

# BIS

Boletim do Instituto de Saúde  
Volume 17 – nº 2 – Dezembro 2016  
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



**SAÚDE E DIREITOS  
SEXUAIS E REPRODUTIVOS**



# Sumário

<b>Editorial</b> .....	3
<b>Desempenho de serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo em saúde sexual e reprodutiva, segundo características organizacionais e locais regionais</b> Mariana Arantes Nasser, Maria Ines Battistella Nemes, Marta Campagnoni Andrade, Ana Maroso Alves, Rogério Ruscitto do Prado, Elen Rose Lodeiro Castanheira .....	6
<b>Gravidez na adolescência e abortos provocados: efetividade da Estratégia de Saúde da Família em eventos de saúde reprodutiva</b> Regina Figueiredo, Suzana Kalckmann, Tereza Etsuko da Costa Rosa, Sonia Isoyama Venancio .....	19
<b>Adolescentes grávidas vítimas de violência: um desafio a ser enfrentado na Atenção Básica</b> Nathalya Fonseca Camargo, Juliana Zicchella, Paloma Eduarda Ortolani, Redrys Menossi, Amanda Nascimento, Amanda Morais Matias Silva, Nabila Fernanda Alves Pereira, Dora Mariela Salcedo Barrientos, Nadja Vilela, Alessandra Mieke Hamasaki Borges, Paula Miura, Selma Nishimura, Silvia Helena Bastos de Paula, Cibele Monteiro Macedo .....	29
<b>Ocorrências em sexualidade e saúde sexual e reprodutiva em escolas do município de Diadema – São Paulo</b> Regina Figueiredo, Márcia Santos, Líria Maria Palmigiano Fregnani, Rosamaria Fredo Bico, Nilton César de Almeida, Danilo Martins de Siqueira .....	37
<b>Gravidez na adolescência e contracepção de emergência: opinião de profissionais de serviços primários de saúde pública do município de São Paulo</b> Fernando Lefèvre, Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, Sandra Dircinha Teixeira de Araújo, Regina Figueiredo .....	55
<b>Referenciamento regional em Planejamento Familiar no estado de São Paulo</b> Regina Figueiredo, Anna Volochko, Silvia Helena Bastos de Paula .....	68
<b>Anticoncepção entre mulheres portadoras de transtornos mentais</b> Elis Muriel Marques Monti, Gislaïne Eiko Kuahara Camiá .....	87
<b>Preparo pré-concepcional: conhecimento e razões para a não realização entre mulheres usuárias do SUS</b> Natália de Castro Nascimento, Karina Simão Araújo, Osmara Alves dos Santos, Ana Luiza Vilela Borges .....	96
<b>Mortalidade Materna entre mulheres negras em São Paulo: equidade?</b> Suzana Kalckmann .....	105

<b>Parto, mulher negra e violência: corpos invisíveis?</b>	
Jaqueline Maria Santos, Tamiz Lima Oliveira, Raquel Souza	112
<b>Efeitos da exposição ao crack durante a vida intrauterina no desenvolvimento perinatal</b>	
Alessandra Costa Timóteo, Gislaine Eiko Kuahara Camiá, Cristiane Lopes	120
<b>Sífilis congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil</b>	
Patricia Rodrigues Sanine, Elen Rose Lodeiro Castanheira, Luceime Olivia Nunes, Marta Campagnoni Andrade, Mariana Arantes Nasser, Maria Ines Battistella Nemes	128
<b>Problematizações acerca do uso de métodos de proteção às DST entre lésbicas/bissexuais sob a perspectiva de gênero</b>	
Julliana Luiz Rodrigues	138
<b>Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil</b>	
Silvia Helena Bastos de Paula, Regina Figueiredo, Anna Volochko	146
<b>Fatores que dificultam a adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou</b>	
Milena Gouvea Theodoro, Alessandra Costa Timoteo, Gislaine Eiko Kuahara Camiá	166
<b>Representações do corpo feminino na prevenção do câncer de colo de útero</b>	
Edemilson Antunes de Campos, Lidiane Mello de Castro, Francine Even de Sousa Cavalieri	173
<b>O controle estatal dos corpos e da sexualidade das mulheres encarceradas</b>	
Maria Fernanda Terra, Rute Alonso	181
<b>Saúde sexual e saúde reprodutiva no campo da aids: uma análise da produção científica nas Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO</b>	
Renato Barboza, Aurea Maria Zöllner Ianni, Olga Sofia Fabergé Alves, Rani Beatriz Cruz Evangelista dos Santos	189

Nesses tempos difíceis em que passa a política Brasileira, onde o SUS – Sistema Único de Saúde – se vê ameaçado em suas matrizes de universalidade e gratuidade, a tensão sobre os direitos e a saúde sexual e reprodutiva está acirrada. Também corre risco a atribuição do Estado como promotor da efetivação da promoção preventiva e assistencial à saúde através dos equipamentos públicos e seu quadro de profissionais, que beneficiam os brasileiros.

Cidadãos e cidadãs brasileiros têm sido beneficiados desde a década de 1980 com diversas resoluções federais na área da saúde que refletiram conquistas internacionais e nacionais pelos direitos das mulheres, de homossexuais, de negros e população de baixa renda, refletidas em Conferências Internacionais e na atualização de princípios adotados pela ONU – Organização das Nações Unidas, incluindo a sua agência de saúde, a OMS – Organização Mundial de Saúde.

Foram documentos pactuados nas conferências de População e da Mulher, respectivamente, de Cairo (1994) e de Pequim (1995), que estabeleceram a defesa dos direitos reprodutivos, a partir dos quais ocorreu o início da explicitação da sexualidade como um bem incondicional da vida humana, sem o qual a qualidade de vida e a cidadania da pessoa não têm como ser exercidas. Assim falar e defender os Direitos Sexuais e Reprodutivos é defender Direitos Humanos.

Ao equiparar a sexualidade a um direito, os princípios internacionais passam a protegê-la enquanto um patrimônio pessoal que requer atenção em várias dimensões, tanto na de saúde quanto na de integridade física, liberdade de exercício e expressão e, principalmente, dissociação de questões que possam lhe vulnerabilizar.

Como pauta feminista e do movimento de mulheres, a dissociação do exercício da sexualidade da procriação, se mostrou fundamental, pois exigiu a incorporação das conquistas tecnológicas acumuladas pela humanidade como uma conquista coletiva que deveria ser de acesso e garantida para todas as mulheres pelos diferentes Estados. Portanto, é no planejamento familiar e reprodutivo e no acesso aos contraceptivos que os direitos sexuais e reprodutivos começam a ser efetivados às populações mundiais.

Posteriormente, outras pautas foram incorporando-se, como a liberdade que indica a proteção contra qualquer forma que discrimine os seres humanos em seus desejos e condutas sexuais, ou submeta-os a situações de coerção e violência em função deles. Esse ponto foi fundamental para a incorporação dos direitos de homossexuais, bissexuais, transexuais e transgêneros, que, atualmente, se impõem como pauta de luta de diversas minorias nos movimentos de direitos humanos e saúde, surgidos após o início da epidemia de HIV/aids nos anos 1980.

Portanto, a saúde sexual e reprodutiva integral, considerando a expressão e as diversidades de formas de vivência da sexualidade se colocam hoje como princípios de luta democrática e de acesso à saúde, respaldados pelo debate das relações de gênero presentes socialmente. Grupos que historicamente foram privados de direitos e alijados da sociedade por não se aproximarem do padrão dominante masculino-hétero branco passam a dar visibilidade à enorme violência social por que passam, conquistando espaços.

Graças a isso, documentos e políticas de saúde contam hoje com a defesa de direitos civis de homens e mulheres, considerando a sexuali-

dade, a diversidade sexual e o acesso à saúde como direitos fundamentais, tanto no Brasil quanto internacionalmente. No entanto, essas conquistas estão sob ameaça constante, são alvos de grupos conservadores que tentam subverter e restaurar padrões de exclusão social e discriminação também nas políticas e serviços públicos que atuam com a saúde.

Nós, que trabalhamos em prol do SUS e em sua defesa, não podemos deixar que ideologias restritivas e autoritárias retomem espaços nas ações de saúde e precisamos estar atentos para resistir a retrocessos e continuar conquistando um padrão de Estado de Bem-Estar Social que beneficie a toda a população, independentemente de padrões, orientações, comportamentos e identidades sexuais que adotem. Essa luta beneficia não só as chamadas minorias sociais do movimento GLBTT – gays, lésbicas, travestis e transgêneros, mas, principalmente, devido à presença maciça na sociedade, às mulheres.

A liberdade, a cidadania e o bem-estar feminino estão intrinsicamente ligados às conquistas de direitos sexuais e reprodutivos, que permitiram a libertação delas de padrões morais e comportamentais que por séculos às aprisionaram socialmente. É indiscutível que, por ser um processo recente, apesar de alguns avanços, as mulheres ainda estão sujeitas a violências obstétricas e a mortes evitáveis como as que ocorrem associadas à maternidade.

Essas conquistas também estão intimamente ligadas às minorias sexuais, que passam a ter suas reivindicações enquanto movimento GLBTT aceitas e respeitadas como ponto de partida para a construção da aceitação de suas especificidades e vulnerabilidades sociais e de saúde, bem como de sua identidade, autonomia, direito de expressão e liberdade.

Atingindo a todos, também beneficia a construção de um novo modelo de masculinidade, que promova novas noções de direito, responsabilidade e cuidado entre os homens, além de sua participação efetiva na construção da paternidade e da própria sociedade.

Por isso, esta publicação foi proposta. Busca dar espaço ao tema, abrigar estudos e discussões de pesquisadores quanto à situação, condutas e condicionantes da saúde sexual e reprodutiva brasileira, procurando contribuir para a sua visualização, análise e fortalecimento. Inicialmente fazendo uma avaliação da assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Básica do estado de São Paulo, o impacto da Estratégia de Saúde da Família nessas ações, caminhamos fazendo uma abordagem da gravidez na adolescência em situações comuns e também nos casos de violência, ocorrências relativas à sexualidade de adolescentes em escolas públicas, a postura de profissionais na dispensa da contracepção de emergência frente a este público, a questão da organização do planejamento familiar e reprodutivo e seu referenciamento em nosso estado e as dificuldades de realização com mulheres portadoras de transtornos mentais, discutimos as intervenções institucionais visando ao melhor registro de casos de mortalidade materna, a importância e realização do preparo pré-concepcional para as mulheres que desejam engravidar, a mortalidade materna de mulheres negras e a violência no parto que sofrem, questões ligadas à gestação de mulheres usuárias de crack, chegamos às DST, discutindo a sífilis congênita, a prevenção de DST e a incorporação de preconceito entre as mulheres lésbicas, a ocorrência e referenciamentos de câncer de colo e mama, fatores que dificultam ou interferem no exame de Papanicolaou e, por fim, analisam-se ideologias que perpetuam a restrição da sexualidade das mulheres em situação de cárcere e a produção apresentada em congressos científicos da área de ciências sociais em saúde,

Já sabendo que esses temas não dão conta de todo o universo que representa os Direitos e a Saúde Sexual e Reprodutiva, procuramos contribuir para a expansão da área, desejando a todos uma boa leitura!

