

## Associação entre prevalência de laqueadura tubária e características sócio-demográficas de mulheres e seus companheiros no Estado de São Paulo, Brasil

Association of prevalence of tubal ligation and sociodemographic characteristics of women and their partners in the State of São Paulo, Brazil

Aníbal Faúndes <sup>1</sup>  
 Rosely Gomes Costa <sup>2</sup>  
 Karla Simônia de Pádua <sup>2</sup>  
 Antero Marques Perdigão <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. C. P. 6181, Campinas, SP 13081-970, Brasil.

<sup>2</sup> Centro de Pesquisa das Doenças Materno-Infantis de Campinas. C. P. 6181, Campinas, SP 13081-970, Brasil.

**Abstract** Brazil has a high prevalence of tubal ligation. The hypothesis that it indicates under-cover birth control efforts specifically addressed to the poorest sector of Brazilian society has been raised. The purpose of this paper is to evaluate whether there are differences in rates of tubal ligation depending on socioeconomic status. Data were gathered from interviews with 1335 women 15-49 years of age, of low or lower-middle socioeconomic status, carried out in 1991 in two regions of the State of São Paulo. The results showed an apparently higher prevalence of tubal ligation among women with less schooling, but also among those living in better housing. However, after controlling for women's age, these associations disappeared, suggesting that they were explained by lower educational levels and greater economic resources of women of older age, where the latter factor is more heavily associated with a higher prevalence of tubal ligation. The complexity of the associations between socioeconomic status and tubal ligation are discussed, including the correlations between socioeconomic status and C-sections, which are in turn closely related to tubal ligation.

**Key words** Tubal Sterilization; Women's Health; Epidemiology; Birth Control

**Resumo** O Brasil tem uma alta prevalência de laqueadura tubária. Alguns setores da sociedade acreditam que essa alta prevalência estaria indicando um controle da natalidade dissimulado, que visa diminuir a fecundidade nas camadas mais pobres da população. O objetivo deste trabalho é contribuir para a compreensão das possíveis diferenças sócio-econômicas quanto à prática da laqueadura. Para este fim, analisamos uma base de dados com 1.335 mulheres com idade de 15 a 49 anos, obtida entre mulheres de nível sócio-econômico médio-baixo ou baixo, em duas regiões do Estado de São Paulo, no ano de 1991. Os resultados mostraram uma aparentemente maior prevalência de laqueadura entre as mulheres com menor nível educacional e também entre as que moravam em habitação de boa qualidade. Entretanto, ao controlar por idade, essas associações desapareceram, sugerindo que se deviam apenas a menor escolaridade e maiores recursos das mulheres de maior idade, sendo este último o fator mais fortemente associado à prevalência de laqueadura. Discute-se a complexidade das relações entre nível sócio-econômico e ligadura tubária, incluindo a diferença sócio-econômica na prevalência de cesárea, intimamente ligada à esterilização feminina.

**Palavras-chave** Esterilização Tubária; Saúde da Mulher; Epidemiologia; Controle da Natalidade

## Introdução

O Brasil tem uma alta prevalência de laqueadura tubária, o que foi constatado por dois estudos independentes. Arruda et al. (1987) publicaram que entre mulheres em união conjugal com idades entre 15 e 44 anos a prevalência era de 26,9%; o outro estudo (Oliveira & Simões, 1989) mostrou taxa de 29,3% em mulheres unidas com idades entre 15 a 54 anos. Uma estimativa para o ano de 1997 apontou uma prevalência de 36% de ligadura tubária entre mulheres de 15 a 44 anos em união (FNUAP, 1995).

No Estado de São Paulo, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1986 indicou que 30,7% das mulheres unidas, entre 15 e 54 anos, estavam laqueadas (Oliveira & Simões, 1989), e a primeira avaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) mostrou que, entre mulheres unidas de nível sócio-econômico médio-baixo que tinham de 15 a 49 anos de idade, 25,6% na área metropolitana e 33,6% no interior estavam esterilizadas (Hardy et al., 1995).

Resultados de outros autores mostram ainda que a prevalência da laqueadura tem aumentado no país. No Estado de São Paulo, segundo Berquó (1988), entre os anos de 1978 e 1988, esse aumento foi de mais de 100%. Além disso, as mulheres estão se submetendo à ligadura das trompas numa idade mais precoce. Uma pesquisa feita em 1988 no Estado de São Paulo indicou que mais da metade das mulheres referiu ter feito a cirurgia com menos de trinta anos de idade (Osis et al., 1991). Estas constatações levaram setores da sociedade brasileira, como o movimento de mulheres, organizações não governamentais (ONGs), parlamentares e representantes da Igreja Católica, a denunciar que essa alta prevalência faria parte de um processo que visa limitar a fecundidade das classes sociais mais pobres (Terra, 1991; Ávila, 1994; Neumann, 1994). Assim, a ligadura seria uma forma de controle da natalidade, cujo alvo principal seriam os setores mais carentes da sociedade: "(...) *é em nome da carência que as propostas controlistas se expressam e ganham terreno na sociedade*" (Ávila, 1994:18). Há denúncias, inclusive, de que a esterilização em massa estaria voltada especificamente para a população negra, visando diminuir seu crescimento (Jornal de Brasília, 1991; Geledés, 1991).

Entretanto, algumas pesquisas contradizem essas afirmações e mostram que o acesso à esterilização cirúrgica era menor para mulheres com menor escolaridade e menor renda (Janowitz et al., 1985; Vieira, 1994a). Em relação às mulheres negras, encontrou-se, na cida-

de de São Paulo em 1992, que, entre mulheres de 15 a 50 anos usando algum método anticoncepcional, uma porcentagem semelhante de brancas e negras estava esterilizada: 22,0% e 20,1% respectivamente (Berquó, 1994).

A alta prevalência de laqueadura tubária implica vários problemas, como já foi amplamente discutido pelos estudiosos do assunto. Primeiramente, é consequência da falta de informação e acesso das mulheres aos métodos anticoncepcionais reversíveis (Pinotti & Faúndes, 1982; Faúndes et al., 1986; Pinotti et al., 1986; Berquó, 1987; Serruya, 1993; Semprevisa, 1994); acarreta os impasses do arrependimento pós-esterilização cirúrgica (Pinotti et al., 1986; Bahamondes et al., 1992; Berquó, 1993; Vieira, 1994b; Hardy et al., 1996) e contribui para aumentar o número de cesáreas desnecessárias, realizadas somente para se fazer a laqueadura (Faúndes et al., 1986; Arruda et al., 1987; Barros et al., 1991; Berquó, 1993; Faúndes & Cecatti, 1993; Hardy et al., 1993; Vieira, 1994b).

As denúncias e a constatação dos problemas relativos à laqueadura resultaram na instalação de Comissões Parlamentares de Inquérito (CPIs), a partir de 1991, nas Assembléias Legislativas do Rio de Janeiro, Goiás e Pernambuco, na Câmara Municipal de Salvador e no Congresso Nacional. Essas CPIs, apesar de apresentarem conclusões diversas, concordaram em que a implementação de uma política clara e efetiva de saúde reprodutiva é uma prioridade no país. Os resultados apresentados pela CPI do Congresso Nacional resultaram na elaboração de um projeto de lei que autorizava a rede pública de saúde a realizar, gratuitamente, cirurgias de esterilização feminina e masculina (Correa, 1993).

Entretanto, após esse projeto ter tramitado durante quatro anos pelo Congresso e ter sido aprovado, a lei de planejamento familiar teve um capítulo vetado pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso. Esse capítulo autorizava a rede pública de saúde a realizar de graça as cirurgias de esterilização voluntária (vasectomia e ligadura tubária) em homens e mulheres com mais de 25 anos de idade e com, pelo menos, dois filhos vivos (Freitas, 1996). Apesar de posteriormente o Presidente ter reconsiderado seu veto, o fato mostra que a questão da esterilização no Brasil é complexa e controversa (Veja, 1996; Rodrigues, 1996).

A enorme popularidade da ligadura tubária no Brasil é incontestável. Entretanto, não existem muitos estudos que expliquem essa preferência. O que se argumenta é que ela está associada ao fato de se tornar acessível ao ser realizada, seja juntamente com cesáreas pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja como par-

te de campanha eleitoral de candidatos a cargos eletivos.

