordo com o tipo desse parto, em expostas (cesárea) e não expostas (vaginal) e entrevistadas 10 anos depois (em 1995). A taxa de fecundidade e outras variáveis reprodutivas foram consideradas para ambos os grupos, ao final desse período de dez anos.

Baseados nas projeções dos dados do censo de 1980, Campinas tinha cerca de 730.000 habitantes em 1982 (SEADE, 1984) e cerca de 180.000 mulheres em idade reprodutiva. Nesse mesmo ano, Campinas teve cerca de 18.000 nascimentos (SEADE, 1984). Isso pode corresponder a um número estimado de primeiros nascimentos ao redor de 4.500 (aproximadamente um quarto do total). Assumindo que se pudesse perder aproximadamente 25% desses casos devido a razões mencionadas mais tarde, haveria, ainda assim, uma coorte de cerca de 3400 mulheres dando à luz ao seu primeiro filho em 1985.

3.2. Estudo piloto

Um estudo piloto foi planejado para checar a validade das propostas feitas durante o desenho do estudo, assim como testar o questionário e toda a seqüência de procedimentos do estudo. Com o mesmo grupo de pesquisadores, e envolvendo seis grandes escolas (uma privada e cinco públicas de diferentes áreas da cidade), realizou-se em Campinas o estudo piloto; 120 mulheres que preencheram os critérios de inclusão (adaptados para o ano de 1984) foram identificadas e incluídas nesse estudo. Os resultados iniciais deste piloto puderam ser cuidadosamente analisados e discutidos por todo o grupo, a fim de corrigir alguns erros ou inconsistências detectadas durante essa fase. Este estudo piloto durou menos que um mês.

3.3. Definição da coorte

Todas as mulheres que tiveram seu primeiro parto em Campinas entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 1985 e que residiam em Campinas eram elegíveis para serem incluídas na coorte.

Decidiu-se que a maneira mais apropriada de constituir essa coorte seria identificar as crianças entre dez e onze anos de idade, que tivessem nascido em 1985 e estivessem freqüentando qualquer escola da cidade.

Considerando as razões pelas quais as mulheres não poderiam ou aceitariam participar do estudo, decidiu-se estimar uma perda de 25 por cento

da coorte original. Com essa estimativa de 25 por cento de perda do total da coorte, seria recomendável obter a representatividade da amostra obtida. Isto não é fácil de se fazer. Se uma comparação entre taxas e proporções obtidas dos dados da coorte (i.e, incidência de cesárea, taxa de fecundidade, distribuição das mulheres segundo algumas categorias de entrada, etc.) e daqueles obtidos de toda a população de Campinas durante esse período, revelasse uma diferença insignificante, então estaria justificado o método proposto para selecionar a amostra.

Uma vez realizado que o estudo piloto, as taxas de cesáreas e partos vaginais foram estimadas e a amostra do estudo recalculada. Se necessário, mulheres que tiveram seu primeiro parto em 1986 seriam também incluídas. Esse procedimento não se fez necessário, visto ser a amostra estimada menor que o número de mulheres que se identificou através dos procedimentos descritos.

Sendo assim, o problema mais importante a solucionar foi como identificar os sujeitos a serem entrevistados. A única maneira de garantir que perdas de seguimento não colocassem vieses no estudo foi assegurar que elas se limitassem a um mínimo. Todos os esforços então foram feitos para se tentar localizar a coorte apropriada de sujeitos, de modo a obter os resultados mais válidos.

3.4. Critérios de inclusão e exclusão

Para se decidir quais mulheres selecionadas tomariam parte da coorte de expostas e não expostas, foi necessário ter uma boa medida da exposição,

caso contrário erros poderiam enviesar a magnitude da exposição. Nesse caso, a exposição ou método de nascimento do primeiro filho poderia ser provável e corretamente relatada. Além do mais, é uma variável binária - ou a mulher tem um parto cesáreo ou um vaginal. A partir dessa informação, as mulheres foram alocadas em um dos dois grupos.

Os critérios de inclusão e exclusão para a admissão das mulheres ao estudo foram os seguintes:

3.4.1. Critérios de inclusão

- ? Mulheres vivas e residentes em Campinas que tiveram seus primeiros partos ocorrendo entre 01/01/85 e 31/12/85 em Campinas.

3.4.2. Critérios de exclusão

- ? Mulheres que, após várias tentativas, não puderam ser encontradas e entrevistadas.
- ? Mulheres que se recusaram a participar do estudo.
- ? Mulheres severamente doentes, mental ou fisicamente, com seqüelas que impediram a entrevista.

3.5. Seguimento

Já que se trata de um estudo retrospectivo, o seguimento foi baseado na lembrança dos aspectos pessoais e reprodutivos da vida da mulher durante a

entrevista individual. Esta foi realizada por uma entrevistadora do sexo feminino, previamente treinada para esse fim. A lembrança deveria cobrir um período de dez anos. Entretanto, os pontos sobre os quais a mulher foi questionada supostamente eram tão importantes nas suas vidas que dificilmente poderiam ser esquecidos e não seriam afetados pelas lembranças individuais das mulheres expostas e não expostas.

Por ser retrospectiva a natureza do estudo, as mulheres, uma vez nele introduzidas, não foram mais excluídas e não houve perda de seguimento.

3.6. Variáveis

3.6.1. Variável independente

- ? Método de nascimento do primeiro filho: duas categorias foram consideradas: vaginal e cesárea.

3.6.2. Variáveis dependentes

- ? Número de nascimentos durante os últimos dez anos. Este não incluiu o número de abortos que a mulher teve. Apenas nascimentos após 28 semanas de gestação (pesando mais de 1 Kg), independente das condições de vitalidade do feto. Esta é uma variável numérica com nove categorias: de 1 a 9.
- ? Método de nascimento para cada nascimento subsequente após o primeiro. Duas categorias: vaginal ou cesárea.

- ? Idade gestacional referida: foram admitidas quatro categorias: 6, 7, 8 e 9 meses. Considerou-se prematuridade a idade gestacional referida menor que 9 meses.
- ? Laqueadura tubárea: realização de esterilização cirúrgica na mulher no momento em relação ao parto (inclui intracessárea e procedimentos pós-parto). Categorias: “sim” (e a ordem de nascimento do respectivo parto), “não” e “desconhece”.
- ? Tamanho ideal de família. Cada mulher foi questionada se o número de filhos que ela e seu marido tiveram neste período de dez anos era considerado o ideal. As seguintes categorias foram consideradas: sim, não, não sabe e não pensou.
- ? Justificativa médica (indicação) para realizar uma cesárea no primeiro parto. Esta é uma questão aberta na qual se questionou a mulher sobre a razão que o médico lhe deu para este procedimento. As respostas foram mais tarde agrupadas em categorias conforme as variações.
- ? Cesáreas previamente agendadas. As mulheres que tiveram o primeiro parto por cesárea foram questionadas se o procedimento foi agendado previamente ou não. Um procedimento agendado previamente significou ter havido um acordo entre a mulher e o médico, antes do trabalho de parto.

3.6.3. Variáveis de controle

- ? Idade materna: idade de cada mulher no momento do primeiro parto, de acordo com a informação dela. Os seguintes valores foram incluídos: de 10 a 49 anos de idade.

- ? Estado marital: situação da mulher estando sozinha ou com um companheiro. Cinco categorias foram admitidas: solteiras, casadas, amasiadas, separadas/divorciadas e viúvas.
- ? Cor ou raça, classificada pela própria mulher. Categorias: branca, preta/negra, parda, amarela e outras.
- ? Renda familiar: renda familiar atual, medida pelo número de salários mínimos recebidos mensalmente (como definido nacionalmente).
- ? Escolaridade da mulher: número de anos de escola formal freqüentada ou concluída, no momento do primeiro nascimento. As seguintes categorias foram consideradas: sem escolaridade, primário, ginásial, colegial e superior.
- ? Tipo de seguro saúde da mulher: instituição responsável pelo pagamento dos cuidados maternos na época do parto. Três categorias foram admitidas: SUS, convênios e particulares.
- ? Tipo de escola freqüentada pela criança. Três categorias foram admitidas: municipal, estadual e particular.
- ? Condição médica que pudesse influenciar o modo do primeiro parto. Qualquer condição relacionada à saúde que aparecesse antes ou durante a primeira gestação e que pudesse facilmente associar-se à cesárea: hipertensão, diabetes, hemorragia durante o trabalho de parto, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, etc.

Para cada uma dessas variáveis foram identificados códigos específicos para valores desconhecidos ou ignorados.

3.7. Materiais e documentos

Alguns materiais e documentos, incluindo o questionário, foram desenvolvidos e testados em um estudo piloto. Eles foram desenvolvidos pelo grupo de pesquisadores do CEMICAMP, durante as primeiras fases do estudo e incluíram:

- ? uma folha contendo algumas informações essenciais acerca do estudo e que foi dada aos diretores das escolas e para alguns pais interessados (Anexo 1).
- ? Material de treinamento para assistentes de pesquisa e supervisoras (Anexo 2).
- ? Material de treinamento para as entrevistadoras (Anexo 3).
- ? Material para cada equipe de pesquisa: lista das escolas contendo endereço, nome do diretor e alguns detalhes acerca da escola; folha a ser preenchida com o nome das mulheres entrevistadas, seus filhos, seus endereços e o nome da entrevistadora (Anexo 4).
- ? Carta a ser enviada para a mãe da criança selecionada na escola (Anexo 5).
- ? Questionário contendo uma história reprodutiva detalhada da mulher e questões acerca das informações necessárias, de acordo com a exposição, resultados e variáveis confundidoras (Anexo 6).
- ? Carta de agradecimento para ser enviada ao diretor da escola após a completa coleta dos dados daquele local.

3.8. Organização e treinamento

Diagrama da estrutura organizacional

N	Posição	Escolaridade/formação	Local de trabalho
1	Investigador principal	Epidemiologista/médico	UNICAMP/CEMICAMP
1	Coordenador pesquisa	Médico/ Cienc. Social	CEMICAMP
2	Assistente pesquisa	Enfermeira/ Cienc. Social	CEMICAMP
6	Supervisor de pesquisa	Enfermeira/ Cienc. Social	Escolas
18	Entrevistadoras	Estudantes Universitárias	Escolas
2	Digitadores	Colégio	CEMICAMP
1	Estatístico	Estatístico	CEMICAMP
1	Analista de sistema	Ciências computação	CEMICAMP
1	Secretária	Colégio/ bilíngüe	CEMICAMP

A equipe de pesquisa para esse estudo consistiu de diferentes pessoas com diferentes graus de instrução e experiências. Elas estão listadas no diagrama organizacional acima. O investigador principal foi um médico com formação em epidemiologia e o coordenador da pesquisa, um cientista social. Os assistentes de pesquisa foram também cientistas sociais. As supervisoras de pesquisa e as entrevistadoras foram profissionais da área de Ciências Sociais e/ou estudantes universitárias do sexo feminino, especialmente selecionadas e treinadas para esse estudo. Dois digitadores que já trabalhavam na instituição foram também utilizados. Além disso, a ajuda e a cooperação de outros funcionários do CEMICAMP e UNICAMP, incluindo estatístico, epidemiologista, pesquisadores de ciências sociais, obstetras, analista de sistemas, treinadores de pesquisa,

enfermeiras, secretárias, motoristas e pessoal administrativo também estiveram disponíveis. A lista dos profissionais envolvidos com o estudo está no Anexo 7.

O grupo da pesquisa foi dividido em seis equipes para conduzir as atividades nas escolas. Cada equipe consistiu de uma supervisora e três entrevistadoras e foi responsável pela coleta de dados de aproximadamente um sexto do total de escolas de Campinas.

Um treinamento específico foi realizado com as assistentes de pesquisa, supervisoras e entrevistadoras. A instituição coordenadora tem pessoas especialmente capacitadas para treinar e desenvolver materiais com propósitos de pesquisa. Elas planejaram o treinamento para todos os grupos, assim como desenharam o material necessário, previamente ao estudo piloto. Cada treinamento durou uma semana. O primeiro treinamento foi dado para aproximadamente dez pessoas previamente selecionadas para as posições de assistentes de pesquisa e supervisores. O segundo treinamento foi oferecido a 36 entrevistadoras elegíveis, 18 das quais foram selecionadas. O recrutamento de candidatas a supervisoras e entrevistadoras foi realizado através de anúncio publicado nos jornais locais, solicitando comparecimento ao CEMICAMP para inscrição, entrevista e agendamento de treinamento. Após a seleção final e antes de iniciar a coleta de dados, um segundo treinamento de reforço foi realizado para corrigir as possíveis dúvidas e detectar erros durante o estudo piloto.

3.9. Condução do estudo

O estudo foi conduzido pela equipe de pesquisa do CEMICAMP e do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas. Suporte científico foi fornecido também por um consultor, epidemiologista, membro da London School of Hygiene and Tropical Medicine, na Inglaterra. A duração total do estudo foi de dezoito meses.

A escola primária no Brasil opera com um calendário de dois períodos, com duração de quatro meses e meio cada. Existem algumas variações dependendo do tipo de escola (municipal, estadual ou particular). O primeiro período começa em meados de fevereiro e termina ao final de junho. O segundo vai de agosto à metade de dezembro. Estes foram os períodos utilizados para a coleta de dados. Embora estimativas indicassem que Campinas tivesse cerca de 120 escolas primárias (SEADE, 1993), na verdade esse número é bem maior, chegando a 220. Elas foram cobertas durante um desses períodos (preferencialmente o segundo), o que significou cerca de 40 escolas por mês. O período total de trabalho em cada escola foi de quatro dias. Mais quatro dias foram dados às mães para fazer acordos com seus trabalhos e famílias e virem à escola. Cada uma das seis equipes de pesquisa avaliou cinco escolas por mês. Cada escola foi visitada no mesmo dia de cada semana.

No caso de escolas menores, que solicitaram menos tempo de pesquisa, a equipe se deslocou para a escola seguinte designada para elas. Escolas de diferentes tamanhos, porém na mesma região da cidade, foram designadas para

a mesma equipe de pesquisa, a fim de minimizar o trabalho de deslocamento e tentar visitar mães que não puderam comparecer à escola.

Campinas tem um sistema de serviços públicos relativamente bom. Houve uma integração entre eles. Autorização da Secretaria de Educação foi obtida através da Secretaria de Saúde da cidade para se poder realizar o estudo, já que a primeira controla todas as escolas públicas e privadas da cidade. Uma lista completa de todas as escolas primárias foi fornecida por ela, com endereço, telefone e nome dos diretores.