**Regina Figueiredo**  
**Silvia Helena Bastos de Paula**  
**Amália Suzana Kalckmann**

### Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista  
São Paulo-SP – CEP: 01314-000  
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772  
www.isaude.sp.gov.br  
e-mail: boletim@isaude.sp.gov.br

### Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo  
David Everson Uip

### Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde  
Luiza Sterman Heimann

Vice-Diretora do Instituto de Saúde  
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP  
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP  
Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico  
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo  
Bianca de Mattos Santos

### Boletim do Instituto de Saúde – BIS

Volume 17 – Nº 2 – Dezembro 2016  
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529  
Publicação semestral do Instituto de Saúde  
Tiragem: 2000 exemplares  
Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista  
São Paulo-SP – CEP: 01314-000  
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772  
boletim@isaude.sp.gov.br

Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br  
Portal de Revistas da SES-SP – http://periodicos.ses.sp.bvs.br

Editor  
Márcio Derbli

Editores científicos  
Regina Figueiredo  
Sílvia Helena Bastos  
Amália Suzana Kalckmann

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica  
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração  
Bianca de Mattos Santos

Biblioteca  
Carmen Campos Arias Paulenas

Capa  
Face de Mae West (c.1935) – Foto de instalação – Salvador Dali  
(1904-1989)

Revisão  
Dante Pascoal Corradini

Diagramação  
Fátima Consales

Editoração, CTP Impressão e Acabamento  
Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

---

### Conselho editorial

**Amanda Cristiane Soares** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Alberto Pellegrini Filho** – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil  
**Alexandre Kalache** – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA  
**Benedito Medrado** – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife-PE – Brasil  
**Camila Garcia Tosetti Pejão** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Carlos Tato Cortizo** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Carmen Campos Arias Paulenas** - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Ernesto Báscolo** - Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario - Rosario - Argentina  
**Fernando Szklo** – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil  
**Francisco de Assis Accurcio** – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil  
**Ingo Sarlet** – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil  
**José da Rocha Carneiro** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil  
**Katia Cibelle Machado Pirotta** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Lígia Rivero Pupo** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Luiza S. Heimann** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Márcio Derbli** - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Marco Meneguzzo** – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália  
**Marina Ruiz de Matos** - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Maria Lúcia Magalhães Bosi** – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil  
**Monique Borba Cerqueira** - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Nelson Rodrigues dos Santos** – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil  
**Raul Borges Guimarães** – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil  
**Samuel Antenor** – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas -SP – Brasil  
**Sílvia Regina Dias Médici Saldiva** - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Sônia I. Venâncio** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
**Tereza Setsuko Toma** – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

# Desempenho de serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo em saúde sexual e reprodutiva, segundo características organizacionais e locais

**Performance of primary health care units in the State of São Paulo in sexual and reproductive health, according to organizational and locoregional characteristics**

Mariana Arantes Nasser<sup>I</sup>, Maria Ines Battistella Nemes<sup>II</sup>, Marta Campagnoni Andrade<sup>III</sup>,  
Ana Maroso Alves<sup>IV</sup>, Rogério Ruscitto do Prado<sup>V</sup>, Elen Rose Lodeiro Castanheira<sup>VI</sup>

## Resumo

A atenção primária à saúde (APS) é estratégica para a atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR). Para descrever o desempenho em SSR de serviços de APS do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo (SP), realizou-se avaliação que empregou banco do questionário QualiAB – Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em Municípios de SP, respondido por 2.735 serviços, de 586 municípios, em 2010. Construiu-se quadro avaliativo para a dimensão SSR, com 99 indicadores. O desempenho médio dos serviços, analisado pela proporção de respostas positivas aos indicadores, foi 56,84%. O domínio de atenção à saúde reprodutiva teve melhor desempenho do que os de prevenção/assistência às DST/aids e promoção à SSR. Serviços autotclassificados como Unidade Básica de Saúde com equipe de Saúde da Família e aqueles localizados em região urbana periférica apresentaram melhor desempenho. A avaliação revelou a necessidade de investimentos no gerenciamento locoregional e na capacitação em SSR.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde; Saúde sexual e reprodutiva; Atenção primária à saúde.

## Abstract

Primary health care (PHC) is strategic for attention to sexual and reproductive health (SRH). Aiming to describe how PHC units of the Public Unified Health System in the State of São Paulo (SP) perform in relation to SRH, an assessment was held using the database of the QualiAB Questionnaire - PHC Quality Evaluation in SP Municipalities, answered by 2735 units, located in 586 municipalities, in 2010. An evaluative framework was built for SRH dimension, composed by 99 indicators. Average units' performance, analyzed by proportion of positive answers to the indicators, was 56.84%. Performance in the reproductive health care domain was better than in STD/AIDS prevention / care and SRH promotion. Units self-categorized as Basic Health Care Units with Family Health Team and those located in peripheral urban areas performed better. The evaluation indicated the need for investment in locoregional management and training in SRH.

**Keywords:** Health evaluation; Sexual and reproductive health; Primary health care.

<sup>I</sup> Mariana Arantes Nasser (manasser@usp.br) é médica, Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo, Diretora Técnica do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

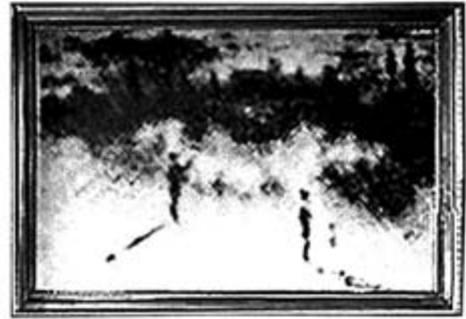
<sup>II</sup> Maria Ines Battistella Nemes (mibnemes@usp.br) é médica, Livre-docente em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo, professora associada II do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

<sup>III</sup> Marta Campagnoni Andrade (martacamp@usp.br) é médica, doutoranda em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) e professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

<sup>IV</sup> Ana Maroso Alves (anamarosoalves@gmail.com) é geógrafa, pesquisadora da Equipe QualiAids, sediada no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

<sup>V</sup> Rogério Ruscitto do Prado (ruscittosp@yahoo.com.br) é estatístico, Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo.

<sup>VI</sup> Elen Rose Lodeiro Castanheira é médica, professora assistente doutora do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP).



### Introdução

A saúde sexual e reprodutiva (SSR) tem formulação recente, relacionada ao questionamento da insuficiência e fragmentação dos programas de saúde voltados à reprodução humana, por meio da incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos na agenda pública<sup>5,11,27</sup>. Historicamente, esta constituição decorreu do ativismo social – com destaque para os movimentos feminista, gay, e, no caso brasileiro, sanitário<sup>6,10</sup> – e de conferências de direitos humanos e políticas de desenvolvimento, tendo como principais marcos a IV Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994)<sup>25</sup> e a IV Conferência Internacional sobre as Mulheres (Pequim, 1995)<sup>26</sup>.

O programa de ação de Cairo considera que: a saúde reprodutiva é um completo bem-estar físico, mental e social relacionado às funções reprodutivas; a assistência inclui métodos, técnicas e serviços para o bem-estar reprodutivo,

prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva; a saúde sexual é tomada como parte da saúde reprodutiva, voltada para a melhoria da qualidade de vida; a SSR pode ser acessível a todos, a partir da atenção primária à saúde (APS)<sup>25</sup>. A plataforma de ação de Pequim reitera a definição de SSR do Cairo e destaca prioridades: acesso das mulheres à saúde, direito às escolhas reprodutivas, prevenção da mortalidade materna, igualdade nas relações de gênero, e prevenção da violência contra a mulher<sup>26</sup>.

O Brasil considera que a APS tem papel estratégico para a SSR no Sistema Único de Saúde – SUS<sup>7,14</sup>. O país elaborou políticas e publicações técnicas próprias, com destaque para a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos<sup>13</sup> e o Caderno de Atenção Básica nº 26 “Saúde Sexual e Reprodutiva”<sup>14</sup>. Ressaltam-se particularidades brasileiras: a APS assume características que remontam ao movimento da reforma sanitária, como a inclusão dos princípios

de universalidade e atenção integral, além de seu papel na porta de entrada e na organização do sistema, tendo atributos da APS abrangente<sup>12</sup>; há relação entre a experiência do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, e as políticas de SSR, com propostas e metodologias marcadas pelo feminismo<sup>6</sup>.

O estado de São Paulo (SP) é caracterizado por uma grande diversidade locorregional em termos socio sanitários, a começar pelo tamanho dos municípios: apesar de ser o estado com maiores concentrações populacionais nas grandes cidades, 524 municípios do total de seus 645 municípios têm menos de 50 mil habitantes. Além das diferentes condições socioeconômicas das várias realidades culturais, a organização do sistema de saúde, incluindo equipamentos, práticas e fluxos, também não é uniforme<sup>1,3</sup>.

O estado de São Paulo tem uma rede básica vasta, diversificada e de implantação antiga<sup>4,16</sup>: a APS paulista tem algumas atividades voltadas para os enfoques de atenção ao ciclo gravídico-puerperal, como também para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), remontando ao sanitarismo e à programação em saúde – a partir do PAISM, com ênfase na atenção à saúde materno-infantil e no controle de doenças infecciosas –; e, contemporaneamente, à estratégia de saúde da família (ESF) e à consideração das pessoas ao longo dos ciclos vitais<sup>16</sup>.

Em relação às áreas técnicas, SP foi pioneiro na organização de respostas à epidemia de aids, a ponto de o Programa Estadual de DST/aids, criado em 1983, ser considerado inspirador para o Programa Nacional<sup>9</sup>. Para a saúde reprodutiva, o estado teve a implantação do PAISM, na década de 1980, e vem adotando proposições programáticas semelhantes às do Ministério da Saúde<sup>15</sup>, com enfoque dirigido às mulheres e à saúde materno-infantil<sup>23</sup>, em que pese a existência de publicações temáticas amplas sobre SSR,

como o Boletim do Instituto de Saúde nº 46 “Saúde Sexual e Reprodutiva”, que contempla os enfoques de promoção à SSR, prevenção e assistência às DST/aids, atenção à saúde reprodutiva, de mulheres e homens, em diferentes fases da vida, incluindo adolescentes e idosos<sup>22</sup>.

Existem dificuldades para a implementação da SSR na APS, particularmente pela complexidade do tema direitos sexuais e reprodutivos<sup>27</sup>; limites na abordagem pelos profissionais; falta de percepção da SSR como ação básica de saúde; e integração entre serviços<sup>14</sup>. Propostas para o enfrentamento desses desafios incluem treinamentos, publicações, formulação de políticas, estabelecimento de redes, participação em avaliações, entre outras. Em São Paulo, verificam-se as iniciativas para promover integração com a atenção básica<sup>21</sup>, a instituição da “Rede de Cuidados em DST/HIV/aids e Hepatites Virais no Estado de São Paulo”<sup>24</sup>, e a linha de cuidado da gestante e puérpera<sup>23</sup>, entre outras.

Este artigo apresenta as relações entre o desempenho dos serviços de APS em SSR e suas características organizacionais e locorregionais, com o objetivo de contribuir para a atenção à SSR em serviços de APS no estado de São Paulo. Este estudo integra a linha de pesquisa Avaliação da qualidade da Atenção Básica em Municípios do Estado de São Paulo (QualiAB)<sup>4</sup>, particularmente, a Avaliação da implementação da SSR na APS no estado de São Paulo, desenvolvida na Tese de Doutorado de Nasser (2015)<sup>17</sup>.