O objetivo deste trabalho é estudar possíveis diferenças sócio-demográficas quanto à prática da laqueadura, com o intuito de investigar se existem determinados grupos dentro da amostra estudada que foram submetidos preferencialmente a este procedimento. Para isso, foi analisada uma base de dados obtida entre mulheres de nível sócio-econômico médio-baixo ou baixo, em duas regiões do Estado de São Paulo, no ano de 1991.

### Sujeitos e métodos

Em 1988, foi avaliado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no Estado de São Paulo e, no ano de 1991, foi feita uma reavaliação em duas regiões: na área metropolitana (Penha de França) e no interior (Campinas).

Este trabalho se refere à segunda avaliação, quando foram entrevistadas, em seus domicílios, 1.335 mulheres com idades entre 15-49 anos, utilizando-se um questionário estruturado e pré-testado. Maiores detalhes acerca da metodologia da pesquisa podem ser obtidos em Pinotti et al. (1990) e Perdigão (1996).

Os dados foram informatizados e submetidos a análise estatística utilizando-se o *Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer* (SPSS-PC).

Este trabalho estuda a associação entre esterilização cirúrgica feminina e características sócio-demográficas das usuárias e de seus companheiros, quais sejam: escolaridade da mulher, escolaridade do marido/companheiro, idade da mulher, estado marital, número de gravidezes, número de filhos vivos e tipo de moradia. O tipo de moradia foi classificado pelas entrevistadoras em uma das seguintes categorias: favela, cortiço, barraco (fora da favela), habitação média (casa de alvenaria) e habitação boa (com acabamento fino). Na análise dos dados (Tabelas 5 e 6), o tipo de moradia foi dicotomizado em boa (que inclui habitação boa) e menos que boa (que inclui habitação média, barraco, cortiço e favela).

As diferenças entre os grupos foram avaliadas com o teste de Qui-Quadrado (Armitage & Berry, 1987) e somente os valores significativos de  $p (<0,05)$  são mostrados nas tabelas.

### Resultados

Encontrou-se uma relação inversa entre a porcentagem de mulheres laqueadas e sua escolaridade e a de seus maridos/companheiros: quanto menor a escolaridade, maior a porcentagem de mulheres laqueadas. A proporção foi maior entre as casadas e muito pequena entre as solteiras. Houve maior porcentagem entre viúvas e separadas que entre mulheres amasiadas. Entre as que moravam em habitação boa, a proporção de laqueadas foi significativamente maior do que entre as que residiam em habitação média ou em cortiço. As maiores diferenças foram observadas entre mulheres de menor e maior idade, e com menor e maior número de filhos. As mulheres sem filhos e menores que 25 anos têm prevalência de 2,5%, enquanto as com um ou dois filhos, ou 25 a 34 anos, têm prevalência dez vezes maior. A prevalência sobe ainda, e até aproximadamente 50%, nas mulheres com cinco ou mais filhos e idade acima de 34 anos (Tabela 1).

Tabela 1

Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos, que estavam laqueadas, segundo variáveis sócio-demográficas selecionadas.

	%	(n)	p
<b>Escolaridade</b>			
Nenhuma	42,0	81	0,00001
1ª – 4ª série	0,0	454	
5ª – 8ª série	19,0	484	
9 anos ou mais	15,7	273	
<b>Estado marital</b>			
Solteira	0,8	391	0,00001
Amasiada	23,1	169	
Separada/Viúva	29,3	99	
Casada	37,0	635	
<b>Escolaridade do marido/companheiro</b>			
Nenhuma	39,1	46	0,0317
1ª – 4ª série	38,8	340	
5ª – 8ª série	30,6	301	
9 anos ou mais	31,0	168	
<b>Número de filhos vivos</b>			
Nenhum	2,5	40	0,00000
1 – 2	22,3	534	
3 – 4	51,8	284	
5 ou mais	47,6	82	
<b>Idade da mulher</b>			
15 – 24	2,5	487	0,00001
25 – 34	22,3	412	
35 ou mais	51,2	395	
<b>Tipo de moradia</b>			
Favela/Cortiço/Barraco	22,4	201	0,0106
Média	20,2	598	
Boa	28,7	487	

(n) Total de casos sobre os quais foi calculada a porcentagem.