Uma carta da Secretaria de Educação foi enviada a cada escola, informando sobre o estudo e solicitando a sua cooperação. Os assistentes de pesquisa contataram previamente os diretores de cada escola para fornecer explicações adicionais sobre o estudo e acertar a primeira visita da equipe de pesquisa.

Na escola, a supervisora de pesquisa explicou novamente ao diretor e a qualquer pessoa interessada todos os detalhes relativos ao estudo. Ela explicou que a pesquisa tratava de aspectos da vida reprodutiva e de saúde materna, mas não revelou a principal hipótese do estudo, relacionada à cesárea, que ela também desconhecia. A equipe examinou todas as fichas de matrícula dos estudantes e selecionou aquelas de crianças nascidas em Campinas, em 1985, preenchendo para isso um formulário específico (Anexo 4).

Uma carta foi então enviada às mães, levada por cada uma das crianças assim identificadas, para ser lida, assinada e retornada à escola nos próximos

dias. Aquelas que tivessem filhos mais velhos na mesma escola foram imediatamente excluídas. Esta carta perguntava às mães se a criança selecionada era seu primeiro filho. Se a resposta fosse afirmativa, ela era convidada a vir à escola com um tempo disponível, a fim de responder um questionário com algumas questões. A mesma carta também mencionava que os custos de passagens de ônibus seriam reembolsados durante a entrevista, se necessário. Nenhum outro incentivo financeiro lhes foi oferecido.

As fichas de matrícula dos estudantes continham informações sobre a profissão e escolaridade dos pais. Esta informação serviu para afastar possíveis situações embaraçosas de se enviar uma carta a uma mulher analfabeta. Este não é, contudo, um problema freqüente em Campinas. Para o Estado de São Paulo, a proporção de mulheres analfabetas acima de 15 anos era de cerca de 8 por cento em 1997 (DATASUS, 2000). Foi razoável estimar que esta porcentagem fosse menor para o município de Campinas. Nestes casos, ou quando a mãe não pode vir à escola, uma entrevistadora daquela equipe tentou localizar e entrevistar a mulher em casa. Cada passo desse primeiro formulário foi lido a ela, e se aplicável, uma entrevista foi conduzida. As mulheres foram procuradas em casa apenas após a criança ser questionada sobre a localização e tempo mais conveniente para a visita.

Presumivelmente, a maioria das mulheres iria às escolas de seus filhos em algum momento, seja para deixá-los ou pegá-los ao final do período. Uma visita à escola não representaria um grande problema para essas mulheres. Para aquelas que não pudessem ou fossem incapazes de ir à escola, outras

alternativas foram utilizadas, como a entrevista domiciliar, no trabalho e até mesmo, para alguns poucos casos selecionados, por telefone.

Quando a equipe de pesquisa completava o trabalho naquela escola, uma carta de agradecimento assinada pelo investigador principal era enviada ao diretor da escola.

3.10. Processamento dos dados

O supervisor de cada equipe foi responsável pela revisão inicial de cada questionário completo. Todos os supervisores, juntos com a equipe central, reuniram-se semanalmente para revisar os questionários corrigidos na semana prévia e discutir alguns detalhes, estratégias e problemas. Então, os questionários corrigidos foram checados mais uma vez pelo centro coordenador e os dados foram digitados duas vezes em um arquivo de computador, por dois digitadores diferentes. Quando os dados estavam completos, ambos os arquivos foram checados a fim de se detectar inconsistências nos dados. O coordenador da pesquisa e o investigador principal foram responsáveis pela supervisão da equipe de pesquisa, análise dos dados e seguimento.

Quando erros ou respostas incompletas foram descobertos no questionário, eles o devolviam à entrevistadora, que seria responsável por contatar a mulher e obter a informação apropriadamente coletada. Além do mais, houve um sistema de checagem simples da qualidade dos questionários. Uma amostra dos questionários, igualmente dividida entre as entrevistadoras responsáveis,

foi conferida pelas assistentes de pesquisa ou coordenadora de pesquisa, que foram até os endereços, para procurar a mulher. Ela lhes explicou que estava checando os dados e lhes pediu para responder ao questionário novamente. Ambas as versões foram cruzadas e checadas. Não houve discrepâncias significativas entre as respostas obtidas pelo controle de qualidade e aquelas das entrevistas originais.

Este procedimento, relativamente simples, foi seguido para as questões pré-codificadas do questionário. No entanto, para as perguntas textuais, outro procedimento foi seguido. Após a completa coleta dos dados, selecionou-se, inicialmente, uma amostra aleatória de 20% do total de questionários preenchidos. Separadamente, para cada questão textual, todas as respostas foram digitadas. Uma assistente de pesquisa especialmente treinada para esta atividade tentou identificar os conceitos embutidos em cada conjunto de respostas, agrupando-as em códigos. Um segundo assistente de pesquisa revisou o trabalho do primeiro, discutindo com o grupo da pesquisa os pontos polêmicos. Criou-se, desta forma, um conjunto de códigos para cada pergunta textual que passou a integrar, juntamente com instruções operacionais, o “Manual de Codificação das Questões Textuais” da pesquisa. Com ele, o grupo de assistentes e pesquisadores voltou ao questionário e codificou as questões textuais para a totalidade dos questionários. Estes códigos foram então digitados duplamente, corrigidos e passaram a constituir novo banco de dados, só para as questões textuais.

3.11. Análise dos dados

A abordagem de análise, segundo os objetivos do estudo, consistiu basicamente de:

- 1) Cálculo da proporção de cesáreas realizadas por ordem de nascimento.
- 2) Cálculo da média do número de nascimentos em cada grupo “exposto” e “não exposto”, ajustando para variáveis potencialmente confundidoras.
- 3) Comparação das histórias reprodutivas entre os dois grupos.
- 4) Identificação da proporção de mulheres que se submeteram à laqueadura tubárea pela ordem de nascimento e respectivos fatores associados.
- 5) Identificação do número de filhos considerado ideal para cada grupo.

A análise estatística apropriada foi realizada. Foi iniciada logo após o término da coleta de dados e inicialmente consistiu de uma análise descritiva dos dados, com a distribuição de cada variável para cada grupo de exposição. Esse estágio inicial também permitiu a categorização das variáveis contínuas para posterior análise. Realizou-se a comparação entre os grupos através dos testes de χ^2 , χ^2 para tendência linear e teste t de Student, na dependência do tipo de variável analisada.

Os riscos relativos estimados pela Razão de Risco (com IC 95%) foram calculados para a ocorrência de prematuridade e laqueadura. Além disso, os

riscos relativos estimados pelos Odds Ratios foram calculados, usando uma análise estratificada (Mantel-Haenszel) e modelos de regressão logística múltipla. Assim, com respeito à medida específica de fecundidade para um indivíduo, ela foi estimada pelo número médio de nascimentos de cada mulher durante os dez anos seguintes ao primeiro nascimento, tomado como período reprodutivo. A taxa de fecundidade pôde ser estimada como a somatória do total do número de nascimentos divididos pelo número de mulheres da coorte que sobreviveu ao período de dez anos do estudo, em analogia ao conceito original de sobrevivência à idade de 50 anos (NEWELL, 1988), separadamente para cada coorte e controlados por outras variáveis por regressão logística. Para esse objetivo, utilizou-se o seguinte modelo de regressão, para se identificar os fatores estatisticamente relacionados à fecundidade no final do período.

Modelo de regressão:

Variável dependente:

- ? Número de filhos ao final do período: (até 2=0/ 3 ou mais=1).

Variáveis preditoras:

- ? Método de nascimento do primeiro filho (vaginal=1, cesárea=0).
- ? Idade da mulher (anos, contínua).
- ? Escolaridade da mulher (até 8 anos=0, mais que 8 anos=1).
- ? Renda familiar atual (até R\$800=0, mais que R\$800=1).

- ? Estado marital na época do 1º parto (sem companheiro=0/ com companheiro=1).
- ? Raça ou cor (demais=0, branca=1).
- ? Assistência médica no primeiro parto (INPS/SUS=0, convênio/privado=1).
- ? Tipo de escola (pública/outras=0, privada=1).
- ? Patologia durante a gestação (sem=0, hipertensão/diabetes/hemorragia=1).
- ? Condição fetal alterada (não=0, pélvico/gemelar/transverso=1).

Uma análise secundária específica referente aos fatores associados à realização de cesárea no segundo nascimento de mulheres que tiveram o primeiro por cesárea foi previamente realizada e publicada (BESTETI PIRES, 1996; BESTETI PIRES et al., 1997; BESTETI PIRES, CECATTI, FAÚNDES, 1999). O presente trabalho cobre apenas parte dos objetivos principais, restando ainda um grande número de variáveis e abordagens analíticas a serem exploradas secundariamente.

Para realizar a análise estatística, dois pacotes estatísticos, SPSS+/PC e STATA foram utilizados.

3.12. Aspectos éticos

A confidencialidade dos dados foi assegurada através do estudo. Os nomes das mulheres ou instituições envolvidas não foram identificados ou publicados. As mulheres aceitaram verbalmente participar do estudo, antes de se submeterem à entrevista. Respeitaram-se os princípios da Declaração de Helsinque (DECLARATION OF HELSINKI, 1986). O projeto de pesquisa foi originalmente avaliado e aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Comissão de Ética da Instituição. O projeto foi ainda aprovado pelo Ministério da Saúde (Anexo 8).

Os resultados do estudo e suas conclusões não serão utilizados para outros fins que não os de interesse científico ou de saúde pública.

4. Resultados

Para maior clareza, os resultados serão apresentados em partes. Inicialmente, os dados referentes às características da população estudada, bem como a constituição dos grupos para comparação e as razões referidas para as primeiras cesáreas. Em segundo lugar, serão apresentados os resultados das variáveis sociodemográficas na época do primeiro parto, seguidos dos resultados de variáveis referentes à época da entrevista. A seguir, os resultados dos partos subseqüentes, resultados referentes à realização de laqueadura e, por último, os resultados referentes ao número ideal de filhos.

4.1. Características da população estudada

Do total de 4.252 mulheres que preencheram os critérios de elegibilidade ao estudo, 3886 foram entrevistadas (91,4%) e constituem a população do estudo. Dessas, 1896 mulheres tiveram cesárea no primeiro parto (índice de exposição de 48,8%) e constituem a categoria de “expostas”, e 1990 tiveram parto vaginal e constituem as “não expostas” da coorte a ser analisada. O total

de perdas foi de 366 casos (8,6%), distribuídos entre: 133 mulheres que não se conseguiu entrevistar por diversas razões (3,13%), 96 recusas (2,25%), 76 que não moravam com seus filhos (1,78%), 32 mulheres já falecidas (0,75%) e 29 crianças adotivas (0,68%).

Razões referidas pelas mulheres para a realização de cesárea no primeiro parto - Campinas, 1985-1995

Razões	N	%
Não entrava em trabalho de parto	950	50,10
Nenê estava atravessado	303	15,98
Nenê não tinha passagem/ era muito grande	228	12,02
Pressão alta/ pré-eclampsia	203	10,71
Nenê passando da época	162	8,54
Opção da mulher, não queria parto normal	94	4,96
Bolsa rompeu antes de começar trabalho de parto	94	4,96
Problemas de saúde na gravidez	86	4,53
Problemas de saúde da mulher	70	3,69
Médico indicou/ achou melhor	52	2,74
Trauma de parto normal/ sofre muito	49	2,58
Idade avançada	32	1,69
Não se lembra se o médico explicou	31	1,63
Problemas placenta/ prévia / baixa	27	1,42
A bolsa não rompia	11	0,58
Nenê prematuro/ risco de prematuro	10	0,53
O nenê tinha problemas de saúde	9	0,47
Para fazer laqueadura	3	0,16
Cesáreas agendadas previamente	389	20,5
Outros	6	0,32
Total	1896*	-

* mais de uma razão por caso

A Tabela 1 mostra a razão referida pelas mulheres para terem feito cesárea no primeiro parto (1896 mulheres expostas). Observa-se que metade do total de mulheres referiu o fato de não entrar em trabalho de parto como a principal razão para a realização da cesárea. Quase um terço das mulheres fez referência a alguma situação relacionada à saúde materna (hipertensão, problemas de saúde) ou complicações da gestação (placenta prévia, problemas de saúde na gestação, macrossomia fetal) como razão principal para a realização de sua cesárea. Cerca de um quinto das mulheres com parto cesárea referiu ter agendado o procedimento previamente sem nenhuma outra razão que o justificasse.

4.2. Variáveis sociodemográficas da mulher na época do primeiro parto

Em relação aos fatores sócio-demográficos que poderiam estar associados à via de parto, avaliou-se, de início, a idade materna. O grupo de mulheres com mais de 25 anos apresentou uma frequência maior de cesáreas, ou seja, quanto maior a idade da mulher, maior a ocorrência de partos abdominais, com diferenças estatisticamente significativas (Tabela 2). Para cada faixa etária, a proporção de cesáreas foi sistematicamente crescente, desde 20% para as mulheres de 10 a 14 anos, até 77,2% entre as mulheres com 35 anos ou mais.

Distribuição porcentual das mulheres por idade, segundo a via de parto no primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Idade (anos)	Via do primeiro parto		Total
	Vaginal	Cesárea	
10 – 14	80.0	20.0	36
15 – 19	64.6	35.4	1093
20 – 24	53.9	46.1	1527
25 – 29	38.4	61.6	865
30 – 34	28.8	71.2	289
35 ou +	22.8	77.2	79
Total	1990	1896	3886

$\chi^2_{\text{trend}} = 230,7$

$p < 0,0001$

Observou-se também uma relação entre escolaridade e via de parto. A frequência de cesáreas foi maior no grupo de maior escolaridade, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, mais freqüente foi o achado de cesárea como via de parto (Tabela 3). A taxa de cesárea cresceu sistematicamente de 31,5% entre as mulheres analfabetas, até 69,4% entre as com nível superior.

Distribuição porcentual das mulheres por escolaridade à época do primeiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Escolaridade na época do primeiro parto	Via do primeiro parto		Total
	Vaginal	Cesárea	
Sem	68.5	31.5	54
Primário	60.0	40.0	948
Ginasial	57.1	42.9	1459
Colegial	45.1	54.9	794
Superior	30.6	69.4	631
Total *	1986	1894	3880

$\chi^2_{\text{trend}} = 166,18$

$p < 0,0001$

*falta informação para dois casos e quatro controles

Em relação ao estado marital à época do primeiro parto, essa variável também apresentou uma associação significativa com a via de parto. As mulheres casadas também apresentaram uma frequência maior de cesáreas, predominando o parto vaginal entre as solteiras e amasiadas. Quando se consideraram as categorias “casadas” e “não casadas”, a diferença foi significativa com uma preferência pelo parto abdominal entre as casadas (Tabela 4).