### **Métodos**

Avaliações em saúde buscam conhecer e julgar um dado objeto, visando à sua melhoria<sup>18</sup>. Entende-se que o arcabouço de recomendações e políticas, bem como a rede de serviços e experiências de trabalho permitem considerar a

existência de um programa de atenção à SSR na APS em SP.

Os dados são provenientes da aplicação do questionário QualiAB em 2.735 serviços de APS paulistas, em 2010, quando o instrumento foi empregado como apoio à gestão da atenção básica, pela Secretaria Estadual de Saúde de SP<sup>4</sup>, com divulgação intermediada pelo “Programa Articuladores da Atenção Básica”<sup>5</sup>, incidindo principalmente em municípios de pequeno e médio porte.

Para a avaliação do desempenho em SSR de serviços de APS, construiu-se um quadro avaliativo para a dimensão SSR, a partir do enfoque em três domínios; sendo cada um deles composto por três subdomínios, totalizando 99 indicadores, que correspondem às ações pesquisadas (quadro 1). O domínio Promoção à SSR é composto pelos subdomínios Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede; Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação; e Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução. O domínio Prevenção e assistência às DST/aids inclui os subdomínios Prevenção e diagnóstico das DST/aids; Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids; e Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção às DST/aids. O domínio Atenção à saúde reprodutiva contempla os subdomínios Planejamento reprodutivo; Atenção ao pré-natal e ao puerpério; e Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade.

O desempenho médio para a dimensão SSR foi obtido pela razão entre a soma das respostas aos indicadores de cada subdomínio e o número total de indicadores do subdomínio, com o resultado variando entre 0 e 100. O mesmo foi feito para cada domínio e para a dimensão SSR.

As características tomadas como variáveis independentes são: tipo de arranjo organizacional (segundo autotclassificação), zona de localização

e a distribuição nas regiões em que se organiza o sistema de saúde em SP – os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) correspondem às macrorregiões; as Comissões Intergestoras Regionais (CIR), às microrregiões – A análise comparativa das relações foi feita pelo Teste de Kruskal-Wallis.

O presente estudo e a pesquisa QualiAB seguiram as normas de ética em pesquisa, com a concordância dos gestores por termo de adesão, bem como dos participantes por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Participaram da avaliação 2.735 serviços de APS, localizados em 586 municípios paulistas<sup>4</sup>. Dados populacionais de 2010 mostram que 55,58% dos serviços estavam localizados em municípios de até 50 mil habitantes; 15,06%, de 50 a 100 mil habitantes; 12,72%, de 100 a 200 mil; 11,55%, de 200 a 500 mil; e 5,08%, de 500 mil habitantes ou mais (conforme dados do IBGE de 2010)<sup>4</sup>.

Todos os 17 DRS reúnem serviços que participaram da avaliação. Responderam serviços de 61 das 64 CIR; as CIR de Guarulhos, Litoral Norte e São Paulo não aderiram à avaliação. 56,60% dos serviços referem localização na zona urbana periférica; 33,89%, urbana central; e 9,51%, rural.

Em relação ao arranjo organizacional, os serviços se autotclassificaram como: 43,69% de Unidades de Saúde da Família (USF); 31,96%, Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem especialidades; 8,52%, UBS com Programa de Agentes Comunitários (PACS); 5,63%, UBS com equipe de saúde da família; 4,50%, USF com especialidades; 0,73%, Postos Avançados; 4,97%, outros.

O desempenho médio dos serviços de APS nas ações de SSR foi de 56,84%, com a mesma mediana, desvio padrão de 16,22% e significância menor do que 0,005 para todos os testes.

**Quadro 1 – Quadro avaliativo para a Dimensão Saúde sexual e reprodutiva (SSR)**

Domínio Promoção e SSR	Domínio Prevenção e assistência DST/aids
<p><b>Subdomínio Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede</b></p> <p>Atividades de educação em saúde, na comunidade, no último ano: campanhas anuais sobre os diferentes temas (como DST/aids, HA, DM, Raiva, etc.)</p> <p>Atividades de educação em saúde, na comunidade, no último ano: atividades periódicas junto com instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)</p> <p>Atividades de educação em saúde, na comunidade, no último ano: articulação com outras secretarias do município (como Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros)</p> <p>Atividades realizadas na sala de espera: discussão de temas propostos pelos pacientes</p> <p>Atividades realizadas na sala de espera: uso de vídeos com temas de educação em saúde</p> <p>Atividades realizadas na sala de espera: palestras</p> <p>Atividades regularmente programadas para atendimento aos adolescentes: educação em saúde nas escolas</p> <p>Na consulta de enfermagem realizada orientação sobre autocuidado</p> <p><b>Subdomínio Investigações de situações de vulnerabilidade e medidas para a superação</b></p> <p>Atividades de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, etc.)</p> <p>Atividades de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram uso de álcool e outras drogas</p> <p>Atividades de educação em saúde na Unidade, no último ano, abordaram violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, etc.)</p> <p>Atividades de educação em saúde na Unidade, no último ano, abordaram uso de álcool e outras drogas</p> <p>Atividades planejadas para saúde da mulher contemplam atendimento a situações de violência doméstica e sexual</p> <p>Atividades programadas para atendimento aos adolescentes contemplam orientação sobre o uso de drogas</p> <p>Atividades programadas para atendimento aos adolescentes contemplam orientação específica para casos de violência doméstica</p> <p>Atividades programadas para atendimento aos adultos contemplam alcoolismo</p> <p>Atividades programadas para atendimento aos adultos contemplam violência doméstica</p> <p>Atividades programadas para atendimento aos idosos contemplam violência doméstica</p> <p>Atividades programadas para atendimento aos idosos contemplam orientações sobre os direitos dos idosos</p> <p>Realização de diagnóstico, orientação e seguimento para os casos de alcoolismo na própria Unidade</p> <p>Realização de diagnóstico e orientação para mulheres em situação de violência doméstica na própria Unidade, com encaminhamento e seguimento dos casos</p> <p><b>Subdomínio Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução</b></p> <p>Atividades de educação em saúde realizadas na Unidade, no último ano, incluíam grupos de menopausa</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de adolescentes contemplam orientação sobre o desenvolvimento/mudanças na adolescência</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de idosos contemplam climatério</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de idosos contemplam sexualidade</p>	<p><b>Subdomínio Prevenção e diagnóstico das DST/aids</b></p> <p>Aplicação de vacina para Hepatite B na Unidade</p> <p>Realização de colposcopia na Unidade</p> <p>Realização de teste rápido para HIV na Unidade</p> <p>Realização de biópsias (colo, vulva, pele, outros) na Unidade</p> <p>Atividades de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram prevenção do câncer ginecológico (cêter/mama)</p> <p>Atividades de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram prevenção de DST e aids</p> <p>Atividades de educação em saúde na Unidade, no último ano, abordaram prevenção do câncer ginecológico (cêter/mama)</p> <p>Atividades de educação em saúde na Unidade, no último ano, abordaram prevenção de DST e aids</p> <p>Atividades realizadas na pré-consulta (atendimento de técnicas e auxiliares de enfermagem após a consulta médica) incluem fornecer preservativos</p> <p>Atividades realizadas na pré-consulta (atendimento de técnicas e auxiliares de enfermagem após a consulta médica) incluem orientar uso de preservativos</p> <p>Atividades planejadas para saúde da mulher contemplam coleta de Papanicolaou</p> <p>Atividades planejadas para saúde da mulher contemplam prevenção de DST/aids</p> <p>Categorias profissionais de coleta de Papanicolaou</p> <p>Adequação de critérios empregados para a coleta de Papanicolaou</p> <p>Oportunidades de oferta de Papanicolaou</p> <p>Durante o pré-natal, a Unidade solicita duas sorologias, tanto para sífilis como para aids</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de adolescentes contemplam orientação sobre sexualidade, prevenção de DST/aids</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de adultos contemplam: prevenção de câncer de mama/colo de cêter</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de adultos contemplam: aconselhamento de DST e aids</p> <p>A dispensação de preservativos feita para a população em geral, conforme demanda</p> <p>A dispensação de preservativos feita para grupos de exposição diferenciada (como profissionais do sexo por exemplo) com cotas maiores do que para população em geral</p> <p>A dispensação de preservativos inclui a oferta de preservativos femininos</p> <p>Na consulta de enfermagem realizada orientação sobre o uso de preservativos</p> <p><b>Subdomínio Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids</b></p> <p>Procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina: aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)</p> <p>Procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina: cauterização em ginecologia</p> <p>Nos casos de diagnóstico de sífilis durante a gestação, o tratamento feito na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de adultos contemplam DST/aids</p> <p>Dentre os medicamentos disponíveis na Unidade constam os utilizados no tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)</p> <p>Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST), a Unidade investiga e trata após confirmação do diagnóstico</p> <p>Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST), a Unidade faz tratamento sintomático</p> <p>Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST), a Unidade faz orientação e aconselhamento sobre o uso de camisinha (preservativo)</p> <p>Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST), a Unidade faz orientação e aconselhamento para testagem sorológica</p> <p>Na consulta de enfermagem realizada discussão sobre a adesão</p> <p>Na consulta de enfermagem realizado atendimento a DST</p> <p><b>Subdomínio Vigilância e informação em saúde e oportunidade de prevenção</b></p> <p>O número de vacinas realizadas dado registrado pela Unidade</p> <p>O número de coletas de Papanicolaou dado registrado pela Unidade</p> <p>Quando ocorrem casos de doenças de notificação compulsória, a Unidade realiza busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente</p> <p>Quando ocorrem casos de doenças de notificação compulsória, a Unidade realiza atividades de educação e prevenção para os usuários da Unidade em relação aos agravos notificados</p> <p>Quando ocorrem casos de doenças de notificação compulsória, a Unidade realiza atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade</p> <p>Os resultados de exames são avaliados quando chegam na Unidade</p> <p>A convocação de faltosos em atividades agendadas feita em situação de resultado(s) de exame(s) alterado(s)</p> <p>A convocação de faltosos em atividades agendadas feita em situação de vacinação</p> <p>Não houve nenhum caso de sífilis congênita entre as gestantes que realizaram pré-natal na Unidade nos últimos três anos</p>
<p style="text-align: center;"><b>Domínio Atendimento à saúde reprodutiva</b></p> <p><b>Subdomínio Planejamento reprodutivo</b></p> <p>Atividades de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram planejamento familiar</p> <p>Atividades de educação em saúde na Unidade, no último ano, abordam planejamento familiar</p> <p>Atividades planejadas para saúde da mulher contemplam planejamento familiar</p> <p>A pílula (anticoncepcional oral) foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>O anticoncepcional injetável foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>A camisinha (preservativo masculino) foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>O preservativo feminino foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>O DIU foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>O diafragma foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>A pílula do dia seguinte foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>O encaminhamento para laqueadura foi um método contraceptivo disponibilizado pela Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>O encaminhamento para vasectomia foi um método contraceptivo disponibilizado pela Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>Na consulta de enfermagem realizada orientação sobre métodos de contraceção</p> <p><b>Subdomínio Atendimento ao pré-natal e parto</b></p> <p>O teste de gravidez tipo Pregnoticon (na urina) ou o βHCG (no sangue) são realizados pela Unidade</p> <p>As atividades de educação em saúde desenvolvidas na Unidade, no último ano, incluíam grupos de gestantes adolescentes</p> <p>A convocação de faltosos em atividades agendadas feita para gestantes</p> <p>A convocação de faltosos em atividades agendadas feita para revisões pré-parto/parto</p> <p>As atividades planejadas para saúde da mulher contemplam pré-natal</p> <p>Diante do diagnóstico de gravidez, a inscrição no pré-natal realizada imediatamente, por profissional da enfermagem (enfermeira e/ou auxiliar)</p> <p>A maior parte das gestantes que realiza o pré-natal inicia o acompanhamento no primeiro trimestre</p> <p>Exames realizados de rotina para todas as gestantes</p> <p>Atividades de educação em saúde desenvolvidas regularmente para gestantes incluem grupos de gestantes</p> <p>Forma de agendamento e local de realização da consulta de pré-parto imediato (1 a 10 dias)</p> <p>Forma de agendamento e local de realização da consulta de revisão do parto tardia (até 42 dias após o nascimento)</p> <p>Realizada assistência odontológica para gestantes</p> <p><b>Subdomínio Atendimento à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade</b></p> <p>As atividades planejadas para saúde da mulher contemplam atendimento ginecológico</p> <p>As atividades planejadas para saúde da mulher contemplam prevenção de câncer de mama</p> <p>Categorias profissionais que realizam exame físico de mama</p> <p>O exame físico de mama realizado quando hígidas da paciente</p> <p>Adequação dos critérios de solicitação da mamografia</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de adultos contempla prevenção de câncer de próstata</p>	

Fonte: QualiAB, 2010; Nasser, 2015.

Atenção à Saúde Reprodutiva foi o domínio com maior desempenho (64,86%), seguido de Prevenção e Assistência às DST/aids (62,96%), e Promoção à SSR (36,37%).

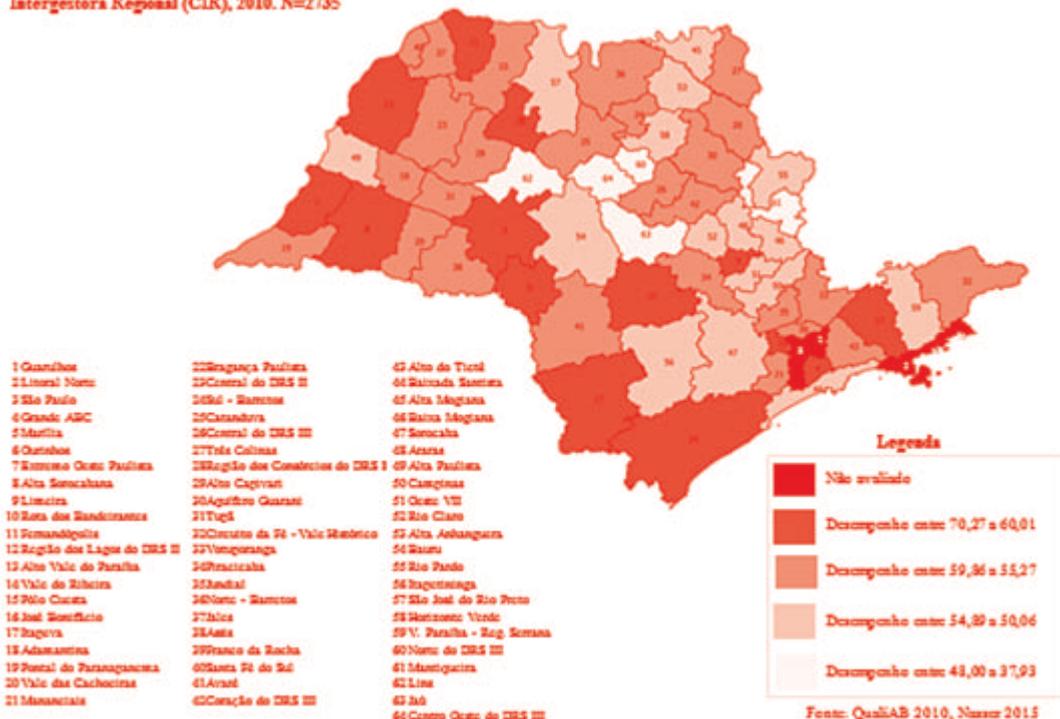
Quanto ao tipo de arranjo organizacional, o desempenho foi melhor entre os serviços que se autotomizam como UBS com equipe de Saúde da Família; tendo a média mais alta para ações de SSR, e em todos os domínios e subdomínios, à exceção de vigilância e informação em saúde com chance de prevenção e planejamento reprodutivo, em que o melhor desempenho foi das USF com especialidades – arranjo que corresponde à segunda posição para a dimensão SSR. As UBS com PACS têm as terceiras maiores médias e, subseqüentemente, as USF, as UBS com ou sem especialidades, e os postos avançados (tabela 1).

De modo geral, o desempenho das unidades localizadas em zona urbana periférica é discretamente melhor do que o das unidades

localizadas em zona urbana central e ambas têm melhor desempenho do que as unidades rurais – o que se pode observar em relação à dimensão SSR, e aos domínios promoção à SSR e atenção à saúde reprodutiva; sendo que no domínio prevenção e assistência às DST/aids, as unidades localizadas em área urbana central têm melhor desempenho em todos os subdomínios, exceto vigilância e informação em saúde com chance para a prevenção de DST/aids (tabela 2).

O DRS de melhor desempenho médio é o da Grande São Paulo. São João da Boa Vista tem o pior desempenho (tabela 3). A CIR de melhor desempenho é a do Grande ABC, com 70,27%, participando do grupo que reúne as CIR na faixa com maior realização média de ações de SSR; já o Centro Oeste do DRS III tem desempenho de 37,93%, o menor na faixa, que inclui as CIR que apresentaram a menor realização média de ações de SSR (ver mapa 1).

**Figura 1 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), segundo Comissão Intergestora Regional (CIR), 2010. N=2735**



**Tabela 1.** Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação para os diferentes arranjos organizacionais definidos por autotclassificação em 2010. N=2735

	Autotclassificação																							
	USF		USF com especialidades		UBS com ou sem especialidades		UBS com equipe de saúde da família		UBS com PACS		Postos avançados		Outros											
	n	média	DP <sup>1</sup>	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP									
<b>Promoção à SSR</b>	1195	42,05	22,22	123	22,79	28,82	20,34	874	20,34	28,82	20,34	154	44,47	24,95	233	36,05	20,67	14,00	10,50	20	14,00	10,50	24,76	20,60
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede		50,16	19,99	52,34	21,07	40,03	21,37		54,55	23,91	45,23	18,91		25,63	17,43		25,63	17,43		35,94	24,22			
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação		37,34	27,91	35,02	27,96	22,94	24,14		39,61	29,74	30,84	26,09		6,92	11,94		6,92	11,94		19,97	23,54			
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução		41,13	33,09	43,29	32,02	25,49	29,20		40,10	34,47	34,66	30,50		13,75	23,61		13,75	23,61		18,01	26,12			
<b>Prevenção e assistência às DST/aids</b>		64,56	13,19	67,88	12,90	60,61	17,03		71,10	14,00	67,70	13,48		35,47	21,56		35,47	21,56		46,36	25,94			
Prevenção e diagnóstico DST/aids		62,01	12,92	64,69	11,96	59,20	16,65		67,36	14,90	64,10	13,49		33,04	20,85		33,04	20,85		44,66	25,63			
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids		59,53	20,16	63,71	23,03	57,13	24,61		71,37	18,93	64,73	21,66		32,73	23,48		32,73	23,48		45,12	32,06			
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids		77,21	19,07	81,12	16,65	68,45	22,16		80,30	17,63	80,54	16,82		45,00	26,36		45,00	26,36		52,21	29,17			
<b>Atenção à saúde reprodutiva</b>		67,30	14,93	71,65	12,33	62,51	19,33		71,74	14,08	68,45	15,30		35,16	25,80		35,16	25,80		42,81	31,04			
Planejamento reprodutivo		62,80	18,43	69,86	15,81	61,59	22,26		66,98	17,17	67,91	17,83		33,85	24,63		33,85	24,63		44,34	30,87			
Atenção ao pré-natal e ao puerpério		72,86	20,11	74,80	17,58	63,45	24,39		77,76	20,55	71,14	22,03		31,67	29,69		31,67	29,69		40,56	36,81			
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade		65,96	17,22	69,24	14,16	62,62	20,44		70,02	15,76	64,23	15,59		31,11	44,00		31,11	44,00		44,00	30,94			
<b>Dimensão SSR</b>		59,73	13,69	62,49	13,16	53,18	16,10		64,57	14,65	59,94	13,35		18,68	39,80		18,68	39,80		23,67	23,67			

Fonte: QualiAB 2010; Nasser 2015

Notas: p&lt;0,001; Teste: Kruskal-wallis

1 - Desvio padrão.

SF - Saúde da Família; SF+UBS - Saúde da Família com UBS; UBS - Unidade Básica de Saúde; PACS - Programa de Agente comunitário de Saúde.

**Tabela 2.** Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação para as diferentes localizações dos serviços (2010). N=2735

	Localização					
	Rural		Urbana central		Urbana periférica	
	n		n		n	
	260	260	927	927	1548	1548
	média	DP <sup>1</sup>	média	DP	média	DP
<b>Promoção à SSR</b>	32,62	23,42	35,57	22,18	37,49	22,66
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	41,68	22,86	45,85	20,98	46,75	21,68
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	27,40	27,34	30,40	27,11	32,19	27,51
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	31,44	32,94	31,85	31,48	36,19	32,64
<b>Prevenção e assistência às DST/aids</b>	56,55	19,55	64,17	16,92	63,32	15,16
Prevenção e diagnóstico DST/aids	56,72	18,51	61,48	17,03	60,79	14,73
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	46,26	24,60	61,68	23,12	59,79	22,27
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	68,68	25,54	74,07	21,62	74,08	20,84
<b>Atenção à saúde reprodutiva</b>	58,65	22,88	64,42	19,26	66,17	17,21
Planejamento reprodutivo	56,39	23,76	62,24	21,18	63,28	20,24
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	60,58	28,84	67,47	25,08	69,85	22,69
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	59,68	22,67	63,05	20,94	65,07	18,25
<b>Dimensão SSR</b>	51,16	19,41	57,03	16,41	57,69	15,31

FONTE: QualiAB 2010; Nasser 2015.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis;  $p < 0,05$  para todos os grupos

1 Desvio padrão.

Tabela 3 - Mês de desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), segundo Distrito Regional de Saúde (DRS), segundo Distrito (DP), 2010, N=2735

DRS	Promoção - SSR	Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	Prevenção e assistência DST/aids	Prevenção e diagnóstico DST/aids	Tatam. com parceria com outros serviços de apoio aos pacientes com DST/aids	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Atenção - saúde reprodutiva	Planejamento reprodutivo	Atenção ao parto e ao puerpério	Atenção - saúde dos ligandos - sexualidade	Dimensão SSR
I Grande São Paulo (n=285)	m dia 38,74 DP 24,49	44,21 22,70	34,98 34,23	40,00 30,98	67,35 13,58	64,04 13,58	66,48 21,72	76,88 18,75	73,85 12,71	73,79 14,19	77,02 17,53	67,66 16,49	62,16 14,21
II Araraquã (n=92)	m dia 39,13 DP 21,03	50,27 28,11	34,78 28,11	30,98 31,53	66,58 15,90	63,56 15,21	65,51 22,69	75,60 21,62	66,62 17,18	62,29 19,02	72,10 23,42	65,04 16,40	59,66 14,67
III Araraquã (n=148)	m dia 29,84 DP 21,35	39,53 25,77	24,48 21,58	28,20 30,48	58,61 63,62	57,02 57,24	56,76 64,76	64,94 78,54	60,77 65,27	56,60 59,22	65,32 73,29	60,70 20,11	52,02 16,50
IV Baixada Santista (n=73)	m dia 27,01 DP 15,98	39,90 19,17	18,02 19,15	30,48 25,43	63,62 13,60	57,24 11,57	64,76 24,62	78,54 18,55	65,27 11,85	59,22 15,58	73,29 13,68	62,33 17,13	54,89 11,53
V Baretos (n=84)	m dia 36,19 DP 23,06	46,88 21,60	30,49 28,67	33,33 30,14	65,06 16,75	65,53 17,20	68,15 20,89	74,74 22,77	64,06 18,70	58,24 22,09	68,15 22,78	68,45 21,65	57,46 16,50
VI Bauru (n=229)	m dia 32,17 DP 22,04	44,92 22,69	25,70 25,65	27,73 29,91	58,68 18,28	55,90 18,86	53,75 22,61	71,81 23,60	59,29 21,07	54,82 21,88	63,68 26,69	60,19 22,63	52,18 18,06
VII Campinas (n=287)	m dia 32,57 DP 19,16	42,64 19,88	27,50 23,25	28,92 30,29	60,69 15,60	57,98 14,42	57,93 23,91	71,00 22,01	66,61 16,10	65,13 19,55	69,43 20,15	64,17 19,12	55,44 14,27
VIII Franca (n=103)	m dia 43,50 DP 22,68	49,51 21,43	40,93 35,60	39,81 35,60	61,28 16,43	61,67 24,87	59,49 27,47	62,46 21,00	57,38 19,91	56,24 22,57	55,91 26,80	62,78 21,29	55,57 16,34
IX Marília (n=239)	m dia 40,60 DP 22,51	50,31 20,21	35,56 27,61	37,55 34,52	67,86 14,14	65,04 13,82	62,99 21,90	81,03 17,43	69,42 16,57	66,14 19,13	74,62 22,18	66,11 17,34	61,46 14,86
X Piraicatu (n=112)	m dia 32,93 DP 21,10	43,19 21,41	25,82 24,76	35,49 31,95	60,84 15,06	58,77 13,96	57,39 21,69	70,34 21,79	65,35 16,57	65,18 18,38	66,07 22,08	64,29 17,02	55,20 14,84
XI Presidente Prudente (n=183)	m dia 40,79 DP 22,50	49,86 19,48	36,19 27,83	37,57 33,03	67,24 11,08	64,98 11,74	60,85 18,49	80,81 14,60	69,72 11,71	66,46 16,29	74,00 16,48	68,21 15,79	61,33 11,68
XII Registro (n=73)	m dia 39,89 DP 21,45	51,20 22,45	30,87 25,43	46,58 31,27	66,93 14,43	66,05 14,61	59,40 18,81	78,39 21,27	69,02 16,03	69,86 17,98	70,32 20,22	64,61 20,59	60,76 14,12
XIII Ribeirão Preto (n=154)	m dia 40,57 DP 23,93	48,94 22,95	36,16 29,45	38,15 33,72	60,19 20,07	58,58 19,34	57,44 25,07	67,68 26,42	61,88 21,44	61,29 22,05	62,39 28,78	62,12 23,05	55,77 19,12
XIV São João da Boa Vista (n=115)	m dia 30,30 DP 21,93	39,67 21,16	25,42 25,94	27,39 32,61	59,23 19,27	55,84 19,02	56,92 24,18	70,72 24,51	55,96 21,85	60,47 23,21	49,93 28,22	58,26 25,01	50,90 17,71
XV São João do Rio Preto (n=243)	m dia 39,88 DP 23,32	47,84 20,05	35,90 29,59	36,93 32,72	64,18 16,86	61,98 16,25	59,45 24,75	75,58 19,88	60,89 19,45	55,30 21,11	65,47 26,82	63,85 19,82	57,01 17,12
XVI Sorocaba (n=187)	m dia 28,73 DP 20,67	40,98 21,76	21,18 22,90	28,74 30,44	60,17 18,12	57,43 16,75	55,71 26,70	72,61 22,73	65,45 21,85	64,46 23,26	68,18 20,34	62,12 20,34	53,88 17,97
XVII Taubaté (n=128)	m dia 44,19 DP 24,08	54,98 21,64	39,18 29,79	38,87 32,88	60,76 15,78	60,53 15,43	52,13 21,20	71,88 20,68	60,74 19,82	52,10 21,13	69,66 28,15	61,59 19,46	56,57 17,00
XVIII SP (n=2735)	m dia 36,37 DP 22,61	45,96 21,60	31,12 27,39	34,27 32,34	62,96 16,36	60,64 15,97	59,15 23,18	73,56 21,64	64,86 18,64	62,27 21,00	68,16 24,30	63,88 19,71	56,84 16,22

FONTE: QualiAB 2010; Nasser 2015.  
NOTA: p<0,001 para todos os grupos

## Discussão

Considerando que a efetividade da APS é influenciada por causas históricas e conjunturais<sup>12</sup>, a comparação dos desempenhos médios para a dimensão SSR – de acordo com as características: tipo de arranjo organizacional, zona de localização e região de saúde – visa propiciar a reflexão sobre escolhas gerenciais dos serviços e de gestão do sistema de saúde paulista<sup>8</sup>.

O debate sobre os arranjos assistenciais mais adequados, ou de qualidade, é frequente<sup>12,20</sup>. A ESF vem obtendo melhores resultados, que podem se dever a medidas governamentais indutivas<sup>12</sup>. Independentemente do arranjo, alguns grupos de ações ainda não atingem padrões satisfatórios<sup>12</sup>, como é o caso da SSR, que apesar de ser um campo recente e de complexa abordagem, os resultados mostram que existe a necessidade de melhorar o desempenho, considerando-se que a APS é nível prioritário para o acesso da população à SSR<sup>7,14,25,26</sup>, particularmente por sua proximidade ao território<sup>19</sup>.

O debate paulista sobre formas de organização da APS, a partir de modelos de saúde pública<sup>16</sup>, bem como a permanência entre remanescentes dessas propostas e o realinhamento tecnológico, contribuem para compreender características atuais dos serviços de APS. A forma de operação do SUS sobre a rede local, assim como a recente municipalização da atenção à saúde local concorrem para a riqueza de formas da APS paulista. Ao invés de buscar a homogeneização ou a substituição de todos os tipos por um único – tendência da fase inicial da proposição da ESF como modelo pelo governo federal<sup>12</sup> –, o contexto paulista é mais adequado à convivência entre os arranjos organizativos.

As respostas analisadas para o desempenho em ações de SSR podem contribuir para essa discussão, particularmente pelo conhecimento da realidade concreta. Verifica-se que o híbrido

entre os dois tipos polares – UBS tradicional e ESF – apresenta melhor desempenho. Certamente, há componentes de cada um dos dois arranjos que, juntos, favorecem esse melhor desempenho, sendo interessante a investigação de quais são e o seu emprego. É possível que a tradição das UBS<sup>16</sup> em ações relacionadas à saúde materno-infantil e à prevenção de doenças infecciosas no estado de SP tenha contribuído para contrabalançar o investimento preferencial dirigido às unidades com saúde da família<sup>12</sup>.

A relação observada nas comparações entre o desempenho das unidades de APS e ações de SSR e a localização da unidade merece ser melhor compreendida e considerada no planejamento de treinamentos e investimentos. Nos cenários nacional e paulista, muitos dos esforços foram concentrados nos centros, com menor difusão e investimento para o interior<sup>1</sup>.

Em SP, o processo histórico, marcado pelo polo cafeeiro e ferrovias e, depois, pelo desenvolvimento da industrialização e das rodovias, ocasionou o aspecto de V central<sup>9</sup>, com marginalização das regiões localizadas nas pontas, inclusive no que tange aos equipamentos de saúde. Nesse sentido, a confluência de interesses corporativos sobre o processo de urbanização e modernização determinou a conformação de espaços luminosos e opacos, no que diz respeito à densidade técnica, informacional e à atração de capital, influenciando seletividades geográficas do SUS, em termos de oferta, acesso e complexidade de serviços de saúde<sup>1</sup>.

Entre regiões, e em uma mesma localidade, o pior desempenho em SSR das unidades rurais provavelmente se deve ao investimento historicamente diferenciado em estrutura e tecnologia, para pontos mais centrais e periféricos do sistema. O pequeno destaque para as unidades urbanas periféricas, em relação às urbanas centrais, pode estar ligado às características: proximidade

entre o serviço e a população, número de pacientes, tipo e complexidade de demandas<sup>3</sup> – aspectos para os quais pode haver direcionamento de ações. Note-se que essa ordem apenas se inverte nos subdomínios de prevenção e diagnóstico das DST/aids e tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids, em que as unidades urbanas centrais se sobressaem, possivelmente em conformidade com as exigências tecnológicas dessas ações e a proximidade entre esses serviços de APS e outros da saúde e de demais setores, incluindo eventualmente equipamentos do Programa de DST/Aids e Hepatites Virais, que apontam para a potencialidade das redes<sup>8</sup>.

Uma possibilidade explicativa para o mencionado destaque das unidades urbanas periféricas está nas formas de uso dos serviços de saúde e do espaço social – os setores sociais mais excluídos são atraídos por polos locais (periféricos) das cidades<sup>3</sup>; são pouco habituados, ou enfrentam mais obstáculos em acessar o centro e, geralmente, procuram postos de saúde no bairro onde residem, recorrendo a centros de especialidades e hospitais apenas em caso de última necessidade. De forma compatível a essa realidade, os serviços de APS têm como uma de suas características precisamente o trabalho em proximidade com o território<sup>19</sup>; e alguns de seus arranjos organizacionais, particularmente a ESF e o PACS, são orientados pela equidade<sup>12</sup>, estando, por isso, voltados às classes populares que habitam a periferia do sistema.

Há que reconhecer iniciativas relacionadas à regionalização, à conformação de redes e à gestão colegiada<sup>8</sup>. Entretanto, a variação do desempenho em ações de SSR, verificada para as regiões de saúde do estado de São Paulo – DRS e CIR –, aponta para a importância de investimento também diferenciado em mecanismos de gestão e apoio técnico para cada uma delas. A

diversidade de desempenho dos serviços de cada região em SSR pode expressar características dos sistemas regionais de saúde, incluindo componentes sociodemográficos e epidemiológicos<sup>4</sup>, “história” da rede, equipamentos instalados, arranjos organizacionais operados<sup>16</sup>, entre outras. O melhor desempenho do DRS Grande São Paulo, assim como das CIR da faixa de maior porcentagem de ações de SSR realizadas, não surpreende, uma vez que há, tradicionalmente, maior alocação de investimento em recursos, treinamento, fluxo e diversidade de equipamentos, no centro dos sistemas<sup>1</sup>. Do mesmo modo, os piores desempenhos no DRS de São João da Boa Vista e nas CIR que estão na faixa de menor realização média de ações devem ser compreendidos à luz de aspectos geográficos, administrativos, de gestão de fluxos e de vigilância da saúde<sup>3,8</sup>.

### Recomendações

A avaliação comparativa do desempenho das unidades, segundo arranjo organizacional, localização e região em saúde, permite recomendações dirigidas principalmente aos gestores do programa de SSR na APS e aos gerentes das unidades. Profissionais de saúde podem se interessar por conhecer dados que consolidam algumas características de seu trabalho e assim considerar suas próprias necessidades para a melhoria da atenção à SSR. Usuários e movimentos sociais podem tomar o presente artigo como uma ferramenta para o acompanhamento do programa de SSR na APS por meio da participação social em saúde.

É importante que a constatação da diversidade da APS paulista e das diferenças entre os desempenhos não seja apreciada com conformismo ou como motivo de competição entre as regiões e tipos de unidade; mas sim enseje a oportunidade de reconhecimento das características

dos serviços e experiências regionais, que favoreçam o desempenho e possam ser replicadas, bem como o investimento em esforços de gestão dirigidos preferencialmente às regiões com pior desempenho, incluindo o treinamento para as funções de gestão.

Assim, recomendam-se: o estudo das características dos arranjos organizacionais que favoreçam a performance em SSR, verificando-se a possibilidade de incentivar a adoção das modalidades que combinem atributos favoráveis de cada tipo, com vistas à obtenção de unidades de APS mais efetivas; e a priorização das zonas de localização e regiões de pior desempenho, com o estímulo à constituição ou ao fortalecimento de redes temáticas micro e macrorregionais para o compartilhamento de serviços, a organização de fluxos e a troca de informações.

É importante haver investimento estrutural e financeiro, sobretudo, no processo de organização do trabalho, incluindo treinamentos para as ações de SSR e para aspectos gerenciais das unidades, bem como de gestão do programa de SSR na APS paulista.

### Referências

- 1 Almeida EP, Antas Jr RM. Os serviços de saúde no estado de São Paulo: seletividades geográficas e fragmentação territorial. In: Mota A, Marinho MGMC. Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e editora; 2011. p.281-295.
- 2 Andrade MC, Castanheira ERL. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. Saude Soc. 2011; 20(4):980-990. [acesso em 11 julh 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400015>
- 3 Bousquat, AEM. Espaço e saúde. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHAd'A. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 243-260.
- 4 Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MAS, Puttini RF, Soares ID, Patrício KP, Nasser MA, et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saude Soc. 2011; 20(4):935-947. DOI: 10.1590/S0104-12902011000400011.
- 5 Cook R, Dickens B, Fathalla M. Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro: CEPIA; 2004.
- 6 D'Oliveira AFLP. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. Interface. 1999; 3(4):105-22.
- 7 Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/aids na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(2):240-250.
- 8 Ferreira JBB, Bombarda FP, Foster AC, et al. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 731-761.
- 9 Gianna MC, Kalichman A, Paula IA, Cervantes V, Shimma E. Políticas Públicas e prevenção das DST/aids: ontem, hoje e amanhã. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchala CM, organizadores. Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá; 2012. p.43-70.
- 10 Grangeiro A, Laurindo Da Silva L, Teixeira PR. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Rev. Panam. Salud Publica. 2009; 26(1):87-94.
- 11 Gruskin S, Tarantola D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos. Curitiba: Juruá; 2012. p.71-94.
- 12 Luppi CG, Andrade MC, Simões O, Pinho VP. Atenção primária a saúde/atenção básica. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p.332-53.
- 13 Ministério da Saúde. Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. [acesso 5 maio 2016] Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/direitos\\_sexuais\\_port\\_210910.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/direitos_sexuais_port_210910.pdf).
- 14 Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 26 - Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [acesso em: 5 maio de 2016]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/caderno\\_ab.php](http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php).
- 15 Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459 de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde

- SUS – a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [acesso em: 5 maio de 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).
- 16 Mota A, Schraiber LB. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde & Soc.* 2011; 20(4):837-52.
- 17 Nasser MA. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015. [acesso em: 5 maio de 2016]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22012016-110316/>
- 18 Nemes MIB. Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 2001. p.7-28.
- 19 Oliveira GN, Furlan PG. A coprodução de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild; 2008. p.247-272.
- 20 Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no séc. XXI. Salvador: EDUFBA; 2006. p.49-78.
- 21 Paula IA, Santos NJS. A prevenção às DST/aids nos serviços de atenção básica no estado de São Paulo, 2012. In: Paiva V, Calazans G, Segurado A, organizadores. Vulnerabilidade e Direitos Humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade. Curitiba: Juruá Editora; 2012. p.219-238.
- 22 São Paulo (Estado). Boletim do Instituto de Saúde nº 46. *Saúde Sexual e Reprodutiva.* 2008; 46.
- 23 São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. Calife K, Lago T, Lavras C (organizadores). São Paulo: SES/SP; 2010.
- 24 São Paulo (Estado). Resolução n. 16 de 23 de Fevereiro de 2015. Institui a Rede de Cuidados em DST/HIV/Aids e Hepatites Virais no estado de São Paulo, e dá providências correlatas. *Diário Oficial, São Paulo (SP).* 24 fev. 2015. Seção 1:33.
- 25 United Nations, Fundo de População das Nações Unidas. Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 1994. New York: Fundo de População das Nações Unidas; 2004.
- 26 United Nations, Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher. Platform of Action. Adopted at the International Conference on Women, Beijing, 1995. New York: UNFPA; 2004.
- 27 Ventura M. Direitos reprodutivos no Brasil. São Paulo: MacArthur Foundation; 2001.

# Gravidez na adolescência e abortos provocados: efetividade da Estratégia de Saúde da Família em eventos de saúde reprodutiva<sup>1</sup>

**Teenage pregnancy and abortions: effectiveness of the Health Strategy of the Family in reproductive health events**

Regina Figueiredo<sup>II</sup>, Suzana Kalckmann<sup>III</sup>, Tereza Etsuko da Costa Rosa<sup>IV</sup>, Sonia Isoyama Venancio<sup>V</sup>

## Resumo

Neste estudo, objetiva-se analisar a efetividade da cobertura da Estratégia de Saúde da Família sobre o planejamento reprodutivo, especificamente, gravidez na adolescência e nos abortos provocados. Trata-se de estudo ecológico longitudinal envolvendo todos os municípios do estado de São Paulo no período de 1998 a 2009. Os desfechos foram a proporção de partos de adolescentes menores de 20 anos e a taxa estimada de internações por aborto induzido. A variável independente principal foi “cobertura da ESF”; as covariáveis consideraram o contexto sociodemográfico e do sistema de saúde. Utilizaram-se modelos de regressão binomial negativa de efeitos fixos, no pacote estatístico Stata 11.1. Observou-se efeito da ESF, tanto sobre a redução de partos em menores de 20 anos quanto para a redução de internações por aborto induzido somente na análise bruta, sendo que os fatores contextuais mostraram maior influência sobre tais indicadores. Assim, o estudo mostrou a importância relativa da ESF sobre os indicadores abordados e que o desenvolvimento econômico, representado por mais acesso a informações, maior número de serviços e serviços de melhor qualidade, incluindo os disponibilizados por planos de saúde complementares do município e preponderância sobre os indicadores.

**Palavras-chave:** Gravidez na adolescência; Estratégia de Saúde da Família; Estudos ecológicos.

## Abstract

In this study the objective was to analyse the effectiveness of the coverage of the Family Health Strategy (FHS) over the reproductive planning, specifically, adolescent pregnancy and the induced abortion. It is an ecological longitudinal study involving all the municipalities of the state of Sao Paulo, Brazil, from 1998 through 2009. The outcomes were the proportion of births in adolescents with less than 20 years old, and the estimated rate of internment for induced abortion. The main independent variable was the “coverage of FHS”; the co-variables consider the socio-demographic and health system context. Fixed-effect negative binomial regression models were used, using Stata 11.1. An effect of the FHS was observed, both over the reduction of births in adolescents with less than 20 years old, as over the reduction of the internments for induced abortion only in the raw analysis, and the contextual factors showed greater influence on such indicators. Hence, the study showed a relative importance of FHS over the addressed indicators and that economic development, represented by more access to information, more and better services, including those provided by complementary health plans of the city are preponderant over the indicators.

**Key-words:** Teenage pregnancy; the Family Health Strategy; Ecological studies.

<sup>1</sup> Artigo baseado nos resultados da pesquisa “Efetividade da Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS-SP”, processo 53143-8 do PPSUS 2009/2010, desenvolvida pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>II</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, Mestre em Antropologia Social e Doutora em Ciências na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro do Grupo Técnico de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>III</sup> Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.gov.br) é bióloga, Mestre em Epidemiologia pela UNIFESP e Doutora em Ciências pela CCD da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>IV</sup> Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>V</sup> Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Pesquisadora Científica VI e Vice-Diretora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



## Introdução

O papel da Atenção Primária vem sendo enfatizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como principal estratégia de reorganização dos sistemas de saúde para superação das desigualdades de acesso, dos altos custos dos serviços e das dificuldades para implementação das políticas de saúde no mundo<sup>24</sup>.

No Brasil, desde 1994, o Ministério da Saúde vem estimulando a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), objetivando a reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Atenção Primária tendo papel principal e estruturante ao ser caracterizada pelo *“conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”*<sup>19</sup>. Em 2009, a ESF atingiu cerca de 94,3% dos municípios brasileiros, com mais de 31.400

equipes multiprofissionais<sup>21</sup>. No estado de São Paulo, a proporção de municípios atingidos foi de cerca de 80% e a população estimada coberta, aproximadamente de 30% da população<sup>15</sup>.

Avaliações realizadas sobre o impacto da ESF indicam que a sua presença no município está associada a melhores resultados em seus indicadores de saúde, como, por exemplo, a redução da mortalidade infantil em municípios com maior cobertura de ESF<sup>1,6,13</sup>. Quanto, especificamente, à saúde sexual e ao planejamento reprodutivo, estudos qualitativos apontam que a ESF pode favorecer o envolvimento das equipes de saúde com a população local, com seus códigos, seus recursos comunitários e públicos, gerando indiscutivelmente maior possibilidade de melhoria dos indicadores de saúde<sup>4,10</sup>.

Por isso, espera-se que, com a ampliação de cobertura da ESF, a Atenção Básica desempenhe o esperado papel estruturante na promoção da saúde sexual e reprodutiva, na medida em

que não apenas permita a prevenção de males e doenças, mas também possibilite a realização de acompanhamentos de pré-natal, pós-parto e acesso a métodos de controle da fecundidade, evitando ocorrências de morbidade. Na Atenção Básica, essa possibilidade se efetiva, em especial, nas ações relativas às consultas ginecológicas, que facilitam o acesso à contracepção, incluindo o fornecimento dos insumos<sup>7</sup>.

Espera-se, também, que, através do maior vínculo da população com os serviços e com a oferta de atividades de planejamento familiar, haja uma diminuição de gestações não planejadas e de abortos provocados, tanto em mulheres adultas quanto em adolescentes.

No Brasil, é alta a proporção das mulheres em idade reprodutiva que afirma usar algum método contraceptivo, cerca de 80%<sup>20</sup>. Contudo, observam-se altas proporções de gravidezes indesejadas ou não planejadas e de abortos provocados, indicando uso incorreto e/ou inconsistente de métodos contraceptivos, especialmente por mulheres jovens, de estratos sociais desfavorecidos e residentes em áreas periféricas das cidades<sup>14,22</sup>.

O panorama exposto nos leva a crer que, para haver mudanças positivas nas ações ligadas ao planejamento familiar, não se trata apenas de haver dispensa de contraceptivos pelos serviços de saúde, mas, também, concomitantemente, fornecer orientações adequadas e retaguarda para os eventuais problemas que ocorrem durante o uso dos métodos contraceptivos. A proximidade da equipe da ESF com a população deveria propiciar maior acesso à informação, bem como maior prontidão para tal utilização.

O presente artigo objetiva analisar a efetividade da cobertura da Estratégia de Saúde da Família sobre o planejamento reprodutivo, através de seu impacto na gravidez na adolescência e nos abortos provocados.

## Método

A pesquisa “*Efetividade da Estratégia de Saúde da Família no âmbito do SUS-SP*”, realizada em 2009 e 2010, é um estudo ecológico longitudinal, com caráter avaliativo. Foram coletados e sistematizados dados secundários (epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos) para cada ano do período de 1998 a 2009, dos 645 municípios do estado de São Paulo.

Os dados coletados foram selecionados com base na construção de modelos teóricos para análise da influência da Estratégia de Saúde da Família sobre indicadores em diversas linhas de cuidado. Os indicadores selecionados para avaliar a efetividade da cobertura da ESF sobre a linha de cuidado à Saúde da Mulher no item Planejamento Familiar e Reprodutivo foram “*partos de adolescentes menores de 20 anos*” e “*taxa estimada de internações por aborto induzido*”, que refletem indiretamente a efetividade das intervenções e/ou assistência em planejamento reprodutivo e contracepção às mulheres, especialmente as jovens.

Para “*partos de adolescentes menores de 20 anos*” foram levantados, para cada município, nos anos de 1998 a 2009: o número de nativos de mulheres residentes com idade menor que 20 anos, no mesmo período<sup>16</sup>. A “*taxa estimada de internações por aborto induzido*” foi calculada dividindo-se o número de internações por aborto induzido em cada município, nos anos de 1998 a 2009, pela população feminina em idade fértil (10 a 49 anos) residente em cada município, no mesmo período<sup>17</sup>.

A principal variável independente analisada foi a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no município, que expressa o percentual de pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica em relação ao total da população do município. Foram consideradas três categorias para essa variável: municípios sem cobertura/

nenhuma unidade de ESF (= 0%), municípios com baixa cobertura (= 0,1% a 50%) e municípios com maior cobertura (= 51% e mais).

Foram também analisadas outras covariáveis independentes de controle:

- Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS):

Considerando-se baixo IPRS = -3+4+5 (referência) e alto IPRS = 1+2<sup>8</sup>, os grupos de municípios foram agrupados em:

- 1) municípios que se caracterizam por um nível elevado de riqueza com bons níveis nos indicadores sociais;
- 2) municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não são capazes de atingir bons indicadores sociais;
- 3) municípios com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores sociais;
- 4) municípios que apresentam baixos níveis de riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade;
- 5) municípios mais desfavorecidos do estado, tanto em riqueza quanto nos indicadores sociais.

- % de população beneficiária de saúde suplementar; % da população com planos de saúde privados no total da população do município por ano<sup>15</sup>;

- % de pretos e pardos: calculada pelo total de pretos e pardos do município, por ano, pelo total da população<sup>8,9</sup>;

- % de mulheres em idade reprodutiva: calculada pelo total de mulheres entre 10 e 49 anos do município por ano, no total da população<sup>8,9</sup>;

- Taxa de leitos de obstetrícia: nº leitos de obstetrícia, por município, por ano, na população feminina em idade fértil no mesmo período<sup>17</sup>;

- Taxa de leitos de UTI adulto: nº de leitos de UTI adulto em relação à população de maiores

de 15 anos nos municípios para os anos de 1998 a 2009<sup>17</sup>;

- Taxa de cesária: nº cesárias em cada município nos anos de 1998 a 2009, tendo como referência o número de nascidos vivos nos municípios no mesmo período<sup>17</sup>;

- Porte populacional dos municípios por ano<sup>9</sup>:

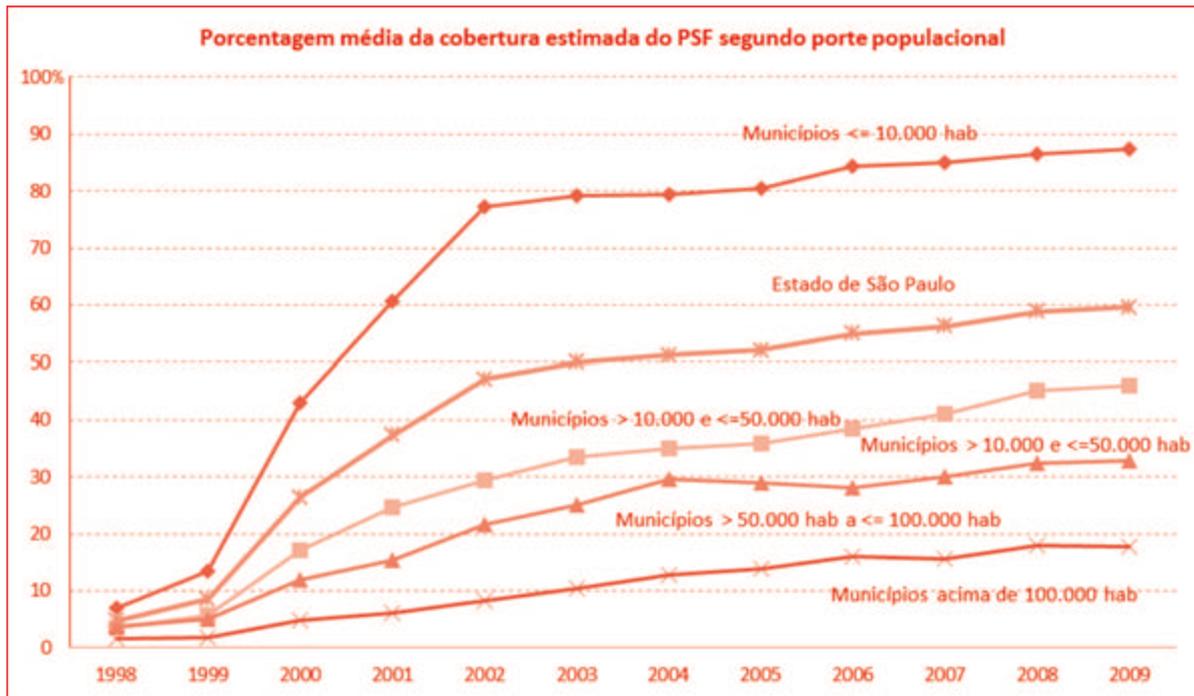
- < 10.000 habitantes (referência);
- . + 10.000 a 50.000 habitantes;
- . + 50.000 até 100.000 habitantes;
- . + de 100.000 habitantes

Para a análise da cobertura municipal da Estratégia de Saúde da Família foi usada a regressão binomial negativa para painel de dados, onde a ocorrência de determinados eventos em sucessivos intervalos de tempo é definida com o uso de painel de dados ou modelos para dados longitudinais, nos quais múltiplas unidades ( $n > 1$ ) possuem observações repetidas<sup>1,5,13,25</sup>. Realizaram-se regressão simples ou bivariada, para a seleção das variáveis explicativas, e regressão múltipla, frente a mais de uma variável independente selecionada<sup>10</sup>. O processamento estatístico foi realizado por meio do pacote estatístico Stata 11.1

## Resultados

Foram analisados dados referentes a 645 municípios paulistas, com diferentes proporções de cobertura de Estratégia de Saúde da Família – percentual de pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica pelo total da população residente no município.

A Figura 1 apresenta a distribuição dos municípios paulistas, segundo as categorias adotadas para a cobertura da ESF em dois anos.

**Figura 1.** Cobertura da ESF nos municípios paulistas, de acordo com o porte populacional, 1998-2009.

Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica<sup>15</sup>.

### – Partos em menores de 20 anos

Durante o período de tempo estudado, 1998 a 2009, a proporção de partos em menores de 20 anos passou de 24,8% para 21,6%, nos municípios do estado de São Paulo.

Na análise bivariada, o risco relativo bruto com respeito à proporção de partos em menores de 20 anos nos municípios paulistas indica que a ESF apresenta efeito protetor (de auxílio na redução do número de partos), quando comparada aos municípios que têm ausência total deste modelo de Atenção Básica. Essa associação foi observada, tanto no grupo de municípios com cobertura pela ESF de até 50% da população quanto nos com cobertura superior a 50%.

No entanto, essa associação se manteve significativa, após o ajuste para as outras

covariáveis, somente nos municípios com cobertura de ESF até 50%. Nos municípios com cobertura acima de 50%, o efeito protetor passou a não ter significância estatística. Isso ocorre, provavelmente, devido ao fato de que os municípios com maior cobertura de ESF apresentam outros fatores contextuais, tais como alto IPRS (portanto, maior padrão socioeconômico), maior cobertura de planos de saúde privados e maior proporção de pretos e pardos, ou seja, onde a ESF não é fator determinante para a redução de partos em adolescentes. O porte populacional se mostrou fator de forte influência sobre a ocorrência de partos entre menores de 20 anos, com tendência ao menor risco nos municípios com maior população.

**Tabela 1.** Modelos de regressão sobre a relação entre cobertura da ESF e ocorrência de parto em menores de 20 anos em municípios paulistas, 1998 a 2009.

Variáveis	Partos em menores de 20 anos		
	RR bruto (IC 95%)	RR ajustado (IC 95%)	p
<b>Cobertura da ESF</b>			
Sem cobertura	1.000	1.000	
<=50%	0.919(0.907-0.931)	0.968 (0.950-0.986)	0.001
> 50%	0.914 (0.893-0.935)	0.978 (0.953-1.005)	0.113
<b>IPRS</b>			
3/4/5 (Referência)		1.000	
1/2		0.818 (0.788-0.848)	0.000
% população preta		0.971 (0.943-0.999)	0.050
% população parda		0.985 (0.980-0.991)	0.000
% população com planos de saúde		0.989 (0.987-0.990)	0.000
<b>Porte populacional</b>			
<= 10.000 hab (Referência)		1.000	
>10.000 <=50.000 hab		0.537 (0.503-0.574)	0.000
>50.000 <=100.000 hab		0.302 (0.278-0.328)	0.000
> 100.000 hab		0.279 (0.256-0.304)	0.000
<b>Ano</b>			
1998 (Referência)		1.000	
1999		1.020 (0.998-1.043)	0.066
2000		1.007 (0.984-1.031)	0.505
2001		1.044 (1.019-1.069)	0.000
2002		1.005 (0.981-1.030)	0.670
2003		0.900 (0.875-0.927)	0.000
2004		0.940 (0.916-0.964)	0.000
2005		0.964 (0.940-0.989)	0.006
2006		0.970 (0.946-0.995)	0.022
2007		1.002 (0.977-1.028)	0.851
2008		0.883 (0.857-0.911)	0.000
2009		0.962 (0.938-0.988)	0.004

ESF=Estratégia Saúde da Família; IPRS=Índice Paulista de Responsabilidade Social;

RR= Risco Relativo; IC = Intervalo de Confiança.

Likelihood-ratio test = 0.000 Hausman test = 0.0000

### – Taxa de internações por aborto induzido

Com relação às internações por aborto induzido ocorridas nos municípios do estado de São Paulo entre 1998 e 2009, o modelo de análise bivariada mostrou uma redução estatisticamente significativa frente à presença de ESF, tanto no grupo de município com cobertura até 50% quanto naqueles acima de 50%, se comparadas à cobertura zero de ESF (Tabela 2). Porém, após o

ajuste considerando as covariáveis selecionadas, a associação deixa de ser estatisticamente significativa em ambos os grupos.

Os fatores de contexto que mostraram influência significativa sobre o menor risco de internações por aborto induzido foram: a presença de IPRS mais alto, a maior proporção de população parda e a maior cobertura de saúde suplementar, além do maior porte populacional dos municípios.

**Tabela 2.** Modelos de regressão sobre a relação entre cobertura da ESF e taxas estimadas de interações por aborto induzido em municípios paulistas, 1998 a 2009.

Variáveis	Taxa estimada de interações por aborto induzido		
	RR bruto (IC 95%)	RR ajustado (IC 95%)	p
<b>Cobertura da ESF</b>			
Nenhuma (Referência)	1.000	1.000	
<=50%	0.868 (0.851-0.886)	0.982 (0.957-1.008)	0.178
> 50%	0.917 (0.887-0.948)	1.004 (0.969-1.042)	0.792
<b>IPRS</b>			
3/4/5 (Referência)		1.000	
1/2		0.892 (0.851-0.936)	0.000
% população preta		1.005 (0.982-1.029)	0.646
% população parda		0.992 (0.988-0.996)	0.001
% população com planos de saúde		0.989 (0.987-0.991)	0.000
<b>Porte populacional</b>			
<= 10.000 hab (Referência)		1.000	
>10.000 <=50.000 hab		0.792 (0.739-0.850)	0.000
>50.000 <=100.000 hab		0.399 (0.364-0.438)	0.000
> 100.000 hab		0.350 (0.319-0.385)	0.000
<b>Taxa de leitos hospitalares</b>			0.068
<b>Ano</b>			
1998 (Referência)		1.000	
1999		1.064 (1.029-1.100)	0.000
2000		1.035 (1.000-1.072)	0.045
2001		1.022 (0.987-1.058)	0.216
2002		1.014 (0.978-1.050)	0.435
2003		0.923 (0.886-0.961)	0.000
2004		0.998 (0.963-1.035)	0.950
2005		0.944 (0.910-0.979)	0.002
2006		0.888 (0.856-0.921)	0.000
2007		0.874 (0.842-0.907)	0.000
2008		0.787 (0.754-0.821)	0.000
2009		0.866 (0.834-0.899)	0.000

ESF=Estratégia Saúde da Família; IPRS=Índice Paulista de Responsabilidade Social;

RR= Risco Relativo; IC = Intervalo de Confiança.

Likelihood-ratio test = 0.000 Hausman Test =0.000

## Discussão

No Brasil, no ano de 2008, em torno de 50% da população estava coberta pela ESF<sup>15</sup>, enquanto que, no estado de São Paulo, as coberturas eram mais baixas, atingindo pouco mais de 25% da população. Esse fator pode ter influenciado a análise da efetividade da ESF em diversos desfechos, uma vez que o seu maior impacto é verificado em locais onde há maiores coberturas<sup>22</sup>.

Outro aspecto específico que deve ser lembrado para a análise do impacto da ESF no estado de São Paulo, é a ampla rede de serviços de atenção primária anteriores à implantação da

ESF, diferente de outras regiões do país que só implementaram a Atenção Básica a partir da implantação deste modelo.

Conforme Souza *et al*<sup>28</sup>, no período anterior, de 1960 a 1990, São Paulo pode ser considerado o estado que mais implementou uma rede de centros de saúde, posteriormente denominados unidades básicas de saúde (UBS). Esse processo foi reforçado pelo Movimento de Alma-Ata, de 1978<sup>24</sup>, uma vez que esses centros de saúde adotavam um modelo assistencial baseado em programas de saúde do adulto, de saúde da criança e de saúde da mulher, contando com

médicos especialistas das áreas de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia, respectivamente, para efetivá-los.

Neste cenário, a partir da década de 1990, a implantação da ESF trouxe não especificamente a montagem da rede de serviços em locais onde já havia uma rede instalada, mas mudanças na sua forma execução, que ocupou o do modelo anterior, principalmente em municípios pequenos e em regiões onde os centros de saúde eram escassos ou estavam desestruturados<sup>11</sup>. A pesquisa confirma esta maior implantação das coberturas de ESF em municípios com menos de 10.000 habitantes; enquanto que nas regiões metropolitanas e na maioria dos municípios de médio e grande porte populacional as coberturas da ESF são inferiores a 10% e há coexistência dos dois modelos de atenção.

Especificamente com relação aos desfechos ligados à saúde reprodutiva não há estudos que possam servir de base para a comparabilidade da efetividade da ESF sobre a ocorrência de partos entre menores de 20 anos ou sobre as internações por aborto induzido.

O presente estudo, de forma geral, evidenciou que a ESF apresenta impacto positivo sobre a redução de partos em adolescentes, porém, o mesmo não se observa com relação às internações por aborto induzido. Possui, portanto, um potencial preventivo com relação ao provável acesso de adolescentes a informações e aos insumos contraceptivos e consultas ginecológicas requeridas para sua utilização e, portanto, ao planejamento reprodutivo, tal como encontrou Fachini e colegas<sup>6</sup>, em estudo realizado nas regiões Nordeste e Sul do país, mostrando favorecer a redução da ocorrência de gestações e, portanto, de partos entre menores de 20 anos. Porém, não apresenta o mesmo efeito benéfico com relação a abortos induzidos, que continuam a ocorrer, independentemente da adoção desse modelo de ESF na Atenção Básica.

A pouca influência da ESF, verificada sobre a redução de partos em adolescentes em

municípios com cobertura menor ou até 50%, indica que fatores como o desenvolvimento socioeconômico e o acesso à saúde suplementar podem ser fatores determinantes para a prevenção dessas ocorrências. Imagina-se que tais fatores, além de propiciar melhores condições de saúde, devam interferir de forma decisiva no acesso à informação em geral e, em especial, com relação à sexualidade e à contracepção.

Por fim, a não verificação da efetividade da ESF sobre a redução de internações por abortos induzidos pode nos dar indícios de que essas ocorrências estariam mais associadas a questões de ordem socioeconômica, uma vez que os municípios com alto IPRS e maior cobertura de saúde suplementar apresentaram menor risco para a ocorrência deste desfecho. Segundo pesquisas de outros autores<sup>2,26</sup>, a ocorrência de abortos provocados está associada a uma população feminina mais vulnerável, com menos acesso à informação, a serviços de saúde e à atenção de qualidade, incluindo a falta de acesso a contraceptivos para evitar gestações indesejadas.

Nesse sentido, os achados deste estudo não confirmaram a hipótese da efetividade da ESF no tocante ao desenvolvimento de ações de planejamento familiar e reprodutivo para a redução de abortos provocados. Variáveis que impactem mais sobre esse fenômeno precisam ser mais estudadas, como, por exemplo, a dispensa em farmácias dos contraceptivos de emergência que vem sendo internacionalmente associada à queda de abortos provocados<sup>7</sup>.

Vale ressaltar, ainda, as dificuldades identificadas nesse estudo para a avaliação dos efeitos da ESF com relação à internação por abortos provocados, uma vez que não há disponibilidade de informações diretas sobre sua ocorrência em hospitais, fazendo-se necessário o uso de cálculos de correção para estimar seus números. A inexistência de informação disponível sobre retirada (dispensação) de métodos contraceptivos em serviços públicos de saúde, incluindo os da

ESF, também se mostra outro fator que dificulta pesquisas sobre as estratégias que melhoram a dificuldade de seu uso entre a população. Os dados existentes para avaliação de uso de contraceptivos são sempre aqueles obtidos em pesquisas populacionais, bem como dados sobre aquisição e remessa de contraceptivos realizados pelos gestores públicos<sup>7</sup>, resultando no uso constante de indicadores indiretos para a avaliação do planejamento reprodutivo no SUS.

Ressalte-se, ainda, que as taxas de internações por abortos induzidos utilizadas no estudo se constituíram como estimativas perante a dificuldade de cálculo das subnotificações no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e, por isso, não devem ser consideradas como medidas que retratam a realidade da ocorrência deste fenômeno no estado de São Paulo.

### Considerações finais

O estudo mostra que a utilização de modelos de painel para dados longitudinais possibilita ampliar o número de observações e analisar séries temporais para cada município, o que permite controlar características não mensuradas que não variam no tempo e que podem afetar desfechos em saúde, facilitando a análise dos impactos da ESF.

Como resultado, o estudo indica a importância da ESF para a redução de partos na população adolescente menor de 20 anos, em municípios de pequeno porte. Ao mesmo tempo, aponta que o fator de desenvolvimento socioeconômico do município, representado por mais acesso a informações, maior número de serviços e serviços de melhor qualidade, incluindo os disponibilizados por planos de saúde complementar, se mostra fundamental para a redução dessas gestações vividas por menores de 20 anos e de abortos provocados.

É fundamental que os serviços do SUS adotem o registro de dispensa de contraceptivos,

de forma a possibilitar avaliações sistemáticas, inclusive de impacto da atenção primária com relação à contracepção e planejamento familiar e reprodutivo, buscando continuamente reduzir gestações não planejadas e abortos provocados, inclusive entre adolescentes.

É importante também estabelecer outros estudos que avaliem variáveis que impactem sobre a realização de abortos provocados, como, por exemplo, pesquisas sobre o uso e venda da contracepção de emergência através de aquisição na rede privada de farmácias e drogarias.

O Brasil ainda necessita avançar na realização e modelos de avaliação da atenção primária em saúde, incluindo especificamente as que reportam melhorias com relação à saúde reprodutiva de sua população, incluindo adolescentes e aprofundando o conhecimento das estratégias que esses públicos encontram para resolver seus problemas, bem como os riscos que enfrentam na vivência em geral e na vivência específica da sexualidade.

### Referências

1. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am. J. Public Health.* 2009; 99:87-93.
2. Carvalho MLO, Cardelli AAM, Cestari NEW, Sodré TM. Os registros em prontuário de mulheres atendidas por aborto em Hospital Universitário de cidade da região Sul do Brasil de 2001 a 2005. *Fazendo Gênero.* 2008; 8:1-7. [Acesso em: 5 jun 2012]. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST37/Carvalho-Aparecida-Cardelli-Cestari-Sodre\\_37.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST37/Carvalho-Aparecida-Cardelli-Cestari-Sodre_37.pdf).
3. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(5):1566-94.
4. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, JJ Souza, Silva DO, Gusmão MEN et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2012; 25(3):415-22.
5. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG et al. Trends in Primary Health Care Care-sensitive Conditions In Brazil. The role of Family Health

- Program (Project ICSAP-Brazil). *Medical Care*. 2011; 49(6): 577-84.
6. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira ES, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciênc. Saúde Coletiva [on line]*. 2006; 11(3):669-681, 2006.
7. Figueiredo R, de Paula SHB. Distribuição da contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: avaliação de dispensa em serviços e fluxos estabelecidos. *Reprod & