

ELOISA DA FONSECA RODRIGUES

SAÚDE REPRODUTIVA E A PREVALÊNCIA DE ALTA PARIDADE EM MULHERES DO
MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS

RIO GRANDE

2006

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

SAÚDE REPRODUTIVA E A PREVALÊNCIA DE ALTA PARIDADE EM MULHERES DO
MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS

ELOISA DA FONSECA RODRIGUES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Tecnologias de Enfermagem em Saúde aplicadas a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Cristina Flores Soares

Rio Grande

2006

ELOISA DA FONSECA RODRIGUES

**SAÚDE REPRODUTIVA E A PREVALÊNCIA DE ALTA PARIDADE EM MULHERES
DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS**

**Esta dissertação foi submetida ao processo da avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção do título de:**

Mestre em Enfermagem

**E aprovada sua versão final em 06 de outubro de 2006, atendendo às normas da legislação
vigente da Fundação Universidade do Rio Grande, Programa de Pós Graduação em
Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.**

Profº Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho – Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA:

_____ Profª Drª Maria Cristina F. Soares – Presidente (FURG)

_____ Profª Drª Eda Schwartz – Membro (UFPEL)

_____ Profª Drª Marta Regina César Vaz – Membro (FURG)

_____ Profª Drª Ana Luiza Muccillo Baisch – Suplente (FURG)

AGRADECIMENTOS

Ao Sandro...

*por ser pai e mãe nos momentos
em que estive ausente
sem o teu apoio eu não teria chegado
até aqui.*

À Noeci e Gilberto

*por serem meus
eternos mestres.*

Ao Rodrigo e Rafael...

*por fazerem com que tudo
na minha vida tenha sentido*

À Marla...

*pela disponibilidade, apoio,
carinho e cuidado com a minha família*

Aos colegas do mestrado

*pelas amizades reveladas
durante esta caminhada.*

À Pós Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande...

obrigada pela oportunidade

**À equipe de trabalho: Aline, Ana,
Cristiana, Danielle, Jeanie, Fernanda
Marina, Luciana, Clarice, Claudia,
Valdecir e Marlos, pelas valiosas
contribuições dedicadas a este trabalho.**

À Coordenação de Enfermagem e colegas enfermeiras do Hospital Universitário...

obrigada pelo apoio

Às mulheres...

*que aceitaram generosamente
fazer parte da pesquisa.*

À Maria Cristina,

*obrigada por acreditar que seria possível
realizar este trabalho e ajudar a construí-lo.*

À todas as pessoas...

*que de uma forma ou outra contribuíram
para a concretização deste trabalho.*

**“Se alguém te perguntar
o que quiseste dizer com um poema,
pergunta-lhe o que Deus
quis dizer com este mundo.”**

Mário Quintana

RESUMO

RODRIGUES, Eloisa da Fonseca. **Saúde Reprodutiva e a prevalência da alta paridade no município do Rio Grande/RS**. 2006. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O presente estudo transversal de base populacional teve como objetivo identificar o perfil da saúde reprodutiva e a prevalência de alta paridade entre mulheres do município do Rio Grande/RS. Defini-se alta paridade a ocorrência de quatro ou mais gestações que geraram filhos vivos com peso igual ou superior a 500 gramas e idade gestacional acima de 20 semanas. Partiu-se da hipótese que além do risco da própria multiparidade as mulheres com alta paridade estão mais expostas a outros fatores de risco como os de ordem social e econômico, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e utilização inadequada de métodos anticoncepcionais. Além disso, acredita-se que estas mulheres geram prole com condições de nascimento mais desfavoráveis. O processo de amostragem foi aleatório sistemático por conglomerados onde foram sorteados 20 setores censitários da zona urbana da cidade e, em cada setor visitados 32 domicílios. Participaram da pesquisa 594 mulheres com idade entre 15 e 49 anos. A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2005 e março de 2006. O instrumento utilizado para a coleta dos dados baseou-se em um questionário contendo perguntas fechadas estruturadas e semi estruturadas aplicado às mulheres sujeitos da pesquisa. O modelo teórico para determinação dos fatores de risco para a alta paridade foi construído por blocos de variáveis das características socioeconômicas e demográficas, história reprodutiva, anticoncepção, planejamento familiar, história conjugal, acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e hábitos pessoais. A análise dos resultados foi obtida através de regressão logística não condicional. A prevalência de alta paridade no presente estudo foi de 15,8%. A análise bruta mostrou que a alta paridade esteve associada positivamente com a idade ($p<0.001$), cor da pele não branca ($p=0.005$), presença do companheiro ($p<0.001$), paridade dos pais maternos ($p<0.001$), história de filhos com baixo peso ao nascer ($p=0.005$), abortos ($p<0.001$), hábito de fumar ($p=0.002$) e participação do companheiro na escolha do método anticoncepcional ($p=0.01$) e negativamente com a renda *per capita* ($p<0.001$), escolaridade ($p<0.001$), trabalho fora de casa ($p=0.03$), idade da primeira gestação ($p<0.001$) e forma de acesso não gratuito ao método anticoncepcional ($p<0.001$). Após o ajuste conforme o modelo hierárquico de análise permaneceram significativamente associados ao desfecho estudado presença do companheiro ($p=0.02$), abortos ($p=0.01$), participação do companheiro na escolha do método anticoncepcional ($p=0.01$), renda *per capita* ($p=0.001$), escolaridade ($p<0.001$) e idade da primeira gestação ($p<0.001$). Esses resultados confirmam um quadro de desigualdades nos quais estão inseridas este grupo de mulheres com alta paridade no município do Rio Grande. Acredita-se que este estudo poderá contribuir para a construção de práticas e modelos de assistência à saúde que reduzam as desigualdades existentes em nossa sociedade, onde as práticas sejam desenvolvidas com equidade e coerência com as necessidades de saúde das mulheres e que repercuta em uma melhor qualidade de vida e saúde no campo da reprodução e sexualidade.

Descritores: Saúde Sexual e Reprodutiva. Planejamento Familiar. Número de Gestações.

ABSTRACT

Reproductive health profile and the predominance of high parity amongst women from the municipal district of Rio Grande/RS.

The present population-based transversal study had as objective to identify the reproductive health profile and the predominance of high parity amongst women from the municipal district of Rio Grande/RS. High parity being defined as the occurrence of four or more gestations that generated living children with weight same as or above 500 grams and gestational age above 20 weeks. Beginning from the hypothesis that, beyond the risk of multiple parity itself, the women with high parity are more exposed to other risk factors such as from social and economical order, difficult access to health services and inadequate use of contraceptive measures. Besides that, it is believed that these women give their progeny birth in further unfavorable conditions. The sampling process was systematic random along conglomerates where 20 censal sectors from the urban zone were picked by lot and in each sector 32 dwellings were visited. 594 women with age between 15 and 49 years participated in the research. The data gathering occurred between September 2005 and March 2006. The implement used for the data gathering was based in a questionnaire containing closed structured and semi-structured questions applied on the women subject of the research. The theoretical model for the determination of risk factors for high parity was build by blocks of variables of socioeconomic and demographic characteristics, reproductive history, contraception, family planning, conjugal history, access to health services, health conditions and personal habits. Analyses of the results were obtained through non-conditional logistic regression. The predominance of high parity in the present study were of 15.8%. In the bivaried analyses also it is high parity happened positive association with the age ($p<0.001$), non whit skin color ($p=0.005$), living with partner ($p<0.001$), parity of parents motherly ($p,0.001$), low birth weight of newborns ($p=0.005$), abortion ($p=0.001$), habit of smokes ($p=0.002$), participation of the partner in the choice of the measure ($p=0.01$) and negatively with per capita income ($p<0.001$), schooling ($p<0.001$), work out house ($p=0.03$), age of the first gestation ($p<0.001$), non free access to contraceptive measures ($p<0.001$). Behind analyses multivaried remained of the high parity significant association living with partner ($p=0.02$), abortion ($p=0.01$), participation of the partner in the choice of the measure ($p=0.01$), income per capita ($p=0.001$), schooling ($p<0.001$), and age of the first gestation ($p<0.001$). That results confirm one panorama of the inequality on the whom to be insert high parity amongst women from the municipal district of Rio Grande/RS. It is believed that this study will be able to contribute to the making of practices and models for health assistance that can reduce the inequalities existing in our society, in which the developed practices are coherent with the needs of the health of women and that it may outcome for a better quality of life and health in the sexuality and reproduction field.

Keywords: Reproductive and Sexual Health. Family Planning. Gravidity.

RESUMEN

Salud Reproductiva y la prevalencia de alta paridad en el municipio de Río Grande/R.S.

El presente estudio transversal de base poblacional tuvo como objetivo identificar el perfil de la salud reproductiva y la prevalencia de alta paridad entre mujeres del municipio de Río Grande/RS. Se define alta paridad a ocurrencia de cuatro o más gestaciones que generan hijos vivos con peso igual o superior a 500 gramos y edad gestacional arriba de 20 semanas. Se partió de la hipótesis que aparte del riesgo de la multiparidad en si, las mujeres con alta paridad están más expuestas a otros factores de riesgo tales como los de orden social y económico, dificultad de acceso a los servicios de salud y utilización inadecuada de métodos anticoncepcionales. A parte de esto, se cree que estas mujeres generan prole con condiciones de nacimiento más desfavorables. El proceso de la muestra fue aleatorio sistemático por conglomerados donde fueron sorteados 20 sectores censados de la zona urbana de la ciudad y en cada sector visitados 32 domicilios. Participaron de la pesquisa 594 mujeres con edad entre 15 a 49 años. La colecta de datos fue realizada entre setiembre del 2005 y marzo del 2006. El instrumento utilizado para la colecta de los datos se basó en un cuestionario conteniendo preguntas cerradas estructuradas y semi-estructuradas aplicado a las mujeres sujetos de la pesquisa. El modelo teórico para determinación de los factores de riesgo para a alta paridad fue construido por bloques de variables de las características socioeconómicas y demográficas, historia reproductiva, anticoncepción, planeamiento familiar, historia conyugal, acceso a los servicios de salud, condiciones de salud y hábitos personales. El análisis de los resultados fue obtenido por medio de regresión logística no condicional. La prevalencia de alta paridad en el presente estudio fue de 18,8%. El análisis bruto mostró que la alta paridad estuvo asociada positivamente con la edad ($p<0.001$), color de piel no blanca ($p=0.005$), presencia de compañero ($p<0.001$), paridad de padres maternos ($p<0.001$), historia de hijos con bajo peso al nacer ($p=0.005$), abortos ($p<0.001$), hábito de fumar ($p=0.002$), y participación del compañero en la elección del método anticoncepcional ($p=0.001$), y negativamente con la renta "*por capita*" ($p=0.001$), escolaridad ($p=0.001$) y edad de la primera gestación ($p<0.001$). Estos resultados confirman un cuadro de desigualdades en los cuales están inseridas este grupo de mujeres con alta paridad en el municipio de Río Grande. Se cree que este estudio podrá contribuir para la construcción de prácticas y modelos de asistencia a la salud que reduzcan las desigualdades existentes en nuestra sociedad, donde las prácticas sean desenvueltas con igualdad y coherencia con las necesidades de salud en el campo de la reproducción y sexualidad.

Palavras llaves: Salud Sexual y Reproductiva. Planeamiento Familiar. Número de gestaciones.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – : Mapa dos Setores Censitários da Cidade do Rio Grande	49
Figura 2 – Modelo Teórico para Determinação de Risco de Alta Paridade	51
Figura 3 – Modelo de Análise	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Condições Socioeconômicas e Demográficas.....	57
Tabela 2. História Reprodutiva	59
Tabela 3. Anticoncepção, Planejamento Familiar e História Conjugal	61
Tabela 4. Acesso da Mulher aos Serviços de Saúde	64
Tabela 5. Outras Condições de Saúde e Hábitos Pessoais	65
Tabela 6. Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas e o efeito bruto sobre a alta paridade	66
Tabela 7. Distribuição das variáveis da história reprodutiva e o efeito bruto sobre a alta paridade	68
Tabela 8. Distribuição das variáveis da história conjugal, planejamento familiar, acesso aos serviços de saúde, e hábitos de saúde e o efeito bruto sobre a alta paridade.....	70
Tabela 9. Distribuição das variáveis das características socioeconômicas e demográficas e o efeito bruto e ajustado sobre a alta paridade.....	72
Tabela 10. Distribuição das variáveis da história reprodutiva e o efeito bruto e ajustado sobre a alta paridade.....	74
Tabela 11. Distribuição das variáveis da História Conjugal, Planejamento Familiar e acesso aos serviços de saúde e o efeito bruto e ajustado sobre a alta paridade.....	75

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivo Específico	20
3. REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1 Antecedentes históricos da reprodução e regulação da natalidade	21
3.2 Bases que subsidiaram a discussão sobre saúde reprodutiva	29
3.3 Saúde da Mulher no Brasil – a trajetória dos programas até a integralidade do PAISM	31
3.4 Movimentos feministas e as conquistas nos direitos sexuais e reprodutivos	33
3.5 Fecundidade	35
3.6 Planejamento Familiar	37
3.7 Maternidade: Aspectos Culturais	39
3.8 Alta Paridade e a Saúde da Mulher	40
3.9 Alta Paridade e a Gestação	40
3.10 Alta Paridade e o Risco para a Prole	41
3.11 Enfermagem e a Saúde da Mulher	42
4. METODOLOGIA	44
4.1 Delineamento do estudo	44
4.2 Identificação da população alvo	44
4.2.1 Critérios de inclusão ou exclusão	44
4.2.2 Perdas e Recusas	44
4.3 Caracterização do local do estudo	45
4.4 Cálculo da amostra	47
4.5 Coleta de dados	47
4.6 Definição das variáveis	48
4.6.1 Variável Dependente	48

4.6.2 Variáveis Independentes	48
4.7 Modelo Teórico	50
4.8 Logística e Pessoal	52
4.8.1 Capacitação dos Entrevistadores	52
4.9 Controle de Qualidade	52
4.10 Aspectos Éticos	53
4.11 Processamento e Análise dos Dados	53
5. RESULTADOS.....	53
5.1 Resultado da análise univariada: perfil geral da população estudada	56
5.1.1 Características socioeconômicas e demográficas	56
5.1.2 História Reprodutiva	59
5.1.3 Anticoncepção, Planejamento Familiar e História Conjugal	60
5.1.4 Acesso da Mulher aos Serviços de Saúde	63
5.1.5 Outras Condições de Saúde e Hábitos Pessoais	64
5.2 Resultados da Análise Bruta ou Bivariada	65
5.2.1 Características socioeconômicas e demográficas	65
5.2.2 História reprodutiva	67
5.2.3 História Conjugal, Planejamento Familiar, Acesso aos Serviços de Saúde, e Hábitos de Saúde	69
5.3 Resultados da Análise Ajustada ou Multivariada	71
5.3.1 Características Socioeconômicas e Demográficas	71
5.3.2 História Reprodutiva	73
5.3.3 História Conjugal, Planejamento Familiar e Acesso aos Serviços de Saúde	74
6. DISCUSSÃO	76
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	101
ANEXOS.....	102

1 INTRODUÇÃO

Durante os últimos anos, a atenção dada às questões populacionais tem evoluído sensivelmente e muitas mudanças têm sido incorporadas em políticas e ações programáticas nos diferentes países do mundo. As preocupações com o crescimento desordenado da população mundial, sobretudo nos países em desenvolvimento começaram a ser discutidas nas décadas de 1950 e 1960 quando acreditou-se que muitas pessoas reproduzindo-se rapidamente, retardariam o crescimento econômico, destruiriam o meio ambiente, exauriam os serviços sociais e aumentariam a pobreza.

A partir de então as políticas internacionais passaram a ter preocupações demográficas voltadas para a mulher e a enfatizar a importância de estabelecer programas de saúde, mas que pretendiam na verdade um planejamento do controle de natalidade. A atenção foi promovida por Programas de Planejamento Familiar que consistiam em ações verticais sem preocupações com a integração de programas de saúde da mulher, satisfação das usuárias, ou melhoria na qualidade dos serviços prestados.

As atividades de planejamento familiar, no formato acima descrito, levaram a grande insatisfação dos profissionais de saúde, movimento de mulheres, cientistas sociais e usuárias. Houve então uma reavaliação das políticas internacionais onde vários debates de âmbito mundial foram promovidos para rediscutir as questões do planejamento familiar, saúde da mulher e sua qualidade de vida.

A preocupação com as questões de qualidade de vida e como esta pode influenciar a saúde das pessoas e comunidades foram explicitamente demonstradas na formulação do conceito de saúde que vêm sendo ampliado, e sua versão atual é sustentada no Brasil desde a 8ª Conferência de Saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Relatório Final da 8ª Conferência de Saúde, 1986, p. 5).

Assim como ocorreu com a definição de saúde, a mesma evolução aconteceu com os conceitos de saúde materna, saúde sexual e reprodutiva e saúde da mulher e ainda a importante evolução do conceito de controle de natalidade ao conceito de saúde reprodutiva, incluindo nestas discussões as questões sobre sexualidade e aborto.

A discussão desses conceitos em âmbito internacional, situou-se num contexto mais amplo da tentativa de melhorar a proteção dos direitos humanos da forma geral. Do ponto de vista de políticas internacionais, desde 1948, várias declarações, convenções e conferências internacionais têm almejado contribuir para a melhoria dos direitos humanos de homens e mulheres, para a eliminação de discriminação, para a melhoria da educação, da qualidade de vida e, entre muitos outros aspectos, para a melhoria da saúde. E, num plano mais teórico, esses eventos contribuíram para emitir conceitos referentes à igualdade de direitos entre homens e mulheres, à liberdade e a autonomia na definição da vida sexual e reprodutiva, aos compromissos do governo com a regulação da fecundidade e a adoção dos direitos das mulheres, que incluem os direitos sexuais e reprodutivos (GALVÃO, 1999).

A expressão de saúde descrita anteriormente incorpora a visão holística do ser humano, onde são levados em conta os aspectos biológicos, fisiológicos, comportamentais, seus valores e crenças, a relação com a família, com o meio ambiente, as questões econômicas e sociais, enfim o ser humano visto como ser individual vivendo na coletividade, exercendo plenamente seus direitos e deveres como cidadão em cada sociedade. Este conceito ainda é constantemente discutido pela comunidade científica pela dificuldade que a sociedade contemporânea tem em compreender e identificar o Ser saudável, segundo este conceito.

Os indivíduos do século XXI vivem em um mundo globalizado, assistindo com espanto a velocidade do processamento da tecnologia e informação. Sabemos quase tudo sobre quase todas as coisas, mas ainda sofremos com problemas crônicos ligados a questões sociais, econômicas, políticas e demográficas que afetam diretamente a saúde das populações.

Para Castellis (1983) a diversidade e a natureza dos riscos a saúde humana têm mudado ao longo dos anos. Disponibilidade e qualidade dos recursos naturais, além dos perigos naturais no ambiente já foram decisivos como fatores restritivos a uma existência saudável. Hoje, sobretudo nos países em desenvolvimento esses fatores continuam comprometendo a saúde de grande parcela da população, sendo acrescidos por novos problemas associados aos modelos de desenvolvimento, ao uso de tecnologias nocivas, aos processos de industrialização, à urbanização que é indutora de grandes transformações na vida do homem e da coletividade, formando aglomerados com contextos social, cultural e econômico diversos.

A diversidade do contexto sócio-econômico-cultural é característica da sociedade brasileira e marcada por profundas desigualdades, tornando-se mais evidente a partir da década de 80 com a recessão econômica mais drástica da história do país. Os inúmeros planos econômicos, programa sociais e a perda gradativa de eficiência do setor público se reflete na deteriorização das condições de vida de grandes parcelas da população causada principalmente pela concentração de renda (MILLER, 1991).

A atual situação econômica que restringe empregos, salários e serviços públicos torna os grupos já socialmente desfavorecidos mais carentes e vulneráveis e para Gawryszwski e Costa (2005) as questões de desigualdade e iniquidade sobre as condições de saúde das populações vem gerando grande interesse nos últimos anos, e embora estes termos sejam usados como sinônimos na realidade não tem a mesma definição. Conforme Silva e Barros (2002), as desigualdades se dividem em naturais, referindo-se às diferenças como sexo, idade e raça e sociais, que são as diferentes posições na organização social. O termo iniquidade refere-se a grupos em vantagem ou desvantagem social e a iniquidade em saúde como manifestação mensurável da injustiça social, representada por diferentes riscos de adoecer ou morrer e que pode ser evitável.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), lançou em 2002 a Síntese de Indicadores Sociais que confirma ser a desigualdade o traço mais marcante da sociedade brasileira. Entre os indicadores de desigualdades mais usados está a razão entre a renda dos 10% mais ricos em relação aos 40% mais pobres. Em vários países esse indicador tem valores

inferiores a 10. No Brasil essa razão é de 18,3, ou seja, os 10% mais ricos ganham 30 vezes mais que os 40% mais pobres (GAWRYSZWSKI; COSTA, 2005). Os índices internacionais apontam e estudos internos confirmam que o Brasil possui o mais elevado grau de desigualdade do mundo, pois essa razão na maioria dos países, é de dez vezes e, no extremo positivo está a Holanda com apenas quatro (GOLDANI, 1999).

As transformações de ordem econômica, política e social que ocorrem na sociedade brasileira, sobretudo aquelas que incidem diretamente nas classes menos prestigiadas, aumentam os riscos de agravos à saúde pela existência de condições heterogêneas de acesso aos bens e serviços. Observa-se que essas transformações foram resultantes dos diversos momentos vividos onde podemos citar principalmente a industrialização, a urbanização e o incremento de tecnologia biomédica que usualmente é disponibilizada somente para um pequeno grupo. Goldani (1999) refere que estas transformações também estão estreitamente relacionadas com o ritmo e a intensidade da reprodução da população.

O comportamento reprodutivo da população brasileira ao longo do século XX apresentou de uma maneira geral, mudanças em diversas tendências e pode ser melhor analisado somente após 1940, quando as primeiras perguntas sobre fecundidade foram incluídas no Censo do mesmo ano. Portanto pouco se conhece sobre as suas tendências no Brasil antes da década de 30. Analisando a taxa de fecundidade total observamos que esta passou de 6,2 filhos entre 1930-1935 para 4,2 entre 1990-1995 (CAMARANO et al., 1999), chegando a 2,1 filhos no Censo 2000 (IBGE,2000).

Estes dados se referem à média total, porém sabemos que existem as diferenças regionais. O norte e nordeste do país possuem taxas acima da média se comparados aos Estados do sul e sudeste brasileiro. Encontramos nestas regiões um contexto de desigualdades históricas persistentes com diferentes oportunidades e restrições, onde a escolaridade apresenta-se como variável fundamental no entendimento destas diferenças, como diz Goldani:

Estreitamente relacionados com as desigualdades regionais e por renda estão as desigualdades educacionais brasileiras que por sua vez, diferenciam de forma importante os comportamentos reprodutivos de homens e mulheres influenciam

as estruturas familiares (...) as variações nos níveis de escolaridade apontam para diferenças de idade de iniciação sexual, idade de união e de primeiro filho até o número de filhos acumulados e a mortalidade destes (Goldani, 1999, p 32).

O nível de escolaridade aqui salientado constitui-se um aspecto relevante na questão da saúde sexual e reprodutiva, ao lado de outros fatores que foram sendo incorporados a partir de discussões sobre questões da saúde reprodutiva e esta sendo entendida como importante na manutenção da saúde da população de uma forma geral. As discussões citadas referem-se aos diferentes momentos vividos na sociedade mundial que influenciaram internamente o Brasil, provocando movimentos em distintas organizações civis e governamentais.

O primeiro encontro internacional realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), que discutiu população e desenvolvimento aconteceu em 1956 em Roma e foi chamada Conferência Mundial sobre População. Posteriormente a realização desta Conferência o movimento feminista organizado iniciado na década de 60, foi considerado um marco nas discussões de política populacional. Representando uma forte rejeição às idéias existentes na época quanto às políticas populacionais centradas na controle da natalidade. A partir de então as questões de sexualidade e da reprodução humanas foram adquirindo maior visibilidade conquistando espaço para a discussão de temas como planejamento familiar, assistência a saúde materna, doenças sexualmente transmissíveis, aborto, gênero e direitos sexuais e reprodutivos (BERQUÓ, 1998).

Diversas conferências mundiais foram realizadas para discussão dessas temáticas como as de Belgrado (1965), Bucarest (1974), México (1984), Cairo (1994) onde foram discutidas e propostas políticas de incentivo ao desenvolvimento populacional levando em consideração os aspecto políticos, sociais, educacionais, econômicos e culturais de cada nação, delineando progressivamente o conceito e buscando a garantia dos direitos em saúde sexual e reprodutiva.