Quando se estudaram somente as mulheres que usavam algum método anticoncepcional, observou-se também que, quanto menor a escolaridade, maior a porcentagem de mulheres laqueadas. Essa mesma relação inversa foi observada no que diz respeito à escolaridade dos maridos/companheiros, no entanto a porcentagem foi muito menor nos grupos cujos companheiros não tinham nenhuma escolaridade. Encontrou-se uma relação direta entre a porcentagem de mulheres laqueadas e número de filhos vivos e idade da mulher: quanto mais idade e maior número de filhos vivos, maior a porcentagem de mulheres laqueadas. Também manteve-se a associação de estado marital e tipo de moradia com proporção de mulheres laqueadas. Chama a atenção, entretanto, que a mais alta porcentagem estava entre as separadas e viúvas, bem como entre as que moravam em residência boa (Tabela 2).

A maior porcentagem de mulheres laqueadas manteve-se significativamente maior entre as mulheres com o tipo de moradia qualificada

como boa (casa de alvenaria), quando controladas pelas variáveis: escolaridade da mulher e do marido/companheiro, estado marital e número de filhos vivos. A porcentagem entre as que moravam em habitação boa só não foi significativamente maior entre as amasiadas e, principalmente, entre aquelas cujos companheiros tinham escolaridade até a quarta série primária. Entretanto, quando esta associação entre tipo de habitação e proporção de mulheres laqueadas foi controlada por idade, já não se encontraram diferenças significativas em nenhum grupo de idade (Tabela 3).

As observações se repetiram ao se fazer a mesma análise apenas entre as mulheres que usavam algum método anticoncepcional. Quando a associação entre tipo de habitação e proporção de mulheres laqueadas foi controlada por idade, já não se encontraram diferenças em nenhum grupo de idade (Tabela 4).

A associação entre a porcentagem de mulheres laqueadas e o grau de escolaridade manteve-se significativa após ser controlada pelo tipo de moradia e escolaridade do marido/companheiro. Enquanto para as mulheres alguma vez casadas (incluindo viúvas e separadas) a maior proporção significativa de ligaduras manteve-se entre aquelas com menor escolaridade, o inverso foi observado entre as mulheres amasiadas, apesar de não atingir significação estatística. Essa relação oposta à observada no grupo total também foi encontrada, com significação estatística, no grupo de mulheres com três ou mais filhos vivos (Tabela 5).

Entre as mulheres que usavam algum método anticoncepcional, também manteve-se a relação inversa e significativa entre a proporção de laqueadas e escolaridade, quando controladas pelo tipo de moradia, escolaridade do marido/companheiro e estado marital, sendo que a relação inversa entre as amasiadas desaparece quase que totalmente. Apesar de ter permanecido a maior porcentagem de laqueadas entre as mulheres com maior escolaridade no grupo com três filhos vivos ou mais, a diferença foi menor e não significativa (Tabela 6).

Da mesma forma, em todas as análises anteriores, após controlar por idade da mulher, desapareceu a associação entre escolaridade e proporção de laqueadura.

Tabela 2

Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos, laqueadas, entre as que usavam algum método anticoncepcional, segundo variáveis sócio-demográficas selecionadas.

	%	(n)	p
<b>Escolaridade</b>			
Nenhuma	63,3	49	0,0000
1ª – 4ª série	44,1	315	
5ª – 8ª série	32,7	281	
9 anos ou mais	29,3	147	
<b>Estado marital</b>			
Solteira	3,8	78	0,0000
Amasiada	33,3	117	
Separada/viúva	55,6	52	
Casada	43,0	547	
<b>Escolaridade do marido/companheiro</b>			
Nenhuma	15,8	101	0,0000
1ª – 4ª série	50,7	270	
5ª – 8ª série	36,8	250	
9 anos ou mais	35,6	146	
<b>Número de filhos vivos</b>			
Nenhum	10,0	10	0,0000
1 – 2	28,6	119	
3 – 4	63,6	231	
5 ou mais	62,9	62	
<b>Idade</b>			
15 – 24	7,0	172	0,0000
25 – 34	29,0	318	
35 ou mais	66,4	304	
<b>Tipo de moradia</b>			
Favela/Cortiço/Barraco	39,5	114	0,01
Média	33,5	361	
Boa	44,6	314	

(n) Total de casos sobre os quais foi calculada a porcentagem.

Tabela 3

Porcentagem de mulheres laqueadas de 15 a 49 anos, segundo tipo de moradia e variáveis sócio-demográficas selecionadas.

Variáveis	Tipo de moradia				p
	Boa %	(n)	Regular/Ruim %	(n)	
<b>Escolaridade</b>					
até 4ª série	43,0	158	26,5	385	0,001
5ª série ou mais	20,0	360	14,9	422	0,08 0,001*
<b>Estado marital</b>					
Amasiada	33,3	36	20,1	134	N.S.
Alguma vez casada	41,3	310	29,8	457	0,002 0,001*
<b>Escolaridade do marido/companheiro</b>					
até 4ª série	18,8	288	19,9	498	N.S.
5ª série ou mais	37,2	223	22,3	274	0,001 0,03*
<b>Número de filhos vivos</b>					
1 – 2	31,3	211	16,6	319	0,0001
3 ou mais	61,3	119	45,9	246	0,01 0,0000*
<b>Idade</b>					
15 – 24	1,7	178	2,9	307	N.S.
25 – 34	23,0	148	20,4	285	N.S.
35 ou mais	53,4	193	45,8	216	N.S. 0,21*

\* Qui-Quadrado resumo Mantel-Haenszel.

(n) = Total de casos sobre os quais foi calculada a porcentagem.

N.S. = Não significativo.

## Discussão

Se tivéssemos aceitado a análise inicial, teríamos podido concluir que há uma tendência a aumentar a prevalência da laqueadura tubária quanto menor o nível de escolaridade das mulheres. Este resultado estaria a favor da hipótese de haver uma preferência por esterilizar as mulheres de menor nível sócio-econômico, o que contraria os resultados de outros autores (Janowitz et al., 1985; Vieira, 1994a).

O contraste desse resultado com a maior prevalência de esterilização entre as mulheres com habitação boa, que estaria assinalando uma associação no sentido inverso, coloca em dúvida essa conclusão inicial.

Em face desses resultados conflitantes, foi lógico suspeitar a influência de possíveis variáveis confundidoras, cuja associação com escolaridade e tipo de habitação das mulheres fosse em sentidos opostos.

Dai a necessidade de controlar por todas as outras variáveis estudadas por meio de estratificação. Esta análise permitiu comprovar que, tanto a associação entre escolaridade e laqueadura, quanto a associação entre tipo de habitação e esterilização passaram a não existir quan-

do controladas por idade da mulher, o que veio a confirmar a suspeita inicial.

A explicação para isso pode ser a mudança no nível de educação da mulher brasileira nas últimas décadas, de tal forma que a antiga geração, correspondente às mulheres com maior idade, tem menor escolaridade que as mulheres mais novas. Como a idade é a variável mais fortemente correlacionada com prevalência de ligadura tubária, este fator de confusão explica a aparente e falsa correlação encontrada inicialmente entre escolaridade e laqueadura.

O oposto acontece quanto à relação entre ligadura e tipo de habitação. Na medida em que as pessoas vão construindo seu patrimônio ao longo da vida, é compreensível que, quanto maior a idade, mais provável é a mulher ter uma moradia de melhor qualidade, particularmente dentro de uma amostra que, desde o início, excluiu classe média alta e alta.

Dessa forma, o grupo com habitação boa tinha uma maior proporção de mulheres de maior idade, o que explica a maior prevalência de ligadura neste grupo, confirmando que também essa associação era apenas aparente e não verdadeira.

Tabela 4

Porcentagem de mulheres laqueadas de 15 a 49 anos, entre aquelas que usavam algum método anticoncepcional, segundo tipo de moradia e variáveis sócio-demográficas selecionadas.

Variáveis	Tipo de moradia				p
	Boa %	(n)	Regular/Ruim %	(n)	
<b>Escolaridade</b>					
até 4ª série	57,1	119	42,1	242	0,01
5ª série ou mais	38,1	189	27,2	232	0,02
					0,001*
<b>Estado marital</b>					
Amasiada	44,4	27	30,3	89	N.S.
Alguma vez casada	52,2	245	39,4	345	0,003
					0,002*
<b>Escolaridade do marido/companheiro</b>					
até 4ª série	41,5	130	41,4	239	N.S.
5ª série ou mais	48,0	173	28,8	215	0,0001
					0,005*
<b>Número de filhos vivos</b>					
1 - 2	39,5	167	22,1	240	0,001
3 ou mais	73,0	180	58,9	192	0,02
					0,0000*
<b>Idade</b>					
15 - 24	5,6	54	7,7	117	N.S.
25 - 34	31,5	108	28,4	204	N.S.
35 ou mais	70,1	147	64,3	154	N.S.
					0,37*

\* Qui-Quadrado resumo Mantel-Haenszel.

(n) Total de casos sobre os quais foi calculada a porcentagem.

N.S. = Não significativo.

Tabela 5

Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos laqueadas, segundo escolaridade da mulher e algumas variáveis sócio-demográficas selecionadas.

Variáveis	Escolaridade				p
	Até 4ª série %	(n)	5ª série ou mais %	(n)	
<b>Tipo de moradia</b>					
Boa	43,0	158	20,0	360	0,0000
Menos que boa	26,5	385	14,9	422	0,0000
					0,0000*
<b>Estado marital</b>					
Amasiada	21,0	105	26,2	65	N.S.
Alguma vez casada	38,1	383	30,2	388	0,0240
					0,0725*
<b>Escolaridade do marido/companheiro</b>					
até 4ª série	33,3	348	8,4	442	0,0000
5ª série ou mais	29,8	161	28,2	340	N.S.
					0,0000*
<b>Número de filhos vivos</b>					
1 - 2	22,9	218	21,8	316	N.S.
3 ou mais	46,7	255	60,6	109	0,0208
					0,2*
<b>Idade</b>					
15 - 24	5,6	108	1,6	380	0,0296
25 - 29	23,0	178	19,7	259	N.S.
35 ou mais	47,5	259	52,3	149	N.S.
					0,7873 *

\* Qui-Quadrado resumo Mantel-Haenszel.

(n) Total de casos sobre os quais foi calculada a porcentagem.

N.S. = Não significativo.

Tabela 6

Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos laqueadas, entre as que usavam algum método anticoncepcional, segundo escolaridade da mulher e algumas variáveis sócio-demográficas selecionadas.

Variáveis	Escolaridade				p
	Até 4ª série %	(n)	5ª série ou mais %	(n)	
<b>Tipo de moradia</b>					
Boa	56,7	120	37,3	193	0,0012
Regular/Ruim	42,1	242	27,2	232	0,0008 0,0000*
<b>Estado marital</b>					
Amasiada	32,8	67	34,0	50	N.S.
Alguma vez casada	50,3	290	38,1	307	0,003 0,0080*
<b>Escolaridade do marido/companheiro</b>					
até 4ª série	52,5	221	24,7	150	0,0000
5ª série ou mais	39,3	122	35,0	274	N.S. 0,0000*
<b>Número de filhos vivos</b>					
1 - 2	30,9	162	27,2	254	N.S.
3 ou mais	61,7	193	67,3	98	N.S. 0,9381*
<b>Idade</b>					
15 - 24	12,8	47	4,8	125	N.S.
25 - 29	31,3	131	27,3	187	N.S.
35 ou mais	66,1	186	67,2	116	N.S. 0,4380*

\* Qui-Quadrado resumo Mantel-Haenszel.

(n) Total de casos sobre os quais foi calculada a porcentagem.

N.S. = Não significativo.

Teríamos que concluir, portanto, que, dentro das limitações da amostra, a qual não pretende ser representativa da população do Estado de São Paulo, confirmou-se a ausência de uma associação real entre condições sócio-econômicas e prevalência de ligadura tubária.

Aparentemente, essa 'preferência' pela esterilização definitiva ocorre em todas as camadas sociais sem diferenças entre elas. Acreditamos, entretanto, que a associação entre prevalência de ligadura e nível sócio-econômico seja ainda mais complicada.

De um lado, sabe-se, por diversos estudos, que existe uma estreita correlação entre cesárea e nível sócio-econômico, e que, quanto maiores os recursos econômicos, mais elevado é o índice de cesárea (Rattner, 1996). Também sabemos que há uma grande associação entre cesárea e laqueadura, que é realizada durante o parto cirúrgico em 70% a 80% dos casos (Barros et al., 1991; Faúndes & Cecatti, 1991).

Assim sendo, dever-se-ia esperar uma maior prevalência de ligadura entre as mulheres com melhor nível econômico. A não-confirmação dessa associação em nossos resultados não descarta que ela exista, visto que não incluímos na amostra os grupos de melhor nível eco-

nômico, que é onde se observa o maior índice de parto por cesárea.

Por outro lado, quanto maior o nível sócio-econômico, maior é a informação e o acesso a métodos alternativos de anticoncepção, o que levaria, teoricamente, a menor uso e a uso mais tardio de laqueadura entre as mulheres com maior escolaridade.

Toda esta argumentação sugere que a associação entre nível sócio-econômico e ligadura tubária é bastante complexa e não poderíamos pretender resolvê-la por meio de uma pesquisa de alcance relativamente limitado como a descrita neste trabalho. Além disso, a prevalência de ligadura está continuamente mudando, com aumento progressivo dos valores absolutos, assim como na distribuição por idade das mulheres laqueadas. Por tudo isso, julgamos que este é um assunto que deverá continuar sendo do interesse de pesquisadores nesta área, particularmente pelas implicações políticas deste problema. Entretanto, qualquer pesquisa dirigida especificamente a responder estas questões correrá o risco de chegar a conclusões equivocadas se não considerar cuidadosamente todos os diversos fatores discutidos acima.

## Referências

- ARMITAGE, P. & BERRY, G., 1987. *Statistical Methods in Medical Research*. 2<sup>nd</sup> ed., Oxford: Blackwell Scientific Publication.
- ARRUDA, J. M.; RUTENBERG, N.; MORRIS, L. & FERAZ, E. A., 1987. *Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar/PNS-MIPF, Brasil, 1986*. Rio de Janeiro: Bemfam (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil)/IDR (Instituto para Desenvolvimento de Recursos).
- ÁVILA, M. B. M., 1994. Modernidade e cidadania reprodutiva. In: *Direitos Reprodutivos. Uma Questão de Cidadania* (Centro Feminista de Estudos e Assessoria, org.), pp. 9-25, Brasília: CFEMEA.
- BAHAMONDES, L.; PETTA, C. A.; FAÚNDES, A. & BEDONE, A., 1992. Significado do recente aumento do número de solicitantes de reversão de laqueadura em um serviço de esterilidade. *Femina*, 20:360-362.
- BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P.; VICTORA, C. G. & HUTTLY, S. R. A., 1991. Epidemic of caesarean section in Brazil. *The Lancet*, 38:167-169.
- BERQUÓ, E., 1987. Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 4:95-103.
- BERQUÓ, E., 1988. A esterilização no Brasil hoje. *Ciência e Tecnologia*, 88:598-610.
- BERQUÓ, E., 1993. Brasil, um caso exemplar, anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas*, 1:366-381.
- BERQUÓ, E., 1994. Esterilização e raça em São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 11:19-26.
- CORREA, S., 1993. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 10:3-11.
- JORNAL DE BRASÍLIA, 1991. Deputada quer CPI para investigar a esterilização. *Jornal de Brasília*, 18 de maio:5.
- FAÚNDES, A.; DÍAZ, J. A.; DÍAZ, M. M. & PINOTTI, J. A., 1986. Frequência e adequação no uso de métodos contraceptivos por mulheres de Campinas. *Revista Paulista de Medicina*, 104:44-46.
- FAÚNDES, A. & CECATTI, J. G., 1991. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:150-173.
- FAÚNDES, A. & CECATTI, J. G., 1993. Which policy for caesarian sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. *Health Policy and Planning*, 8:33-42.
- FREITAS, S., 1996. FHC veta artigo que legalizaria esterilização. *Folha de São Paulo*, 16 de janeiro:3-4.
- FNUAP (Fundo das Nações Unidas para Atividades de População), 1995. *Necessidades Contraceptivas e de Gerenciamento Logístico no Brasil*. Nova Iorque: FNUAP (Relatório Técnico 21).
- GELEDÉS (Instituto da Mulher Negra), 1991. *Esterilização: Impunidade ou Regulamentação?* São Paulo: Geledés (Série Cadernos, 2).
- HARDY, E.; OSIS, M. J. D.; FAÚNDES, A.; ALVES, G. & PINOTTI, J. A., 1993. A laqueadura tubárea precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. *Revista de Ginecologia e Obstetria*, 4:70-76.
- HARDY, E.; OSIS, M. J. D.; ALVES, G.; COSTA, R. G. & RODRIGUES, T. M., 1995. *Reavaliação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo. Relatório I: Resultados Parciais da Área Metropolitana e Interior: Característi-*

- cas Sócio-Demográficas e Reprodutivas, Prevenção de Câncer de Colo de Útero e Mamário e Métodos Anticoncepcionais e Qualidade de Atendimento*. Campinas: Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (Cemcamp).
- HARDY, E.; BAHAMONDES, L.; OSIS, M. J. D.; COSTA, R. G. & FAÚNDES, A., 1996. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception*, 54:159-162.
- JANOWITZ, B; HIGGINS, J. E.; RODRIGUES, W.; ARRUDA, J. M.; SMITH, J. B. & MORRIS, L., 1985. Sterilization in the Northeast of Brazil. *Social Science and Medicine*, 20:215-221.
- NEUMANN, Z. A., 1994. A esterilização cirúrgica é um direito? *Jornal do Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP*, agosto, nº 89:3.
- OLIVEIRA, L. A. P. & SIMÕES, C. C. S., 1989. *As Informações sobre Fecundidade, Mortalidade e Anticoncepção nas PNADs*. Nº 15. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- OSIS, M. J. D.; HARDY, E. E.; SIMÕES, I. R.; VERA, S. & FAÚNDES, A., 1991. Laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 1:195-204.
- PERDIGÃO, A. M., 1996. *Evolução da Prevalência de Laqueadura Tubária. Associação com Variáveis Demográficas e Sociais das Mulheres e de Seus Companheiros*. Dissertação de Mestrado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- PINOTTI, J. A. & FAÚNDES, A., 1982. Proposição de posicionamento frente ao planejamento familiar. *Boletim Informativo da Funcamp*, 1:4-5.
- PINOTTI, J. A.; DÍAZ, A. J.; DÍAZ, M. M.; HARDY, E. & FAÚNDES, A., 1986. Identificação de fatores associados à insatisfação após a esterilização cirúrgica. *Ginecologia e Obstetrícia Brasileira*, 9:304-309.
- PINOTTI, J. A.; FAÚNDES, A.; HARDY, E. E.; SIMÕES, I. R.; OSIS, M. J. D.; SOUZA, T. R. & MORAES, T. M., 1990. Avaliação da assistência ginecológica no Estado de São Paulo. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 1:7-21.
- RATTNER, D., 1996. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 30:19-33.
- RODRIGUES, F., 1996. FHC diz que errou ao vetar esterilização. *Folha de São Paulo*, 19 de janeiro:3.
- SEMPREVIVA – Organização Feminista, 1994. *Esterilização Feminina*. Série Saúde e Direitos Reprodutivos. Vol. 1. São Paulo: Sempreviva.
- SERRUYA, S., 1993. Ligação de trompas e imaginário feminino. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 10:57-70.
- TERRA, P., 1991. Esterilização. Uma arma política. *Terceiro Mundo*, 141:10-17.
- VEJA, 1996. O avesso do avesso. *Veja*, 24 de janeiro:44.
- VIEIRA, E. M., 1994a. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do Sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Revista de Saúde Pública*, 28:440-448.
- VIEIRA, E. M., 1994b. *Regret after Sterilization among Low Income Women in São Paulo, Brazil*. Tese de Doutorado, Exeter: Faculty of Social Studies, University of Exeter.