Distribuição porcentual das mulheres por estado marital à época do primeiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Estado marital à época do primeiro parto	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
Solteira	19,7	12,1
Casada	68,0	80,3
Amasiada	11,7	7,0
Separada/ divorciada	0,6	0,6
Viúva	0,1	0,1
Total	1990	1896

$\chi^2 = 77,88$

$p < 0,0001$

Analisando o trabalho remunerado da mulher à época do primeiro parto, evidenciou-se diferença estatisticamente significativa com relação à via de

parto. As mulheres com atividade remunerada tiveram mais freqüentemente parto cesárea no seu primeiro parto (Tabela 5).

Distribuição porcentual das mulheres por atividade remunerada na época do primeiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Atividade remunerada	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
Sim	53,3	57,8
Não	46,7	42,2
Total *	1989	1894

$\chi^2 = 7,82$

$p = 0,0051$

*Falta informação para dois casos e um controle

Outra variável que se associou de maneira significativa com a via de parto foi a raça ou cor. A ocorrência de cesáreas foi maior no grupo de mulheres brancas, sendo o parto vaginal mais freqüente nas “não brancas” (Tabela 6).

Distribuição porcentual das mulheres por raça ou cor, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Raça / cor	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
Branca	56,0	68,2
Preta/negra	6,6	3,9
Parda	7,8	5,1
Amarela	0,6	1,2
Outras	29,0	21,7
Total	1989*	1896

$\chi^2 = 72,59$

$p < 0,0001$

*falta informação para um caso

Em relação ao tipo de seguro saúde ou assistência médica pelo qual a mulher foi atendida no parto, houve uma associação importante desse fator com a via do primeiro parto. Quase dois terços das mulheres que apresentaram parto vaginal foram atendidas pelo SUS, enquanto dois terços das mulheres que apresentaram cesárea no primeiro parto foram atendidas por convênios ou particulares, sendo essa diferença altamente significativa (Tabela 7). Tiveram, portanto, cesárea no primeiro parto 63,5% das mulheres de convênio e 71,9% das mulheres com pagamento privado.

Distribuição porcentual das mulheres por tipo de assistência médica/ seguro no primeiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Tipo de assistência médica/ seguro	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
INAMPS/SUS	66,9	36,3
Convênio	26,9	49,1
Particular	5,2	14,0
Outros	1,0	0,5
Total	1990	1895*

$\chi^2 = 383,91$

$p < 0,0001$

* falta informação para um caso

A distribuição da idade gestacional referida à época do parto não mostrou diferença em relação à via do primeiro parto (Tabela 8). Apesar de cerca de um quinto das cesáreas (389 casos, 20,5%) terem sido realizadas a pedido, com hora marcada, o risco de prematuridade não se associou à via do primeiro parto.

Distribuição porcentual das mulheres por idade gestacional referida no primeiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Idade gestacional referida (meses)	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
6	0,5	0,2
7	1,7	1,7
8	6,6	8,0
9	91,2	90,1
Total	1990	1896

Razão de Risco prematuridade= 1,13 (IC95% 0,93 – 1,37)

$\chi^2 = 6,12$

$p = 0,10588$

Até 8m X 9m ? $\chi^2 = 1,44$ $p = 0,229$

No que diz respeito a possíveis fatores obstétricos determinantes da via de parto ocorrendo no primeiro parto, observa-se que a apresentação pélvica, a gemelaridade e a situação transversa estiveram mais freqüentemente associadas ao parto cesárea. Não se observou, contudo, diferença na ocorrência de más condições de vitalidade do recém-nascido com relação à via de parto (Tabela 9).

Distribuição porcentual das mulheres por condições associadas à gestação e ao recém-nascido no primeiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Condições	Via do primeiro parto		χ^2	p
	Vaginal	Cesárea		
Más condições RN	4,3	5,3	2,17	0,140
Gemelar	0,4	1,2	7,28	0,006
Pélvico	1,1	15,2	250,90	<0,0001
Transverso	1,0	5,3	57,29	<0,0001
Total	1990	1896		

4.3. Associação entre as variáveis sócio-demográficas atuais da mulher e a forma de término de seu primeiro parto

Quanto à renda familiar, observou-se uma freqüência maior de cesáreas no grupo de maior poder aquisitivo, sendo essa diferença estatisticamente significativa (Tabela 10). Cerca de 30% das mulheres no grupo sem salário e 64,8% no grupo de renda maior de 15 salários mínimos tiveram cesárea no primeiro parto.

Distribuição porcentual das mulheres por renda familiar atual, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Renda familiar (salários mínimos)	Via do primeiro parto		Total
	Vaginal	Cesárea	
Sem salário	70.0	30.0	10
1 – 5	64.6	35.4	1079
>5 – 10	55.1	44.9	1140
>10 – 15	43.8	56.2	479
>15	35.2	64.8	906
Total	1861*	1753*	3614

$\chi^2_{\text{trend}} = 188,4$

$p < 0,0001$

*falta informação para 129 casos e 143 controles

Analisou-se, também, a avaliação do tipo de escola freqüentada pela criança como uma medida indireta do poder aquisitivo familiar. Observa-se que as mulheres, cujos filhos freqüentavam escolas privadas, apresentaram uma

frequência maior de partos cesáreas, com uma diferença estatisticamente significativa (Tabela 11).

Distribuição porcentual das mulheres por tipo de escola da criança, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Tipo de escola	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
Particular	11,1	25,8
Estadual	66,4	56,3
Municipal	19,8	15,4
Outras	2,8	2,5
Total	1990	1896

$\chi^2 = 143,29$

$p < 0,0001$

Outra variável que se mostrou associada à via do primeiro parto foi o número de filhos vivos. As mulheres que apresentaram o primeiro parto vaginal referiram um número significativamente maior de filhos vivos (Tabela 12).

Distribuição porcentual das mulheres por número de filhos que nasceram vivos, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Número de filhos vivos	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
1	19,1	23,4
2	49,2	56,8
3	21,9	16,9
4	7,0	2,4
5	2,1	0,4
6	0,3	0,1
7	0,3	0,1
Total	1990	1896

$\chi^2_{\text{trend}} = 80,76$

$p < 0,0001$

4.4. Resultados referentes aos partos subseqüentes (história reprodutiva)

Quanto à via do segundo parto, quase 90% das mulheres que apresentaram cesárea no primeiro parto voltaram a apresentar essa via no segundo parto, com uma diferença estatisticamente significativa (Tabela 13).

Distribuição percentual das mulheres pela via do segundo parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Via do segundo parto	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
Vaginal	77,3	11,1
Cesárea	22,7	88,9
Total*	1610	1446

$\chi^2 = 1341,40$

$p = 0,0001$

* 830 mulheres não tiveram o segundo parto

Avaliando o tipo de seguro saúde pelo qual a mulher foi atendida no segundo parto, observa-se que a maioria das mulheres que apresentaram cesárea no primeiro parto foram atendidas de maneira particular ou por convênio, quando comparadas àquelas que tiveram parto vaginal, que foram predominantemente atendidas pelo SUS no segundo parto, sendo essa diferença estatisticamente significativa (Tabela 14).

Distribuição porcentual das mulheres segundo o tipo de assistência médica no segundo parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Tipo de assistência médica no segundo parto	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
INAMPS/SUS	47,9	26,2
Convênio	44,7	60,1
Particular	6,5	13,3
Outros	0,9	0,3
Total*	1610	1445**

$\chi^2 = 168,92$ $p < 0,0001$

*830 mulheres não tiveram o 2º parto

** falta informação para 1 mulher

Não houve diferença entre a idade gestacional referida pela mulher à época do segundo parto de acordo com a via do primeiro parto. Também para o segundo parto, o risco de prematuridade não foi maior para as mulheres com cesárea no primeiro parto (Tabela 15).

Distribuição porcentual das mulheres por idade gestacional referida no segundo parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Idade gestacional referida no segundo parto (meses)	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
5	0,2	0,2
6	0,2	0,6
7	1,9	1,3
8	7,1	9,1
9	90,5	88,9
Total	1610	1446

Razão de risco de prematuridade = 1,17 (IC 95% 0,95 - 1,44)

$\chi^2 = 7,59$ $p = 0,107$

Até 8 X 9 meses ? $\chi^2 = 2,20$ $p = 0,138$

Quanto à via do terceiro parto, 85% das mulheres que tiveram cesárea no primeiro parto voltaram a apresentar essa via no terceiro parto. Além disso, em quase um terço das mulheres que tiveram parto vaginal no primeiro parto, a via do terceiro parto foi cesárea (Tabela 16). Já com relação ao segundo parto, 90% das mulheres com cesárea no segundo parto repetiram a cesárea no terceiro parto (Tabela 17).

Distribuição porcentual das mulheres pela via do terceiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Via do Terceiro parto	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
Vaginal	73,5	14,9
Cesárea	26,5	85,1
Total*	626	363

$\chi^2 = 316,16$

$p < 0,0001$

? 2897 mulheres não tiveram o terceiro parto

Distribuição porcentual das mulheres pela via do terceiro parto, segundo a via do segundo parto. Campinas, 1985-1995.

Via do Terceiro parto	Via do segundo parto	
	Vaginal	Cesárea
Vaginal	76,1	9,5
Cesárea	23,9	90,5
Total*	631	358

$\chi^2 = 405,5$

$p < 0,00001$

* 2897 mulheres não tiveram o terceiro parto

A Tabela 18 mostra que a idade gestacional referida pela mulher no terceiro parto foi discretamente maior quando o primeiro parto foi vaginal ($p=0,061$). Quando se comparou a distribuição das crianças nascidas com 9 meses (a termo) com as nascidas antes de nove meses (pré-termo), essa diferença foi significativa e a razão de risco para prematuridade para o terceiro parto, quando o primeiro foi cesárea, foi de 1,63.

Distribuição porcentual das mulheres por idade gestacional referida no terceiro parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Idade gestacional referida no terceiro parto (meses)	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
4		0,3
5	0,2	0,3
6	1,0	0,6
7	1,8	2,5
8	5,8	10,5
9	91,4	86,0
Total	626	363

Razão de risco de prematuridade= 1,63 (IC95% 1,14 – 2,33)

$\chi^2= 10,53$

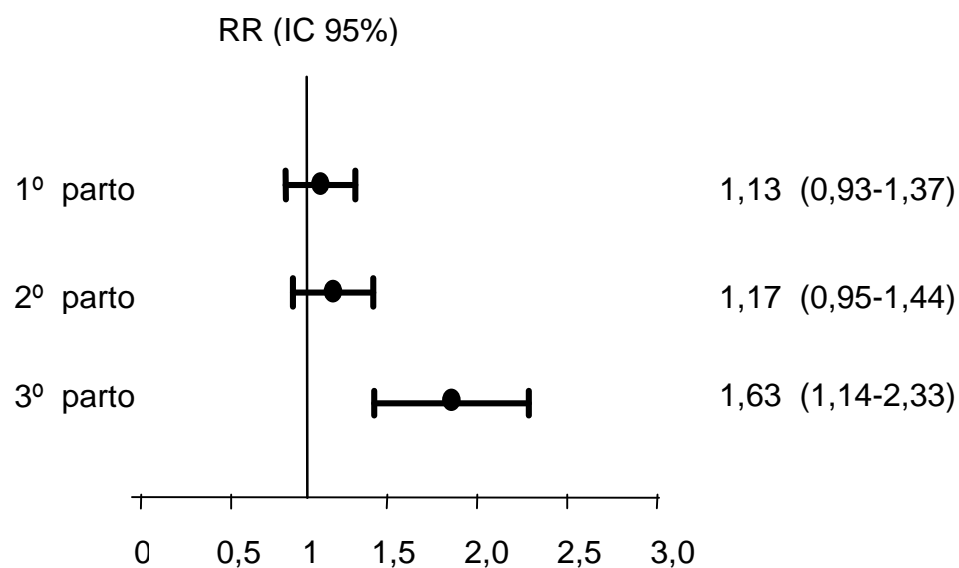
$p= 0,061$

*faltam informações para 2897 mulheres

Até 8 X 9m ? $\chi^2= 7,12$ $p=0,007$

A Figura 1 mostra graficamente as razões de risco de prematuridade para o primeiro parto por cesárea por ordem de nascimentos subseqüentes. Este risco foi maior e significativo apenas para o terceiro parto por cesárea, quando o primeiro parto também foi cesárea.

Figura 1. Razão de risco de prematuridade (por IG referida à época do parto) com o primeiro parto por cesárea e ordem de nascimento.



A Tabela 19 mostra a associação significativa entre paridade e via de parto. A maior paridade esteve significativamente associada ao parto vaginal, tendo sido a média de número de partos também significativamente maior nas mulheres que apresentaram essa via no primeiro parto.

Distribuição porcentual das mulheres por paridade e paridade média, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Paridade	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
1	19,1	23,7
2	49,4	57,1
3	21,6	16,5
4	7,3	2,1
5 ou +	2,6	0,7
Total	1990	1896
Média ? DP *	2,26 ? 0,96	1,99 ? 0,75

$\chi^2_{\text{trend}} = 90,29$

$p < 0,0001$

* t de Student $p < 0,0001$

A Tabela 20 apresenta as variáveis que se mostraram estatisticamente associadas à maior paridade pela análise de regressão logística múltipla, incluindo menor idade, menor renda familiar, assistência médica pelo SUS e a raça não branca.

Variáveis estatisticamente associadas à maior paridade da coorte por regressão logística. Campinas, 1985-1995.

Variável	Coef.	E.P.coef.	p	OR	IC95%
Idade (anos)	-0,119	0,011	<0,001	0,89	0,87-0,91
Renda familiar (>R\$800)	-0,416	0,094	<0,001	0,66	0,55-0,79
Tipo assist. médica 1º parto (convênio/particular)	-0,314	0,096	<0,005	0,73	0,61-0,88
Raça/cor (branca)	-0,275	0,088	<0,005	0,76	0,64-0,90
Constante	3,219	0,337	<0,001	-	-

A Figura 2 mostra a via de parto, seqüencialmente para cada nascimento das mulheres da coorte.

Da coorte total de mulheres (3886), 48,8% tiveram o primeiro parto cesárea. Destas, 88,9% voltaram a apresentar novamente cesárea no seu segundo parto e em 98,8% dos casos o terceiro parto foi novamente uma cesárea. Dentre as mulheres com primeiro parto vaginal, perto de um quinto (22,7%) tiveram uma cesárea no segundo parto, voltando a apresentar novamente uma cesárea no terceiro parto praticamente dois terços das mulheres que tiveram o terceiro parto (59,1%).

Figura 2. Via de parto seqüencial para cada nascimento.

1º parto	3886													
Tipo 1º p	V: 1990						C: 1896 (48,3%)							
Sem 2º p	380						450							
2º parto	1610													
Tipo 2º p	V: 1244				C: 366 (22,7%)				V: 162					
Sem 3º p	689				295				86					
3º parto	555				71				76					
Tipo 3º p	V: 431		C: 124 (22,3%)		V: 29		C: 42 (59,1%)		V: 49		C: 27 (35,5%)			
Sem 4º p	266		111		19		34		31		22			
4º parto	165		13		10		8		18		5			
Tipo 4º p	V 136	C 29	V 6	C 7	V 8	C 2	V 0	C 8	V 15	C 3	V 0	C 5	V	
Sem 5º p	96	28	4	6	5	1	-	7	8	2	-	4	1	
5º parto	40	1	2	1	3	1	-	1	7	1	-	1	0	
Tipo 5º p	V 39	C 1	V 1	C 0	V 1	C 1	V 0	C 1	V 1	C 2	V 0	C 1	V 0	C 1
Sem 6º p	27	-	1	-	1	1	-	1	1	2	-	1	-	1
6º parto	12	1							3					
Tipo 6º p	V 12	C 1							V 3					
Sem 7º p	7	1							2					
7º parto	5								1					
Tipo 7º p	V 4								C 1					
	C 1													
Total	4490 (X=2,26)											3772 (X=1,0)		

4.5. Resultados referentes à realização de laqueadura

Em relação à realização de laqueadura, ao final do período de dez anos, um terço das mulheres que tiveram parto cesárea como via do primeiro parto havia sido laqueada, proporção significativamente maior do que entre as que tiveram o primeiro parto vaginal. De fato, a razão de risco para laqueadura até dez anos do primeiro parto cesárea foi de 1,85 com relação ao primeiro parto vaginal (Tabela 21).

Distribuição porcentual das mulheres por realização de laqueadura, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Laqueadura	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
Sim	18,7	34,8
Não	81,3	65,2
Total	1990	1896

Razão de risco para laqueadura = 1,85 (IC95% 1,66 – 2,07)

$\chi^2 = 127,65$ $p < 0,0001$

Observa-se que as mulheres com cesárea no primeiro parto foram laqueadas com mais idade do que as que tiveram parto vaginal, com uma

média de filhos vivos de 2,36 nas mulheres com cesárea no primeiro parto e 2,60 naquelas com parto vaginal (Tabelas 22 e 23).

Distribuição porcentual das mulheres por idade à realização da laqueadura, segundo via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Idade à laqueadura (anos)	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
Até 24	16,4	9,6
25-29	45,8	41,8
30-34	29,2	34,6
35-39	7,5	12,7
40 ou +	1,1	1,4
Total	373	656*

$\chi^2_{\text{trend}}=16,54$ $p<0,0001$

*falta informação para uma mulher

Distribuição porcentual das mulheres por número de filhos vivos à época da laqueadura, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Número de filhos vivos à laqueadura	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
1	1,6	2,9
2	52,3	63,2
3	33,0	29,4
4	11,3	4,3
5	1,6	0,3
6	-	-
7	0,3	-
Total filhos vivos	970	1550
Média*	2,60	2,36
Total	373	657

$\chi^2_{\text{trend}}=27,64$

$p<0,0001$

*teste t Student $p<0,001$

No que se refere ao momento em que as mulheres foram submetidas à laqueadura, 90% delas o foram através da realização de uma cesárea quando o primeiro parto foi cesárea, sendo essa diferença estatisticamente significativa (Tabela 24).

Distribuição porcentual das mulheres por via de parto para a realização de laqueadura, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Via de parto para laqueadura	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
Vaginal	12,3	0,8
Cesárea	63,3	90,6
Outra ocasião	24,4	8,7
Total*	373	657

$\chi^2 = 127,22$

$p < 0,0001$

Embora sem diferença estatística entre os grupos, vale notar que cerca de 5% das mulheres laqueadas engravidaram pela última vez apenas para poder fazer a laqueadura e também que cerca de 10% das mulheres laqueadas arrependem-se alguma vez de tê-la feito (Tabelas 25 e 26).

Distribuição porcentual das mulheres por ocorrência de gestação com a finalidade de realizar laqueadura, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Engravidou para realizar laqueadura	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
Sim	5,4	4,9
Não	94,6	95,1
Total*	373	657

$\chi^2 = 0,12$

$p=0,729$

Distribuição porcentual das mulheres por arrependimento pela laqueadura, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Arrependimento pela laqueadura	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
Sim	10,5	10,7
Não	89,5	89,3
Total*	373	656

$\chi^2 = 0,1160$

$p=0,91422$

*falta informação de 1 caso

4.6. Resultados referentes ao tamanho ideal de família

Houve uma tendência significativa de as mulheres que tiveram o primeiro parto por cesárea considerarem menor o número ideal de filhos que as que tiveram parto vaginal (Tabela 27).

Número de filhos considerado ideal na situação atual da mulher, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Número ideal de filhos na situação atual	Via do primeiro parto	
	Vaginal	Cesárea
Até 1	11,1	12,0
2	62,1	65,2
3	21,2	19,6
4 ou +	5,5	3,1
Total*	1984	1895

*faltam informações para 7 casos

$\chi^2_{\text{trend}} = 10,98$ $p = 0,0009$

Por último, a Tabela 28 mostra que a opinião das mulheres sobre o desejo de mais filhos não esteve associada à via do primeiro parto. Entretanto, a vontade de ter tido apenas partos normais foi significativamente diferente entre os grupos, ressaltando-se que quase 50% das mulheres que tiveram o primeiro parto por cesárea gostariam de ter tido parto normal.

Opinião das mulheres sobre o desejo de mais filhos e do tipo de parto, segundo a via do primeiro parto. Campinas, 1985-1995.

Opinião das mulheres	Via do primeiro parto		χ^2	p
	Vaginal	Cesárea		
Gostaria de ter mais filhos	20,6	21,9	0,88	0,34
Gostaria de ter tido apenas partos normais	85,4	49,1	579,0	<0,0001

5. História Natural da Pesquisa

O objetivo de se incluir o item “história natural” (CICOUREL, 1987) da pesquisa é o de ampliar a discussão sobre questões que dizem respeito à implementação de uma pesquisa epidemiológica. Pretende-se, assim, neste item, registrar o que foi considerado como dificuldades, impasses, correções de estratégias e o que foi tido como original na solução de problemas próprios do trabalho prático de uma pesquisa epidemiológica como esta.

A idéia de se fazer esse estudo surgiu há cerca de quinze anos, como parte da preocupação com o aumento indiscriminado das taxas de cesárea no Brasil, sobretudo nas regiões mais desenvolvidas do país, e seus efeitos secundários sobre a saúde das mulheres e das crianças, e mais especificamente, sobre a fecundidade. Ainda que parecesse lógico que o grande número de cesáreas e sua repetição quase sistemática devessem ter uma influência sobre a fecundidade das mulheres, já que a laqueadura tubárea é feita quase sempre em seguida à segunda ou terceira cesárea, isso era apenas uma hipótese que jamais tinha sido ou foi até agora testada em nosso

país. Assim, surgiu a proposta de um modelo teórico que pudesse explicar essas interpelações (FAÚNDES, 1986) e, com ele, a idéia de testá-lo num contexto real que se aplicasse ao modelo. Essa idéia demorou cerca de dez anos para poder ser amadurecida adequadamente e para esperar a oportunidade ideal de ser implementada.

Depois de se definir, na elaboração do projeto de pesquisa, que se faria um estudo de coorte retrospectivo, e que comporiam esta coorte todas as mulheres que tiveram seu primeiro parto em Campinas, em 1985, iniciou-se a discussão de como localizar tais mulheres para a realização do estudo. Na tentativa de encontrar soluções para isto, foram levantadas algumas possibilidades. As primeiras alternativas estudadas foram a da localização das mulheres através dos prontuários nas maternidades, onde o parto estaria registrado, e/ou a localização através do registro civil feito nos cartórios municipais. Estas alternativas teoricamente eram possíveis, já que o número de partos domiciliares e o de crianças sem registro civil em Campinas são pequenos. Desse modo seria possível, através destas fontes, identificar o número absoluto de partos em 1985, em Campinas. No entanto, alguns empecilhos fizeram abandonar essas estratégias de abordagem: 1º) no registro civil não há a informação sobre a ordem de nascimento, fundamental para a identificação das mulheres; 2º) a grande chance de que os endereços disponíveis não fossem mais válidos após dez anos; 3º) a obrigatoriedade de conservação dos prontuários das instituições hospitalares por, no máximo, cinco anos; 4º) a provável dificuldade das maternidades em facilitar o acesso a

seus arquivos, em sabendo da hipótese principal do estudo, relacionada a efeitos indesejáveis das altas taxas de cesáreas.

Outra possibilidade de localização das mulheres que deram à luz ao seu primeiro filho em Campinas, em 1985, e que foi a alternativa adotada, foi a de se recorrer às matrículas das crianças nas escolas do ensino formal no Município. Isto porque a evasão escolar é relativamente pequena para as crianças com idade entre nove e dez anos, como também são consideravelmente pequenas a mortalidade até 10 anos e a taxa de migração para Campinas. Esta abordagem pareceu a mais viável porque, nas escolas, a atualização dos endereços acontece, pelo menos, anualmente. Assim, o problema de localização das mulheres que comporiam a coorte parecia estar resolvido. Porém, o desenho de uma pesquisa, detalhado em seu projeto, guarda uma distância da realidade a que se refere e que só se reduzirá à medida em que o trabalho avance e sejam tomadas certas medidas para a sua prática.

Desta maneira, para que se iniciasse o trabalho de campo, algumas informações (ou dados) do projeto tiveram que ser reajustadas em função do tempo decorrido entre a elaboração do protocolo e a sua execução. Mais adiante, ainda, em função deste primeiro ajustamento, foram necessários outros.

Uma importante dificuldade encontrada nesse processo foi a da atualização do número de escolas de primeiro grau atendendo em Campinas, em 1995. O número inicialmente considerado no protocolo, muito aquém do que se pôde constatar, era relativo ao ano de 1990 e apenas da rede estadual,

desconsiderando a participação das redes municipal e particular no ensino de primeiro grau (SEADE, 1994).

A coleta de dados fora planejada para quatro meses de trabalho em 120 escolas, a serem distribuídas entre seis equipes. Cada equipe desempenharia o trabalho de coleta de dados em 20 escolas. Isto daria, em média, 5 escolas por mês para cada equipe. Contudo, com a atualização dos dados, o número de escolas subiu de 120 para 220. Assim, o número médio de escolas para cada equipe subiu de 20 para 36!

Entretanto, ainda que o número de escolas praticamente dobrasse, o cálculo sobre o número de primogênitos nascidos em 1985, estimado a partir dos dados da Fundação SEADE, permaneceu praticamente o mesmo. Verificou-se, pois, um decréscimo no número médio estimado de crianças por unidade escolar, de 35 para 18 e o trabalho de coleta de dados nos quatros meses previstos inicialmente foi inviabilizado. Esse tempo foi, então, reprogramado para cerca de cinco meses e meio.

Apesar dos cuidados tomados visando diminuir a quantidade de surpresas e conseqüentes dificuldades, pôde-se constatar, já quando cerca da metade das escolas haviam sido visitadas, que o número de primogênitos nascidos em 1985, calculados na execução do protocolo, estava subestimado.

Paralelamente à tarefa que se impôs de atualizar alguns itens do projeto para a implementação do trabalho de campo, iniciou-se outra, delicada e

trabalhosa, porém de suma importância para o sucesso da pesquisa: viabilizar o trabalho dentro das escolas.

Sabia-se que, uma vez estando dentro da unidade escolar, o acesso às informações necessárias (relação das crianças nascidas em 1985 em Campinas, o nome da mãe e seu endereço) somente se daria se a direção da escola apoiasse o trabalho de pesquisa, uma vez que, nas três redes de ensino, a direção de cada unidade tem autonomia sobre esse tipo de decisão. Pensando nisto, o treinamento de supervisoras foi enfático ao incumbi-las de fazerem uma cuidadosa apresentação do trabalho, expondo satisfatoriamente seus objetivos, justificativa e a dinâmica a ser realizada. Mas, além disso, optou-se por buscar também apoio junto aos órgãos responsáveis pelas escolas, em cada rede de ensino: junto às quatro Delegacias de Ensino do Estado, à Secretaria de Educação do Município e às quatro Secretarias de Ação Regional do Município (SARs).

A principal dificuldade nessa etapa do trabalho consistiu em conciliar a urgência em desenvolver a pesquisa e a agenda das pessoas responsáveis por autorizarem o início do trabalho de campo. Em função disso, o trabalho teve de ser iniciado em momentos diferentes nas diversas regiões da cidade, à medida que os responsáveis pelas Delegacias de Ensino, Secretaria de Educação do Município e SARs iam sendo consultados e se empenhavam em recomendar o trabalho às suas unidades escolares.

O trabalho de solicitar a colaboração das autoridades representantes das redes de ensino tornou-se ainda mais dispendioso e demorado quando teve que ser feito, depois de a coleta de dados já estar em andamento. Isto se deu em função do afastamento dos delegados de ensino para prestarem concurso público para o cargo, já que até então eram apenas nomeados. Sendo assim, em algumas situações, havia-se falado primeiramente com delegados titulares, depois com delegados interinos e, finalmente, após o concurso, teve-se que procurar ainda os novos delegados efetivados.

Ao final do trabalho de campo, pôde-se avaliar o quanto esse trabalho de contato, explicações, solicitação de colaboração, etc. foi importante, dada a enorme abrangência que teve a coleta de dados, tanto na rede estadual como na rede municipal. Nesta, alcançou-se 100% das escolas, enquanto na rede estadual houve a recusa de duas escolas em serem visitadas; em uma delas porque não foi possível consultar a delegada concursada que deveria autorizar o trabalho.

Da rede particular de ensino já se esperava de antemão uma má vontade das escolas em participar, mas esta expectativa foi muito maior do que aquilo que se efetivou. Embora os delegados de ensino tenham também lhes enviado uma circular que apresentava e recomendava a pesquisa, como para as escolas da rede pública, para a rede particular essa recomendação teve menor influência. A direção das escolas particulares pareceu sentir-se mais autônoma na condução das atividades de suas escolas, independente das recomendações oficiais. Para algumas destas escolas particulares foi necessário, inclusive, a

visita de um coordenador ou do próprio investigador principal para explicar detalhadamente o estudo.

A concordância das escolas particulares em colaborar com a coleta de dados esteve mais diretamente vinculada ao bom desempenho das supervisoras em apresentarem os objetivos da pesquisa, destacando o número relativamente pequeno de alunos a serem abordados e desvinculando a dinâmica da coleta da idéia de trabalho extra para as secretárias das escolas. A conduta adotada pelas supervisoras frente a um sinal de má vontade ou desinteresse manifesto das escolas, foi suspender imediatamente o processo de solicitação, transferindo essa tarefa para a coordenação do projeto, mais especificamente para o pesquisador principal.

Do total das escolas particulares, seis foram transferidas para que o pesquisador responsável solicitasse, pessoalmente, a colaboração da direção. Dessas, não foi possível fazer um contato satisfatório com uma, antes que se iniciasse o período de férias escolares. Apenas duas se recusaram explicitamente a participar do estudo.

No transcurso da coleta de dados, a greve dos professores e funcionários da rede estadual de ensino impôs modificações bruscas na agenda do trabalho de campo, e trouxe o receio de que o trabalho não pudesse ser realizado no tempo previsto, já estendido anteriormente. A proposta inicial era de coletar dados primeiramente nas escolas estaduais, em função de estas constituírem a maior parte da rede escolar. Quando a greve se anunciou, as

equipes foram orientadas para cadastrarem as crianças do maior número de escolas possível para que, com o início da paralisação, as entrevistadoras tivessem um número grande de crianças, confirmadas como primogênitãs, cujas mães estivessem disponíveis para serem localizadas em suas casas. A greve teve início quando os dados de cerca de 40% da rede estadual já estavam coletados e outros 10% das escolas já cadastradas. Ainda assim, a greve acarretou um atraso de cerca de 15 dias no trabalho de campo.

Mesmo com o empenho em antecipar e minimizar os obstáculos prováveis à coleta de dados, uma gama de dúvidas e expectativas persistia quando se iniciou o trabalho.

A expectativa, às vésperas de se iniciar a coleta de dados, era de se verificar um índice elevado de perda dos sujeitos, especialmente pela possível recusa das escolas e das mulheres em participar. Também havia preocupação quanto à coleta viabilizar-se no tempo previsto. Em relação à equipe de trabalho, as expectativas de dificuldades giravam em torno da possível instabilidade do grupo de entrevistadoras, da qualidade das entrevistas e da perda de sujeitos por falta de empenho das equipes.

Quanto às possíveis dificuldades de abordagem das mulheres, a preocupação mostrou-se excessiva. O número de perdas foi relativamente pequeno. Porém, para relacionar ou não essas perdas às estratégias de abordagem utilizadas, é importante caracterizar este grupo de entrevistas não realizadas.

Apesar do esforço em informar à mãe o objetivo da pesquisa e de que uma pessoa da pesquisa a visitaria, caso ela não pudesse comparecer à escola, várias vezes as entrevistadoras foram confundidas com vendedoras ambulantes de produtos, de seguro de saúde ou, ainda, com propagandistas religiosas. Mas a principal dificuldade na realização das entrevistas esteve relacionada aos problemas para localizar as mães que não moravam com seus filhos mais velhos. Nesses casos, via de regra, as crianças moravam com os avós ou o pai. Estes, em geral, não sabiam ou tinham dificuldades para localizar a mãe. A esta dificuldade deveram-se 76 casos ou 1,8% das perdas de sujeito.

Outro fator, responsável por 3,15% das perdas, foi o da dificuldade de encontrar os endereços das mulheres e, mesmo quando encontrados, houve problemas para achar a mulher em casa, a despeito da entrevista estar agendada previamente ou não. Muitas vezes uma entrevistadora chegou a visitar uma casa mais de seis vezes. Um número muito grande de entrevistas só foi realizado depois da quarta visita ao domicílio das mulheres.

Houve necessidade de se discutir várias vezes esse tipo de dificuldade para procurar soluções, ocupando grande espaço das reuniões quinzenais do grupo de pesquisa. Isto foi bem produtivo, pois permitiu coletivizar as experiências individuais e relativizar os esforços pessoais, fortificando a noção de trabalho em equipe.

Ainda com relação às perdas de sujeitos, um número relativamente pequeno de mulheres (96 ou 2,3% de perdas) não foi entrevistado porque se

recusou de forma decisiva. Identificaram-se, ainda, na amostra 32 crianças elegíveis cujas mães já haviam falecido, o que representou mais 0,75% de perdas, e 29 crianças adotadas, o que representou 0,68% de perdas adicionais. No total das crianças identificadas, a perda foi de 366, o que representou 8,66% do total.

A estratégia de adotar o telefone como suporte para o agendamento das entrevistas e para dar informações às mães que desejassem, mostrou-se positivamente surpreendente. Pôde-se contar 555 mães que ligaram ao CEMICAMP para terem mais informações sobre a pesquisa, para confirmar que estariam na escola nos dias marcados ou para agendarem horários especiais para a realização da entrevista. O uso do telefone foi ainda particularmente importante para que as mães adotivas se manifestassem, quando seus filhos não mencionavam este fato às entrevistadoras, e fossem excluídas da amostra. Esta disponibilidade de resposta ao telefone foi ainda responsável pela resposta ao questionário pelo telefone em alguns poucos casos onde o contato direto esteve impossibilitado.

Pelos atrasos ocorridos e maior número de escolas a serem investigadas, houve um maior tempo de trabalho de campo da equipe das entrevistadoras e supervisoras. Tal fato representou, obviamente, maiores gastos, o que comprometeu parte do orçamento destinado à etapa final do estudo, no processamento e análise dos dados. Considerando o volume de recursos necessários ao desenvolvimento de um projeto como este (da ordem de US\$130,000.00), e que o financiamento obtido inicialmente da Fundação Ford para o custeio da pesquisa cobriu cerca de 90 a 95% das atividades, bem como

a impossibilidade de se conseguir um financiamento adicional da mesma fonte, houve um atraso de cronograma para a finalização do estudo, de quase um ano. Este foi o tempo necessário para apresentar um projeto solicitando à Organização Mundial da Saúde recursos adicionais para a finalização do estudo, esperar a aprovação do mesmo e, finalmente, a liberação dos recursos. Esta última etapa correspondeu à codificação de todas as perguntas textuais e o preparo do banco de dados correspondente, além das últimas análises primárias do projeto como um todo, incluindo a análise multivariada.

Além de todas estas considerações genéricas à condução do estudo, foi extremamente rica e interessante a participação de cada entrevistadora e supervisora no grupo de pesquisa. Algumas tinham experiência prévia com este tipo de atividade, outras não. De qualquer maneira, acabou existindo um grande entrosamento entre elas e também entre as equipes. As estratégias adotadas de pagamento por entrevista, auxílio transporte e refeição, mostraram-se eficazes na obtenção de uma perda de seguimento muito baixa. Toda a equipe mostrou-se, inclusive, bastante contente com os atrasos, pois isto representou uma prorrogação de quase dois meses no cronograma original da coleta de dados. Houve uma festa para comemorar a finalização da etapa de coleta de dados, quando todas demonstraram pesar pelo fim do trabalho. Uma das assistentes de pesquisa, que havia sido contratada temporariamente para a função, recebeu um contrato definitivo com o CEMICAMP.

A multiplicidade de histórias, situações e vivências experimentadas pelas entrevistadoras foi enorme. Detectaram-se, através das entrevistas, situações

de adoções não reveladas, falsos endereços propositalmente fornecidos à escola para garantir uma vaga à criança pelo critério de regionalidade, medo e insegurança de algumas entrevistadoras na abordagem de domicílios localizados em áreas de difícil acesso ou consideradas perigosas, e muito mais. Estas vivências poderiam ser motivo de um outro estudo à parte, mas este não é o objetivo do presente trabalho. À guisa de ilustração, incluiu-se no Anexo 9 o depoimento escrito de uma das entrevistadoras, voluntariamente fornecido, que pode dar uma idéia da dimensão do universo da pesquisadora em contato com suas entrevistadas, as mulheres-sujeito deste estudo.

Aquilo que foi possível relatar nesta “história natural” permite perceber a relevância desse relato em termos de discutir a face real do trabalho de campo, muitas vezes oculta pela ênfase nos resultados que aparecem nos relatórios de pesquisa, razão pela qual se julgou importante registrá-las neste mesmo documento.

6. Discussão

A alta incidência do parto por cesárea no Brasil é um fenômeno bem conhecido e amplamente discutido nos meios científicos e publicamente na imprensa (BARROS et al., 1986; SILVA PEREIRA, 1986; FAÚNDES & CECATTI, 1993; RATTNER, 1996). Esta elevada incidência tem aumentado exageradamente os custos da assistência obstétrica (SILVER, 1996), provocando reações do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais, enquanto as conseqüências para a saúde da mãe e do recém-nascido têm sido motivo de discussões nos congressos da especialidade, discussões estas muitas vezes mais apaixonadas que objetivas. Na verdade, pouco se tem estudado a respeito da morbidade, tanto materna quanto perinatal, associada à realização de uma elevada proporção de cesáreas desnecessárias (FAÚNDES & PINTO E SILVA, 1998).

Esse estudo foi realizado pelo interesse em se analisar mais detalhadamente algumas das repercussões das altas taxas de cesárea sobre a saúde materna, principalmente as referentes aos aspectos reprodutivos e à fecundidade das mulheres. Foi um estudo de base populacional, tipo coorte

histórica, que teve como objetivo comparar a evolução reprodutiva de mulheres que tiveram seu primeiro parto vaginal ou cesárea, dez anos antes da entrevista realizada no presente. Os resultados obtidos no presente estudo mostram que a taxa total de fecundidade (TTF), estimada indiretamente pelo número médio de partos por mulher atingida ao final de um período de dez anos, foi significativamente menor naquelas que apresentaram cesárea como via de seu primeiro parto, estudando-se uma coorte de 3886 mulheres que pariram seu primeiro filho em 1985, em Campinas. Ao final deste período de dez anos, o grupo que teve o primeiro parto vaginal acumulou um total de 4490 nascimentos, enquanto o grupo com o primeiro parto cesárea teve 3772 nascimentos. Estes primeiros achados estão de acordo com a hipótese original que motivou a realização do estudo, ou seja, conseguiu demonstrar, em nível populacional, que a opção por uma cesariana como via de resolução do primeiro nascimento está associada a uma série de características reprodutivas futuras que resultam em um menor número de filhos. Assim, estes achados parecem também estar de acordo com a suposição teórica de que este fator, a elevada taxa de cesáreas entre as populações urbanas brasileiras nas últimas décadas, possa estar também envolvido na redução da fecundidade da população ocorrida no mesmo período.

Talvez a maneira ideal de se testar a hipótese principal do estudo fosse a de se comparar duas coortes semelhantes de mulheres, uma em um contexto de elevadas taxas de cesárea, outra, de taxas baixas. Entretanto, as dificuldades técnicas e estratégicas para implementar um tipo de estudo como este seriam enormes e, talvez, nem se chegasse a conseguir sua implementação. Optou-se,

pois, pela alternativa de verificar se as premissas envolvidas naquela hipótese seriam verdadeiras para um contexto de elevadas taxas de cesárea e se a decisão pela primeira cesárea estaria envolvida com uma diminuição da fecundidade destas mulheres.

Campinas foi escolhida como local do estudo por ser uma cidade relativamente desenvolvida na qual os dados de saúde estão disponíveis. Ela também apresentou um aumento na taxa de cesáreas e um concomitante declínio na taxa de fecundidade total ao longo das últimas décadas. Assim sendo, Campinas poderia ser considerada representativa de uma das áreas mais desenvolvidas do Brasil. Existiram também vantagens estratégicas para se conduzir o estudo nessa cidade.

O ano de 1985 foi escolhido por três razões principais. Primeiro, porque é razoável assumir que a maior parte das mulheres já tiveram o seu total de filhos após dez anos. Segundo, porque as taxas de cesáreas já estavam altas em Campinas desde o início dos anos oitenta. Terceiro, porque crianças com dez anos de idade provavelmente estariam ainda freqüentando a escola.

O desenho de coorte retrospectivo desse estudo foi escolhido porque o fator de exposição (cesárea) é um evento comum e, portanto, melhor estudado em um estudo de coorte. Os dados foram coletados retrospectivamente, já que, para calcular a taxa de fecundidade de uma mulher, necessita-se dos dados um período relativamente longo da vida reprodutiva da mulher, provavelmente um mínimo de dez anos. Em um estudo de coorte retrospectivo, um grupo de

indivíduos (mulheres em idade reprodutiva) foi identificado, baseando-se em uma característica prévia (ter dado à luz a seu primeiro filho em 1985) e, então, foram reconstruídos seus resultados subseqüentes, baseados em algum ponto definido do passado até o tempo presente (história reprodutiva). As vantagens desse desenho são que os resultados podem ser obtidos em um período de tempo relativamente curto, reduzindo-se os custos, e as informações podem facilmente ser lembradas nesse caso (KERSEY et al., 1986).

A maneira como identificar essa coorte de mulheres foi bastante discutida. Houve dificuldades com relação a isso, porque a ordem de nascimento e o endereço atual não são mencionados nas certidões de nascimento e, na época, ainda não havia sido implementado o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Esta informação teve de ser obtida em outras fontes. A partir do fato de que nesta região quase cem por cento dos partos são hospitalares, poder-se-ia presumir a identificação através dos registros hospitalares. Contudo, a falta de dados completos nos registros hospitalares, a alta probabilidade do endereço não ser o atual e, mais importante, a provável falta de cooperação dos hospitais quando eles ficassem cientes da hipótese do estudo, tornaram essa estratégia inaplicável.

Desse modo, pensou-se que a maneira mais apropriada para identificar essa coorte seria identificar as crianças entre dez e onze anos de idade, que tivessem nascido em 1985 e estivessem freqüentando qualquer escola da cidade. Este tipo de acesso poderia apresentar um viés, pelos diferentes fatores

que representariam limitações aos métodos de obtenção, tanto quanto possível, de uma amostra que fosse de fato representativa da população.

Crianças que tivessem morrido entre o nascimento e os dez anos de idade, obviamente não estariam cursando a escola. O mesmo seria válido para os partos que tivessem resultado em natimortos. De acordo com dados do SEADE, a taxa de natimortos para Campinas, em 1982, foi de 9,5 por 1000 nascidos vivos e a taxa de mortalidade anual para crianças abaixo dos dez anos de idade seria estimada ao redor de 5 por 1000 (SEADE, 1984). Dessa forma, juntos eles poderiam representar não mais do que 6% do total de perdas. Evidentemente, estas possíveis perdas não puderam ser confirmadas no estudo, já que a identificação das mulheres era feita justamente através das crianças.

O segundo fator a se considerar é que há uma certa proporção de crianças que não freqüentam a escola. Em Campinas, porém, essa proporção parece ser pequena. De acordo com dados do SEADE, de 1980, 8,3% das crianças entre 10 e 14 anos de idade não estão freqüentando a escola no Estado de São Paulo. Esta informação não estava disponível para Campinas para aquele período, mas presume-se que seja menor. Utilizou-se, no entanto, a proporção observada no Estado de São Paulo para não subestimar as perdas. Crianças geralmente iniciam a escola primária no Brasil com a idade de sete anos. Teoricamente, esta média leva a que, aos dez anos, a criança ainda não tenha ultrapassado o quarto ano da escola primária. Isto é muito importante, porque o abandono da escola geralmente ocorre mais freqüentemente após os quatro primeiros anos, ou seja, depois de completado o ensino fundamental (antigo

primário). Então, crianças de dez anos seriam mais facilmente localizadas com essa estratégia do que crianças mais velhas.

O terceiro problema é que algumas dessas mulheres pudessem ter morrido nesse período de dez anos. Novamente essa probabilidade não foi estimada como muito alta, considerando o fato de a maioria delas ser jovem na época de seu primeiro parto. A taxa de mortalidade anual para mulheres em idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos) em Campinas era de 1.4 por 1000 (SEADE, 1984). Este número levaria a uma média de perda estimada em 1,4% devido à mortalidade nos dez anos do período de estudo. Os resultados do estudo identificaram 32 mulheres falecidas no período de dez anos após seu primeiro parto. Isso correspondeu a 0,75% das perdas e a uma taxa de mortalidade de 0,75/1000 por ano, metade dos valores anteriormente relatados.

O quarto ponto a ser considerado foi a possibilidade de migração. Sabe-se que Campinas é um centro de imigração. Desafortunadamente, não há dados reais de quantas pessoas migram para Campinas. No Estado de São Paulo, em 1980, apenas 2,2% da população feminina emigrou no último período de dez anos para outros Estados (SEADE, 1984). Se essa proporção pudesse ser aplicada a Campinas (representativa do Estado) e assumindo que a coorte de mulheres tivesse a mesma taxa de emigração, um extra de 2,2% poderia ser adicionado às possíveis perdas. Embora não necessariamente refletindo o mesmo problema, ressalta-se que 76 mulheres (1,78% de perdas) não foram entrevistadas por não habitarem com seus filhos, vivendo a maioria delas fora do município.

Esses dois últimos fatores concernentes às mulheres, e não às crianças, poderiam ser um problema independente do método usado para se identificar a coorte. Então, não há vieses especificamente atribuídos a esse método. A única maneira possível de lidar com esses vieses foi ignorá-los. De qualquer maneira, eles não representaram mais do que 3,6% do total de mulheres elegíveis para a coorte.

Todos juntos esses fatores foram responsáveis por perdas (impossibilidade de se encontrar as mulheres) de cerca de 18% do total de mulheres que tiveram seu primeiro filho em Campinas, em 1985. Não há razão para se pensar que essas mulheres perdidas tivessem as mesmas características das outras, sendo provavelmente de classes sociais mais baixas. Isto poderia afetar os resultados. Por outro lado, esperava-se um certo contingente de mulheres que se recusassem a participar ou não seguissem as instruções dadas pelas entrevistadoras e elas seriam provavelmente de classes sociais médias ou altas e isso teoricamente compensaria a distorção dos resultados obtidos. Baseados nos fatores mencionados previamente, considerou-se este um método válido para a coorte desse estudo.

A primeira constatação derivada dos resultados é a de que os fatores que se associaram à maior frequência de cesáreas como via preferencial do primeiro parto nessas mulheres são de ordem sócio-demográfica. Essa observação demonstra que a decisão de se realizar uma cesárea é direcionada muito mais pela “vontade” do que pela “necessidade”, o que reflete a grande importância desses fatores (MELLO, 1969; SOUZA, 1994; RATTNER, 1996). E,

por “vontade”, deve-se entender o complicado sistema de inter-relações de opiniões e atitudes com relação à via de parto do profissional médico, da mulher, de seu esposo ou companheiro, de sua família e de seu meio social (BESTETI PIRES, 1996).

Os resultados reforçam a observação de que a cesárea vem se tornando um “bem de consumo”, desejada pela maioria das mulheres, porém apenas acessível àquelas que apresentam maior poder aquisitivo, sendo o nível sócio-econômico da mulher identificado como um importante fator nas taxas de cesárea (HURST & SUMMEY, 1984; BARROS et al., 1986; GOULD et al., 1989; GOLDMAN et al., 1990; STAFFORD, 1991; HUESTON & RUDY, 1994; GRUBER & OWINGS, 1996; RATTNER, 1996). O que se observa é que o capital financeiro invadiu, transformou e dominou a assistência médica, que se tornou mercadoria de consumo, comprada e vendida (LANDMANN, 1983).

Uma avaliação das indicações referidas pelas mulheres para a realização de sua primeira cesárea inclui razões clinicamente justificadas, como as que envolvem patologias maternas (hipertensão) ou problemas obstétricos (distócias de apresentação, placenta prévia e macrossomia). Vale lembrar, entretanto, que um quinto da amostra referiu um procedimento previamente agendado, colocando a possível situação de cesárea a pedido da mulher como um fator colaborador para as taxas de primeira cesárea nessa coorte de mulheres. Esse dado reforça ainda a noção de cesárea como “bem de consumo”.

Os resultados desse estudo mostram que a ocorrência de cesárea como via do primeiro parto apresentou uma correlação com os indicadores de renda da mulher (renda familiar e atividade remunerada à época do parto), observando-se que as mulheres com maior renda familiar e atividade remunerada apresentaram uma maior frequência de cesáreas no primeiro parto. Outra maneira indireta possível de avaliar o nível sócio-econômico seria através do tipo de escola freqüentada pela criança. Observou-se, também, uma maior frequência de cesáreas no primeiro parto entre as mulheres cujos filhos freqüentavam escolas particulares, indicador indireto de que quanto maior a capacidade financeira, maiores são as taxas de cesárea.

Outro fator analisado, indiretamente correlacionado com o nível sócio-econômico, é a escolaridade da mulher. Dados norte-americanos mostram uma significativa associação entre escolaridade e as taxas de cesárea da população, também apresentando as maiores taxas as mulheres com nível superior (HURST & SUMMEY, 1984; FLEISSIG, 1993). Dados de Campinas também têm mostrado que as mais altas taxas de cesáreas vêm ocorrendo na população de maior escolaridade, notando-se que, dentre as mulheres analisadas com escolaridade de nível superior, 80% tiveram seus partos por cesárea (MARIOTONI & BARROS FILHO, 1998). Os presentes resultados evidenciaram, ainda, uma associação significativa entre cesárea no primeiro parto e maior escolaridade da mulher, com diferenças bastante significativas quando comparadas às mulheres que tiveram o primeiro parto vaginal.

A idade materna também é referida como fator que interfere nas taxas de cesárea. Essas aumentam significativamente com o aumento da idade, sendo a frequência de cesáreas quase três vezes maior no grupo de maior idade (MARTEL et al., 1987; WADHERA & MILLAR, 1991; CECATTI et al., 1992; HUESTON et al., 1996; MARIOTONI & BARROS FILHO, 1998; CUNHA et al., 2000). Os atuais resultados evidenciam, ainda, uma associação da idade materna com a maior frequência de cesárea no primeiro parto, estando as maiores taxas na população de maior idade, sendo que quase 50% das mulheres com mais de 25 anos tiveram cesárea no primeiro parto enquanto cerca de 80% das mulheres com idade abaixo de 25 anos tiveram parto vaginal. Essa situação poderia ser apenas parcialmente explicada pela maior frequência de condições patológicas em mulheres de maior idade, o que levaria a uma maior necessidade de partos abdominais por indicações médicas.

Um terço das mulheres com primeiro parto vaginal era de adolescentes e ao redor de 20% das que evoluíram para cesárea. Apesar de a fecundidade da população brasileira, de uma maneira geral, estar apresentando uma queda, isso não vem sendo observado na população de adolescentes, que tem aumentado suas taxas de gravidez, geralmente indesejadas (PNDS, 1996).

O tipo de seguro pelo qual o parto foi atendido, que avalia de maneira indireta a situação econômica da mulher, também esteve associado à realização de cesárea no primeiro parto. O primeiro parto por cesárea foi realizado em mais de dois terços das mulheres atendidas por algum convênio, em quase 80% das atendidas privadamente e em apenas 30% das atendidas pelo

INPS/SUS, com diferenças significativas em relação àquelas que apresentaram o primeiro parto vaginal. Esse dado é consistente com a literatura, nos quais as menores taxas de cesárea ocorrem em mulheres com atendimento por serviços públicos de saúde (JANOWITZ et al., 1985; BARROS et al., 1986; SILVA PEREIRA, 1986; GOULD et al., 1989; STAFFORD, 1990; BARROS et al., 1991; FAÚNDES & CECATTI, 1993; HUESTON & RUDY, 1994; CLARKE & TAFFEL, 1995; KLASKO et al., 1995; HUESTON et al., 1995; RATTNER, 1996; MARIOTONI & BARROS FILHO, 1998). Apesar da consistência, tal resultado deveria ser surpreendente, já que seria de se esperar que as mulheres atendidas nos serviços públicos de saúde fossem justamente aquelas que apresentassem um menor nível sócio-econômico e, possivelmente, uma maior freqüência de risco gestacional por condições patológicas associadas, necessitando mais freqüentemente de uma cesárea por indicações médicas oportunas. Os resultados do estudo mostraram o contrário, evidenciando a grande distorção da assistência obstétrica em nosso país.

A paridade é outro fator fortemente associado às taxas de cesárea. Em alguns estudos, a primiparidade esteve intimamente associada à realização de cesáreas de uma maneira geral (GOYERT et al., 1989; HUESTON, 1995). Alguns dados nacionais mostram uma freqüência de partos abdominais significativamente maior no grupo de primíparas (BESTETI PIRES, 1996; TELINI, 2000) e, de fato, a taxa de 48,8% de cesáreas no primeiro parto em Campinas em 1985 é significativamente maior que as taxas gerais de cesárea no mesmo período, evidenciando uma forte tendência de cesárea no seu primeiro parto. Esse dado

está em concordância com as suposições teóricas de que as altas taxas de cesárea pudessem estar influenciando as taxas de fecundidade de uma população com elevadas cifras de cesárea (FAÚNDES, 1986; HALL et al., 1989; FAÚNDES & CECATTI, 1991; GRUBER & OWINGS, 1996; HEMMINKI, 1996).

Uma avaliação da tendência temporal da fecundidade no Brasil, baseada em dados censitários, evidencia uma queda bastante expressiva na fecundidade total da população ao longo das décadas, a partir dos anos 60. De uma maneira geral, observou-se uma queda em todas as regiões do Brasil, porém mais evidente em alguns Estados, principalmente em São Paulo. Especulativamente, porque tal não foi o objetivo do estudo, foi neste mesmo período que o país apresentou uma grande elevação dos níveis de cesárea que pudesse colaborar com aquela redução. Os fatores associados a essa queda da fecundidade provavelmente estariam ligados também à menor ocorrência de casamentos e à maior utilização de métodos contraceptivos. (ARAÚJO & CAMARANO, 1996; MARTINE, 1996).

A análise de regressão neste estudo mostrou que os fatores estatisticamente associados a uma menor paridade foram: maior idade, maior renda familiar, parto assistido por convênio ou de maneira privada e raça/cor branca. Observou-se que a realização de cesárea no primeiro parto não se associou diretamente à menor paridade. Porém, é razoável supor que a preferência pelo parto abdominal esteja também associada aos fatores sócio-demográficos relacionados com a paridade. Existem dados na literatura que apontam para a interferência da primeira cesárea na subsequente fecundidade

das mulheres, sugerindo que elas, quando comparadas aos controles com partos vaginais, apresentam três vezes mais redução da fecundidade (LASALA & BERKELEY, 1986; FAÚNDES & CECATTI, 1993; HEMMINKI, 1996). É lógico pensar que, em vista da rotina de repetição de cesáreas nas mulheres com uma cesárea anterior e, em vista do receio de se permitir mais do que três intervenções na mesma mulher, submetendo-a, então, à laqueadura, essa seqüência de eventos provavelmente irá ocasionar uma redução na paridade dessas mulheres (FAÚNDES, 1986).

Tal redução poderia estar relacionada à realização mais freqüente de laqueaduras, entretanto parece não ser apenas esse fator o único responsável. Neste estudo, ao final do período de dez anos, cerca de 35% das mulheres da coorte com primeiro parto por cesárea haviam sido laqueadas, comparadas a 18,7% das mulheres com primeiro parto vaginal, tendo sido a laqueadura realizada durante uma cesárea em mais de 90% das mulheres. Esse dado exemplifica a situação da contracepção no Brasil, que parece se restringir a um reduzidíssimo leque de alternativas contraceptivas, focadas basicamente nos contraceptivos orais e na laqueadura (BERQUÓ, 1994). Juntos, esses métodos respondem por 85% do uso em mulheres em idade fértil, cabendo à esterilização 44% (PNDS, 1996).

As conseqüências do uso da laqueadura como método de anticoncepção foram analisadas em alguns estudos. Um deles (OSIS et al., 1999), estudando uma população de mulheres laqueadas comparadas com controles, observou que a satisfação com relação ao uso do método foi significativamente maior

entre as laqueadas, embora tenham sido as que mais referiram arrependimento. Os resultados atuais mostram uma taxa de arrependimento de cerca de 10% na população da coorte, porém sem diferenças quando analisados com relação à via do primeiro parto. Além disso, absurdo maior é a constatação do estudo de que cerca de 5% das mulheres laqueadas na coorte (52 mulheres) engravidaram pela última vez apenas para poderem fazer laqueadura, invertendo completamente o propósito original do procedimento.

A avaliação dos fatores associados à queda da fecundidade na população brasileira reflete seu caráter multifatorial. A hipótese de que apenas a esterilização feminina pudesse responder como etiologia de maior importância é por demais simplificada (MARTINE, 1996). Vários outros fatores estariam a ela associados, desde aqueles ligados à situação econômica da população, até os relacionados às características sócio-demográficas, levando à necessidade de que a avaliação da fecundidade da população brasileira seja vista dentro de um contexto histórico longitudinal. A velocidade de declínio da fecundidade brasileira é comparável à de países em desenvolvimento que adotaram, durante várias décadas, programas agressivos de planejamento familiar (MARTINE, 1996).

Se bem que não tenha sido este um objetivo primário do presente estudo e, portanto, mereça uma consideração metodológica mais dirigida provavelmente em outro estudo, é importante destacar que a razão de risco de prematuridade referida foi significativa para o terceiro parto quando o primeiro foi cesárea. Esta pode representar uma importante conseqüência de morbidade perinatal

relacionada à decisão de se realizar uma cesariana, sobretudo quando desnecessária.

Num contexto de importância das aspirações das mulheres e respeito às suas decisões, torna-se necessário e relevante esclarecê-las a respeito das indicações precisas das cesáreas, ao lado do reconhecimento crítico das condições de sua utilização indiscriminada. Só a informação correta e cientificamente embasada poderá ajudá-las na opção livre e informada sobre a via de parto preferencial e os riscos associados (PORTER & VARNER, 1997). Deve-se lembrar que cerca da metade das mulheres que tiveram seu primeiro parto por cesárea neste estudo e que depois tiveram a maioria dos próximos partos por cesárea, gostariam de ter tido apenas partos vaginais. Esta diferença entre a vontade e o ocorrido provavelmente pode determinar, no futuro, novos rumos e tendências para a assistência obstétrica.

Ainda nesse sentido, não se pode deixar de levar em consideração a questão da relação entre cesárea e laqueadura, problemática que se insere no questionamento do atendimento integral à saúde da mulher, paralelamente ao exercício da concepção e contracepção. Estabelecer como meta a redução da incidência de cesáreas se constitui em um verdadeiro desafio, reconhecendo-se o complexo sistema de fatores sociais que envolvem a indicação técnica da via de parto, colocando em relevo a responsabilidade de todos e de cada um para o exercício de ações que amparem uma opção consciente (CECATTI et al., 1999).

Os resultados deste estudo demonstraram que os fatores associados à queda da fecundidade da população de Campinas não estão diretamente relacionados à maior ocorrência de cesáreas, mas associados indiretamente aos fatores que levam à preferência pelo parto abdominal nessas mulheres. O conhecimento desses fatores é de suma importância para que se possam implementar medidas objetivas na mudança da assistência obstétrica em nosso país, oferecendo às mulheres a via de parto mais adequada e com menores repercussões negativas sobre sua saúde reprodutiva. As premissas teóricas implicadas com a hipótese original (taxas de cesárea elevadas ao redor de 50%, maiores taxas para o primeiro parto, a repetição quase sistemática da cesárea e a realização de laqueadura na segunda ou terceira cesárea) mostraram ser reais para esta coorte de mulheres. Desta forma, é razoável supor que a diferença de paridade (fecundidade) entre os dois grupos da coorte se mantivesse, ou mesmo se acentuasse, comparando com populações com baixos índices de cesárea. Aí fica a proposição para a continuidade do estudo deste assunto.

7. Conclusões

1. Do total de 3886 mulheres, 1896 (48.8%) tiveram parto cesárea (“expostas”) e 1990 tiveram parto normal (“não expostas”). As principais razões referidas para a realização de cesárea no primeiro parto foram a de não entrarem em trabalho de parto, causas obstétricas (situação transversa, feto grande), hipertensão, pós-datismo e cesáreas agendadas previamente.
2. As variáveis sócio-demográficas e de saúde estatisticamente associadas à exposição (primeiro parto por cesárea) foram: maior idade materna, maior escolaridade da mulher, maior renda familiar, cor e/ou raça branca, gravidez gemelar, apresentação pélvica, situação transversa do feto e seguro saúde tipo convênio ou particular.
3. O número médio de partos por mulher em cada grupo, atingido ao final do período de dez anos (estimativa da TTF), foi de 1.99 (DP= 0.75) para as “expostas” e de 2.26 (DP= 0.96) para as “não expostas”, e esta diferença foi estatisticamente significativa.

4. A taxa total de cesárea para o primeiro parto das mulheres da coorte foi de 48.8% (referente a 1985), de 54.0% para o segundo parto e de 48.8% para o terceiro parto.
5. Após dez anos, 34,8% das mulheres do grupo de “expostas” tinham sido laqueadas, comparado com apenas 18,7% do grupo de “não expostas”. Mais da metade das mulheres laqueadas em ambos os grupos o foram antes dos 30 anos. A laqueadura foi realizada durante uma cesárea em 90,6% das “expostas” e em 63,3% das “não expostas”. Cerca de 5% das mulheres laqueadas engravidaram pela última vez apenas para poder fazer a laqueadura e cerca de 10% das mulheres laqueadas arrependeram-se alguma vez de tê-la feito.
6. As mulheres com primeiro parto por cesárea acharam que o número ideal de filhos era menor, comparativamente àquelas com primeiro parto vaginal, não havendo relação entre o desejo de ter mais filhos com a via de parto. Cerca de metade das mulheres com primeiro parto por cesárea gostaria de ter tido apenas partos normais.

8. Summary

The purpose of this study was to assess the impact of high caesarean section rates on the population fertility patterns, reproductive history, tubal ligation and number of children considered ideal. It was a retrospective cohort study performed on a population of 3886 women, who delivered their first child in Campinas, in 1985 and were interviewed ten years later about their reproductive life. They were divided in two groups according to the method of their first delivery: 1896 (48,8%) with caesarean section (“exposed”) and 1990 with a vaginal delivery (“not exposed”). Social demographic and health factors statistically associated to a caesarean section in the first delivery were: high maternal age, high literacy, to be married, to be white, higher family income, medical health care by private insurance, low number of live children and breech presentation, twins or transverse situation of the fetus. The total fertility rate (TFR) estimated through the mean number of deliveries by each woman at the end of this ten years period was 1,99 for the exposed group and 2,26 for the not exposed. High parity was statistically associated to low maternal age, low family income, medical health care by the National Health System and to be not white. For the women with caesarean section in their first delivery, the second delivery

was by a caesarean section in 88,9% and the third delivery was also a caesarean section in 98,2%. At the end of this ten years period, 34,8% of the “exposed” women were submitted to a tubal ligation, compared with 18,7% in the “no exposed” group. The tubal ligation was performed at the time of a c-section in 90,6% in the exposed and 63,3% in the not exposed group. The first c-section delivery was associated to a lower number of children considered ideal, however it was not associated to a desire of more children.

9. Referências Bibliográficas

- ARAÚJO, H. E. & CAMARANO, A. A. – Tendências da fecundidade brasileira no século XX: uma visão estadual. In: X ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. Belo Horizonte, ABEP, 1996. **Anais**, Belo Horizonte, 1996.
- ATIBA, E. O.; ADEGUE, A. J.H.; MURPHY, P.J.; FELMIGHAM, J. E.; SCOTT, G. I. - Patients' expectation and caesarean section rate. **Lancet**, **341**:246, 1993.
- BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P.; VICTORA, C. G. - Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. **Health Policy Plann.**, **1**:19-29, 1986.
- BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P.; VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R. A. - Epidemic of caesarean sections in Brazil. **Lancet**, **338**:167-169, 1991.
- BELIZÁN, J. M.; ALTABE, F.; BARROS, F. C.; ALEXANDER, S. - Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. **BMJ**, **319**:1397-400, 1999.
- BERQUÓ, E. – Esterilização e raça em São Paulo. **Rev. Bras. Est. Pop.**, **11**:19-26, 1994.

- BESTETI PIRES, H. M. - **Fatores associados à prova de trabalho de parto e ao parto vaginal em gestantes com uma cesárea anterior**. Campinas, 1996. [Tese de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP].
- BESTETI PIRES, H. M.; CECATTI, J.G.; OSIS, M.J.D.; FAÚNDES, A. - Factors associated to vaginal delivery among primipara women with one previous Cesarean section. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **76**(Suppl.167:5):23, 1997.
- BESTETI PIRES, H. M.; CECATTI, J.G.; FAÚNDES, A. - Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior. **Rev.Saúde Pública**, **33**:342-8,1999.
- BRASIL, 1997^a Lei ordinária nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da constituição federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Partes vetadas correspondentes aos artigos 10, 11, 14 e 15. Brasília: **Diário Oficial da União**, 20 de agosto de 1997, p17989, col. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.816. **Diário Oficial da União**, Séc. I, nº 103, 02/06/1998, p. 48.
- CAI, W. W.; MARKS, J. S.; CHEN, C. H.; ZHUANG, Y. X.; MORRIS, L.; HARRIS., J. R. – Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in Shanghai, China. **Am. J. Public Health**, **88**:777-80, 1998.
- CECATTI, J. G.; PARPINELLI, M. A.; BARINI, R; FAÚNDES, A. – A gestação na mulher a partir dos 40 anos. Influência da idade e outras variáveis sobre os resultados maternos e perinatais. **RBM**, **4**:171-80, 1992.
- CECATTI, J. G.; BESTETI PIRES, H. M. & GOLDENBERG, P. - Cesárea no Brasil: um direito de opção? In: GALVÃO, L & DÍAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. Campinas, Editora Hucitec, Population Council, 1999. p.237-58.

- CECATTI, J. G.; ANDREUCCI, C.B.; CACHEIRA, P.S.; BESTETI PIRES, H. M.; PINTO E SILVA, J.L.; AQUINO, M.M.A. - Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **22**:175-9, 2000.
- CICOUREL, A. - Teoria e método em pesquisa de campo. In: ZALUAR A. G. **Desvendando máscaras sociais**. 2ª ed., Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1987, p.87-121.
- CHAMBERLAIN, G. - Caesarean section rates in the UK. **Lancet**, **337**:1167, 1991.
- CHHABRA, S.; SHENDE, A.; ZOPE, M.; BANGAL, V. - Caesarean sections in developing and developed countries. **J. Trop. Med. Hyg.**, **95**:343-5, 1992.
- CLARKE, S. C. & TAFFEL, S. - Changes in cesarean delivery in the United States, 1988 and 1993. **Birth**, **22**:63-7, 1995.
- CURTIN, S. C. & MARTIN, J. A. - Births: preliminary data for 1999. **Natl. Vital Stat. Rep.**, **48**:1-20, 2000.
- CUNHA, A.A.; PORTELA, M.C.; AMED, A.M. – Cesariana de repetição. **Rev.Ginec. Obstet.**, **11**:167-73, 2000.
- DATASUS, 2000 – Rede Interativa de Informações para a Saúde. **Partos cesáreos no Brasil/1996** <<http://www.datasus.gov.br>> 19 de outubro de 2000.
- 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. - As cesáreas e as modificações nos níveis de fecundidade. In: População e saúde. do Seminário Latino Americano de População e Saúde. Vol. I,. Editora da UNICAMP, **Anais**. Campinas, 1986. p73-91.
- FAÚNDES, A.; AMARAL, E.; PINTO E SILVA, J. L.; GAMA DA SILVA, J, C.; PINOTTI, J. A. - Trabalho de parto em pacientes com antecedentes de cicatriz de cesárea. **Ginec. Obstet. Bras.**, **11**:103-9, 1988.
- FAÚNDES, A. & CECATTI, J. G. - Which policy for caesarean sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. **Health Policy Plann.**, **8**:33-42, 1993.
- FAÚNDES, A & PINTO E SILVA, J.L. - O equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual. **Femina**, **26**:669-73, 1998.
- FESCINA, R. H. – A incidência de cesárea nas Américas. **J. FEBRASGO**, **1**:7-8, 2000.
- FLEISSIG, A. - Prevalence of procedures in childbirth. **BMJ.**, **306**:494-5, 1993.
- FRADE, J.L. - **Estudo retrospectivo da prova de trabalho de parto na viabilização do parto vaginal em gestantes com uma cesárea anterior.** Botucatu, 2000. [Tese de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP].
- GENTILE, F.P.; NORONHA FILHO, CUNHA, A.A. – Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. **Cad. Saúde Publ.**, **13**:221-6, 1997.
- GOLDMAN, G.; PINEAULT, R.; BILODEAU, H.; BLAIS, R. - Effects of patient, physician and hospital characteristics on the likelihood of vaginal birth after previous cesarean section in Quebec. **Can. Med. Assoc. J.**, **143**: 1017-24, 1990.

- GOYERT, G. L.; BOTTOMS, S. F.; TREADWELL, M. C.; NEHRA, P. C. - The physician factor in cesarean birth rates. *New Engl. J. Med.*, **320**:706-9, 1989.
- GOULD, J. R.; DAVEY, B.; STAFFORD, R. - Socioeconomic differences in rates of cesarean section. *New. Engl. J. Med.*, **321**: 233-9, 1989.
- GRANADO-NEIVA, J. - Operação cesárea no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. In: XXVI JORNADA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, Rio de Janeiro, 1982.
- GRUBER, J. & OWINGS, M. - Physician financial incentives and cesarean section delivery. *Rand. J. Econ.*, **27**:99, 1996.
- HALL, M. H.; CAMPBELL, D. M.; FRASER, C.; LEMON, J. - Mode of delivery and future fertility. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, **96**:1297-303, 1989.
- HALL, M. H. & BEWLEY, S. - Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet*, **354**:776, 1999.
- HARDY, E. E.; OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A.; ALVES, G.; PINOTTI, J. A. - A laqueadura tubárea precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. *Rev. Ginec. Obstet. São Paulo*, **4**:70-6, 1993.
- HEMMINKI, E. - Impact of cesarean section on future pregnancy – a review of cohort studies. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.*, **4**:366-79, 1996.
- HEMMINKI, E & MERILÄINEN, J. - Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **174**:1569-74, 1996.
- HIBBARD, L.T. - Changing trends in cesarean section. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **125**:798-804, 1976.

- HUESTON, W. J. & RUDY, M. - Factors predicting elective repeat cesarean delivery. **Obstet. Gynecol.**, **83**:741-4, 1994.
- HUESTON, W. J. - Variação dos fatores que afetam as taxas de partos cesáreos de local a local. **Arch. Fam. Med.**, **4**:346-51,1995.
- HURST, M. & SUMMEY, P. S. – Childbirth and social class: the case of cesarean delivery. **Soc. Sci. Med.**, **18**:621-31, 1984.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. - **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro, 1986.
- JANOWITZ, B.; RODRIGUES, W.; COVINGTON, D. L.; ARRUDA, J. M.; MORRIS, L. – Cesarean delivery in northeast region of Brazil, 1978-80. **Am. J. Publ. Health**, **75**:560-2,1985.
- 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.
- KEELER, E. B. & BRODIE, M. – Economic incentives between vaginal delivery and cesarean section. In:**The Milbank Quarterly**, Harvard, Milbank Memorial Fund (3):71, 1993. p.365-404.
- KERSEY, J. L.; THOMPSON, W. D.; EVANS, A. S. - **Methods in observational epidemiology**. Oxford University Press, New York, 1986.
- KLASKO, S. K.; CUMMINGS, R. V.; BALDUCCI, J.; DEFULVIO, J. D.; REED III, J. F. – The impact of mandated in-hospital coverage on primary cesarean delivery rates in a large nonuniversity teaching hospital. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **172**: 637- 42, 1995.
- LANDMANN, S. - **Medicina não é saúde**. 2ª ed. Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1983.

- LASALA, A . P. & BERKELEY, A.S. - Primary cesarean section and subsequent fertility. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **157**:379-83, 1989.
- LILFORD, R. J.; VAN COEVERDEN DE GROOT, H. A.; MOORE, P. J.; BINGHAM, P. – The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. **Br. J. Obstet. Gynecol.**, **97**:883-92, 1990.
- LOCALIO, A. R.; LAWTHERS, A. G.; BENGSTON, J. M.; HEBERT, L. E.; WEAVER, S. L.; BRENNAN, T. A.; LANDIS, R. - Relationship between malpractice claims and cesarean delivery. **JAMA**, **269**: 366-73, 1993.
- LUIZ, O. C. & CITELI, M. T. – Esterilização cirúrgica: lei que fica no papel. **J. Redesaúde**, **21**:21-2, 2000.
- MARIOTONI, G. G. B. & BARROS FILHO, A. A. – Frequência de partos cesáreos na região de Campinas, São Paulo. **JBM**, **75**:15-22, 1998.
- MARTEL, M.; SHOLOM, W.; LIPPMAN, A.; BROHAN, J.; HAMILTON, E. - Maternal age and primary cesarean section rates: a multivariate analysis. **Am. J. Obstet. Gynecol**, **156**: 305-8, 1987.
- MARTINE, G. - Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. **Pop. Develop. Rev.**, **22**:47-75, 1996.
- MELLO, C. G. - Privatização e produtividade dos serviços de saúde. Pesquisa setorial sobre a incidência de cesárea. **Rev. Paul. Hosp.**, **17**:3-9, 1969.
- MILLER, J. M. - Maternal and neonatal morbidity and mortality in caesarean section. **Obstet. Gynecol. Clin. N. Am.**, **15**:629-32, 1988.
- MMWR - **Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, **46**:837-42, 1997.

- MUYLDER, X. - Caesarean sections in developing countries: some considerations. *Health Policy Plann.*, **8**: 101-12, 1993.
- MURRAY, S. F. & PRADENAS, F. S. – Health sector reform and rise of caesarean birth in Chile. *Lancet*, **349**:64,1997.
- MYERS, S. A., & GLEICHER, N. - A successful program to lower cesarean section rates. *N. Engl. J. Med.*, **319**:1511-6, 1988.
- NEWELL, C. - **Methods and Models in demography**. Belhaven Press, London, 1988.
- NOTZON, F, C. - International differences in the use of obstetric interventions. *JAMA*, **263**:3286-91, 1990.
- O'DRISCOLL, K. & FOLEY, M. - Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in Cesarean section rates. *Obstet. Gynecol.*, **61**:1-5, 1983.
- OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A.; SOUSA, M. H.; BAILEY, P. - Conseqüências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubárea. *Cad. Saúde Pública*, **15**:521-32, 1999.
- PAI, M.; SUNDARAM, P.; RADHAKRISHNAN, K. K.; THOMAS, K.; MULIYIL, J. P. – A high rate of caesarean sections is na affluent section of Chennai: is it cause for concern? – *Natl. Med. J. India*, **12**:156-8, 1999.
- PAUL, R.H. & MILLER, D.A. – Cesarean birth : How to reduce the rate. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **172**:1903-11, 1995.
- PETITTI, D.; OLSON, R. O.; WILLIAMS, R. L. - Cesarean section in California – 1960 through 1975. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **133**:391-7, 1979.

- PETITTI, D; CEFALO, R. C.; SHAPIRO, B. A.; WHALLEY, P. - In-hospital maternal mortality in the United States: time trends and relation to method of delivery. *Obstet. Gynecol.*, **59**:6-12, 1982.
- PETITTI, D. - The Ideal Caesarean Section Rate. In: PARER, J.T. – **Antepartum and intrapartum management**. London, Lea & Febiger, 1989.
- PNDS – **Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde. Relatório da pesquisa**. 1996.
- PORRECO, R. P. & THORP, J. A – The cesarean birth epidemic: trends, causes and solutions. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **175**:369-74, 1996.
- PORTER, T. F. & VARNER, M. W. – Using evidence-based medicine to optimize cesarean section outcomes. *Clin. Obstet. Gynecol.*, **40**:542-7, 1997.
- RATTNER, D. - Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, **30**:19-33, 1996.
- ROSEN, M. G.; DICKINSON, J. C. B.; WESTHOFF, C. L. – Vaginal birth after cesarean: a meta analysis of morbidity and mortality. *Obstet. Gynecol.*, **77**:465-70, 1991.
- ROYSTON, E. & ARMSTRONG, S. (ed.). - **Preventing maternal deaths**. Geneve, World Health Organization, 1989.
- RUTEMBERG, N. & FERRAZ, E. A. - Female sterilization and demographic impact in Brazil. *Int. Fam. Plan. Perspec.*, **14**:61-8, 1988.
- SANDMIRE, H.F. & DeMOTT, R.K. – The Green Bay Cesarean section study III – Falling cesarean birth rates without a formal curtailment program. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **170**:1790-802, 1994.

- SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. - **Anuário Estatístico do Estado de São Paulo, 1983**. São Paulo, 1984.
- SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. - **Anuário Estatístico do Estado de São Paulo, 1991**. São Paulo, 1993.
- SES. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. - **Área programática de atenção à saúde da mulher. Relatório consolidado por macro do ano de 1991**. Report, São Paulo, 1992.
- SCHUITEMAKER, N.; VAN ROOSMALEN, J.; DEKKER, G.; VAN DONGEN, P.; VAN GEIJN, H.; GRAVENHORST, J. B.- Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, **76**:332-4, 1997.
- SHEARER, E. - Cesarean section: medical benefits and costs. *Soc. Sci. Med.*, **37**: 1223-31, 1993.
- SILVA PEREIRA, J. M. - Incidência do parto cesáreo. Mortalidade materna e perinatal. *J. Bras. Ginecol*, **96**:39-44, 1986.
- SILVER, L. – **Monitoramento e avaliação rotineira da qualidade da assistência obstétrica hospitalar: estudo potencial do sistema de informações existente e estimativa de custo ao Sistema Único de Saúde da Epidemia de partos cesáreas desnecessários. Relatório**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira. Fundação Osvaldo Cruz, 1996, 155p.
- SOUZA, C.M. – C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients'rights in Brazil. In: **Cambridge quarterly of healthcare ethics**. Cambridge. Cambridge University Press. 1994. p.358-66.
- STAFFORD, R. S. - The impact of nonclinical factors on repeat cesarean section. *JAMA*, **265** :59-63, 1991.

- TELINI, D.M.T.Z. – **Cesáreas e partos normais em gestantes com baixo risco obstétrico: características maternas e repercussões neonatais.** Campinas, 2000. [Tese de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP].
- VAN LERBERGHE, W. - **Office of Health Care Reform Project** – comunicação pessoal do autor, HCR Office, Bangkok, Thailand, 2000.
- VENTURA, S. J.; MOSHER, W. D.; CURTIN, S. C.; ABMA, J. C.; HENSHAW, S.- Trends in pregnancies and pregnancy rates by outcome: estimates for the United States, 1976-96. *Vital Health Stat.*, **21**:1-47, 2000.
- WADHERA, S. & MILLAR, W. J. - Patterns and change in Canadian fertility 1971-1988: first births after age 30. *Health Rep.*, **3**:149-62, 1991.
- WESTOFF, C.F. - Fertility in the United States. *Science*, **234**:554-9, 1986.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriated technology for birth. *Lancet*, **2**:436-7, 1985.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION, DECLARATION OF HELSINKI:
Recommendations Guiding Physicians in Biomedical Research Involving Human Subjects. Adopted by the 18th.World Medical Assembly, Helsinki, Finland, June 1964. Amended by the 29th. World Medical Assembly, Tokyo, Japan, October 1975; 35th. World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1993; 41th. World Medical Assembly, Hong Kong and 48th. General Assembly, September 1989. Somerset West, Republic of South Africa, October 1996.
- ZAHNISER, S. C.; KENDRICK, J. S.; FRANKS, A. L.; SAFTLAS, A. F. - Trends in obstetric operative procedures, 1980 to 1987. *Am. J. Publ. Health*, **82**: 1340-4, 1992.

10. Bibliografias de Normatizações

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

11. Anexos

ANEXO 1
ESTUDO SOBRE A SAÚDE DA MULHER EM CAMPINAS

ANEXO 2
MANUAL DA SUPERVISORA

ANEXO 3
MANUAL DAS ENTREVISTADORAS

ANEXO 4
LISTA DAS ESCOLAS

ANEXO 5
CARTA A SER ENVIADA À MÃE DA CRIANÇA

Campinas, de _____ de 1995.

Prezada Senhora _____

Estamos realizando um estudo sobre a saúde da mulher. Para isto, estamos entrevistando algumas mães de alunos desta escola. Por isso solicitamos sua colaboração pedindo que **COMPAREÇA À ESCOLA** para uma entrevista, nas seguintes datas:

DIA _____ HORÁRIO _____

OU

DIA _____ HORÁRIO _____

Caso não seja possível comparecer em nenhuma dessas datas, telefone A COBRAR no número 392856 e fale com Simone, Telma, Graciana ou Karla, para que possamos marcar outra data ou horário, conforme for melhor para a Senhora.

Desde já agradecemos pela sua atenção e colaboração.

Atenciosamente

Dr. José Guilherme Cecatti
Prof. do Dep. de Tocoginecologia
UNICAMP

Campinas, _____ de _____ de 1995.

Prezada Senhora _____

Como não sabemos se recebeu nossa carta anterior, pedimos sua compreensão para voltarmos a solicitar a sua ajuda.

Estamos realizando um estudo sobre saúde da mulher. Para isto, estamos entrevistando algumas mães de alunos desta escola. Solicitamos então sua colaboração pedindo que entre em contato conosco durante essa semana. Ligue a cobrar para o número 392856 e fale com Simone, Telma,, Graciana ou Karla, para que possamos marcar uma data ou horário, conforme for melhor para a Senhora, para fazermos uma entrevista.

Desde já agradecemos pela sua atenção e colaboração.

Atenciosamente

Dr. José Guilherme Cecatti
Prof. do Dep. de Tocoginecologia
UNICAMP

ANEXO 6
QUESTIONÁRIO

ANEXO 7
EQUIPE DA PESQUISA

ANEXO 8
AUTORIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO 9

DEPOIMENTO DE UMA ENTREVISTADORA

Há sabedoria no dia a dia?

Os dados de pesquisas (quer científica ou não) são consultados, todos os dias, por inúmeras pessoas. Porém, pela simples análise dos dados, não é possível conhecer a riqueza de informações e questionamentos que uma pesquisa, de qualquer tipo, pode produzir.

Enquanto trabalhava como entrevistadora em um projeto de pesquisa na área da saúde da mulher, eu pude experimentar uma riqueza infinita de símbolos, sensações e descobertas sobre o mundo (e também sobre mim) que nunca tinha experimentado antes.

Meu trabalho consistia em realizar uma entrevista com mulheres que haviam tido seu primeiro filho durante o ano de 1985, em uma determinada cidade. Para isso, ou ela ia até nós, as entrevistadoras, ou nós íamos até ela. A entrevista constava de um questionário, muito propriamente assim chamado, porque realmente questionava as mulheres sobre aspectos de sua vida como mãe. Como as mulheres eram convidadas a pensar sobre essa maravilhosa experiência de suas vidas, eu pude participar (enquanto entrevistadora) de maravilhosas lições de vida, nem sempre percebidas como tal pelas mulheres que as narravam. Eu pude vivenciar a experiência extremamente rica de

aprendizagem da natureza humana e de descoberta de outras realidades sociais que podem ser fornecidas por esse tipo de trabalho.

Durante cerca de seis meses, apesar de aplicar diariamente o mesmo questionário, para algumas dezenas de mães, era possível sentir-me absolutamente surpresa com cada experiência relatada. Mesmo que, após as primeiras análises, essas experiências acabem sendo agrupadas em categorias, a vivência de cada uma delas foi única, percepção que só poderia se mesmo sentida pela pessoa da entrevistadora.

Não só eu, como todas as entrevistadoras desse projeto, puderam, ao mesmo tempo, entristecer-se e alegrar-se com a realidade difícil (e muitas vezes cruel) enfrentada por muitas das mulheres que entrevistamos. Entristecer-se porque muitas mulheres relatavam inúmeras dificuldades até mesmo para suprir as necessidades básicas (alimentação, saúde, educação) de seus filhos, isso sem falar delas próprias. A alegria vinha do relato das soluções encontradas por algumas delas para vencer os obstáculos à realização de seus anseios enquanto seres humanos.

Com certeza, todas essas lições de coragem, persistência e sabedoria vão passar despercebidas pelos analistas dos dados dessa e de tantas outras pesquisas. Porém, muitas entrevistadoras, como foi o meu caso, enriqueceram imensamente sua história pessoal a partir dos relatos ouvidos e agora poderão continuar sua vida profissional de uma forma muito mais consistente e realista. Será possível a elas perceber e compreender melhor a realidade em que estão

inseridas e qual o papel social que elas representaram, representam e irão representar nela.

Decorrido já algum tempo, eu ainda me pergunto: como é possível passar por uma experiência dessas e não enxergar o quanto ela pode nos modificar? Só se não fôssemos realmente humanos e não conseguíssemos nos entregar completa e verdadeiramente ao trabalho que desempenhamos, seja ele qual for.

Talvez, entregar-se ao trabalho com seriedade, sem deixar a paixão de lado, não tendo medo de entregar-se a toda e qualquer descoberta que essa atividade possa trazer, seja o único segredo das pessoas que sempre conseguem se sobressair no que fazem!

Terezinha Moro

Novembro de 1995