Reconhecendo o Brasil como nação de desigualdades e iniquidades, entendemos que estas características interferindo negativamente no acesso a educação, bens, emprego, moradia e serviços de saúde influenciam diretamente a qualidade de vida e de saúde de toda população de baixa renda. Se analisarmos especificamente a saúde reprodutiva e as taxas de fecundidade da

parcela carente da população elas certamente estão acima da média nacional, pois Fachinni afirma que a média esconde as desigualdades, e para verificar esta afirmação na área da saúde reprodutiva precisamos investir esforços para identificar os números reais, que permanecem escondidos atrás da média. (FACHINNI, 1993)

O declínio nas taxas de fecundidade no Brasil, colocando-nos em situação abaixo dos níveis de reposição, não se aplicam a determinados grupos, que ainda vivem a margem dos programas sociais e das políticas governamentais. Os dados censitários indicam várias transformações demográficas e epidemiológicas, mas precisamos estar atentos aos grupos naturalmente excluídos. Em se tratando de cuidado em saúde, sabemos que as mulheres em sua maioria, procuram assistência no período gravídico-puerperal, ou somente no momento do parto. Sendo esta característica mais marcante nas comunidades de baixa renda pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública.

A realidade observada empiricamente nas comunidades mais carentes nos faz perceber a existência de um perfil reprodutivo onde as famílias são mais numerosas, estando o número de filhos bem acima de 2,1 por domicílio. Além disso, verifica-se a falta de conhecimento e acesso aos métodos contraceptivos, incapacidade de decidir autônoma e voluntariamente sobre as questões envolvendo o planejamento familiar, e uma maior ocorrência de abortamentos, morbidades obstétricas, fetais e neonatais e materna. Esta realidade é integrante de um contexto vivido na Cidade do Rio Grande, extremo sul do Rio Grande do Sul, em um Hospital Universitário através de nossa atuação no ambulatório de Consultas de Enfermagem em Saúde da Mulher assim como na Unidade de Internação Hospitalar Obstétrica, desta instituição.

A assistência à saúde da mulher no município segue as diretrizes do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), porém ainda de forma bastante incipiente. De acordo com o programa, criado pelo Governo Federal em 1983, a implementação e qualificação da assistência, prevê a melhoria dos níveis de saúde da população feminina e deve ser aplicada enfocando os problemas regionais e locais. No entanto, não existem iniciativas francamente implantadas que contemplem o grupo de mulheres com um número elevado de gestações.

Parte-se da hipótese que as mulheres com alta paridade aqui definida como aquelas que já tiveram quatro ou mais gestações que geraram filhos vivos ou pesando 500 gramas ou mais ou ainda com mais de 20 semanas de gestação, além do risco da própria multiparidade estão mais expostas a outros fatores de risco como os de ordem socioeconômico e dificuldade de acesso aos serviços de saúde e utilização de métodos anticoncepcionais. Além disso, acredita-se na hipótese de que estas mulheres geram prole com condições de nascimento mais desfavoráveis.

Identificar o perfil da saúde reprodutiva das mulheres com alta paridade, objeto de pesquisa deste estudo, se torna imperativo para o desenvolvimento de ações de saúde pública que reconhecendo esta como uma condição de risco para a saúde de mulher, dos filhos e conseqüentemente da família. Neste sentido, justificamos a realização deste trabalho, incorporando o desafio de poder contribuir com a construção de práticas e modelos de assistência à saúde da mulher, buscando uma melhor qualidade de vida e saúde no campo da reprodução e sexualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil de saúde reprodutiva e os principais fatores relacionados à alta paridade em mulheres riograndinas.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a prevalência de alta paridade no município;
- Identificar os fatores socioeconômicos e demográficos que contribuem para a alta paridade;
- Verificar a participação feminina e masculina no planejamento familiar;
- Contribuir para o planejamento e implementação de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher no município.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Antecedentes históricos da reprodução e regulação da natalidade

Em todas as sociedades humanas sempre existiram padrões quanto a definição de quando, quem e de que forma as pessoas podem unir-se, mesmo havendo uma variação enorme de um grupo social para outro, dessas normas. Tais cuidados são tomados tendo em vista muito mais os problemas que podem surgir com o nascimento inoportuno ou indevido de uma criança do que tendo em vista a questão moral, conceito que varia de uma sociedade para outra.

A universalidade dos dados etnográficos e demográficos é prova concreta da antiguidade da regulação da natalidade na história humana, ou seja, em qualquer lugar e desde o início do processo de humanização, a sociedade humana desenvolveu meios para promover ajustamentos entre os seus índices de fertilidade e mortalidade com as disponibilidades materiais que houvessem no ambiente para garantir a sobrevivência das pessoas (RODRIGUES, 1990).

De acordo com as teorias de sociobiologia sobre as sociedades primitivas o papel das fêmeas na coleta de alimentos era expressivo e exigia destas a conjunção do seu desempenho na produção com a reprodução, visto que elas precisavam deslocar-se ativamente no ambiente à procura de alimentos e precisavam carregar os seus filhos enquanto faziam isso. Esta proximidade física entre mãe e prole resultava no fortalecimento de vínculos sociais e emocionais que eram essenciais para a transmissão de informações vitais à sobrevivência individual e perpetuação do grupo. Adquirindo a postura ereta e livrando as mãos para a locomoção, as mães desenvolveram novas formas de transportar os seus filhos, em que asseguravam sua própria mobilidade sem pôr em risco o contato com o bebê (ZIHLMAN, 1981).

Entre os primeiros instrumentos da história da humanidade estariam aqueles que permitiam às mães transportar sua prole, ao mesmo tempo que procuravam a transportavam alimentos. Com este alto investimento materno, as fêmeas iam escolhendo os machos que fossem

mais amistosos, capazes de prover e de concordar em dividir alimentos, e habilidosos no uso de instrumentos. Havia um crescimento muito lento da população, porque a procura de alimentos exigia o deslocamento por grandes distâncias e porque o transporte de várias crianças implicava altos custos para os adultos. Tornava-se, então, necessário reduzir o tamanho da prole, através do espaçamento de nascimentos e da limitação do número de jovens dependentes de serem carregados (ZIHLMAN, 1981).

Acredita-se que o infanticídio deve ter sido a primeira e maior interferência ao potencial reprodutivo, seguido pela restrição sexual e pelo aborto provocado. O infanticídio era praticado sempre que o grupo sentia a ameaça para a sobrevivência de crianças mais velhas ou dos adultos diante da escassez de alimentos ou quando o nascituro se transformava em obstáculo para as atividades produtivas. Não se acredita que a prática do infanticídio fosse percebida conscientemente como um meio de controle de população, mas ele tinha esse efeito. Principalmente quando atingia bebês do sexo feminino, pois o potencial reprodutivo de um grupo é determinado pela taxa de sobrevivência das fêmeas. Assim as sociedades humanas passaram a estabelecer princípios que definissem o direito do exercício de sexualidade, o que repercutia diretamente no potencial reprodutivo do grupo (RODRIGUES, 1990).

As medidas de interferência na reprodução foram ganhando cada vez mais complexidade, ou seja, no processo da evolução social, a sociedade humana procurou sempre compatibilizar a geração de bens com a geração de agentes, de forma que houvesse garantia de preservação do grupo através dos recursos disponíveis na área e que houvesse uma renovação adequada da força de trabalho, com a substituição dos que morriam e envelheciam pelos que nasciam. Desta forma, as sociedades passaram a restringir a natalidade se estivessem atravessando uma crise de escassez de recursos ou incentivavam os nascimentos em ocasiões de fartura ou quando tinham projetos de expansão territorial. Isto significa que se ponderavam sempre os custos e benefícios de cada nascimento, tal prática persistiu através dos tempos e está presente ainda hoje nas sociedades mais complexas (HARRIS E ROSS, 1987).

Com o desenvolvimento da agricultura, que surgiu em torno de 10 mil anos atrás, houve profundas alterações no modo de reprodução, acelerando e intensificando efeitos demográficos.

Houve redução do absenteísmo do homem diante do grupo mãe e filhos, aumentando a frequência do coito e por isso, mais probabilidade de concepção. Surgiram ainda novos recursos para alimentar os bebês, reduzindo a amamentação, que deixava a mulher infértil por algum tempo, houve redução da amenorréia por desnutrição, redução do aborto espontâneo e a redução da prática do infanticídio em períodos de escassez(HARRIS E ROSS, 1987).

Começa neste período o desenvolvimento da propriedade privada que vai repercutir na organização social fundada na desigualdade. Era um modo de produção associada com o aparecimento de sistemas econômicos complexos e estratificados politicamente, em que havia uma divisão assimétrica de custos e benefícios de gerar filhos. A partir disso, é impossível pensar que a regulação da natalidade pudesse ser a mesma para pessoas que estivessem em condições socialmente diferenciadas (HARRIS E ROSS, 1987).

Essa complexidade na produção influenciou na formulação de uma divisão sexual do trabalho, delimitando as atividades domésticas para a mulher, que assim conciliaria o seu papel na produção com os seus encargos na reprodução, e o homem ficando livre para controlar as atividades econômicas. Houve então a separação entre atividade econômica doméstica e as formas públicas de produção, em que interessava aos homens que houvesse muitos filhos, para usar os meninos nas atividades agrícolas e as meninas nas trocas matrimoniais. Isto gerou uma considerável deteriorização da condição da mulher, caracterizando uma crescente exploração baseada no gênero, que ainda hoje está muito presente na história ocidental. As normas culturais relacionadas ao comportamento reprodutivo ficaram mais complexas, estabelecendo regras sobre a convivência sexual, com forte influência dos interesses masculinos(HARRIS E ROSS, 1987).

As famílias camponesas freqüentemente, para sua própria sobrevivência material, praticaram uma série de comportamentos reguladores da fertilidade e, nesta época além do aborto, do infanticídio e da restrição sexual destacam-se mais duas formas de regulação da natalidade, ou seja, os métodos de contracepção e as técnicas de satisfação sexual que não fossem reprodutivas, como o homossexualismo (HARRIS E ROSS, 1987).

Entre os métodos contraceptivos utilizados na época, há registros que e os egípcios usavam vários tipos de pessários ou espermicidas. As mulheres usavam, por exemplo fezes de crocodilo com fibras umedecidas na entrada do útero, passavam mel e carbonato do sódio na vulva ou punham no útero uma mistura de pontas de acácia, tâmaras, coloquintida e mel. Naquela época eram conhecidas mais de cem plantas que continham substâncias que afetariam temporariamente a fertilidade ou seriam abortivas (NOONAN, 1985).

Entre os romanos do século III a.C., havia indiferença geral do que os pais faziam com sua prole. O *patria potestas* (poder absoluto legalmente reconhecido do pai sobre a vida de seus filhos) possibilitava que não se caracterizasse o infanticídio como crime. O aborto era tolerado sempre que fosse praticado com consentimento paterno e não houvesse emprego de veneno. A sociedade permitia que os direitos paternos dispusessem sobre a vontade da vida nascente (NOONAN, 1985).

Durante a Idade Média, a igreja tomou algumas medidas que contribuísem para a reorganização da sociedade européia, após a crise da queda do Império Romano, que repercutiram indiretamente na queda da natalidade, ao proibir muitos tipos de casamento, como o levirato, o sororato, o casamento entre filhos de criação, primos paralelos e cruzados e todos os parentes próximos. Também repudiou o divórcio, a poligamia e o concubinato, o que reduzia muito as possibilidades de união conjugal. Para compensar essa perda da capacidade reprodutiva, era importante estimular os que viessem a casar na constituição de famílias numerosas (HARRIS E ROSS, 1987).

Na Idade Moderna o crescimento populacional da Europa não poderia ser rápido, pois além da prática do infanticídio havia ainda as epidemias que aumentavam as taxas de mortalidade. Todo o esforço de regular a população ocorria devido ao ajustamento realizado pelas classes subordinadas, principalmente, de suas responsabilidades de criar filhos à dimensão de suas terras e às oportunidades de trabalho assalariado limitado. O Estado esperava controlar o tamanho da população e por isso, durante todo esse tempo, uma das medidas importantes que usava para interferir na natalidade foi a variação da idade mínima para o casamento (BADINTER,1985).

Após a queda do Império Romano, houve um período de depopulação, para interferir na natalidade o Estado usou medidas que influenciavam a idade mínima para o casamento que era de apenas 12 a 14 anos. No século XIV antes da grande epidemia da Peste Negra era de 15 a 16 anos. Nos últimos anos deste século no início da era do capitalismo, era de 21 anos. Com essa delimitação, interferia-se na natalidade, ampliando ou reduzindo o tempo hábil para gerar filhos, de acordo com o quadro político econômico da época (BADINTER, 1985).

A reprodução no mundo contemporâneo, na segunda metade do século XVIII, surge na França o controle consciente e direto da fertilidade, pois o racionalismo começa a balizar todo o comportamento. Os fatores determinantes do uso da contracepção eram de caráter intelectual, ideológico e religioso. Os burgueses e camponeses entendiam que o seu sucesso dependia deles mesmos e que uma multidão de bocas para alimentar era um sorvedouro (NOONAN, 1985).

Enquanto isso na Inglaterra a revolução industrial acarretou um grande crescimento populacional, coincidindo com uma drástica redução do infanticídio porque havia um novo balanço de custos e benefícios de criar filhos, trazido pelo trabalho assalariado na indústria. Com a expansão das fábricas houve um deslocamento dos trabalhadores para os novos centros de produção. Este processo gerava a acomodação das pessoas em habitações superlotadas e insalubres. O crescimento industrial se edificava em cima da terrível pobreza da classe trabalhadora, compelida a viver por baixos salários ou tentar oportunidades de emprego errático que passaram a caracterizar o capitalismo industrial. Nesse momento havia uma demanda considerável pela mão de obra feminina, o que exigia compatibilizar isso com a maternidade (HARRIS E ROSS, 1987).

À medida que o local de trabalho da mulher foi transferido da sua casa para a empresa, a contradição apareceu entre os papéis de produtora e reprodutora. O cuidado com os filhos e o emprego assalariado distante, tornaram-se mutuamente antagônicos, porque as crianças maiores eram convocadas também para a indústria e não podiam cuidar dos irmãos menores. O novo sistema econômico não poderia durar muito se não resolvesse a contradição que havia criado entre produção e reprodução. A partir daí surgem as primeiras teorias para defender a necessidade de reduzir a fertilidade dos pobres e, algumas décadas depois, a proposta de recurso à

contracepção como um movimento social e não apenas como prática individual (BADINTER,1985).

A contracepção surge como um remédio social proposto por um inglês chamado Jeremy Bentham interessado em reforma social, utilitária, livre de qualquer fidelidade às crenças cristãs tradicionais, ele propôs o uso de um método contraceptivo, as esponjas, associado ao *coitus interruptus* para limitar a natalidade. Logo após, Thomas Robert Malthus, divulga sua teoria sobre os riscos da superpopulação, que teve grande impacto. Segundo ele a população crescia em escala geométrica, enquanto os alimentos aumentavam em escala aritmética o que geraria uma situação insustentável. Como pastor protestante ele sugeria que as pessoas pobres deveriam se casar mais tarde, tendo assim menos tempo para ter filhos (NOONAN, 1985).

Entre todos os métodos contraceptivos sugeridos nenhum foi tão rapidamente difundido como os condôns fabricados a partir de 1843 a partir do advento da vulcanização da borracha. Foi possível fabricar preservativos eficazes e mais baratos dos que os anteriormente usados feitos de intestino de carneiro. Não havia na época um apoio médico, científico e governamental à contracepção, e as poucas vozes que se manifestavam favoráveis à contracepção não o faziam por razões sociais. O que havia mesmo era um interesse de alguns indivíduos em contribuir para resolver um grande problema das pessoas de regular a sua capacidade reprodutiva. Também não se cogitava sobre a saúde das mulheres, o que prevalecia era o argumento econômico onde havia o receio da elite de pagar mais impostos para que o Estado propiciasse um apoio aos pobres (NOONAN, 1985).

Paulatinamente com o despertar do pensamento coletivista, houve uma alteração nos argumentos. Reconheceu-se que as informações sobre anticoncepção seriam importantes em razão dos direitos individuais, justamente quando as pessoas tentavam fazer com que a renda acompanhasse o crescente custo de vida. Neste período as mulheres foram se tornando mais independentes, ocupando novos postos nas indústrias, obtendo direito a voto, a sociedade foi tornando-se mais secular e racional (HARRIS E ROSS, 1987).

3.2 Bases que subsidiaram a discussão sobre saúde reprodutiva na contemporaneidade

As questões sobre população começaram a ser discutidas mundialmente a partir da Conferência Mundial sobre População em Roma em 1954, evento patrocinado pela Organização das Nações Unidas (ONU), de caráter eminentemente científico que levantou, a partir de discussões entre os países de Primeiro e Terceiro mundo, ser o crescimento populacional não planejado um entrave ao crescimento e desenvolvimento da economia. Na Conferência de Belgrado em 1965, os países participantes mostraram-se preocupados com um possível retrocesso nos ganhos obtidos até o momento com o controle de doenças devido ao empobrecimento associado a altas taxas de fecundidade, ressaltando a necessidade do controle de natalidade por parte dos países mais pobres. Nesta Conferência é feita menção explícita a métodos de planejamento familiar como a pílula e o DIU, e esterilização masculina e o aborto legalizado (BERQUÓ, 1998).

Em 1968 foi criada a Comissão das Nações Unidas sobre o Status da Mulher, ficando a partir de então explicitada a relação entre população, planejamento familiar e status da mulher. Agências especializadas e instituições não-governamentais chamam atenção para a necessidade de realização de estudos nacionais e locais que levem em conta o tamanho da família e o bem-estar de mãe e da criança, a proteção dos direitos humanos, em particular os direitos da mulher (BERQUÓ, 1998).

Na Conferência de Bucarest em 1974, os países desenvolvidos continuavam afirmando que o crescimento acelerado da população dos países em desenvolvimento impedia o desenvolvimento, e desta forma se comprometiam ajudando a distribuir métodos anticoncepcionais como forma de garantir o crescimento econômico destes países. Ficou claro a partir de então que parecia ser mais fácil e mais barato distribuir anticoncepcionais do que ajudar na aceleração do desenvolvimento destes países. Repercussões fortes da oposição anticontrolista se estabeleceram nesta época (BARZELATTO, 1998).

No México em 1984 a Conferência Internacional sobre População, clama pela estabilização da população mundial o mais rápido possível, como tentativa de melhorar o padrão

de vida nos países subdesenvolvidos. O planejamento familiar voluntário é visto como promessa para resolver a pobreza instalada no Terceiro Mundo. A definição dos anos 80 como a Década da Mulher, teve como meta elevar e melhorar o status da mulher, incentivando o planejamento familiar, já que este influencia de forma positiva a vida da família e o seu tamanho, para tanto homens e mulheres devem dividir responsabilidades na área familiar (BERQUÓ, 1998).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo (CIPD) em 1994, é indicativa de superação das visões anteriores, onde foram discutidos de forma ampliada os direitos humanos, o crescimento e o desenvolvimento sustentável, a solidariedade entre as gerações, superação das desigualdades de classe, gênero e raça. As recomendações do Cairo apontam prioridades para as mulheres do mundo inteiro, e são elas que orientam o eixo da questão populacional, ao colocarem a regulação da fecundidade no plano dos direitos individuais e reprodutivos (BERQUÓ, 1998).

Galvão(1999), salienta que a CIPD do Cairo, teve papel importante para a saúde reprodutiva e saúde sexual, estabelecendo amplas agendas de discussão internacional sobre a temática, indo ao encontro com as políticas em vigência na maioria dos países que desenvolviam programas verticais de planejamento familiar e de redução da fertilidade. A partir desta Conferência, saúde reprodutiva foi conceituada como:

estado de completo bem estar físico, mental e social, e não a mera ausência de enfermidade ou doença, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo e as suas funções e processos... implica na capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, de procriar, bem como implica na liberdade para escolher entre fazê-lo ou não, no período e na frequência desejada(GALVÃO, 1999 p 172).

Entre as propostas da CIPD do Cairo está a de integrar no mesmo campo de teorias e práticas a saúde materna, reprodutiva, sexual englobando todas as idades, sexos, orientações sexuais, aspectos biológicos, sociais, econômicos, emocionais, de direitos individuais, sexuais e reprodutivos assim como o conceito amplo e integral da saúde da mulher (GALVÃO, 1999).

A complexidade das questões existentes no âmbito da saúde reprodutiva, incentivou os 180 países participantes da CIPD a traçar um Programa de Ação de 20 anos, cujo objetivo consiste em conseguir a igualdade entre os gêneros, a melhoria da saúde, no que se refere à reprodução, e a estabilização da população, assim como uma variedade de objetivos de desenvolvimento sustentável (MAGUIRE, 1998).

Com estabelecimento da ajuda mútua entre os países e as parcerias entre o setor público e privado, acreditamos que as ações previstas na Conferência do Cairo possam proporcionar a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços de planejamento familiar assim como dos serviços relacionados à reprodução, o treinamento de profissionais da área de saúde, a criação de campanhas para desenvolver métodos anticoncepcionais novos e aperfeiçoados para evitar a ocorrência de casos de gravidez indesejada, proteger contra doenças sexualmente transmissíveis, administrar sistemas de suprimento e distribuição de anticoncepcionais, e executar pesquisa e coleta de dados necessários para a tomada de decisões conscientes.

No que se refere à saúde reprodutiva no sistema de saúde brasileiro, estas ações já foram incorporadas nas políticas públicas através do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, no entanto ainda são muito incipientes e em algumas regiões insuficientes para transformar as condições da saúde das mulheres.

3.3 Saúde da mulher no Brasil – a trajetória dos programas até a integralidade do PAISM

O movimento feminista iniciado na década de 60 no Brasil acenava para a necessidade de valorizar os direitos e a cidadania feminina. Com a crescente participação das mulheres nos cenários políticos nacional e internacional os debates sobre saúde reprodutiva, planejamento familiar e controle da população foram ganhando espaços importantes. No Brasil a partir das discussões políticas criaram-se programas de atenção a saúde materno-infantil, como o Programa Materno Infantil e o Programa de Prevenção a Gestação de Alto Risco, criados na década de 70 (ÁVILA; CORREA, 1999) que visivelmente priorizavam a atenção a saúde enquanto gestante para garantir o bem estar fetal, em detrimento de outros aspectos da saúde da mulher.

Na década de 80, a área da saúde foi marcada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que adota como princípios norteadores a equidade, a integralidade, a universalidade e o controle social. Nestes moldes também já haviam sido criadas as bases do PAISM, ou seja, Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher, como resultado de uma série de insatisfações da população e profissionais da saúde que exigiam revisões nas políticas públicas no âmbito materno-infantil. O PAISM foi criado pelo governo federal no final da década de 80, como estratégia para abranger a saúde da mulher de forma ampla, orientado para ações no pré-natal, puerpério, planejamento familiar, climatério, adolescência, prevenção do câncer ginecológico e de mama.

O PAISM contempla, em sua linha de ação um modelo assistencial em cujo contexto encontramos ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e/ou recuperação que aplicadas integral e permanentemente, objetivam a melhoria da saúde da população feminina servindo de modelo institucional na assistência integral a saúde da mulher. Os procedimentos de atenção à saúde devem ser aplicados de acordo com as necessidades da clientela e sempre adaptadas à capacidade operativa e de resolubilidade dos serviços (FORMIGA FILHO, 1999).

No âmbito da saúde da mulher, as ações preventivas são extremamente importantes na promoção da saúde e da qualidade de vida. Por esta razão entendemos que o PAISM constitui-se um modelo ideal na assistência da saúde reprodutiva. Para Formiga Filho (1999), a melhoria dos indicadores epidemiológicos e das estatísticas vitais referentes à saúde da mulher, está pendente em várias determinantes nem sempre se situam nesta área, dependendo inclusive de melhores condições socioeconômicas para a população. No entanto, programas de atenção integral tornam possíveis, avanços na qualidade de assistência à saúde da população, a partir da reorganização do sistema e dos serviços, assim como da conscientização da comunidade e dos profissionais de saúde.

A melhoria nos indicadores da saúde reprodutiva no Brasil nos últimos anos, como a redução na mortalidade materna e perinatal pode ser atribuída aos programas de conscientização do coletivo compreendido pela população em geral e pelos profissionais de saúde quanto a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças e complicações através de uma

adequada assistência pré-natal, parto e puerpério além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Também observamos um significativo aumento na qualidade das ações básicas de saúde, e o incentivo em atitudes de promoção da saúde principalmente após a criação dos Programas de Saúde da Família (PSF), em 1994.

Os PSFs foram criados para atender inicialmente as classes sociais economicamente mais vulneráveis da população. Situados entre os bairros mais carentes dos municípios, incluindo as zonas rurais, e buscando parceria entre os diferentes gestores e setores da organização da sociedade local, os programas disponibilizam assistência médica e de enfermagem entre as famílias adstritas, além de desenvolver programas educativos, preventivos e de conscientização para a promoção da saúde. Dentre os princípios norteadores das ações do programa salientamos o respeito à autonomia do indivíduo na sua condição de cidadão de direitos e deveres. Consideramos que ações como estas podem elevar as condições de saúde das pessoas, além de representar campo fértil para desenvolver políticas de saúde na área sexual e reprodutiva capazes de atender as reais necessidades das comunidades mais carentes.

Em Rio Grande, o PSF passou a ser implantado em 2001 e hoje conta com 15 equipes em atividade que realizam uma cobertura de pouco mais de 20% da população do município. Entre as atividades realizadas por essas equipes em relação à saúde da mulher destacam-se o incentivo à realização do exame preventivo de câncer de colo uterino e a assistência pré-natal durante a gestação.

3.4 Movimentos feministas e as conquistas nos direitos sexuais e reprodutivos

Os temas que envolvem o universo dos direitos reprodutivos e sexuais têm sua história vinculada aos movimentos sociais, principalmente ao movimento feminista na luta pela construção da cidadania. As mulheres inicialmente reivindicavam condições igualitárias em relação aos homens, de acesso ao voto e educação, e abarcaram lutas contra às variadas formas de opressão e dominação existentes nas relações de poder, sendo elas de gênero, classe, sociedade ou Estado.

A temática do desenvolvimento econômico e do crescimento populacional sempre esteve vinculada às questões do Estado, da ordem pública, e muitas políticas foram estruturadas envolvendo a capacidade reprodutiva da mulher. As ações de impacto demográfico são discutidas por organizações governamentais que elaboram políticas com a finalidade de influenciar sobre a dinâmica populacional, a qualidade de vida e saúde das populações.

O Brasil, influenciado pelos diferentes acontecimentos do cenário internacional, viveu no período colonial sob a mentalidade de que as mulheres teriam tantos quantos filhos a natureza determinasse, demonstrando a obediência e servidão da mulher em relação ao homem (NUNES, 1994). Enquanto que internacionalmente estavam sendo retomadas as teses do Reverendo Thomas Robert Malthus (1766-1834), que alertavam sobre os perigos da superpopulação em decorrência do não correspondente crescimento da produção de alimentos. A pobreza começa a ser associada ao número de pessoas e não as práticas políticas de concentração e estratificação da miséria, e por conseqüência a culpa recaía sobre as mulheres que possuíam a capacidade reprodutiva. A lógica malthusiana é tomada como referência para a discussão do planejamento familiar, devendo este ser gerenciado pelo Estado. No Brasil os programas de controle de natalidade tiveram início nos anos 60 sob financiamento de agências internacionais. As políticas adotadas, provocaram impactos profundos na estrutura e organização da família, no perfil populacional da sociedade brasileira e na saúde das mulheres (BUGLIONE, 2004).

No início dos anos 80 após o Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, ocorrido em Amsterdã em 1984, surgiu um novo discurso em relação aos princípios do direito à saúde reprodutiva, e sobre a autonomia das mulheres e dos casais na definição do tamanho de sua prole. Esta nova perspectiva teve como respaldo o processo avançado da reforma sanitária brasileira, que definiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado em provê-la. Neste momento houve a substituição dos termos “controle” de natalidade por “planejamento” familiar, implicando numa nova percepção da reprodução e sexualidade alterada pela forma como a sociedade lida com a fecundidade, revelando o sintoma de uma nova organização familiar assim como da comunidade em geral (BUGLIONE, 2004).

3.5 Fecundidade

A transição da fecundidade no Brasil ocorreu com espantosa rapidez chegando a níveis inesperadamente baixos no final do século XX. Passando de 6,2 filhos por mulher para 2,5 filhos no final da década de 90. Esse fenômeno tem sido qualificado de abrupto, intrigante, imprevisto sobretudo pelo fato de a mulher lidar com a reprodução em um cenário de escassa ou quase nula participação masculina. Essa assertiva pode ser verificada através dos dados estatísticos da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde que mostra a seguinte prevalência dos métodos contraceptivos mais usados entre casais unidos: esterilização feminina (40,3%); pílula anticoncepcional (18,7%) ; condôm (5,2%) e vasectomia (2,4%) (BENFAM, 1999).

A concepção é o resultado natural do intercursos sexual entre homem e mulher. Partindo dessa premissa, espera-se que a anticoncepção seja um fenômeno, também por natureza, resultante da conjugação de esforços dos parceiros igualmente envolvidos nesta relação. Entretanto a cultura patriarcal em que vivemos confinou a mulher no âmbito da maternidade, do lar e das tarefas internas familiares. O mundo externo produtivo foi considerado de âmbito masculino. Nos países latino-americanos, além da cultura patriarcal, o machismo está presente como forma de dominação do homem sobre a mulher (SCHIAVO, 1987). Algumas pesquisas mais recentes em várias partes do mundo têm descoberto que a atitude do parceiro influencia muito na duração, continuidade e escolha de algum método por parte das mulheres.

Sobre as condições socioeconômicas e o número de filhos, Marcolino e Galastro (2001) ao realizar pesquisa sobre planejamento familiar em Belo Horizonte (MG), relatam que este aspecto emergiu com ênfase nos depoimentos tanto de homens quanto de mulheres. A questão econômica mostrou-se como fator determinante do número de filhos. As dificuldades materiais que se referem a moradia, educação, alimentação e cuidados médicos são um forte incentivo para que homens e mulheres queiram limitar o número de filhos de modo a oferecer-lhes uma melhor qualidade de vida. As dificuldades econômicas são fatores que conspiram contra a família numerosa. O número ideal de filhos parece estar diretamente relacionado às metas e planos traçados pelo casal no que se refere à sobrevivência e segurança.

Com a relação a idade e fecundidade, Olinto e Galvão (1999), realizaram estudo transversal de base populacional na zona urbana da Cidade de Pelotas/RS e verificaram que 33% das adolescentes iniciadas sexualmente e aproximadamente a metade das mulheres entre 20 e 24 anos já estiveram grávidas. Encontraram também um percentual de gravidez indesejada, próximo a 41% entre as adolescentes, sendo que este percentual se reduz a medida que aumenta a idade das mulheres. Segundo esses autores os dados em nível nacional mostram que 12,2% dos nascimentos entre as mulheres com menos de 20 anos, entre os anos 1994 e 1999, não foram desejados. Os autores comentam que em especial as adolescentes com a iniciação precoce das relações sexuais podem enfrentar outras sérias situações para as quais ainda não se sentem preparadas como o aborto, o casamento, maternidade/paternidade prematuros, DSTs/AIDS e outras conseqüências psicológicas e sociais.

Com relação especificamente a alta paridade, não foram encontrados estudos que relacionem esta condição com os aspectos sócio-econômico-culturais e de saúde das mulheres. Acredita-se que a profunda queda na fecundidade a nível mundial e refletida também em nossa sociedade, provocaram um distanciamento dos pesquisadores na área da saúde quanto a estas questões. No entanto ao serem analisados os dados do SINASC (Sistemas de Informações de Nascidos Vivos) em 2003 verificou-se que em Rio Grande mais de 10% das mulheres têm alta paridade, ou seja, já tiveram no mínimo quatro gestações com filhos nascidos vivos ou que pesaram 500 gramas ou mais ou ainda com idade gestacional acima de 20 semanas, o que demonstra serem necessários estudos junto a este grupo populacional.

3.6 Planejamento familiar

O surgimento dos diferentes métodos anticoncepcionais de alta eficácia, principalmente após 1960, contribuiu de forma determinante para a queda da fecundidade em todo o mundo. No Brasil, a difusão dos diversos métodos anticoncepcionais contribuiu para a queda dos níveis de fecundidade que inicialmente foram percebidos nos centros urbanos e posteriormente nas outras regiões do país. Resultado este obtido através do trabalho de agências internacionais, em parceria

com o setor privado interessados no controle da natalidade dos países em desenvolvimento, atuando de forma livre e sem controle, imprimindo o teor vertical das políticas demográficas vigentes na época (CARVALHO et al., 2004).

Os programas não-governamentais de planejamento familiar, das denominadas entidades privadas, promoveram distorções no campo da regulação da fecundidade. Para Ávila e Barbosa (1984), existia uma cena complexa envolvendo mais do que coerção das mulheres, pois as mesmas queriam meios para o controle da prole porém o Estado não os oferecia. Nos programas não governamentais, o autoritarismo das operações, a falta de informação adequada e a má qualidade dos serviços oferecidos faziam com que as mulheres vivessem experiências mal sucedidas ao usar os métodos oferecidos, terminando por desacreditar na anticoncepção reversível e se orientando gradativamente para a opção preferencial da esterilização.

O movimento feminista no Brasil na década de 80, preocupado com estas questões realizou encontros e seminários regionais e nacionais, nos quais se discutiu a necessidade de um novo modelo de assistência à saúde da mulher. Nesta época a I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher ocorrida em 1986, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, merece destaque pela sua amplitude, pela qualidade e diversidade da representação política das mulheres, e pelas repercussões que teve. Em todos os estados da União realizaram-se conferências preparatórias, em que se definiam as prioridades para discussão. Neste fórum de debates se levantaram críticas profundas e arraigadas em relação à falta de ação e compromisso do governo com a questão saúde, e mais especialmente a saúde das mulheres (AVILA; CORRÊA, 1999).

A conquista do direito ao planejamento familiar está explícita na Constituição Federal de 1988, artigo 226 no parágrafo 7º e diz: “fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (BUGLIONE, 2004).

A filosofia básica dos programas de planejamento familiar no Brasil é a de oferecer ao maior número de pessoas, informações e orientação quanto aos métodos legais, eficazes e seguros existentes e disponibilizá-los a população. É livre decisão dos participantes a escolha sobre o método a utilizar, baseados nos critérios individuais ou do casal. Alguns benefícios de planejamento familiar encontram-se na oportunidade de decidir quanto ao espaçamento entre as gestações e ao número de filhos que desejam ter, diminuir as gravidezes indesejadas, reduzir os casos de morbimortalidade decorrentes da prática do abortamento, melhorar os níveis de saúde de mulher e qualidade de vida das famílias.

Entre os métodos contraceptivos oferecidos pelos programas de planejamento familiar estão os considerados reversíveis que incluem a pílula anticoncepcional, o DIU, o preservativo masculino e os irreversíveis compreendidos pela laqueadura tubária e a vasectomia. Aos serviços compete a obrigatoriedade de manter disponíveis os métodos que melhor atendam as necessidades da mulher ou do casal. No entanto observamos que existem limitações no oferecimento dos métodos contraceptivos. Vários estudos mostram que a utilização da pílula e a esterilização feminina representam os métodos mais escolhidos (OLINTO E GALVÃO, 1999; CARVALHO et al., 2004; SANTOS et al.2000).

Para Hatcher et al. (2001), os programas de planejamento familiar devem enfatizar o atendimento às mulheres em situações consideradas de risco, como os relacionados a idade e paridade denominando-as como as mulheres muito jovens, muito velhas, muitos filhos ou filhos muito próximos. Cita ainda os primeiros partos e os partos posteriores ao quarto mais perigosos que o segundo, terceiro e quarto de uma mesma mulher. Salienta também que devidos às condições precárias de saúde e a falta de tratamento, muitas mulheres de países em desenvolvimento enfrentam riscos muito maiores, a cada gravidez, do que as mulheres que vivem em países desenvolvidos, além disso, enfrentam tais riscos com maior frequência já que, em média, engravidam mais vezes.

No Brasil, dadas as condições globais de saúde nos diversos extratos sociais, os programas de planejamento familiar são escassos e em muitas regiões inexistentes. A cidade do Rio Grande pode ser citada como exemplo desta precariedade, uma vez que para atender uma

população de aproximadamente 190 mil pessoas existe apenas um serviço de planejamento familiar implantado dentro do Hospital de Ensino da FURG, funcionando com escassez de recursos, o que limita as ações e reduz as possibilidades de abrangência necessárias para atender a demanda existente. Essa situação provocou no ano de 2004 debates entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério Público, com pressão deste para implantação de serviços de planejamento familiar que atenda as reais necessidades da população riograndina.

3.7 Maternidade

As questões referentes ao exercício de maternidade vem se alterando para as mulheres contemporâneas. O processo de ruptura com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído pela maternidade iniciou-se com sua inserção no mercado de trabalho e ampliou-se com as aspirações de equidade sobre os direitos da cidadania. O desejo da mulher em se tornar mãe divide espaço com a vivência plena da sexualidade e com seus anseios profissionais.

Ao longo dos últimos quarenta anos transformações significativas aconteceram no universo feminino como a luta pela liberdade sexual e igualdade de direitos e que resultaram em inúmeras mudanças, como a maior participação feminina no mercado de trabalho, as alterações no código civil, a exigência por uma maior participação dos homens nas relações familiares e a maior representatividade política da mulher. (Weid, 2004).

A inevitável ocorrência da gravidez foi registrada no passado das mulheres que, sem contraceptivos eficazes viveram uma longa história de encargos com suas proles numerosas, pontuada de seguidas experiências de aborto como solução desesperada de conter o tamanho da prole. Com o advento da pílula anticoncepcional a tendência de proles numerosas diminuiu e as mulheres conquistaram direitos sobre a regulação de fecundidade.

A transição de um modelo tradicional de maternidade onde a mulher esteve definida essencial e exclusivamente como mãe de proles numerosas, para um modelo moderno de maternidade em que a mulher é definida também como mãe, entre outras possibilidades, de

proles reduzidas e planejadas deu-se com a consolidação da sociedade industrial. As contradições inerentes ao processo de industrialização e a forma como as mulheres ingressaram no mercado de trabalho, marcadas por profundas desigualdades sociais e sexuais revelam o impacto desse processo nas mudanças dos padrões da maternidade (Scavone, 2004).

A maternidade deixou de ser vista como algo puramente biológico e passou a ser encarada como algo determinado pelo contexto social e histórico em que as mulheres vivem. Assim, o direito de escolher ser mãe ou não se tornou uma das mais importantes lutas do feminismo as transformações sociais profundas tornaram o que parecia um fado inelutável em uma questão de escolha (Costa, 2002).

Os motivos da escolha da maternidade podem estar ligados a inúmeras causas que isoladas ou conjuntas explicariam no ponto de interseção do biológico, do subjetivo e do social o desejo atávico pela reprodução da espécie, ou pela continuidade da própria existência, a busca de um sentido para a vida a necessidade de uma valorização ou e um reconhecimento social, o amor pelas crianças, a reprodução tradicional do modelo da família de origem, entre outros (Scavone, 2001).

Embora o número de mulheres que optem por não ter filhos venha crescendo, em pesquisa realizada pelo IBGE, demonstrou-se que o número de mulheres que são mães passou de 16,6 milhões em 1970 para 46 milhões em pesquisa realizada em 2003. Os dados nos levam a pensar que maternidade não é qualquer coisa na vida de uma mulher. Querendo ou não ter filhos, isso sempre se impõe como uma questão à mulher (Gomes, 2006).

3.8 Alta paridade e a saúde da mulher

Com o objetivo de analisar a frequência, incidência e fatores de risco para câncer de ovário, Murta et al. (1996) estudaram 119 pacientes atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo entre 1977 e 1992. Os resultados demonstram que o pico de incidência do câncer de ovário foi na sexta década de vida, que há predomínio de incidência deste tipo de câncer na raça branca e que as pacientes com história de alta paridade apresentam maior probabilidade de desenvolver tumores epiteliais.

No Brasil, o câncer do colo do útero é a segunda neoplasia mais incidente nas mulheres, com variações entre diferentes regiões. Ele representa uma das neoplasias malignas mais atendidas no Instituto Nacional do Câncer (INCA), entre os fatores de riscos estão a infecção por HPV (papiloma vírus), a multiplicidade de parceiros sexuais e promiscuidade sexual, o baixo nível sócio-econômico, a iniciação sexual precoce, o tabagismo e a alta paridade (INCA/MS, 2000).

Sobre a prática preventiva do câncer do colo uterino em mulheres argentinas, Gamarra et al. (2005), concluíram que existe associação significativa entre a baixa paridade, a prática e a atitude adequadas em relação ao exame Papanicolau, observando que a alta paridade comporta-se como um obstáculo para a realização do exame nos últimos três anos e para formação de uma atitude adequada sobre o mesmo.

Relacionando o papel da paridade e do papiloma vírus humano com desenvolvimento do câncer cervical, Munoz et al. (2002) relatam que durante décadas, as taxas elevadas de gravidez foram erradamente associadas ao aumento do risco de neoplasia cervical e pensava-se estar associado ao comportamento sexual, especificamente com a idade da primeira relação sexual. Os resultados de estudos de casos-contrôles realizados na Espanha e da Colômbia, coordenados pela International Agency for Research on Cancer (IARC) confirmaram o papel independente da alta paridade nos casos de neoplasia cervical após terem verificados vários indicadores de hábitos sexuais. Há associações significativas entre o elevado número de gravidezes de termo e o risco de carcinoma in situ e invasivos do cérvix entre as mulheres HPV-positivas. Os estudos indicaram que o risco de neoplasia cervical aumentou mais do que o dobro em mulheres que tiveram quatro ou mais filhos, comparadas com aqueles que tiveram um ou nenhum filho. A elevada paridade aumenta o risco de carcinoma entre as mulheres HPV positivas.

3.9 Alta paridade e gestação

Em pesquisa feita sobre a inadequação da assistência pré-natal no Estado do Maranhão por Almeida et al. (2003), foram entrevistadas 2.831 puérperas, atendidas em dez unidades de saúde pública e privada, para análise dos dados foram utilizados dois índices de avaliação do pré-natal. Os resultados mostraram que mulheres atendidas em serviços públicos de saúde, de baixa escolaridade e baixa renda familiar, sem companheiro ou com doença durante a gravidez, tiveram maiores percentuais de inadequação do uso do atendimento pré-natal, pelos dois índices analisados.

Os maiores percentuais de inadequação foram associados à alta paridade e idade materna, enquanto baixa idade materna (<20 anos), ocorrência de doença durante a gravidez e primiparidade sugerem proteção contra a inadequação. Os autores consideram que a inadequação do uso da assistência esteve associada a vários fatores indicativos da persistência de desigualdade social.

Entre elas a alta paridade apareceu como fator de risco de inadequação, corroborando os estudos de Kogan et al.(1998) e Rodrigues Filho et al. (1998) onde mostram que paridade alta (quatro ou mais) está freqüentemente relacionada ao risco de inadequação do uso do pré-natal. Esse risco também é descrito como sendo maior para mulheres solteiras, múltiparas, de baixa escolaridade e de baixa renda. É possível que as mães múltiparas, que têm maior experiência, sintam-se mais seguras durante a gravidez e dêem menor importância ao pré-natal. Da mesma forma, mulheres mais jovens e primíparas podem buscar o pré-natal com maior freqüência, devido à sua menor experiência.

As complicações maternas decorrentes da multiparidade foram objeto de estudo para o trabalho de Alegria et al (1989), entre as puérperas estudadas a hemorragia mostrou-se como complicação em 91,5% dos casos. Comprovando a alta paridade como fator predisponente ao difícil controle do sangramento uterino pós-parto. Quanto aos riscos de morbimortalidade materna Scochi (2002) afirma que a probabilidade deste desfecho está universalmente aumentada

em mulheres com alta paridade, desnutridas, com abortamentos prévios, gestação em idade reprodutiva precoce ou tardia.

A morte materna tem sido apontada como um dos temas dentre os direitos sexuais e reprodutivos como um dos aspectos de maior impacto sobre a vida de mulheres e homens brasileiros. A minuta do Programa de Ação da CIPD(1994) determinou que os países devem buscar reduções nas taxas de mortalidade materna através de medidas que reduzem nascimentos de alto risco, inclusive por parte de mães adolescentes, eliminem todos os partos indesejados e todos os abortos perigosos (FONSECA ET AL.,1998).

3.10 Alta paridade e o risco para a prole

A prevalência e os fatores associados à ocorrência de anemia entre crianças menores de seis anos de idade, foram estudados por Santos et al. (2004) na cidade de Pelotas no RS. Entre outros achados citam como fatores significativos associados ao risco de desenvolver anemia, a idade da criança, o peso ao nascer, a disponibilidade da água no domicílio pertencer a classe social D e E e, viver em famílias numerosas.

A mortalidade neonatal apesar de sua tendência decrescente, constitui um importante problema para a saúde pública. Os principais fatores de risco associados estão agrupados em categorias básicas de variáveis representadas pelas características do recém-nascido, características maternas, condições socioeconômicas e características dos serviços de saúde. Almeida et al. (2002), analisando a mortalidade neonatal no município de São Paulo, mostra associação do óbito neonatal com a idade materna inferior a 20 anos, nascer em hospitais vinculados ao SUS, peso ao nascer menor de 2500g e prematuridade. Este estudo de casos e controles aponta como fatores de risco associados às características maternas, aqueles relacionados a não realização do pré-natal, mães adolescentes e grandes multíparas, este último possivelmente em decorrência dos pequenos intervalos interpartais, interferindo nas condições de nascimento que predispõe a prematuridade e baixo peso.

A Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil (BENFAM), em pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste do Brasil realizada em 1991 revelou que os níveis de mortalidade são mais altos em crianças cujas mães já tiveram muitos filhos. No Nordeste, as taxas de mortalidade para crianças até 5 anos de idade é menor para os primeiros filhos, aumentando com a ordem de nascimento. A taxa de mortalidade infantil para o primogênito (55 por 1000) é 2,8 vezes menor que para o sétimo filho ou nascimentos posteriores (154 por 1000). Este fato é ainda mais marcante para crianças entre 1-4 anos, nas quais os nascimentos de ordem 7 ou maior tem uma probabilidade de morrer de 5,4 vezes maior que o primeiro filho (BENFAM, 1992).

3.11 Enfermagem e a saúde da mulher

No âmbito da saúde da mulher o trabalho de enfermagem conquistou espaços importantes que se consolidaram nas ações de saúde coletiva públicas e privadas. Inicialmente abordando os aspectos relacionados com a assistência pré-natal, enfocando a promoção e manutenção da saúde enquanto gestante e posteriormente incorporando outras ações ressaltando a importância da integralidade do cuidado desde a adolescência até o climatério. Entre estas ações estão a consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco, no puerpério, planejamento familiar, a prevenção do câncer do colo uterino e de mama assim como a realização de partos sem distócia.

Conhecer o contexto socioeconômico e cultural onde a mulher está inserida é de extrema relevância para os profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem, investirem em ações que atendam as reais necessidades no cuidado em saúde. Essa abordagem é fundamental ao se analisar a questão da saúde da mulher brasileira em especial aquela de menor renda, pois esta tem carências e necessidades básicas de alimentação, moradia, trabalho digno e adequadamente remunerado, educação, cultura, lazer, entre outros, determinando ou agravando condições biológicas e psicológicas que põem em risco sua saúde e seu bem estar (BRASIL,2001).

Concordamos com Natividade (1998) quanto aos benefícios dos avanços da medicina e que estes não se reverteram para a maioria das mulheres. Ao mesmo tempo em que se anunciam as inovações no campo da reprodução como fertilização *in-vitro*, comercialização de óvulos,

predição de riscos genéticos, etc., convive-se com altas taxas de mortalidade materna, abortos clandestinos, insuficiência de pré-natal e de tratamento para as complicações e as dificuldades para se conseguir uma vaga hospitalar para a realização dos partos. Nos casos em que a gravidez é de risco, essa situação é agravada pela carência de leitos e pela escassez de profissionais de saúde. Em suma, concomitante à redução drástica na curva de nascimentos no Brasil, está a negligência da saúde das mulheres.

Com a redução nos índices de mortalidade materna e perinatal, e a queda nos níveis de fecundidade alguns aspectos da saúde das mulheres, principalmente aqueles inerentes às dos extratos sociais mais desfavorecidos foram tornando-se pouco significativos. Essa atitude por parte dos profissionais confirma a persistência de condições desiguais entre as mulheres. Com isso ressaltamos a importância dos profissionais enfermeiros na identificação destas situações para promoverem mudanças efetivas nas suas condições de saúde e qualidade de vida.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa consiste em um estudo epidemiológico, o qual Last, referenciado na obra de Beaglehole, Bonita e Kjellström (1996) define como o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e sua aplicação no controle de problemas de saúde, expressando a preocupação não somente com a doença, incapacidade ou morte, mas com indicadores mais positivos de saúde e como promovê-los.

O estudo transversal de base populacional foi a modalidade de investigação escolhida, sendo este caracterizado pela detecção simultânea da causa e efeito de determinado evento. Após a análise dos dados é possível identificar os grupos/sujeitos expostos ou não aos agravos em estudo (PEREIRA, 1999).

4.2 IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

Fizeram parte como sujeito do estudo mulheres rio grandinas com idade entre 15 e 49 anos residentes nos 32 domicílios dos 20 setores censitários sorteados para a pesquisa.

4.2.1 Critérios de Inclusão ou Exclusão:

Todas as mulheres residentes na cidade do Rio Grande que estavam com idade entre 15 e 49 anos que aceitaram participar da pesquisa em uma primeira tentativa ou em três tentativas subsequentes foram incluídas no estudo. Excluídas aquelas que mesmo sendo moradora em domicílio sorteado tinham menos de 15 ou mais de 49 anos.

4.2.2 Perdas e Recusas:

Foram consideradas perdas os casos em que as mulheres foram identificadas como fazendo parte da pesquisa, mas não foram encontradas no domicílio após quatro visitas e recusa quando a mulher se negou a participar da pesquisa. O setor nº 225 situado no balneário cassino apresenta como característica moradores apenas no verão e portanto não foram encontrados nas suas casa na época da pesquisa, para compensar estas perdas incluímos um maior número de domicílios a serem visitados em outro setor próximo, de nº 237 na localidade chamada Querência.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Rio Grande, o qual está localizado na planície costeira do litoral sul do Rio Grande do Sul. Cidade de colonização portuguesa fundada em 1737. A população atual é de aproximadamente 195.000 habitantes encontra-se distribuída na zona rural onde atualmente residem em torno de 8000 pessoas e na zona urbana residem 187 000 pessoas.

Os serviços de assistência em saúde à comunidade rio grandina são atualmente prestados por dois hospitais de médio e grande porte, pelo Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. (HU) e pela Associação de caridade Santa Casa de Rio Grande (ACSCRG), respectivamente e, por 28 postos de saúde integrantes da rede básica do município distribuídos em diversos bairros da cidade.

O Hospital Universitário criado em 1976 e ocupou inicialmente as instalações da ACSCRG. Em 1991 sua estruturação, organização e administração foram desvinculadas desta, tornando-se um órgão suplementar da Universidade, sendo sua direção vinculada diretamente à Reitoria da Universidade. Atualmente o HU construído em locação física própria possui uma capacidade de aproximadamente 190 leitos. Em 2005, realizou 8.354 internações e atendeu 234.474 consultas ambulatoriais. As especialidades da área materno infantil desenvolvem suas

atividades em consultas ambulatoriais, internações nas unidades de terapia intensiva neonatal, pediatria, obstetrícia, centro obstétrico. No ano de 2005 foram realizados aproximadamente 1500 partos (HU- FURG, 2006).

O Hospital é considerado de referência microregional, compreendendo as populações das cidades de São José do Norte, Santa Vitória do Palmar, Chuí e Rio Grande, atendendo também pacientes oriundos dos municípios de Pelotas, Camaquã, Jaguarão, Arroio Grande e Tavares, para os atendimentos à gestante de alto risco entre as quais as portadoras do vírus HIV. Em 2002 recebeu a titulação de Hospital Amigo da Criança desenvolvendo ações para o incentivo e manutenção do aleitamento materno.

Em 1991 foi criado o Programa de Planejamento Familiar, uma parceria entre HU, Departamento Materno Infantil, Departamento de Enfermagem, Departamento de Patologia, Serviços de Assistência Social e Psicologia . O programa segue as diretrizes do PAISM e preconiza a assistência integral, na qual todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em prol da promoção, proteção e recuperação da sua saúde. O programa presta assistência médica e de enfermagem nas diferentes fases da vida da mulher no processo saúde-doença, é responsável pelo atendimento médico ginecológico e cirúrgico no planejamento familiar (DAOUD, 2005).

A Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande é uma instituição de saúde filantrópica, que atua no município desde 1835. Este hospital também presta assistência à população em geral, portadora das mais diversas patologias, tanto do município de Rio Grande, como de outros municípios vizinhos, sendo que 70% de seus clientes são atendidos pelo SUS, e 30% por outros convênios (BACKES, 2004).

A rede básica de saúde do município conta atualmente com 28 postos de saúde. Destes, 17 são integrados ao Programa Saúde da Família. Os outros 11 postos contam apenas com o programa de agentes comunitários de saúde. A assistência de saúde do município oferece às mulheres consultas médicas e de enfermagem, disponibilizando serviço de atenção à saúde no período pré-natal e puerperal. Os exames preventivos do câncer de colo uterino também são realizados em todos os postos de saúde (SMS, 2006).

4.4 CÁLCULO DA AMOSTRA

O cálculo da amostra foi definido através do programa Epi-Info 6, levando em consideração um erro alfa de 0,05, risco relativo (RR) de 2,0 e o tamanho da amostra necessário para alcançar o poder desejado de 80% para o estudo. Foi considerada a prevalência de alta paridade de 11.3% na população rio grandina, segundo análises realizadas em Declarações de Nascidos Vivos no ano de 2004 sendo identificado a necessidade de um $n = 480$ o qual foi acrescido de 15% para análise de fatores de confusão e 10% para perdas, totalizando uma amostra de 640 mulheres, com relação 1:1 nas áreas de pesquisa, para atingir o poder necessário para o estudo.

4.5 COLETA DE DADOS

Para realizar a coleta de dados foi utilizado um questionário (apêndice A) contendo perguntas fechadas e estruturadas a fim de obter as variáveis de interesse para investigação dos determinantes. O instrumento abordou condições socioeconômicas, características demográficas da mulher, história conjugal da mulher, informações sobre a saúde atual e história reprodutiva.

O processo de amostragem foi aleatório sistemático por conglomerados onde foram sorteados 20 setores censitários dos 245 existentes na zona urbana da cidade, conforme cálculo do tamanho da amostra, tendo sido estabelecido um pulo de 12 para que diferentes regiões da cidade fossem visitadas. Em cada setor foram visitados 32 domicílios. Foi realizado um sorteio para definir o quarteirão inicial do setor, bem como a esquina por onde o trabalho de campo começaria. Após o primeiro domicílio visitado, foram excluídos os dois subseqüentes mais próximos, e visitado o próximo, assim sendo até o final do setor. A coleta de dados aconteceu entre os meses setembro de 2005 e março de 2006.

Foram incluídos na pesquisa os seguintes setores: 9 (Bairro centro); 21 (Bairro Salgado Filho); 33 (Centro) ; 45 (Bairro Getúlio Vargas); 57 (Lar Gaúcho); 69 (Cidade Nova); 81 (Cidade Nova); 93 (Miguel da castro Moreira); 105 (COHAB II); 117 (Bairro Municipal); 129

(Jokey Club); 141 (São Miguel); 153 (Castelo Branco I); 165 (Bairro Bernadeth); 177 (Parque Marinha); 189 (Condomínio do Trevo); 201 (Bairro Getúlio Vargas); 213 (Cassino); 225 (Cassino); 237 (Querência). Podemos observar na Figura 1 a localização dos mesmos observando o mapa da cidade do Rio Grande.

FIGURA 1: Mapa dos setores censitários da cidade do Rio Grande



4.6 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS A SEREM ESTUDADAS

4.6.1 Definição das Variáveis

4.6.1.1 Variável Dependente

1. Alta paridade: condição definida para mulheres que já tiveram quatro ou mais gestações que geraram filhos vivos ou pesando 500 gramas ou mais ou ainda com mais de 20 semanas de gestação.

4.6.1.2 Variáveis Independentes

Condições socioeconômicas e demográficas maternas

1. Renda per capita: somatório do valor, em salários mínimos, recebida por todas as pessoas residentes naquele domicílio no mês anterior ao da entrevista dividido pelo número de pessoas residentes no domicílio.
2. Escolaridade dos pais e/ou chefe da família: Número de anos completos de escola, com aprovação.
3. Estado marital: Considerando o fato de a mulher ter ou não ter companheiro, independente do aspecto legal da união.
4. Idade materna: anos completos de vida da mãe
5. Cor da pele: Característica materna que foi observada pelo entrevistador e anotada no questionário.
6. Aspectos culturais: números de filhos dos pais da mulher

História reprodutiva

7. Menarca: foi investigada a idade de primeira menstruação.
8. Gestações: foi investigado o número de gestações.
9. Número de filhos: foi investigado o número de filhos vivos ou mortos após o nascimento.
10. Primeira gestação: foi investigada a idade da primeira gestação.
11. Números de abortos prévios: Gravidezes interrompidas antes das 20 semanas de gestação.
12. Números de natimortos prévios: Recém-nascidos mortos com 28 semanas ou mais de gestação.
13. Números de recém-nascidos com baixo peso prévios: Recém-nascidos pesando menos de 2.500g.
14. Números de pré termos prévios: Recém-nascidos entre a 20^a e a 37^a semanas de gestação.

Anticoncepção e Planejamento Familiar

15. Utilização de métodos anticoncepcionais: foi investigado, o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais a utilização ou não de algum método contraceptivo, assim como ocorre a obtenção do mesmo e por quem foi orientado.
16. Participação no planejamento familiar: foi investigada a participação da mulher e de seu companheiro no planejamento familiar. Também foi questionado sobre a prática do diálogo sobre o assunto.

Acesso da mulher aos serviços de saúde

17. Consulta médica: foi investigado se a mulher procurou assistência médica com ginecologista nos últimos 12 meses.

18. Papanicolau: foi investigada a realização do exame preventivo de câncer do colo do útero. O tempo decorrente do último exame, o local da realização do mesmo e ainda a percepção quanto a qualidade da assistência prestada.

Condições de saúde atuais e hábitos da mulher

19. Tabagismo: Será considerada fumante a mulher que fuma diariamente, investigando o número de cigarros fumados por dia. Também foi investigado sobre o hábito de fumar do companheiro.

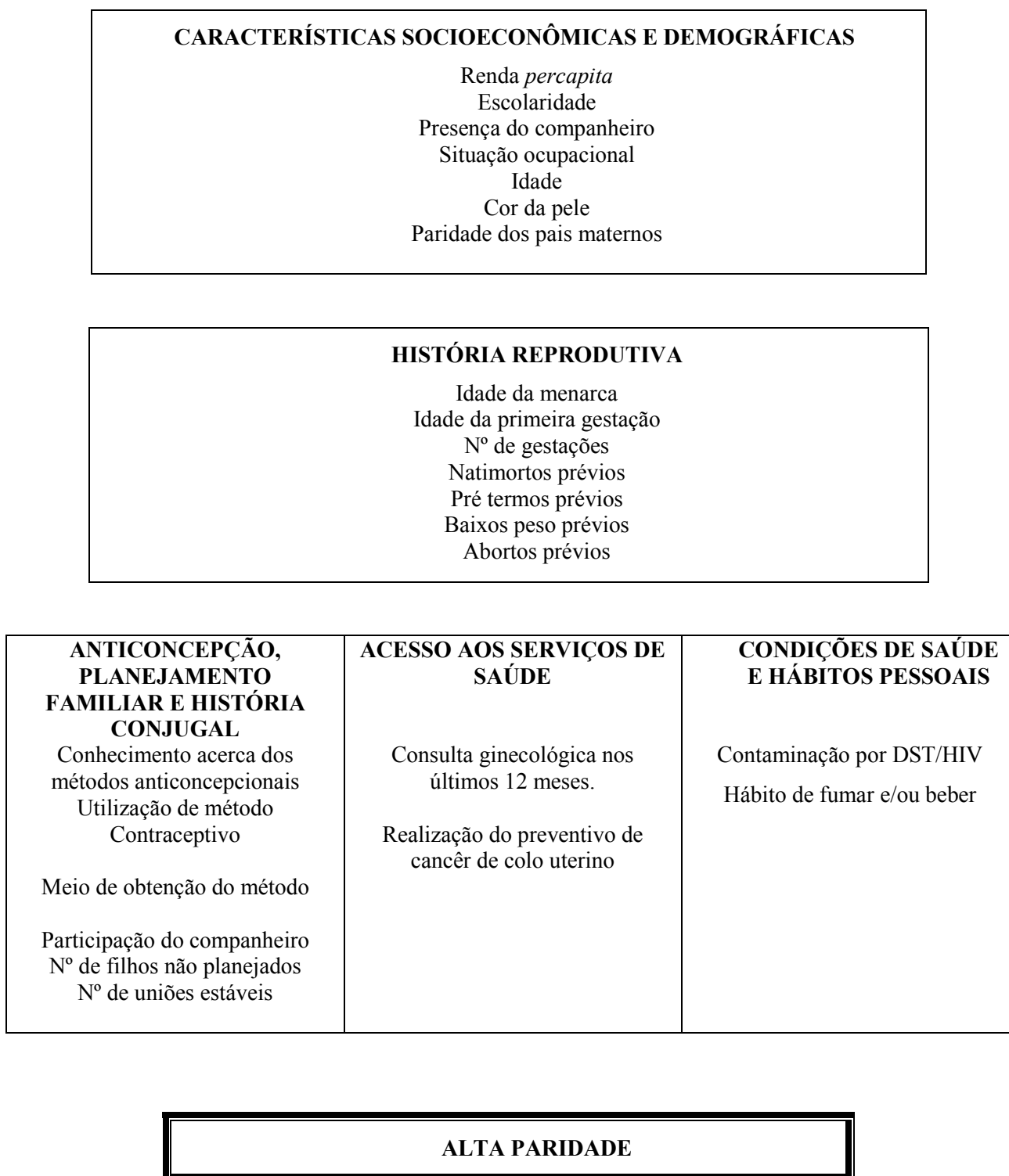
20. Consumo de bebidas alcoólicas e drogas: As mulheres foram interrogadas quanto ao uso de bebidas alcoólicas e drogas.

21. DST/AIDS: foi investigado a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis e pelo HIV.

4.7 MODELO TEÓRICO

Este modelo teórico foi construído através da utilização de modelos hierárquicos para facilitar o entendimento do processo (FUCHS et al., 1996). Deste modo podemos quantificar a contribuição de cada nível hierárquico, bem como permite definir um modelo explicativo simplificado, contribuindo assim para um melhor entendimento do desfecho (VICTORA et al., 1997). A figura 2 mostra os níveis hierárquicos e suas respectivas variáveis. O modelo teórico corresponde também ao modelo de análise.

Figura 2. Modelo teórico para determinação de risco para alta paridade.



4.8 LOGÍSTICA E PESSOAL

Através da obtenção de mapas dos setores juntamente com o IBGE, foi possível conhecer os setores sorteados e suas localizações. Em cada setor foram numeradas as quadras e esquinas. A seguir procedemos em sorteio para determinar a quadra onde começariam as entrevistas, assim como da mesma forma as esquinas. Foi utilizado o mesmo critério para numeração das quadras e esquinas em todos os setores.

4.8.1 Capacitação dos entrevistadores:

Para coleta dos dados foram capacitadas nove acadêmicas do curso de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação Universidade Federal de Rio Grande. O treinamento constou do conhecimento da pesquisa, do número de mulheres que fariam parte do estudo, do conhecimento do instrumento, do seu preenchimento e de sua entrega. Também foi necessário distribuir mapas da cidade e dos setores para que as entrevistadoras tivessem conhecimento prévio dos locais onde seriam aplicados os questionários.

4.9 CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade se caracterizou pela supervisão contínua do trabalho de campo, revisão diária dos questionários, dupla digitação seguida pela avaliação dos dados e análise de consistência dos dados digitados.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os preceitos éticos das atividades de pesquisa que envolve seres humanos, através da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Foi solicitada adesão aos sujeitos através

de assinatura, em duas vias, do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), sendo-lhes garantido os esclarecimentos necessários sobre a finalidade da pesquisa, o anonimato dos dados coletados, bem como o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Caridade Santa Casa do Rio Grande, sob o processo 034/2006.

4.11 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram codificados e duplamente digitados sobre uma estrutura previamente programada, através do programa Epiinfo 6.04d, e em seguida foi realizada, a comparação das duas digitações e corrigida a informação de acordo com as respostas do questionário. A seguir esses dados foram analisados estatisticamente.

Dependendo do tipo de variável foram feitas categorizações em 3 ou mais categorias. Em outros casos, uma variável coletada em vários grupos foi dicotomizada para análise. Primeiramente foi feita uma análise univariada para realizar a distribuição de frequência. O próximo passo foi a análise bivariada, na qual foi verificado o efeito bruto de cada uma das variáveis sobre o desfecho estudado, ou seja com a alta paridade.

Variáveis dicotômicas foram testadas por qui-quadrado (teste exato de Fisher) e as variáveis categóricas ordinais foram testadas por teste de tendência linear. O ponto de corte de significância escolhido para levar as variáveis para a regressão foi estabelecido em 20% ($p < 0.20$).

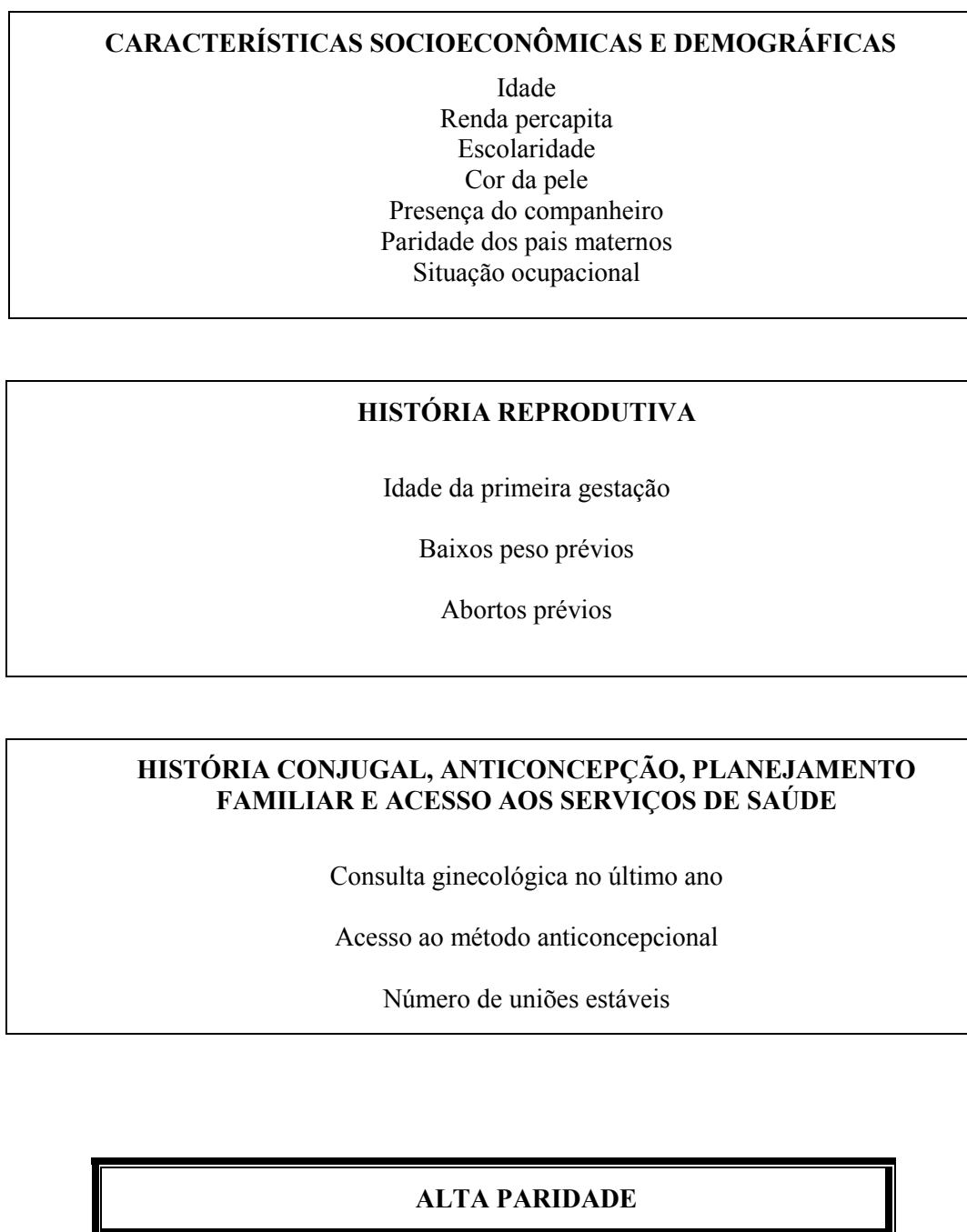
A análise final ou multivariada foi realizada por regressão de Poisson com variância robusta. Como o desfecho é dicotômico e com uma prevalência de aproximadamente 10%, esta estratégia é adequada, fornecendo estimativas de efeito em Razões de Prevalência (BARROS, 2003).

A regressão obedeceu a um modelo de análise em três níveis hierárquicos com suporte no modelo teórico conceitual. Este tipo de análise por níveis permite um ajuste para controlar

possíveis fatores de confusão na interpretação dos dados, controlando as variáveis entre si num mesmo nível e controlando-as simultaneamente para os níveis posteriores.(VICTORA et al, 1997).

A inserção de variáveis no modelo seguiu o padrão backward, iniciando cada nível de análise com todas suas variáveis e em seguida retirando aquelas que não apresentaram significância estatística com o desfecho. No modelo de análise final (Figura 3) as variáveis que no seu nível da regressão apresentaram um valor de $p < 0.20$ foram mantidas para evitar confusão negativa.

FIGURA 3. Modelo de análise



5 RESULTADOS

Participaram do estudo 594 mulheres entre 15 e 49 anos de idade residentes em 20 diferentes setores censitários na zona urbana da cidade do Rio Grande, havendo uma perda de 7% devido ao fato de que em dois dos setores sorteados havia um número elevado de residências sem moradores. Os questionários foram aplicados entre os meses de setembro de 2005 e março de 2006.

Inicialmente será descrito o perfil geral da população estudada. Os dados foram abordados segundo as variáveis descritas nos diferentes níveis hierárquicos do modelo teórico. A seguir serão apresentados os resultados da análise bivariada ou bruta e da análise multivariada ou ajustada. O resultado das análises mostrou que a prevalência de alta paridade é de 15,8 % dentre as mulheres que participaram da pesquisa.

5.1 Resultado da análise univariada: perfil geral da população estudada

5.1.1 Características Socioeconômicas e Demográficas

Para analisar as condições socioeconômicas e demográficas foram consideradas as variáveis renda familiar *per capita*, escolaridade, presença do companheiro, trabalho da mulher fora de casa, idade, cor da pele e paridade dos pais maternos. Os resultados encontrados podem ser visualizados na Tabela 1.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas

VARIÁVEIS	N	PORCENTAGEM	% ALTA PARIDADE
Renda familiar <i>per capita</i>	594		
Até 100 reais		28.2	16.4
100 – 199 reais		23.0	11.0
200- 299 reais		14.7	9.2
300 – mais		34.1	4.0
Escolaridade	594		
Até 4 anos		17.8	33.7
5 – 8 anos		27.9	10.4
9 – 11 anos		38.2	2.2
12 anos ou mais		16.1	0.0
Presença do Companheiro	587		
Sim		67.5	12.4
Não		32.5	3.7
Trabalho fora de casa no último ano	592		
Sim		45.1	6.8
Não		54.9	12.1
Idade	594		
Até 19 anos		10.3	1.7
20 – 29 anos		33.6	3.6
30 – 39 anos		25.2	14.8
40 ou mais		30.9	15.5
Cor da pele	594		
Branca		81.0	8.4
Não Branca		19.0	17.3
Paridade dos pais maternos	592		
Sim		55.7	14.0
Não		44.3	4.6

Em relação a renda familiar optou-se por analisar a renda familiar *per capita*, isto é, o total da renda obtida pela família dividida pelo número de pessoas que residem na casa. Pode-se observar que em mais de 50% da amostra a renda familiar *per capita* é de no máximo 199 reais. Para o grupo de mulheres com renda familiar *per capita* de até 100 reais mensais a proporção de alta paridade é de 16.4%

Quanto à escolaridade 38.2% das entrevistadas possui de 9 a 11 anos de estudo. Destaca-se ainda que 17.8% das mulheres tem apenas 4 anos ou menos de estudo e, que entre este grupo a proporção de alta paridade (33.7%) é cerca de três vezes superior a categoria subsequente, ou seja, para quem tem de 5 a 8 anos de escolaridade. Entre as mulheres com doze ou anos ou mais de estudo (16.1%) a proporção de alta paridade é nula.

A presença do companheiro foi relatada por 67.5% das pesquisadas, destaca-se que a relação com alta paridade para este grupo foi de 12.4%. Se comparada àquelas sem companheiro (32.5%) a probabilidade para o desfecho é cerca de quatro vezes maior entre as que vivem com companheiro.

A situação ocupacional das mulheres foi investigada pelo trabalho realizado fora de casa no último ano e, verificou-se que 45.1% das entrevistadas haviam trabalhado nos doze meses anteriores a pesquisa. Entre as mulheres que não trabalharam representadas por 54.9% da amostra, a proporção de alta paridade está aumentada aproximadamente duas vezes (12,1%).

Quanto à idade a maioria das mulheres encontra-se na faixa etária de 20 a 29 anos (33,6 %). Identificou-se que 30.9% das mulheres tinha 40 anos ou mais. Destaca-se ainda que 10,3% das entrevistadas eram adolescentes, ou seja, tinham até 19 anos. A média de idade foi de 32 anos. A proporção de alta paridade é maior para as mulheres que estão acima dos 40 anos de idade (15.5%).

Com relação à cor da pele identificamos o grupo entre brancas e não brancas (preta, mista ou parda), onde as brancas representam a maioria, ou seja, 81% das entrevistadas. Entre as mulheres não brancas 19%, da amostra a ocorrência da alta paridade é maior ou seja 17.3%.

Quanto ao número de filhos dos pais maternos, a maioria (55.7%) das entrevistadas referiu que seus pais tiveram teve 4 ou mais filhos. A alta paridade esteve mais relacionada ao grupo de mulheres cujos pais também tiveram alta paridade (14.0%).

5.1.2 História Reprodutiva

A história reprodutiva foi analisada pelas variáveis idade da menarca e da primeira gestação, o número total de gestações, de natimortos, de pré termos, de baixo peso e de abortos prévios. Os resultados encontrados podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2. História reprodutiva

VARIÁVEIS	N	PORCENTAGEM	% ALTA PARIDADE
Idade da menarca	592		
Até 11 anos		27.9	9.9
12 – 14 anos		62.0	10.3
15 anos ou mais		10.1	6.8
Idade da primeira gestação	441		
Até 16 anos		15,7	27.5
Entre 17 e 19 anos		33.3	17.0
Entre 20 e 39 anos		51.0	5.3
Gestações	441		
Nenhuma		23.7	0.0
Entre 1 a 3		60.5	0.0
4 ou mais		15.8	15.8
Natimortos prévios	425		
Sim		5.6	20.8
Não		94.4	12.5
Pré termos prévio	437		
Sim		15.6	20.6
Não		84.4	11.9
Baixos peso prévios	434		
Sim		17.0	23.0
Não		83.0	10.8
Abortos prévios	594		
Sim		17.7	19.0
Não		82.3	7.8

A variável idade da menarca revelou que a maioria das entrevistadas (62,0%) menstruou entre os 12 e 14 anos. Destaca-se ainda que 28% das mulheres tiveram sua menstruação até os 11 anos de idade. A proporção de alta paridade (10,3%) está aumentada entre as mulheres que relataram ocorrência da menarca entre os 12 e 14 anos de idade.

Entre as 441 mulheres que engravidaram pelo menos uma vez, cerca da metade delas (49,0%) teve a sua primeira gestação até os 19 anos de idade, e a proporção de alta paridade é maior para as mulheres referiram ter tido a primeira gravidez até os 16 anos de idade (27,5%).

Quanto ao número de gestações a maioria das entrevistadas (60,5%) teve até 3 gestações. Como já dito anteriormente a prevalência de alta paridade, ou seja, mulheres que tiveram 4 ou mais gestação, foi de 15,8 % entre a amostra pesquisada.

Quanto às condições desfavoráveis de nascimento da prole a pesquisa evidenciou que 5,6% das mulheres tiveram filhos que nasceram mortos, 15,6% delas deram à luz a filhos prematuros e 17,0% tinham história de filhos com baixo peso ao nascer. Quanto a ocorrência de aborto 17,7% das entrevistadas abortaram pelo menos uma vez.

5.1.3 Anticoncepção, Planejamento Familiar e História Conjugal

Neste bloco de variáveis foram incluídas as que denotassem a vivência das mulheres ou casais no processo decisório da anticoncepção. Também estão presentes as condições de acesso e orientação aos métodos contraceptivos. A distribuição destas variáveis estão dispostas na Tabela 3.

Tabela 3. Anticoncepção, Planejamento Familiar e História Conjugal

VARIÁVEIS	N	PORCENTAGEM
Métodos anticoncepcionais conhecidos	592	
Pílula anticoncepcional		94.9
Coito interrompido		8.5
Preservativo masculino		91.2
DIU		47.1
Laqueadura tubária		28.0
Tabelinha		15.9
Vasectomia		15.2
Injetável		20.6
Outros		1.5
Uso de contraceptivo	592	
Sim		86.8
Não		13.2
Métodos anticoncepcionais utilizados	513	
Pílula anticoncepcional		49.4
Coito interrompido		1.0
Preservativo masculino		28.7
DIU		2.0
Laqueadura tubária		13.7
Tabelinha		0.7
Vasectomia		2.0
Injetável		1.7
Outros		0.8
Orientação recebida	554	
Médico/Enfermeira		57.7
Outros		42.3
Acesso ao método	463	
Posto de saúde		13.0
Farmácia		73.5
Laqueadura através do serviço público		6.6
Laqueadura através do serviço privado		3.0
Serviço público de planejamento familiar		3.9
Participação do companheiro	396	
Sim		84.3
Não		15.7
Casal conversa sobre planejamento Familiar	396	
Sim		82.5
Não		17.5
Nº de uniões estáveis	560	
Nenhuma união		13.0
1 união		63.4
2 ou mais		23.6

A amostra pesquisada revelou que 94.9% das mulheres conhecem pelo menos um método anticoncepcional, representado pela pílula anticoncepcional. Em segundo lugar o preservativo masculino ou camisinha é o método mais conhecido (91.2%) pela população estudada. Entre os outros métodos referidos estão diafragma, espermicida e anel vaginal.

A utilização dos métodos contraceptivos é feita por 86.8% da população estudada. Entre os reversíveis a pílula anticoncepcional é o método mais escolhido entre as entrevistadas (49.4%), a seguir está o preservativo masculino com 28.7%.

Quanto a orientação recebida para o uso dos métodos anticoncepcionais 57.7% das mulheres foram orientados por profissionais da área da saúde, representados pelo médico ou enfermeira. O restante da população estudada decidiu pelo uso de algum método por conta própria ou recebeu orientação de pessoas leigas entre estas citadas a mãe, a amiga e o agente comunitário. A mídia também foi citada como veículo de orientação e informação.

A obtenção dos métodos contraceptivos foi recategorizada a partir desta primeira análise em acesso público e privado. A obtenção do método na farmácia e, a laqueadura no serviço privado foram considerados acesso privado. Ao passo que obter o método no posto de saúde, a laqueadura através do serviço público e o serviço público de planejamento familiar foram classificados como acesso público. Uma parte das mulheres referiu colocação do DIU em consultório particular e uma parcela dos companheiros realizou vasectomia também em serviço particular.

Entre a população estudada 23.5% adquire o método no setor público, ou seja, no posto de saúde (13%), em serviços de planejamento familiar para métodos reversíveis(3.9%), fizeram laqueadura através de um serviço de planejamento (3%). No setor privado a grande maioria obtém o método na farmácia (73.5%) e o restante fez laqueadura tubária (6.6%) com aconselhamento no consultório médico através de convênio ou particular.

Quanto a participação do companheiro na escolha do método anticoncepcional, das 396 mulheres casadas ou que vivem em união estável, 84.3% responderam que seus companheiros participam da alguma forma quanto a escolha do método a ser usado.

Quando questionadas sobre a existência de diálogo entre o casal das questões que abordam o planejamento familiar, 82.5% das mulheres afirmaram que conversam sobre assunto com seus companheiros.

No que se refere ao número de uniões estáveis vivenciadas pelas entrevistadas, a maioria delas (63.4%) referiu uma união. Destaca-se que 23.6% relatou duas ou mais uniões estáveis.

Neste bloco de variáveis, embora não mostrado na Tabela 3, também investigamos junto as mulheres a sua intenção de ter filhos. Estes dados permitiram verificar que entre as mulheres que não pretendiam ter filhos, 82.3% teve pelo menos um filho. Entre aquelas que pretendiam ter um filho, 41.5% teve mais de um, e entre as mulheres que pretendiam ter dois filhos, 21,8% teve mais do que dois.

Entre os motivos alegados para ultrapassar o número de filhos desejado, as mulheres relataram as seguintes situações: desejo de ter filho de outro sexo, descuido no momento de utilizar o método, uso incorreto da pílula anticoncepcional, troca de método, não usar ou não se adaptar aos tipos de métodos disponíveis, o companheiro desejava ter outro filho ou o companheiro atual não tinha nenhum filho.

5.1.4 Acesso da Mulher aos Serviços de Saúde

O acesso aos serviços de saúde entre a amostra pesquisada foi verificado pela análise das consulta ao ginecologista nos últimos 12 meses, realização do exame preventivo de câncer de colo uterino e local de realização do exame. Neste bloco ainda investigamos a satisfação das usuárias em relação qualidade da assistência prestada. Esses dados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. Acesso da Mulher aos Serviços de Saúde

VARIÁVEIS	N	PORCENTAGEM
Consulta ao ginecologista nos últimos 12 meses	590	
Sim		64.1
Não		35.9
Realização de preventivo de câncer de colo uterino	594	
Sim		72.1
Não		26.6
Local de realização do exame	428	
Público		32.4
Privado		67.6
Qualidade da assistência prestada	428	
Muito e Bom		94.5
Regular e péssimo		5.5

A consulta ao ginecologista no último ano foi realizada por 64.1% das mulheres e entre os motivos apresentados foram citados problemas como as vaginites, amenorréia, revisão periódica, tratamento para engravidar, pré natal, reposição hormonal na menopausa e alterações mamárias.

Quanto ao exame preventivo da câncer de colo uterino, 72.1 % das mulheres realizou o mesmo pelo menos uma vez, destas 86% realizou o exame nos últimos dois anos. O serviço mais procurado para realização do preventivo foi o privado com 67.6% de preferência entre as usuárias pesquisadas. Apenas 5% das mulheres relataram não ter gostado da assistência prestada, classificando-a entre regular ou péssima.

5.1.5 Outras Condições de Saúde e Hábitos Pessoais

Neste bloco agrupamos algumas outras condições de saúde como a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, a ocorrência de menstruação e os hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas, esses dados estão expressos na Tabela 5.

Tabela 5. Outras Condições de Saúde e Hábitos Pessoais

VARIÁVEIS	N	PORCENTAGEM
DST/AIDS	590	
Sim		0.3
Não		99.,7
Menstruam	594	
Sim		86.5
Não		13.5
Hábito de fumar	594	
Sim		34.6
Não		65.,4
Hábito de ingerir bebidas alcoólicas	594	
Sim		54.0
Não		46.0

Quanto a contaminação das mulheres com doenças sexualmente transmissíveis, apenas 2 mulheres afirmaram ter contraído alguma doença, entre estas apenas uma revelou ser portadora do vírus HIV.

Em relação à ocorrência de menstruação 86.5% das entrevistadas responderam que ainda menstruam. Quanto ao hábito de fumar a maioria das mulheres (65.4%) não são fumantes e, sobre o hábito de beber, mais da metade da amostra, ou seja, 54.0% relataram consumir bebidas alcoólicas na frequência considerada socialmente ou esporadicamente em festas e ocasiões especiais.

5.2 Resultados da Análise Bruta ou Bivariada

5.2.1 Características Socioeconômicas e Demográficas

A distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas e o efeito bruto sobre a alta paridade, é mostrada na Tabela 6.

A renda *per capita* esteve significativamente associada ($p<0.001$) com a alta paridade, sendo observado que nas famílias com renda igual ou superior a 300 reais mensais por pessoa o risco está diminuído ($RP=0,24$) em relação as mulheres que apresentam uma renda familiar *per capita* de até 100 reais.

Tabela 6. Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas e o efeito bruto sobre a alta paridade.

VARIÁVEIS		RP* (IC _{95%})	p
Renda <i>per capita</i>	(n=594)		<0.001
Até 100 reais		1.00	
100 – 199 reais		0.67 (0.37 – 1.21)	
200 – 299 reais		0.56 (0.27 – 1.18)	
300 reais ou mais		0.24 (0.11 – 0.52)	
Escolaridade	(n=594)		<0.001^a
Até 4 anos		1.00	
5- 8 anos		0.31 (0.18 – 0.52)	
9 anos ou mais		0.05 (0.02 – 0.11)	
Presença do Companheiro	(n=587)		<0.001^b
Sim		3.38 (1.56 – 7.32)	
Não		1.00	
Trabalho fora de casa no último ano	(n=592)		0.03^b
Sim		0.56 (0.33 – 0.95)	
Não		1.00	
Idade	(n=594)		<0.001^a
Até 19 anos		1.00	
20 – 29 anos		2.13 (0.27 – 17.01)	
30 – 39 anos		8.86 (1.22 – 64.36)	
40 anos ou mais		9.28 (1.28 – 66.88)	
Cor da Pele	(n=594)		0.005^b
Branca		1.00	
Não Branca		2.07 (1.24 – 3.43)	
Paridade dos pais maternos	(n=592)		<0.001^b
Sim		3.04 (1.64 – 5.62)	
Não		1.00	

* Razão de Prevalência

A escolaridade materna mostrou-se significativamente associada ao desfecho ($p < 0.001$). A medida que o tempo de escolaridade materna aumenta a prevalência de alta paridade diminui, sendo a $RP = 0,05$ para o grupo de mulheres com 9 ou mais anos de estudo.

Também observamos que o fato de estar a mulher em situação conjugal estável seja pelo casamento ou união consensual, associou-se significativamente ($p < 0,001$) a alta paridade ($RP = 3,38$).

A situação ocupacional da mulher mostrou-se significativamente associada ($p = 0,03$) a alta paridade sendo observado que o fato da mulher ter trabalhado fora de casa nos doze meses anteriores a realização da pesquisa, reduziu em cerca da metade o risco ($RP = 0.56$) de ocorrência de alta paridade.

Quanto à idade da mulher, houve uma associação significativa com o desfecho estudado ($p < 0,001$). Foi observado que o risco aumenta a medida que a idade materna avança. Sendo esse risco superior a 8 vezes a partir da faixa etária de 30 e 39 anos de idade.

Com relação à cor da pele esta também mostrou-se associada significativamente ($p = 0,005$) ao desfecho, apresentando as mulheres de cor não branca (preta, mista ou parda) um risco cerca de duas vezes maior que o grupo de mulheres de cor branca ($RP = 2.07$).

O risco para alta paridade está aumentado para as mulheres cujos pais também tiveram número de filhos igual ou superior a quatro. A associação foi significativa ($p < 0,001$) e o risco é cerca de três vezes maior para este grupo de mulheres ($RP = 3.04$).

5.2.2 História Reprodutiva

As variáveis do bloco sobre história reprodutiva da mulher e o efeito bruto das mesmas sobre a alta paridade podem ser observadas na Tabela 7.

Com relação a variável idade da menarca, esta não mostrou associação significativa ($p = 0,64$) com o desfecho.

A idade da primeira gestação associou-se positivamente ao desfecho da alta paridade ($p < 0.001$). O risco de mulheres com quatro filhos ou mais entre aquelas que tiveram a primeira gestação entre 20 e 39 anos encontra-se significativamente diminuída ($RP = 0,11$). Em relação à faixa etária tomada como referência o fato da mulher ter tido a 1ª gestação entre 17 e 19 anos também apresentou um risco diminuído para alta paridade, no entanto a unidade esteve incluída no intervalo de confiança.

Tabela 7. Distribuição das variáveis da história reprodutiva e o efeito bruto sobre a alta paridade.

VARIÁVEIS		RP* (IC _{95%})	p
Idade da menarca	(n=592)		0,64
Até 11 anos		0.96 (0.55 – 1.68)	
12 – 14 anos		1.00	
15 anos ou mais		0.66 (0.24 – 1.78)	
Idade da primeira gestação	(n=441)		<0.001^a
Até os 16 anos		1.00	
17 – 19 anos		0.62 (0.36 – 1.04)	
20 – 39 anos		0.11 (0.10 – 0.38)	
Complicações em alguma gravidez	(n=441)		0.14^b
Sim		1.47 (0.88 – 2.45)	
Não		1.00	
Baixo peso ao nascer	(n=434)		<0.005
Sim		2.12 (1.27 – 3.54)	
Não		1.00	
Abortos prévios	(n=594)		<0.001
Sim		2.43 (1.47 – 4.00)	
Não		1.00	

* Razão de Prevalências

a: teste de tendência linear
b: Qui-quadrado exato de Fisher

O fato da mulher ter apresentado complicações de saúde gerais ou obstétricas durante a gravidez não mostrou associação ($p = 0,14$) com o desfecho estudado.

Porém, a alta paridade esteve associada significativamente ($p < 0,005$) com história de filhos com baixo peso ao nascimento. O risco entre as mulheres pesquisadas que tiveram filhos com peso inferior a 2500g foi duas vezes maior ($RP = 2,12$).

Ao finalizar o bloco sobre a história reprodutiva da mulher, analisamos a variável abortos prévios e observamos que existe associação significativa ($p < 0,001$) entre a ocorrência de abortamentos e alta paridade. Sendo o risco aumentado ($RP = 2,43$) para o grupo de mulheres que tiveram pelo menos um aborto prévio.

5.2.3 História Conjugal, Planejamento Familiar, Acesso aos Serviços de Saúde, e Hábitos de Saúde.

Tendo em vista que algumas variáveis do modelo teórico dos blocos sobre história conjugal, planejamento familiar, acesso aos serviços de saúde e hábitos de saúde não participarem da análise bivariada, as variáveis desses blocos consideradas nesta análise foram agrupadas e podem ser observadas na Tabela 8.

Com relação ao uso de anticoncepcional, este não foi associado significativamente com o desfecho estudado ($p = 0,70$).

Já no que se refere ao acesso do método anticoncepcional houve associação significativa ($p < 0,001$) com o desfecho. Verificou-se que existe um risco diminuído ($RP = 0,24$) de alta paridade entre as mulheres que referem ter acesso privado a métodos contraceptivos.

Quanto à participação do companheiro na escolha do método contraceptivo, esta variável não mostrou associação significativa ($p = 0,10$) com o desfecho estudado.

Tabela 8. Distribuição das variáveis da história conjugal, planejamento familiar, acesso aos serviços de saúde, hábitos de saúde e o efeito bruto sobre a alta paridade.

VARIÁVEIS		RP* (IC _{95%})	p
Uso de anticoncepcional	(n=592)		0.70^b
Sim		1.00	
Não		0.82 (0.38 – 1.75)	
Acesso ao método anticoncepcional	(n=463)		<0.001
Gratuito		1.00	
Não-gratuito		0.24 (0.12 – 0.47)	
Participação do companheiro	(n=396)		0.10^b
Sim		2.28 (0.85 – 6.14)	
Não		1.00	
Consulta ginecológica no último ano	(n=590)		0.007^b
Sim		0.52 (0.32 – 0.84)	
Não		1.00	
Número de uniões estáveis	(n=560)		0.07^a
Nenhuma		1.00	
1 união		2.60 (0.82 – 8.21)	
2 ou mais		3.13 (0.95 – 10.35)	
Hábito de Fumar	(n=594)		0.002^b
Sim		2.16 (1.32 – 3.51)	
Não		1.00	

* Razão de Prevalências

a: teste de tendência linear
b: Qui-quadrado exato de Fisher

O fato da mulher ter consultado o ginecologista no último ano mostrou-se significativamente associada ($p=0,007$) com o desfecho estudado. Sendo o risco de alta paridade menor ($RP= 0,52$) entre as mulheres que se submeteram à pelo menos uma consulta ginecológica nos últimos doze meses.

No que se refere ao número de uniões estáveis este tende a associar-se significativamente ($p=0,07$) com o desfecho em questão, no entanto em ambas as categorias estudadas a unidade esteve incluída no intervalo de confiança (IC).

Quanto ao hábito de fumar este também esteve positivamente associado ($p=0,002$) à alta paridade, sendo o risco deste desfecho cerca de duas vezes maior ($RP= 2,16$) entre as mulheres fumantes.

5.3 Resultados da Análise Ajustada ou Multivariada

A análise ajustada ou multivariada dos fatores de risco para a alta paridade foi realizada baseada no modelo de análise (Figura 2), para evitar a exclusão de potenciais fatores de risco e/ou confusão, foi utilizado um nível de significância de 0,20 como critério de inclusão das variáveis.

5.3.1 Análise ajustada ou multivariada das características socioeconômicas e demográficas

Inicialmente, foram incluídas na análise todas as variáveis do bloco das características socioeconômicas e demográficas. Estes dados, assim como das outras variáveis deste bloco podem ser observados na Tabela 9.

A renda *per capita* mostrou-se significativamente associada ($p= 0.001$) com o desfecho em questão, após realizada análise ajustada. Assim como na análise bivariada o risco para a alta paridade é diminuído em aproximadamente quatro vezes quando a renda familiar *per capita* encontra-se acima de 300 reais mensais ($RP= 0,27$).

No que se refere à escolaridade, esta mostrou-se associada significativamente ($p<0.001$) ao desfecho. A medida que aumenta a escolaridade materna, diminui o risco de alta paridade. Em relação à categoria de referência (até 4 anos de estudo) o risco é reduzido a cerca da metade ($RP=0.45$) na segunda categoria estudada e ainda mais reduzido ($RP=0.11$) quando a mulher possui 9 anos ou mais de estudo.

Tabela 9. Distribuição das variáveis das características socioeconômicas e demográficas e o efeito bruto e ajustado sobre a alta paridade.

VARIÁVEIS	RP* Bruta (IC_{95%})	RP* Ajustada (IC_{95%})	p
Renda per capita (R\$) (n=594)			0.001
Até 100 reais	1.00	1.00	
100 – 199 reais	0.67 (0,37 - 1,21)	0.55 (0.31 – 0.98)	
200 – 299 reais	0,56 (0.27 – 1.18)	0.53 (0.27 – 1.01)	
300 – ou mais	0,24 (0.11 – 0,52)	0.27 (0.12 – 0.62)	
Escolaridade (n=594)			<0.001
Até 4 anos	1.00	1.00	
5 – 8 anos	0.31 (0.18 – 0.52)	0.45 (0.25 – 0.80)	
9 anos ou mais	0.05 (0.02 – 0.11)	0.11 (0.04 – 0.27)	
Presença do companheiro (n=587)			0.02
Sim	3.38 (1.56 – 7,32)	2.22 (1.12 – 4.40)	
Não	1.00	1.00	
Trabalho fora de casa no último ano (n=592)			0.95
Sim	0,56 (0,33- 0,95)	1.02 (0.59 – 1.74)	
Não	1.00	1.00	
Idade (n=594)			0.001
Até 19 anos	1.00	1.00	
20 – 29 anos	2.13 (0.27 – 17.01)	1,62 (0,20 – 13,21)	
30 – 39 anos	8.86 (1.22 – 64.36)	3.81 (0.52 – 28.00)	
40 ou mais	9.28 (1.28 – 66.88)	5.05 (0.70 – 36.36)	
Cor da pele (n=594)			0.20
Branca	1.00	1.00	
Não-Branca	2.07 (1.24 – 3.43)	1.38 (0.84 – 2.28)	
Paridade dos pais maternos (n=592)			0.68
Sim	3.04 (1.64 – 5.62)	1.13 (0.63 – 2.00)	
Não	1.00	1.00	

* Razão de Prevalência

Em relação a presença do companheiro, esta variável mostrou associação positiva com o desfecho estudado ($p=0.02$), e embora o risco para o desfecho tenha diminuído se comparado a análise bruta, verificamos que permanece o risco de alta paridade ($RP= 2.22$) entre as mulheres que vivem com companheiro.

Quando ajustada as outras variáveis do bloco das condições socioeconômicas e demográficas o trabalho fora de casa no último ano não associou-se a alta paridade ($p=0.95$).

Quanto à idade foi verificado associação significativa com o desfecho ($p=0,001$), quando realizada a análise multivariada. O risco de alta paridade aumenta a medida que aumenta a idade materna. No entanto, salienta-se que em todas as categorias o risco é menor se comparado à análise bivariada e a unidade está sempre incluída.

A variável cor da pele embora tenha permanecido no modelo após o ajuste não mostrou associação significativa com o desfecho.

A alta paridade dos pais maternos não permaneceu significativamente associada ao desfecho da alta paridade quanto ajustada às outras variáveis deste bloco ($p=0.68$).

5.3.2 Análise ajustada ou multivariada da história reprodutiva

As variáveis sobre a história reprodutiva que apresentaram associação com o desfecho na análise bruta foram adicionadas às variáveis socioeconômicas e demográficas que permaneceram no modelo após análise multivariada do primeiro nível. Os resultados desse segundo nível de análise podem ser observados na Tabela 10.

Com relação a idade da primeira gestação, esta manteve-se significativamente associado ($p<0,001$) ao desfecho após análise ajustada. Confirmando que o risco de alta paridade diminui a medida que aumenta a idade da primeira gestação. Quando comparadas as as mulheres que tiveram a primeira gestação até os 16 anos, este risco diminui para cerca da metade ($RP= 0.57$) entre as que gestaram pela primeira vez entre 17 e 19 anos e ainda mais acentuadamente ($RP=0.27$) quando esta primeira gestação ocorreu após os 19 anos de idade.

Tabela 10. Distribuição das variáveis da história reprodutiva e o efeito bruto e ajustado sobre a alta paridade.

VARIÁVEIS	RP*Bruta (IC _{95%})	RP*Ajustada (IC _{95%})	p
Idade da primeira gestação (n=592)			<0.001
Até os 16 anos	1.00	1.00	
17 – 19 anos	0.62 (0.36 – 1.04)	0.57 (0.36 – 0.90)	
20 – 39 anos	0.11 (0.10 - 0.38)	0.27 (0.14 – 0.52)	
Baixo peso ao nascer (n=434)			0.48
Sim	2.12 (1.27 – 3.54)	1.20 (0.71 – 2.04)	
Não	1.00	1.00	
Abortos prévios (n=594)			0.01
Sim	2.43 (1.47 – 4.00)	1.89 (1.14 – 3.11)	
Não	1.00	1.00	

* Razão de prevalência

Após a análise ajustada o baixo peso ao nascer, não foi significativamente associado ($p=0,48$) com a alta paridade.

Em relação aos abortos prévios, após análise ajustada, esta variável permaneceu associada significativamente ($p=0.01$), com a ocorrência de alta paridade, embora o risco para as mulheres que tiveram pelo menos um aborto tenha diminuído se comparado a análise bivariada ($RP=1,89$).

5.3.3 Análise ajustada ou multivariada do Planejamento Familiar e Acesso aos Serviços de Saúde e da História Conjugal

As variáveis sobre a história conjugal, planejamento familiar e acesso aos serviços de saúde associadas significativamente com o desfecho na análise bruta foram ajustadas para as variáveis socioeconômicas e demográficas e para as variáveis da história reprodutiva que permaneceram no modelo. Os dados são mostrados na Tabela 11.

Embora tenha-se observado uma redução no risco de alta paridade entre as mulheres que obtiveram o método anticoncepcional de forma não gratuita ($RP=0.49$), não foi observada associação significativa ($p=0.20$) desta variável com o desfecho estudado.

Tabela 11. Distribuição das variáveis da História Conjugal, Planejamento Familiar e acesso aos serviços de saúde e o efeito bruto e ajustado sobre a alta paridade.

VARIÁVEIS	RP*Bruta (IC_{95%})	RP*Ajustada (IC_{95%})	p
Acesso ao método anticoncepcional (n=463)			0.02
Gratuito	1.00	1.00	
Não-gratuito	0.24 (0.12 – 0.47)	0.49 (0.27 – 0.90)	
Participação do companheiro (n=396)			0.01
Sim	2.28 (0.85 – 6.14)	2.92 (1.23 – 6.93)	
Não	1.00	1.00	
Consulta ginecológica no último ano (n=590)			0.20
Sim	0.52 (0.32 – 0.84)	1.57 (0.79 – 3.12)	
Não	1.00	1.00	
Número de uniões estáveis (n=560)			0.45
Nenhuma	1.00	1.00	
1 união	2.60 (0.82 - 8.21)		
2 ou mais	3.13 (0.95 – 10.35)	1.47 (0.75 – 2.88)	

* Razão de Prevalências

A participação do companheiro na escolha do método anticoncepcional permaneceu associada significativamente ($p=0.01$) após análise ajustada das variáveis. Se comparado com a análise bruta, o risco para alta paridade aumentou quando há a participação do companheiro neste sentido ($RP=2,92$).

No que se refere à consulta ginecológica, esta não associou-se significativamente ($p=0.20$) com o desfecho estudado após a análise ajustada.

Após análise ajustada a variável referente ao número de uniões estáveis não mostrou associação significativa ($p=0,45$) com o desfecho estudado.

6 DISCUSSÃO

Com o objetivo de investigar a saúde reprodutiva e a prevalência de alta paridade em mulheres do município do Rio Grande, foi realizado o presente estudo transversal de base populacional com a participação de 594 mulheres residentes em vinte setores censitários da zona urbana da cidade. A coleta de dados ocorreu em um período de seis meses, compreendido entre setembro de 2005 e março de 2006.

Esta seção discutirá os resultados encontrados, a relação destes com o desfecho em questão, ou seja, a alta paridade. Também serão abordados alguns resultados de outros inquéritos realizados na área da saúde reprodutiva. Inicialmente serão apresentadas as dificuldades metodológicas encontradas e a seguir os dados serão discutidos em consonância com os níveis dos blocos e suas respectivas variáveis.

A metodologia aplicada permitiu uma amostra sistemática, aleatória por conglomerados situados em diversas regiões da cidade. Com isto a investigação proposta dos sujeitos da pesquisa, aconteceu em diferentes realidades onde encontramos as mais diversificadas características de vida e saúde. Os inquéritos desta natureza constituem-se de um rigor científico com a intenção de afastar possíveis distorções e vieses, possibilitando um diagnóstico preciso da população estudada.

Mesmo com todo rigor científico em que foi realizado este trabalho, alguns aspectos metodológicos precisaram ser alterados na etapa de coleta dos dados e serão discutidos neste capítulo. Dos três setores sorteados e localizados no Balneário Cassino, um deles situava-se em uma área essencialmente destinada a moradias de aluguel por temporada, onde os moradores em sua maioria residiam em outras cidades. Para compensar esta perda incluímos um número maior de domicílios no setor subsequente situado na localidade chamada Querência. Este setor embora muito próximo ao setor excluído, possui moradores permanentes .

Localizado no centro da cidade e em área residencial o setor nº 33 exigiu que várias visitas fossem feitas para encontrar os moradores em seus domicílios, uma vez que aglomera neste setor dois conjuntos habitacionais onde residem em sua maioria estudantes universitários

com longa permanência fora do domicílio, coincidindo com os horários destinados a coleta dos dados. Por este motivo o número de domicílios visitados foi abaixo inicialmente previsto. Com estas dificuldades encontradas a amostra que inicialmente calculada para a participação de 640 mulheres, foi realizada com 594. Houve uma perda de 7 por cento dos sujeitos, em uma amostra onde o cálculo previsto para perdas e recusas era de 10 por cento.

Para identificar o perfil da saúde reprodutiva e a prevalência de alta paridade entre os sujeitos da pesquisa foi necessário construir um instrumento de coleta de dados que subsidiasse e referida proposta. O questionário foi constituído por 128 perguntas fechadas estruturadas e semi-estruturadas. As variáveis foram agrupadas em diferentes blocos caracterizando o histórico de vida e saúde dos sujeitos, posteriormente foi realizada análise e associação das mesmas com o desfecho estudado.

Os blocos foram hierarquizados e incluíram as seguintes variáveis: Bloco características socioeconômicas e demográficas: renda *per capita*, escolaridade, situação conjugal, situação ocupacional da mulher, idade, cor da pele e número de filhos dos pais maternos. Bloco da história reprodutiva: idade da menarca e da primeira gestação, número de gestações, natimortos, filhos com baixo peso ao nascer, prematuros, e também o número de abortos. Bloco sobre anticoncepção e planejamento familiar: conhecimento, utilização, orientação e acesso dos métodos anticoncepcionais, participação do companheiro na escolha do método e o número de uniões. Bloco sobre acesso aos serviços de saúde: consulta ao ginecologista nos últimos doze meses, realização do preventivo de câncer de colo, resultado do exame, local e avaliação da qualidade da assistência. Bloco das condições de saúde e dos hábitos pessoais: contaminação por HIV ou DSTs, ciclo menstrual presente, hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas.

No Bloco socioeconômico e demográfico, todas as variáveis analisadas mostraram associação estatisticamente significativa com a alta paridade após análise bivariada e, após análise ajustada as variáveis alta paridade dos pais maternos, trabalho fora de casa no último ano e cor da pele não permaneceram associadas.

Não encontramos na literatura estudos que procurassem identificar os fatores de risco para o desfecho aqui estudado, ou seja, a alta paridade. Encontramos trabalhos onde alta paridade esteve relacionada por exemplo, com a inadequação do uso da assistência pré natal (Coimbra, et al, 2003), ou ainda ser a alta paridade um risco para a realização da laqueadura tubária (Carvalho et al, 2004). Também observamos que o padrão de paridade das mulheres está relacionado com a ocorrência de complicações no pré-natal, parto (Foley e Strong, 1999) e, puerpério (Kac, 2001). A incidência de câncer de colo uterino mostra que a alta paridade está correlacionada com esta enfermidade (Murta, et al, 1999) e estudos epidemiológicos em uma região de mulheres com alta paridade em São Paulo concluíram que esta condição está relacionada à ocorrência de câncer da mama (Mirra et al, 1972).

A alta paridade está relacionada na literatura a fatores de risco que abrangem a saúde reprodutiva das mulheres. Porém o presente estudo mostra a existência de fatores de risco que levam as mulheres a alcançar esta condição. Entre os principais fatores associados estão as características socioeconômicas e demográficas da mulher, em segundo lugar as características reprodutivas e, em um último nível alguns aspectos relacionados à história conjugal, planejamento familiar e acesso aos serviços de saúde.

A paridade está associada a uma maior morbimortalidade materna, para Alves e Silva (2000), o risco mais conhecido e definido da maternidade é o risco obstétrico da alta paridade. Assim mulheres com quatro ou mais gestações tem uma maior chance de adquirir doenças sexualmente transmissíveis, doenças inflamatórias pélvicas e de morrerem por problemas ligados à gravidez e em decorrência do parto. Todavia se for assegurada uma assistência de qualidade à gravidez, parto e puerpério esses índices terão redução significativa.

Após análise dos dados desta pesquisa constatamos que a renda *per capita* de 28,2% das famílias das mulheres entrevistadas foi de até 100 reais no mês que antecedeu a entrevista. Percebemos que a média salarial das famílias diverge entre os diferentes setores da cidade de Rio Grande quando comparamos o presente estudo com os recentemente realizados por Backes (2004) e Tuerlinckx (2005). Backes ao investigar a ocorrência de baixo peso em recém nascidos verificou que, 16.7% das famílias residentes em setores próximos a orla portuária e parque

industrial tinham renda inferior a um salário mínimo. Ao passo que Tuerlinckx em pesquisa realizada com mulheres vítimas de abortamentos espontâneos, verificou que a renda familiar abaixo de um salário mínimo representava 11,8% da amostra. A diferença observada com relação a estes dois estudos deve-se ao fato que no presente estudo analisou-se a renda *per capita*, ou seja, o valor mensal recebido pela família dividido pelo número de pessoas que residem na casa.

Maciel et al (2005), realizou estudo transversal prospectivo com 4875 mulheres atendidas em instituições da saúde do município de Londrina /PR e quanto à renda familiar mensal verificou que 89,5% das entrevistadas possuía renda inferior a 3 salários mínimos, indicando uma renda baixa em quase a totalidade da amostra. As autoras pressupõem que esta condição é refletida pelos altos níveis de desemprego familiar, limitação de opção de trabalho para as mulheres e também dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Ao investigar o perfil da saúde sexual e reprodutiva das mulheres em idade fértil do município de Cacimba de Dentro/PB, Cavalcante e Portugal (2002) verificaram uma realidade bastante adversa em relação à renda das famílias daquela localidade. Os autores constataram que 64,2% das famílias recebiam menos de um salário mínimo mensal na época da pesquisa. A taxa de analfabetismo foi de 56.1%. Para aquele grupo as características socioeconômicas de baixa escolaridade e baixa renda familiar estabelece fortemente uma situação desprivilegiada quanto ao acesso a informações e ações concretas de atenção a saúde, o que as faz conviver com situações de risco diários, expondo-se a diversos agravos frente a saúde. Esta pesquisa mostra as desigualdades existentes, no que se refere às condições de vida e saúde, entre as regiões Sul e Nordeste do país.

No presente estudo o desfecho da alta paridade está significativamente associado a renda ($p=0.001$), verificando-se que o risco diminui com o aumento da renda *per capita*. Verificamos que 51.2% das famílias recebem até 200 reais *per capita* mensais e, entre estas a proporção de mulheres com alta paridade é de 27.4%. No entanto, para 34,1% das famílias a renda é superior a 300 reais *per capita* mensais e para este grupo verificamos que apenas 4.0% das mulheres têm alta paridade. Correlacionando renda com número de filhos, estudos indicam que de cada cinco

crianças que nascem no Brasil quatro pertencem a famílias pobres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No presente estudo, verificamos que a maior proporção de alta paridade (33,7%) foi encontrada entre mulheres com até quatro anos e que nenhuma mulher com 12 anos ou mais de estudo apresentou este desfecho. As análises bi e multivariadas mostraram que o risco de alta paridade diminui a medida que aumenta a escolaridade materna. Em outras pesquisas realizadas na cidade do Rio Grande, a escolaridade não mostrou significação estatística para os desfechos investigados. Backes (2004) pesquisou sobre o baixo peso em recém nascidos de mães com residência próxima ao parque industrial e concluiu que a baixa escolaridade não era determinante para o baixo peso dos recém nascidos. Tuerlinckx (2005) investigou a ocorrência de abortos espontâneos entrem mulheres também residentes nas proximidades do parque industrial e concluiu que a escolaridade não teve influência sobre os abortos na amostra estudada.

Os resultados do presente estudo assemelham-se aos de um estudo transversal realizado na região de Guaratinguetá /SP por Haidar, Oliveira e Nascimento (2001) a escolaridade materna foi correlacionada com indicadores obstétricos. O resultado da pesquisa revelou que as mães com menor escolaridade têm mais de três filhos quando comparadas à mães com maior escolaridade. Os autores referem que este fato pode estar associado à falta de informação ou de acesso aos serviços de saúde. Esta pesquisa mostrou que as mães com maior escolaridade têm uma chance três vezes maior de terem até dois filhos, quando comparadas com aquelas com ensino fundamental incompleto. A queda nas taxas de natalidade, ocorrem no segmento da população mais privilegiado, que podem adotar medidas anticoncepcionais mais eficazes.

Entendemos que quanto maior o acesso a educação, maior o reconhecimento por parte dos indivíduos de que suas atitudes têm alguma relação com o aparecimento de problemas de saúde e que a negligência pessoal pode reduzir a resistência à agravos. Por sua vez, para pessoas que tem menor acesso a escolaridade a ocorrência de doença freqüentemente está associada a causas externas que estão fora do controle pessoal.

Garantir o acesso das mulheres à educação é uma das medidas importantes para reduzir a pobreza mundial de acordo com o relatório do Fundo das Nações Unidas para a População

(FNUAP) O documento afirma que a escolaridade reflete diretamente na saúde da mulher e de toda a família. A cada ano de educação materna corresponde a uma redução de 5 a 10 % nas taxas de mortalidade infantil e que a escolarização é considerada fundamental para o planejamento familiar, cada três anos de estudo significa cerca de um filho a menos por mulher (ONU, 2005).

Em relação à situação conjugal nossos resultados mostram que 67.5% das mulheres vivem com companheiro e esta condição esteve associada significativamente com o desfecho estudado ($p=0.02$). A presença do companheiro e da conseqüente vida sexual ativa predispõe às mulheres a ocorrência da gravidez principalmente entre aquelas que não utilizam com adequada regularidade e eficiência algum método anticoncepcional.

Pontes (2004), em inquérito realizado com puérperas na cidade de São José do Norte/RS, verificou que 85.6% da sua amostra vivia com companheiro. Backes (2004) encontrou uma porcentagem de 75.3% das mulheres em união estável, independente do aspecto legal da relação e constatou ser a presença do companheiro importante para dar apoio emocional e psicológico às mulheres no período gravídico puerperal reduzindo a ocorrência de recém nascidos com baixos peso. Alguns estudos apontam que a ausência do companheiro é freqüente entre o grupo das adolescentes grávidas e, que este fato se dá principalmente pela instabilidade das relações afetivas nesta faixa etária e pela imaturidade do parceiro para assumir o compromisso da paternidade (Gonçalves e Gigante, 2006; Burochovicht, 1992).

No presente estudo houve predomínio de mulheres com idade entre 20 e 29 anos (33,6%), com média total da amostra de 32 anos. Neste mesmo município Backes (2004), entrevistou puérperas e encontrou um maior número de mulheres nesta faixa etária (45,6%), e Tuerlinkx (2005), em sua pesquisa com mulheres em idade fértil verificou predomínio de mulheres acima de 40 anos entre a população estudada (32%). Ressaltando que Tuerlinckx entrevistou mulheres em idade fértil em dois setores do município onde a média é reconhecidamente mais elevada se comparada a outros setores. Cavalcante e Portugal (2002), ao traçar perfil das mulheres em idade reprodutiva de uma cidade no Nordeste do país, verificou que a maior porcentagem de mulheres de sua amostra (47.0%) tinham de 15 a 19 anos. Também no

Nordeste, na região metropolitana de Natal Costa et al (2005) analisaram o comportamento reprodutivo das mulheres e verificaram que entre as entrevistadas 45% tinham idade entre 18 e 24 anos. Estes últimos resultados expressam diferenças regionais no que se refere ao contingente de mulheres em idade fértil no país.

O interesse em investigar os efeitos da idade materna sobre a fertilidade e a saúde da mulher e do recém nascido se dá principalmente pela tendência dos comportamentos reprodutivos da mulher nos últimos anos. Há um número crescente de adolescentes engravidando e mulheres que adiam a maternidade para depois dos 30 anos. Acreditamos que a faixa etária materna não deve ser encarada como um fator meramente biológico que, isoladamente pode acarretar complicações para mãe e filho. Consideramos que mais importante que a idade seriam as condições de vida e de saúde das gestantes principalmente a qualidade da assistência obstétrica no pré natal e no parto.

Em estudo realizado na grande São Paulo em 1989 com um grupo de gestantes, Alegria, Schor e Siqueira (1989) verificaram que para as adolescentes os riscos são maiores se comparados com as mães em idade adulta. A pesquisa revelou que para o grupo das adolescentes a assistência pré natal é deficiente, havendo maior proporção de partos cirúrgicos, maior incidência de intercorrências intra parto como hemorragias e toxemia e, no puerpério apresentando infecção puerperal e anemia pós parto.

A idade foi considerada fator de risco para a alta paridade. Os dados mostram uma associação maior conforme avança a faixa etária, o que de certa forma seria natural. Embora com as entrevistadas mais jovens não tenha sido observado associação significativa percebemos um risco entre as adolescentes pesquisadas. No presente estudo verificamos que, 15.5% das mulheres com alta paridade têm 40 anos ou mais. Considerando a ocorrência de gestações neste extremo da idade fértil, esta também constitui-se um fator de risco para agravos a saúde materna e fetal. Ximenes e Oliveira (2004), analisaram a influência da idade materna sobre as condições perinatais nos extremos da vida reprodutiva em mulheres do município de Fortaleza/CE e verificaram que entre as gestantes acima de quarenta anos há um incremento de intercorrências

obstétricas por hipertensão arterial, aumento da taxa de partos cirúrgicos, maior incidência de adversidades ao nascimento como baixo peso prematuridade e anoxia perinatal.

No que se refere à cor da pele, a grande maioria das mulheres entrevistadas 81.0% são de cor branca. Estes dados são semelhantes aos encontrados por César e Horta (1997) que em pesquisa neste município no ano de 1999 verificaram que 84.3% das mulheres em idade fértil eram de cor branca. Dados aproximados foram identificados por Tuerlinckx (2005) em que as brancas representaram 70,3% da sua amostra e, por Backes (2004) que identificou em 68,9% a proporção de brancas em seu estudo. Estes dados confirmam a predominância da cor branca entre a população do município do Rio Grande.

Alguns aspectos referentes à saúde materno-infantil estão associados a cor da pele materna. Santos (1995), Mariotoni e Barros Filho (2000) e Cunha et al (2006) encontraram associação positiva entre baixo peso ao nascer e a raça mista ou negra. Zambonato (2004) verificou que entre as mulheres da raça negra existe maior risco destas apresentarem recém nascidos pequenos para a idade gestacional. Hita (2000), identificou entre a raça negra maior prevalência de opção pela laqueadura tubária. Olinto e Olinto (2000) ao pesquisar raça e desigualdade entre mulheres na região sul do Brasil, detectaram menor uso de métodos anticoncepcionais, maior incidência de perda fetal entre as não brancas, maior média de filhos e de gestação entre mulheres negras.

Sobre a desigualdade entre mulheres negras e brancas a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS-1996) levantou dados sobre a distribuição das mulheres participantes da pesquisa segundo região e situação de residência, nível educacional e classe social. Os resultados confirmaram um enorme abismo separando mulheres negras e brancas. A proporção maior de mulheres negras, residentes em regiões menos favorecidas e se encontram nos estratos educacionais e socioeconômicos inferiores às mulheres brancas. Além disso a população negra se encontra na periferia das cidades onde o acesso a bens e serviços urbanos são mais precários (PERPÉTUO, 2000).

No presente estudo a cor da pele não mostrou-se significativamente associada à alta paridade ($p=0.20$). Contudo as mulheres não brancas a proporção de alta paridade é duas vezes maior se comparado às mulheres brancas. Esses dados da amostra refletem a existência da iniquidade do acesso a informação, aos serviços de saúde e, às condições que propiciam um planejamento familiar adequado e coerente com a situação econômica e social das mulheres.

No Bloco da história reprodutiva, a análise bivariada mostrou que as variáveis idade da menarca, complicações na gravidez, ocorrência de pré termos e natimortos prévios não estavam relacionados com a alta paridade das mulheres. As variáveis idade da primeira gestação, baixo peso ao nascer e número de abortos mostraram-se como fator de risco para o desfecho e foram ajustados para análise posterior. Nesta última análise apenas o baixo peso ao nascer não foi associado à alta paridade.

A idade da primeira gestação esteve significativamente associada ($p<0.001$) à alta paridade na presente pesquisa principalmente para o grupo de mulheres que tiveram a primeira gravidez antes dos 19 anos, o que representou 49.0% do total da amostra. Esse dado revela a vulnerabilidade das mulheres que tiveram os primeiros filhos na adolescência em ter alta paridade, uma vez que entre estas a proporção calculada para o desfecho foi de 44.5%. Todavia, entre as mulheres que tiveram a primeira gravidez depois dos vinte anos (51.0%) a prevalência de alta paridade é de 5.3%.

O Ministério da Saúde no tocante a gravidez na adolescência, refere que a realidade é problemática. Estudos da Fundação População e Desenvolvimento dizem que enquanto há quinze anos havia um número pequeno de mães adolescentes entre 15 e 19 anos, hoje existem milhões. O aumento da gravidez precoce surge como um importante fator de risco para o desempenho da adolescente rumo a vida adulta, além disso, na adolescência coexistem imaturidade física e psicológica e, ainda dependência social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Conforme referem Alves e Silva (2000) entre 1993 e 1998, em relação ao total de partos realizados pelo SUS no país, houve um aumento de 19% dos partos entre as adolescentes de 15 a 19 anos, estes autores salientam que a gravidez precoce pode acarretar problemas na vida escolar

e produtiva das adolescentes. As mulheres especialmente aquelas com filhos menores de cinco anos tendem a apresentar taxas de atividade e ocupação profissional menores.

Algumas variáveis são apontadas por Belo e Silva (2004), como possíveis fatores de risco para o aumento da fecundidade no período da adolescência como o início precoce da vida sexual, o que determinaria maior tempo de exposição à concepção, nível de escolaridade e socioeconômico baixos, cor, estado civil e o desconhecimento da fisiologia da reprodução como a capacidade de identificação do período fértil. Em pesquisa realizada pelos referidos autores verificou-se que 94,2% das adolescentes conheciam pelo menos um método anticoncepcional e entre os mais utilizados estavam a pílula anticoncepcional e o condom e que 67,3% das adolescentes que haviam engravidado não usavam nenhum método antes da gravidez.

Além da alta paridade a primeira gestação em fase precoce da vida também tem sido associada a outro desfecho. Ao estudar fatores associados a sorologia positiva para sífilis congênita entre puérperas Guimarães et al (2004), verificou uma tendência estatisticamente positiva de sífilis entre as mulheres que tiveram a primeira gestação antes dos 19 anos de idade. Schor (1990) investigando a ocorrência de abortos em um centro urbano do Estado de São Paulo, identificou que a faixa etária mais prevalente para o aborto era até 19 anos, e que a incidência de complicações entre este grupo também foi considerado maior.

No presente estudo, verificou-se associação positiva ($p=0.01$) entre aborto e alta paridade, sendo o risco para a alta paridade cerca de duas vezes maior entre as que referiram ter abortado ($RP=1.89$). Das mulheres que gestaram ($n=441$), 23,8% referiram a ocorrência de aborto, 69,5% delas abortaram pelo menos uma vez, e 4,8% relataram 4 ou mais abortos. Cabe salientar o fato de que não foi investigado a natureza dos abortos. Tuerlinckx (2005) quando investigou fatores de risco para o desfecho aborto espontâneo entre mulheres rio grandinas verificou em sua amostra que 17,7% de mulheres tiveram abortos espontâneos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), globalmente há uma média de abortamentos inseguros para cada 7 nascidos vivos e em algumas regiões o número é maior. Na América Latina e Caribe há mais do que um abortamento inseguro para cada 3 nascidos vivos.

No Brasil o abortamento inseguro representa o quarto lugar entre as causas de mortalidade materna e o segundo entre as internações obstétricas, tendo um custo de 140 milhões para o Sistema Único de Saúde. Esses dados chamam atenção dentro da área da saúde por ser uma das causas de morte e internação de mulheres que poderiam ser prevenidas e evitadas.

Monteiro e Adesse (2005), investigaram as estimativas de abortamento induzido entre os anos de 1992 e 2005 nas grandes regiões brasileiras. Os resultados mostraram que houve uma redução de 38,8% de abortos induzidos do ano de 1992 para o ano de 2005. A grande maioria dos abortamentos ocorreu nas regiões Nordeste e Sudeste. Na região Sul foi encontrado a taxa mais baixa 1,28 em cada 100 mulheres de 15 a 49 anos.

O aborto é considerado um problema de saúde pública, e se praticado sob condições de risco está associado a altas taxas de complicações inclusive mortalidade materna. Observamos que as adolescentes são mais vulneráveis a complicações que mulheres adultas devido a pouco acesso a informação e serviços de saúde reprodutiva. Entendemos ser esta uma questão prioritária para a saúde pública e, que um adequado planejamento familiar com redução do número de gestações indesejadas poderia interferir significativamente nesta realidade.

Na análise do bloco sobre anticoncepção, planejamento familiar, as variáveis conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e utilização dos mesmos mostraram-se de complexa análise por terem sido multicategorizadas. Optou-se por analisar então, uma variável dicotomizada para avaliar o uso de anticoncepcionais e, esta não foi significativamente associada ao desfecho. Em relação a forma de acesso ao método anticoncepcional esta foi levada para as análises bi e multivariada uma variável dicotomizada que se subdividiu em público e privado conforme descrito anteriormente e esteve associada significativamente com a alta paridade ($p=0.02$). A variável que aborda a conversa do casal sobre o planejamento não mostrou associação com o desfecho por isso não foi incluída nas análise. Porém a participação do companheiro esteve associada significativamente tanto na análise bruta e ajustada ($p=0.01$). O número de uniões estáveis esteve associado inicialmente na análise bruta e posteriormente perdeu a sua significância quando ajustada as outras variáveis do bloco.

Quanto as variáveis que se referem ao uso de anticoncepcionais, verificamos que quase a totalidade das mulheres da pesquisa conhecem algum método e 85.2% faz uso de método contraceptivo. A forma de acesso é predominantemente obtida pelos serviços privados. Quanto ao risco de alta paridade ($RP=0,24$) ele está diminuído para o grupo de mulheres que utiliza de meios privados para adquirir o método anticoncepcional de sua escolha se comparado ao risco das que precisam adquirir através do setor público.

Os dados deste do presente estudo sobre conhecimento e utilização de métodos contraceptivos se assemelha a outros estudos realizados no Brasil, onde a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais é alta, porém concentrada na pílula anticoncepcional e na esterilização tubária. Com respeito ao conhecimento que as mulheres têm acerca de distintas opções contraceptivas, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996 confirmou que quase todas as mulheres referem conhecer pelo menos algum método anticoncepcional (Espejo et al.2003).

De acordo com nossos resultados verificamos que, o conhecimento acerca dos métodos contraceptivos é bastante semelhante ao que Belo e Silva (2004), encontraram entre o grupo de adolescentes pesquisado em São Paulo, ou seja, entre as mulheres rio grandinas entrevistadas 94,9% relataram que conhecem pelo menos um método contraceptivo e entre os mais utilizados estão a pílula anticoncepcional e o condom.

Outros estudos como o de Carvalho et al. (2001) referem que o conhecimento e a utilização adequada dos anticoncepcionais está associada à variáveis socioeconômicas e também relacionadas ao acesso às informações necessárias para adquirir tal conhecimento. Os autores reafirmam a relevância da escolaridade e do estrato socioeconômico, indicando que as pessoas que desfrutam de melhores condições de vida têm maior acesso à informação sobre anticoncepção, bem como revelam uma atitude ativa de busca dessas informações visando ao planejamento familiar. Esse último aspecto parece confirmar-se com a associação do menor número de filhos ao maior escore de conhecimento de sobre métodos contraceptivos.

A respeito dos programas de planejamento familiar, verificamos que entre a amostra pesquisada apenas 10.5% das mulheres participa de algum programa de planejamento familiar, considerando este como de acesso público, de caráter educativo e que forneça amplas opções de

escolha quanto a anticoncepção. Respeitando a autonomia da cada participante. Esse dado reflete a atual disponibilidade de serviços de planejamento familiar em nosso município que conta com apenas dois programas. Sendo um deles desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do Município que mantém um programa com estas características e atende aproximadamente 900 mulheres em todo o município e, o serviço de planejamento familiar do Hospital Universitário em parceria com o Departamento de Enfermagem da FURG que tem também uma capacidade limitada para o cadastramento das usuárias.

Além da escassez de programas de planejamento familiar, outras questões devem ser consideradas como as apontadas por Carvalho et al. (2001). O aspecto crítico das ações educativas em planejamento familiar refere-se à necessária compatibilidade entre informação e disponibilidade de tecnologia contraceptiva. Para que a escolha da pessoa possa ser, de fato, livre, é necessário que ela tenha acesso a qualquer um dos métodos sobre os quais recebeu informação. Entretanto, não é isto que costuma ocorrer na maior parte dos serviços públicos de planejamento familiar. O mais comum é que os serviços disponham de algumas alternativas contraceptivas, de maneira que, mesmo que a ação educativa refira-se a toda a gama de métodos anticoncepcionais, a pessoa não pode ter acesso livremente a qualquer um dos métodos. Por exemplo, um estudo realizado pela Comissão de Cidadania e Reprodução, na Região Metropolitana de São Paulo, detectou que, dentre os 23 serviços públicos visitados que ofereciam planejamento familiar, proporções significativas não dispunham das alternativas contraceptivas que deveriam estar à disposição de quem passasse pela ação educativa. Em cerca da metade faltava o DIU e/ou o diafragma; em mais de um terço (35%) não havia a pílula; 39% não dispunham de preservativos em estoque e três quartos (74%) não tinham injetáveis.

Nos países mais pobres as mulheres tem em média 5 filhos e cinco milhões delas não têm acesso a métodos de contracepção eficazes. Se tivessem opção muitas mulheres adotariam o planejamento familiar. Na África apenas 20% das mulheres casadas usam métodos de contracepção enquanto que a média mundial é 54%. Ainda segundo o documento da estimativa de aumento da população mundial, dos atuais 6,5 bilhões para 9,1 bilhões em 2050 a maior parte ocorrerá nos 50 países mais pobres. Nessas regiões, calcula-se que a população deve passar do dobro de população atual. Diante dessa realidade o planejamento familiar permitiria que as mulheres adiassem a maternidade até concluir sua educação, participar de força de trabalho e

adquirir qualificações e experiência. Outros benefícios do planejamento familiar, seriam o de proporcionar melhor qualidade de vida, devido a redução no tamanho das famílias queda da mortalidade materno infantil, prevenção do HIV em função do uso de preservativos, desenvolvimento econômico e social e equilíbrio entre os recursos naturais e as necessidades da população. (<http://www.meb.org.br>).

Este estudo mostrou que a maioria dos companheiros (84.3%) participa de alguma forma do planejamento familiar. Esta participação caracteriza-se pela adoção de métodos masculinos de anticoncepção como o uso do preservativo masculino, vasectomia ou coito interrompido. Foi considerada participação o consentimento quanto ao método usado pela companheira, e a ajuda financeira. Em relação a alta paridade, este estudo mostrou que ela está significativamente associada (0.01), e o risco aumentado (RP=2.92) quando o companheiro participa do planejamento familiar.

Considerando a reivindicação pela participação dos homens na regulação da fecundidade, estudo realizado por Duarte et al. (2003) apontava com base em dados do Brasil e de outros países da América Latina sobre o uso de métodos contraceptivos, que a desigualdade em assumir a responsabilidade pela anticoncepção persisti entre homens e mulheres. No geral, o uso de métodos contraceptivos masculinos continua baixo em nível mundial. Uma possível explicação para isso é que o maior número e variedade de opções anticoncepcionais para as mulheres podem contribuir para a baixa prevalência de uso de métodos pelos homens, sendo importante ressaltar que a descontinuidade do uso de métodos contraceptivos de participação masculina é alta.

A ênfase da maioria das iniciativas em programas de planejamento familiar ou saúde reprodutiva recai diretamente sobre a mulher. Praticamente inexistem serviços de planejamento familiar direcionados à clientela masculina nos serviços públicos, com horários adequados, desvinculados dos serviços de ginecologia e, que além de informação adequada sobre contracepção, provisão de condons e oferta de vasectomia, tratem de questões que abarquem a sexualidade e a prevenção de doenças sexualmente transmitidas (Diaz e Diaz, 1999).

Com relação a anticoncepção planejada acreditamos que esta será possível se houver acesso a comunidade aos serviços de saúde reprodutiva de boa qualidade, pois para a grande

maioria da população tais serviços não estão disponíveis. Os gestores nas diferentes esferas do serviço público e os profissionais de saúde devem somar esforços para desenvolver ações educativas e prover insumos para oferecer a população atenção integral e humanizada no campo da saúde reprodutiva.

Considerando o bloco sobre o acesso aos serviços de saúde, a variável consulta ginecológica no último ano mostrou associação significativa com o desfecho estudado na análise bivariada. No entanto após o ajustada com as demais variáveis deste bloco essa associação deixou de ser significativa ($p=0.20$). A realização do preventivo de câncer de colo do útero, o local da realização do exame e a qualidade da assistência prestadas não associaram-se significativamente com o desfecho em questão e por este motivo não estiveram presentes nas análises bi e multivariada.

Em relação à consulta ginecológica percebeu-se que mais de um terço das mulheres não havia procurado assistência médica ginecológica no último ano. Consideramos este um comportamento de risco para a saúde das mulheres. Entendemos que essa atitude evidencia a negligência de algumas mulheres com sua própria saúde. Entre as usuárias do sistema único de saúde são diversas as razões apresentadas para o não comparecimento no serviço de saúde, desde aquelas de caráter pessoal, como medo e constrangimento até as questões do acesso a assistência.

O sistema de saúde é percebido pelas usuárias como deficitário e de acesso limitado. O município tem uma rede básica de assistência com postos distribuídos em diversos bairros da cidade, mas no que se refere especificamente a saúde da mulher as opções são restritas. Mais do que campanhas esporádicas para prevenção do câncer do colo de útero ou incentivo ao auto exame das mamas, é preciso garantir que rotineiramente os profissionais de saúde estejam disponíveis e capacitados em prestar assistência preventiva, efetiva e de qualidade às mulheres.

Entre as usuárias de serviços privados e conveniados a consulta ginecológica de rotina é considerada uma prática mais habitual e valorizada. Sobretudo porque é facilitada pela diversificada oferta de serviços especializados na área da saúde da mulher. Devemos levar em consideração a inserção social destas mulheres em classes mais privilegiadas, com melhor escolarização e renda.

Perpétuo (2000) utilizou os dados da PNDS de 1996 para discutir o acesso das ações em saúde reprodutiva e a distribuição por raça. A autora concluiu que mulheres negras têm menor acesso ao exame ginecológico do que as brancas, e afirma que as informações da pesquisa afirmam de maneira contundente a enorme desigualdade social, econômica e de risco reprodutivo e de acesso aos serviços de saúde entre a população branca e negra, tida esta última como desprivilegiada social e economicamente.

A relação entre condições de vida e estado de saúde está amplamente documentada na literatura científica, bem como é reconhecida a associação entre acessos a serviços de saúde e nível sócio econômico das populações. A pesquisa sobre padrões de vida realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, mostrou que no Brasil, é muito diferenciado o uso de serviços por renda, nível de instrução e área geográfica de residência (Diaz e Diaz, 1999).

Este estudo mostrou que a porcentagem alta paridade é maior entre as mulheres que não realizaram consulta ginecológica no último ano. Este fato deve-se talvez a auto confiança desenvolvida pelas mulheres multíparas durante as sucessivas gestações, o que as afasta do serviço de saúde tanto no período pré natal, momento imprescindível em que toda mulher deve ter acesso ao serviço de saúde para acompanhamento do estado de saúde e avaliação do bem estar materno-fetal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos através desta pesquisa epidemiológica que identificou o perfil reprodutivo das mulheres em idade fértil, constatamos que a prevalência de alta paridade entre a amostra estudada foi de 15.8%, sendo este resultado superior ao encontrado no ano 2004 em nosso município, onde 11.3% das mulheres que tiveram filhos naquele ano tinham alta paridade. As características socioeconômicas e demográficas mostraram-se determinantes para o desfecho aqui investigado. Percebemos com os resultados obtidos, que as condições de vida das mulheres influenciam decisivamente em sua saúde reprodutiva.

A alta paridade esteve associada positivamente com a idade, cor da pele, presença do companheiro, paridade dos pais maternos, história de filhos com baixo peso ao nascer, abortos, hábito de fumar e participação do companheiro na escolha do método anticoncepcional. Apresentaram associação negativa a renda *per capita*, escolaridade, trabalho fora de casa, idade da primeira gestação e forma de acesso não gratuito ao método anticoncepcional.

Este panorama reflete as desigualdades existentes entre as mulheres deste município uma vez que a inserção social que caracteriza as mulheres como de baixa escolaridade, baixa renda familiar e pertencer ao grupo das não brancas estabelece fortemente uma situação desprivilegiada. As dificuldades econômicas e o restrito acesso a bens e serviços, impõe barreiras que interferem no acesso a informações e ações de preservação da saúde. Vivemos em uma sociedade que trata as questões da saúde da mulher de maneira contraditória, por um lado há um discurso ideológico que valoriza e exalta a maternidade, como celebração e renovação da vida, a perpetuação da nossa sociedade, nossa cultura, nossa humanidade. Por outro lado os cuidados com a saúde principalmente das mulheres com número elevado de filhos é muitas vezes negligenciado e pode agravar a vulnerabilidade social das mulheres e suas famílias.

Apesar dos esforços para implementar uma assistência integral no campo da saúde reprodutiva, as políticas públicas não exercem impacto positivo sobre determinados grupos onde há uma tendência cada vez maior de deteriorização da qualidade de vida, maior pobreza e exclusão social.

Algumas questões que emergiram deste estudo merecem ser discutidas e rediscutidas em outras pesquisas, como o crescente número de mulheres que estão tornando-se mães cada vez mais cedo, comprometendo sua saúde e limitando as oportunidades de educação e emprego. Verificamos também que a maioria dos companheiros participa no planejamento familiar contudo é instigante a questão, pois esta participação contribui para o desfecho da alta paridade. Estudos qualitativos podem ampliar a perspectiva de entendimento desta relação estabelecida entre a participação masculina e o aumento do número de filhos tidos pelo casal.

No contexto da saúde reprodutiva os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de efetivamente implementar políticas públicas de caráter global e articuladas com as esferas federal, estadual e municipal que atendam as reais necessidades da população, com possibilidades de minimizar as desigualdades entre as mulheres e assegurar efetivamente a igualdade de oportunidades, apontando para a melhoria na qualidade vida e saúde na nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALEGRIA, F. V. L.; SCHOR, N.; SIQUEIRA, ARNALDO, A. F. de. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Rev. de Saúde Pública*; v. 23, n. 6, p. 473-477, 1989.
- ALMEIDA, M. F. de; et al. Mortalidade neonatal no município da São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 5, n.1, p.93-107, 2002.
- ALVES, M.T.S.; SILVA, A.A.M. (org). Avaliação da Qualidade de Maternidades: assistência à mulher e ao seu recém nascido no Sistema Único de Saúde. Gráfica Universitária – UFMA, São Luis, 2000.
- ÁVILA, M.B.; BARBOSA, R. Contracepção: Mulheres e Instituições. SOS-Corpo. Recife, 1984.
- ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. O Movimento de Saúde e direitos reprodutivos no Brasil. Revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (orgs). *Saúde Sexual e reprodutiva no Brasil Dilemas e desafios*. Populacion Council. São Paulo: Hucitec, 1999. p 70-103.
- BACKES, M.T.S. O baixo peso ao nascer em recém nascidos de mães residentes nas comunidades próximas ao parque industrial do município do Rio Grande/RS: um estudo de casos e controles. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem. FURG, 2005.
- BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1985.
- BARROS A.J., HIRAKATA V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*, 2003.
- BARZELATTO, J. Desde el control de natalidad hacia la salud sexual y reproductiva la evolucion de um concepto a nível internacional. In: BILAC, E. D.; ROCHA, M. I. B. da. (orgs.) *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe Temas e problemas*. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO, UNICAMP; São Paulo Ed 34, p 39-49 1998.
- BEAGLEHOLE, R.; BONITA R.; KJELESTRÖM, T. *Epidemiologia Básica*. Ed Santos, São Paulo, 1996.
- BELO, M.A.V.; SILVA, J.L.P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Revista de Saúde Pública*, v 38 n 4 p 479 - 487, 2004.

BERQUÓ, E. Conferência de Abertura do Seminário “Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe” O Brasil e as recomendações do Cairo. In Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe Temas e problemas. Elisabete Doria Bilac e Maria Isabel Baltar da Rocha (orgs.) Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO, UNICAMP; São Paulo Ed 34, 1998.

BONAN C., GALLI, B. Transformando a cultura da inevitabilidade: a prevenção da mortalidade materna como questão de justiça social. Disponível em <http://www.ipas.org>. Acessado em 15/08/06.

BORUCHOVICHT, E. Fatores associados à não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. *Revista de Saúde Pública*, n 26 p 437 – 443, 1992.

BURGLIONE, S. Reprodução e Sexualidade: uma questão de justiça. Disponível em <www.jusnavigandi.com.br/doutrina>. Acessado em 27 nov. 2004.

CAMARANO, A. A.; ARAÚJO, E.H.; CARNEIRO, G. I. Tendências da Fecundidade Brasileira no século XX: uma visão regional. In: GIFFIN, K.; HAWKER, S.C.(Org). Questões de Saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999.

CAPRA, F. O ponto de mutação: A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, LE; et al. Número ideal de filhos como fator de risco para a laqueadura tubária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.6, 1565-1574, 2004.

CARVALHO, M.L., PIROTTA, K.C.M., SCHOR, N. Participação Masculina na Contracepção pela ótica feminina. *Revista de Saúde Pública*. v 35 n1 fev. São Paulo, 2001.

CASTELLIS, M.A. A questão urbana. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

CAVALCANTE, A.L.R.C., PORTUGUAL F.F.A. Perfil Sexual e Reprodutivo de mulheres em idade fértil na localidade de logradouro - Cacimba de Dentro/PB. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2002.

CESAR,J.A., BERNARDO, L.H. Desigualdade e perversidade: epidemiologia do adoecer no extremo-sul do Brasil. Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 1997.

COIMBRA, L. C, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*; v.37, n.4, p. 456-62, 2003.

CONDUTAS DO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA/MS). Câncer do colo do útero. *Revista Brasileira de Cancerologia*; v.46, n.4, p. 351-54, 2000.

COSTA, Cesar Francisco Silva da. Identificação de patógenos humanos nas águas que margeiam a cidade do Rio Grande/RS: proposta de vigilância e monitoramento para os agravos

relacionados. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2006.

COSTA, N.D.L., FORMIGA M.C.C., RAMOS P.C.F., SOUZA E.L. Comportamento reprodutivo da mulher, influência da desigualdade social: um estudo em três hospitais de Natal/RN. Departamento de Saúde Coletiva, Grupo de Estudos Demográficos. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

COSTA, S.G. Proteção Social, Maternidade Transferida e lutas pela saúde reprodutiva. *Revista de Estudos Feministas*, v 10, n 2, jul/dez , Florianópolis, 2002.

CUNHA,C.B., GAMA, S.G.N., LEAL, M.C. Desigualdades sociodemográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém nascido. *Revista de Saúde Pública* v 40 n 3 jun, São Paulo, 2006.

DAOUD, I.G. Projeto Viver Mulher. Departamento de Enfermagem. Pro Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis. Superintendência de Extensão. Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2005.

DÍAZ, M. & DÍAZ, J., 1999. Qualidade de atenção em saúde reprodutiva: Estratégias para mudanças. In: *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil* .São Paulo: Editora Hucitec/Population Council.

DUARTE, G.A. et al. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. *Cadernos de saúde Pública*. v19 n1 Rio de Janeiro jan/fev. 2003.

ESPEJO, X. et al. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v 37 n5 out. São Paulo, 2003.

FACCHINI, L.A. Porque a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. P. (org). *Isto é trabalho de gente? Vida doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993.

FOLEY, M.R.; STRONG, T.H. *Obstétric Intensive: a practical manual*. University of Arizona, Arizona, 1999.

FONSECA, W. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul da Brasil. *Cad. Saúde Pública*; v.14, n. 2, p. 279-86, abr/jun, 1998.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. *Revista de Saúde Pública*. v.33, n. 1, p 74-82, 1999.

FUCHS, S.C., VICTORA, C.G., FACHEL, J. Hierarchical model: a proposal for a model to be applied in the investigation of risk factors for severe diarrhea. *Revista de Saúde Pública*, 30 (2): 168-78, 1996.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Pesquisa sobre padrões de vida 1996 – 1997. 2º ed Departamento de população e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro, 1999.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG) Superintendência da Pesquisa e Pós Graduação. Disponível em: <http://furg.br/supposg>. Acesso em: 24 de março de 2006.

GALVÃO, L. Saúde Sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (orgs). *Saúde Sexual e reprodutiva no Brasil Dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 1999. p 165-179.

GAMARRA, C. J.; PAZ, E. P. A.; ROSANE, H. G. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau entre mulheres argentinas. *Revista de Saúde Pública*; v. 39, n. 2, p.270-276, 2005.

GAWRYSZEWSKI, V.P; COSTA, L.S. Homicídios e desigualdades sociais no município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*; v.39, n. 2, p. 191-7, 2005.

GOLDANI, A. M. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. São Paulo: HUCITEC, 1999.

GOMES, A.P. Maternidade: ser ou ter, eis a questão! Disponível em : <http://www.escolacaliana.com.br/bbli/niterói2/n2anapaula.pdf>. Acessado em 19 de maio de 2006.

GONÇALVES H., GIGANTE D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencente a uma coorte de nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v 22 n 7 p 1459 – 1469 Rio de Janeiro, 2006.

GUIMARÃES, C., MARK, D. RODRIGUES C.S. Syphilis positivity in puerperal women: still a challenge in Brazil, *Revista Panamericana de Salud Pública*, v 16 n3 sept. Washington, 2004.

HARRIS, M.; ROSS, E. Death, Sex, and fertility: population regulation in preindustrial and developing societies. Columbiauniversity, New York , 1987.

HATCHER, R.A.; et al. *Pontos Essenciais da Tecnologia de Anticoncepção. Escola de Saúde Pública*. Johns Hopkins: Baltimore, Programa de Informação de População, 2001.

HITA, M. G. Esterilização e Raça: pontos para refletir sobre a sexualidade brasileira. *Revista Latinoamericana de población*, México, PROLAP v1 n1, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2000*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em 20 mar. 2005.

KAC, G. Fatores determinantes da retenção de peso no pós parto: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública* vol.17 no.3 Maio/Junho Rio de Janeiro,2001

KOGAN, M. D.; ALEXANDER, G. R.; MOR, J. M.; KIEFFER, E. C. Ethnic-specific predictors of prenatal care utilisation in Hawaii. *Paediatr Perinat Epidemiol*; v.12, p.152-62, 1998, Suppl.1.

LÉVI-STRAUSS, C. As estruturas do parentesco. Ed Vozes, Petrópolis, 1976.

MARCOLINO, C.; GALASTRO, E.P. Males' and females' views on women's and men's participation in family planning. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; vol.9, n.3, p.77-82. May 2001.

MAGUIRE, E. Enfrentando o desafio do Cairo. *Questões globais*, v.3, n.2, setembro, 1998.

MARIOTONI, G.G., BARROS FILHO, A.A. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? *Revista da Sociedade Boliviana de Pediatria*, v38 n1 p 26 – 31, 1999.

MILLER, L. Pobreza e distribuição de renda no Brasil: a década de 80. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.

MIRRA, A.P. Estudo Epidemiológico do Câncer de Mama numa área da Alta Paridade: Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, 1972.

MONTEIRO, M.F.G., ADESSE L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992 - 2005) Instituto de Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2005.

MUNOZ, N. ; et al. Papel da Paridade e Vírus do Papiloma Humano no Cancro Cervical: o Estudo Caso-Controllo Multicêntrico IARC. *Lancet*; v. 359, n. 9312, p. 1093-101, 2002.

MURTA, E. F. C. et al. Incidência, freqüência dos tipos histológicos e fatores de risco para o câncer de ovário. *Acta Oncológica Brasileira*; v. 16, n. 1 até 4, 1996.

_____ et al Câncer do colo uterino: correlação com o início da atividade sexual e paridade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obsterícia*. v 21 n.9 out Rio de Janeiro, 1999.

NOONAN, J. T.; Contraception: a history of its treatment by the catholic theologians and canonists. Harvard University, Cambridge , 1985.

NUNES, M. J. De Mulheres, Sexo e Igreja: Uma pesquisa e muitas interrogações. In: *Alternativas Escassas. Saúde, Sexualidade e Reprodução na América latina*. São Paulo, 1999.

ONU 2005

OLINTO, M.T.A., OLINTO, B.A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cadernos de saúde Pública* v 16 n4 out/dez, Rio de Janeiro, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE & INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION: Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. CEMICAMP, Campinas, 2004.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia Teoria e Prática. Ed Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995.

PERPÉTUO, I.H.O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. Departamento de Demografia, Universidade Federal de Minas gerais (UFMG), 2000.

RODRIGUES, G.C. Planejamento Familiar. Série Princípios. Ed Ática, 1990.

RODRIGUES F., J., COSTA, W., IENO, G.M.L. Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil. *Rev Saúde Pública*; v.28, p. 284-9, 1994.

SANTOS, I.; et all. Prevalência e fatores associados à ocorrência de anemia entre menores de seis anos de idade em Pelotas, RS. *Rev. Bras. Epidemiol.* v.7, n.4, p.403-15, 2004.

_____. Consumo de cafeína e baixo peso ao nascer: um estudo de casos e controles de base populacional. Tese. (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

SCAVONE, L. Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais. Ed Unesp, São Paulo, 2004.

_____. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface, comunicação, saúde e educação.* v 5 n 8, 2001.

SCHOR, N. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo, *Revista de Saúde Pública* v 24 n2 Apr. São Paulo, 1990.

SCHOR N; et all. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Cadernos de Saúde Pública* v.16: 377-84, 2000.

SCOCHI, M. J. Uma proposta para avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. *Acta Scientiarum Maringá*; v. 24, n. 3, p. 803-809, 2002.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). Pesquisa Sobre Saúde Familiar no Nordeste Brasil 1991. Rio de Janeiro, Brasil, Outubro, 1992.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). Comportamento reprodutivo e sexualidade da população Masculina. Rio de Janeiro, BENFAM, 1999.

TEIXEIRA, E.; TAVAREZ, N. Adiamento da maternidade: do sonho à maternagem. (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.

TUERLINCKX, P.S. Aborto espontâneo em mulheres residentes nas proximidades do parque industrial do município do Rio Grande/RS. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem. FURG, 2005.

VICTORA, C.G., HUTTLY, S.R., FUCHS, S.C., OLINTO, M.T. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int Journal Epidemiology*, 26 (1): 224-7, 1997.

WEID, O.V.D. Perdoa-me por te trair: um estudo antropológico sobre a infidelidade feminina. **Revista Habitus**: revista eletrônica .IFCS/UFRJ, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.49-59, 30 mar. 2004. Anual. Disponível em: <http://www.habitus.ifcs.ufrj.br> Acesso em: 30 agosto 2006.

XIMENES, F.M.A., OLIVEIRA, M.C.R. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. *Revista Brasileira de Pediatria* v17 n2 p56 – 60, 2004.

ZAMBONATO, A.M.K., PINHEIRO, R.T., HORTA, B.L. TOMASI, E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para a idade gestacional. *Revista de Saúde pública*, v38 n1 p 24 – 29, 2004.

ZIHLMAN, A. Women as shapers of human adaptation. Yale University, New Haven, 1981.

APÊNDICE 1

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

SAÚDE REPRODUTIVA E A PREVALÊNCIA DE ALTA PARIDADE EM MULHERES DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS

01. NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: ____ Data: ____ / ____ / ____ 02. Entrevistador: _____ 03. Tentativas: 1ª ____ 2ª ____ 3ª ____ 4ª ____ (1) Sim, entrevistada (2) Recusa (3) Sim, marcou para outro dia (4) Não, ausente (8) NSA () Outro: _____ I) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO 04. Nome: _____ 05. Endereço e telefone: _____ 06. Qual a tua idade? _____ anos. (em anos completos) 07. Raça: (0) branca (2) negra (1) mista ou parda II) HISTÓRIA CONJUGAL DA MULHER 8. A Sra.: (0) vive com companheiro/casada (1) solteira (2) viúva (3) desquitada/divorciada (9)IGN () outro: _____ 9. A quanto tempo vive com esse companheiro? _____ (meses) (88) NSA 10. A Sra já teve outras uniões estáveis? (0) não (1) sim 11. Quantas uniões estáveis a Sra. já teve? _____	qsteri ____ de ____ / ____ / ____ Tenta1 ____ Tenta2 ____ Tenta3 ____ Tenta4 ____ Idade ____ Raça ____ estcivi temp Unieste ____ Quantuni ____ Durauni1 ____
--	--

12. Qual o tempo de duração dessas uniões? 1ª união _____
 2ª união _____ 3ª união _____ 4ª união _____

13. Quantos filhos a Sra teve em cada união? 1ª união _____
 2ª união _____ 3ª união _____ 4ª união _____
 (88) NSA (99) IGN

Durauni2 _ _ _
 Durauni3 _ _ _
 Durauni4 _ _ _

Filuni1 _ _ _
 Filauni2 _ _ _
 Filauni3 _ _ _
 Filauni4 _ _ _

III) CONDIÇÃO DE SAÚDE E DADOS REPRODUTIVOS ATUAIS

14. Já realizou alguma cirurgia ginecológica? (1) Sim (2) Não (9) IGN

Cirginec _ _ _

15. **Se sim**, que tipo de cirurgia? _____ (88) NSA (99) IGN

Cirurtip _ _ _

16 A Sra. já manteve relações sexuais?

Relsex _ _

(1) sim (2) não (9) IGN

17. Que métodos contraceptivos a Srª. conhece?

Qlmetconh

(01) Pílula (02) Coito interrompido (03) Preservativo (04) DIU
 (05) Laqueadura (06) Tabela (07) vasectomia (08) Injetável
 (88) NSA (99) IGN () Outro: _____

18. A Sra. e/ou seu companheiro usam/usavam algum método anticoncepcional?
 (0) Sim (1) Não (8) NSA (9) IGN

Usaant _

19. **Se sim**: Qual? _____

Metcontr _ _

(01) Pílula (02) Coito interrompido (03) Preservativo (04) DIU (05) Laqueadura
 (06) Tabela (07) vasectomia (08) Injetável (88) NSA (99) IGN ()
 Outro: _____

20. Como você tem(teve) acesso a esse método?

Acesmet _

(0) Posto de Saúde (1) compra na farmácia
 (2) laqueadura c/ acompanhamento do serviço de planejamento familiar (3)
 laqueadura s/ acompanhamento do serviço de planejamento familiar
 (4) No consultório médico (5) Serviço de Planejamento Familiar (8) NSA (9) IGN

21. Se realizou laqueadura, com que idade?

idlaq

22. Quem orientou/indicou este método?

Orienmet _

(01) Médico (02) Enfermeiro (03) Amiga (88) NSA (99) IGN () outro _____

23. **Se sim**: Seu marido participa na decisão do método?

Comppart _

(0) Sim (1) Não (8) NSA (9) IGN

24. Se sim: De que forma ele participa?	
(0) ele usa camisinha (1) ele é vasectomizado	Comopart _
(2) é ele que compra (3) é ele que vai buscar no Posto de Saúde	
(4) ele dá o dinheiro para comprar (5) outro (8) NSA (9)IGN	
25. Se não: Ele sabe o método que a Sra usa?	Sabemet _
(0) Sim (1) Não (8)NSA (9) IGN	
26. Se não: Porque ele não sabe? _____	Porqnao1 _
	Porqnao2 _
27. Vocês conversam sobre planejamento familiar?	
(0) Sim (1) Não (8)NSA (9) IGN	Planeja _
28. Se sim: Quantos filhos vocês pensam ter? _____	Filterao _ _
	Naomot1 _ _
	Naomot2 _ _
29. Se não: Porque não conversam? 1º Motivo _____	
2º Motivo _____	
30. Quando vocês casaram existia algum plano quanto ao número de filhos?	Filplan _ _
(0) Sim (1) Não (8)NSA (9) IGN	
(1)	Filteria _ _
31. Se sim: Quantos filhos vocês pretendiam Ter? _____ (88) NSA	
32. Se superior ao nº planejado, qual o(s) motivo(s) que levou (aram) a ultrapassar este número? 1º motivo _____	Mot1 _ _
2º Motivo _____ 3º Motivo _____	Mot2 _ _
	Mot3 _ _
33. Nos últimos 12 meses a Sra. fez alguma consulta no ginecologista?	Consginec _ _
(0) Sim (1) Não (8) NSA (9) IGN	
34. Se sim: Porque motivo? _____	Motcons _ _
	Reacitpa _
35. A Sra.já realizou algum exame preventivo de câncer uterino?	
(0) Sim (1) Não (8) NSA (9) IGN	Quanprev _ _
(1)	
36. Quantas vezes a Sra.já fez o preventivo? _____ (88) NSA (99) IGN	Temppre _ _ _
37. Há quanto tempo a Sra. fez o último exame? _____	
(88) NSA (99)IGN	Saberes _
38. A Sra.sabe me dizer o resultado do último exame?	
(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	Qualresu _ _
39. Qual? _____ (8) NSA (99) IGN	
40. Em que local a Sra. faz o exame preventivo de câncer uterino?	Locprev _
(0) Posto de saúde da Rede Básica (1)No HU da FURG	

(2)Em equipe de PSF _____(3)Por convênio em clínica ou consultório	
(4)Particular em clínica ou consultório (88)NSA (99)IGN	
41. Como a Sra avalia esse serviço?	Avaliaprev _
(0) muito bom (1) bom (2) regular (3) péssimo (8)NSA (9)IGN	Motnaopr _ _
42. Se não: Porque não fez? _____	QuantFilhpais
43.Quantos filhos tiveram seus pais?_____	origpais
44. Seus pais tem descendência de origem:	
(0) Portuguesa (1)Espanhola (3) Italiana. (4)Indígena	
(5)alemã (6) Outra	Idadmena _ _
IV)HISTÓRIA REPRODUTIVA PRÉVIA	
45.Qual a sua idade quando ocorreu a menarca?_____	Numfilh _ _
46. Qual o número de filhos vivos que a Sra.tem? _____	Amafil _
47. A Sra. amamentou os seus filhos?	qtamafil
(0) sim (1) não (8) NSA (9) IGN	Naoama _ _
48. Se sim , quantos? _____ (88) NSA	Natimor _ _
49. Se não , Porque? _____ (88) NSA	
50. A Sra.teve algum filho que nasceu morto (acima de 20 sem. de gestação)?	
(1)Sim (0) não (8) NSA (9) IGN	Numnati _ _
51. Se sim , quantos? _____ (88) NSA	Filhnat1 _ _
	Filhnat2 _ _
	Flihnat3 _ _
	Filhnat4 _ _
52. Com quantas semanas de gestação?_____ (88) NSA	MBPNprev _
	QuanMPBN _ _
53. A Sra.teve algum filho que nasceu com peso entre:	
54 MBPN - 500g à 1499g (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	BPNprev _ _
	QuanBPN _ _
55. Se sim , quantos MBPN?_____ (88) NSA	
56. BPN - 1500g à 2499g (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	PESIprev _ _
57. Se sim , quantos BPN?_____ (88) NSA	QuanPESI _ _
58. Peso Insuficiente - 2500 à 2999g (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	
59. Se sim , quantos Peso Insuficiente?_____ (88) NSA	Premat _
60. A Sra.teve algum filho prematuro (nascido entre 20 e 37 sem de gestação)?	
(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	Numprema _ _

61. **Se sim**, quantos? _____ (88) NSA

De quantas semanas de gestação? _____ (88) NSA

62. A senhora já teve filhos com malformação?

(1) Sim (0) Não (8) NSA (9) IGN

63. Se sim, Quantas vezes? _____ (88) NSA

64. Qual(is) malformação (ões)? _____ (88) NSA

65. A Sra.teve algum filho que faleceu depois do nascimento?

(1) Sim (2) Não (8) NSA

66. **Se sim**, quantos? _____ (88) NSA

67. A Sra.sabe me dizer a causa da morte?

(1) Sim (2) Não (8) NSA (99) IGN

Qual? _____ (88) NSA

68. Que idade tinha seu (s) filho (s) quando faleceu? _____ (88) NSA

69. Qual sua idade na 1ª gestação? _____ (88) NSA

70 A Sra.teve complicações em alguma gravidez?

(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

71.**Se sim**, qual? _____ (88) NSA

72. A Sra.já teve alguma gravidez ectópica (fora do útero)?

(1)sim (2)não (8) NSA (9)IGN

73. A Sra.já teve algum aborto? (1) Sim (2) Não (9) IGN

74. **Se sim**, quantos abortos? _____ (88) NSA

75. A Sra.conheceu a causa do(s) abortos(s)?

(1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN

76. **Se sim**, quais a(s) causa(s)? _____ (8) NSA

77. Que idade a Sra.tinha quando aconteceram esses abortos? _____

Filhprem1 ____
Filhprem2 ____
Filhprem3 ____
Filhprem4 ____

Malfant _

Qnmalf __

Qlmalf1 __

Qlmalf2 __

Filhfale _

Quanfale __

Qualmort 1 __

Qualmort 2 __

Qualmort 3 __

Qualmort 4 __

Idffale 1 __

Idffale 2 __

Idffale 3 __

Idffale 4 __

Idapgest __

Compgrav _

Qualcomp _

Gravecto __

Abor _____

Numabort __

Cusabor _

Cusabor 1 __

Cusabor 2 __

Cusabor 3 __

Idadab 1 __

(88) NSA	Idadab 2 __ __
	Idadab 3 __ __
78. Quanto tempo de gravidez (em semanas) a Sra.tinha quando ocorreu (eram) o (s) aborto (s)? _____ (88) NSA	Tegrabor 1 __ __
	Tegrabor 2 __ __
	Tegrabor 3 __ __
79. Quantas gravidezes a Sra teve no total? _____	Totgrav __ __
80. Qual o intervalo INTERGESTACIONAL, ou seja, o intervalo entre o início da gravidez do recém-nascido e o fim da gravidez anterior? _____ anos e _____ meses (888) NSA (999) IGN	Inrteges __ __
81. Qual o intervalo INTERPARTAL, ou seja, o intervalo entre o nascimento do recém-nascido e o nascimento do seu último filho? _____ anos e _____ meses (888) NSA (999) IGN	Interpar __ __
82. Já teve alguma doença sexualmente transmissível? (1) sim (2) não (9) IGN	DST __ __
83. Se sim , qual DST? (1) Candidíase (2) Tricomoníase (3) Sífilis (4) HPV (5) Hepatite C (6) SIDA (88) NSA (99) IGN () Outro: _____	QualDST __ __
84. A senhora ainda menstrua ? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	Mens __ __
85. Se não: Porque a senhora não menstrua? (0)Grávida (1) Esta amamentando (2) menopausa (3) histerectomizada (4)OUTRO (5)IGN (6)NSA	Pqñmens __ __
86. Se não: Há quanto tempo a Sra não menstrua ? _____ (88) NSA	Tempñmen __ __
87. A senhora está grávida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	Estgrv __ __
Se sim quantas semanas de gestação a senhora está? _____ (88) NSA	semgrv __ __
88. Se sim a Sra. está fazendo pré-natal? (00) sim (01) não (88) NSA	Prenat __
89. Se sim , quantas consultas a Sra fez? _____ (88) NSA	Numcons __ __
90. Se sim , em que mês a Sra fez a 1ª consulta? _____(88) NSA	Inicpre __ __
91. Se sim , em que local a Sra. fez/ faz o pré-natal? (1) Posto de saúde da Rede Básica (1)No HU da FURG (2)Em equipe de PSF _____(3)Por convênio em clínica ou consultório (4)Particular em clínica ou consultório (88)NSA (99)IGN	Locprena __
92. Se sim , como a Sra. avalia esse serviço?	

(0) muito bom (1) bom (2) regular (3) péssimo (88) NSA	Avaliastre _
93. Se sim , durante o pré-natal : (00) sim (01) não (9) IGN (88) NSA	
() a Sra foi pesada	Pesada _
() foi verificada a sua pressão	Pressao _
() a sua barriga foi medida	Medebar _
() os seus seios foram examinados	Seioexam _
() o coração do nenê foi escutado	Coranene _
() a Sra. recebeu orientação sobre o tipo de parto	Orienpar _
() a Sra. recebeu orientação sobre como amamentar	Orienama _
94. Se sim , além disso, a Sra fez: (00) sim (01) não (9) IGN (88) NSA	
() vacina contra o tétano	Tetano _
() exame para diabetes	Exdiabet _
() exame para hepatite	Exhepat _
() exame de sífilis	Exsifi _
() exame para AIDS	Exaids _
() exame de colo de útero	Excolo _
() exame de urina	Exurina _
() ultrassom	Ultrason _
() outro: _____	Outrex _
95. Se sim , durante a gestação a Sra apresentou alguma doença?	
() anemia	Anemia _
() diab. melitus	Diabete _
() hipertensão (1)sim (0)não (88)NSA (IGN)	Hipert _
() cardiopatia	Cardiop _
() infecção urinária	Infeuri _
() sífilis	Sifilis _
() AIDS	Aids _
() infecção respiratória	Inferesp _
() Outro: _____	Outrodoe _
96. Se sim , durante a gestação a Sra apresentou algum problema ?	
() ameaça de aborto	Ameabor _
() descolamento de placenta	Descola _
() placenta prévia	Placenpr _
() trabalho de parto prematuro (1) sim (0) não (88)NSA (9) IGN	Trabprem _
() parto prematuro	Pornpre _
() Outro: _____	Outro _ _
97. Se não fez pré-natal : Porque não fez? _____	
V)TABAGISMO E DROGAS	
98. A Sra.fuma? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	Fuma _
99. Se sim , quantos cigarros fuma por dia? _____(88) NSA (99) IGN	Nucigdia _ _ _
100. Se sim a Sra.fumou durante alguma gestação?(1) sim(2) não (8) NSA (9)IGN	

101. O seu companheiro fuma? (1) Sim (2) Não (8) NSA

102. **Se sim**, quantos cigarros fuma por dia? _____ (88) NSA (99) IGN

103. Das pessoas que moram na sua casa, quantas pessoas ao todo fumam? _____ (88) NSA

104. Utiliza algum outro tipo de droga? (1) Sim (2) Não (8) NSA

105. **Se sim**, qual? _____ (8) NSA

106. A Sra.bebe álcool com frequência? (1) Sim (2) Não

Se sim: (1) Socialmente (2) Mais de duas vezes na semana
(3) Todos os dias (8) NSA

VI) SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

107. Até que série a Sra. estudou na escola?

(00) Analfabeto (01) Sabe ler e escrever (02) Até a 4ª série completa
(03) Até a 4ª série incomp (04) Até a 8ª série comp (05) Até a 8ª série incomp
(06) 2º grau completo (07) 2º grau incomp (08) 3º grau completo
(09) 3º grau incompleto (88) NSA (99) Ignorado

108. E o seu companheiro, até que série ele estudou na escola?

(00) Analfabeto (01) Sabe ler e escrever (02) Até a 4ª série completa
(03) Até a 4ª série incomp (04) Até a 8ª série comp (05) Até a 8ª série incomp
(06) 2º grau completo (07) 2º grau incomp (08) 3º grau completo
(09) 3º grau incompleto (88) NSA (99) Ignorado

109. A Sra.trabalhou nos últimos 12 meses?

(0) sim (1) não (2) trabalhou em casa para fora
(3) estudante (4) outro: _____

SE SIM (fora de casa ou em casa para fora):

110. Qual o tipo de trabalho realizado? _____

111. Por quantos meses a Sra trabalhou nesses últimos 12 meses?
_____ (meses) (88) NSA

112. Se a Sra está trabalhando quanto ganha no mês? _____ (88) NSA

113. Qual a situação do seu companheiro?

(0) empregado (1) desempregado, mas faz “bico” (2)desempregado
(3) aposentado (4) seguro desemprego/encostado (5) outro (8) NSA

114. Qual a ocupação dele? _____ (88) NSA

115. Quanto ganhou o seu companheiro no último mês? _____

Fumduges __

Compfuma __

Nucigdia __ __ __

Nupesfum __ __

Usadrog __

Qualdrog 1 __

Qualgrog 2 __

Bebalcol __

Quantalc _

Escmul __

Esccomp __

Mutrab _

Trabqual __

Trabtemp __

Murenda _ _ _ _

Situcomp _

Compocup __

(88888) NSA

116. A Sra.tem alguma outra fonte de renda? (1) sim (2) não

117. Quanto a Sra.ganha com esta outra fonte de renda? _____(88) NSA

VII) CONDIÇÕES DE MORADIA

118. Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas (88) NSA

119. Quantas peças tem sua casa? _____ peças

120. Quantas peças usam para dormir? _____ peças

121. Tipo de casa:

(1)tijolo c/ reboco (2) tijolo s/ reboco (3)madeira (4) mista (5)edifício

(6)barro/lata/palha/papelão (7)outros: _____

122. Na maior parte das peças da casa, de que tipo é o piso?

(1)madeira (2)lajota/tijoleta (3)cimento(4)carpete (5) chão batido (6) outros _____

123. Tem água encanada em casa?

(1) sim, dentro de casa (2) Sim no quintal (3) Não

124. De onde vem a água usada para beber?

(1) CORSAN (2) poço artesiano (3) cacimba (4) riacho/córrego/lagoa

(5) açude/aguada (6) outros _____

125. Como é a privada/sanitário/patente da casa?

(1) sanitário com descarga (2) sanitário sem descarga

(3) casinha/fossa negra (4) não tem

126. A Sra.tem fogão em casa? (1) Sim (2) Não

127. Que tipo de fogão? (1) gás (2) elétrico (3) lenha (8) NSA

128. Na sua casa tem?

(1) geladeira (2) televisor (3) telefone (4) aspirador de pó (5) rádio

(6) vídeo cassete/DVD (7) maq lavar roupa (8) carro (9) telef. celular

Compgan _____

Outrend _

Renext _ _ _ _

Pesmor _ _

Peçcasa _ _

Peçdorm _

Tipocasa _

Tippiso _

Águaenc _

Aguabeb _

Sanita _

Fogão _____

Tipofog _____

Gelad _____

Telev _____

Telef _____

Aspira _____

Rad _____

Vidcass _____

Maqlav _____

Carro _____

Celular _____

APÊNDICE 2

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM/SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu..... concordo em participar da pesquisa desenvolvida no programa de Pós Graduação – Mestrado em Enfermagem pela Enfermeira Eloísa da Fonseca Rodrigues, intitulada **“SAÚDE REPRODUTIVA E A PREVALÊNCIA DE ALTA PARIDADE EM MULHERES DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS”**, desenvolvido sob responsabilidade da Profª Drª Maria Cristina Flores Soares. Declaro que fui informado(a), de forma clara dos objetivos, da justificativa e da forma de trabalho.

Fui igualmente informado(a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta de dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- De que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;
- Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- De que os resultados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica através de meios de comunicação, eventos e publicações.

Esta documento está em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado em duas vias, o qual ficará uma via em poder do respondente e outra com a mestrandia responsável pela pesquisa.

Rio Grande,..... de de 2005.

Ass. da entrevistada: _____

Ass. do entrevistador: _____

Ass. do responsável pelo projeto: _____

Contato com a responsável pela pesquisa pelo telefone: (53) 3232 2481.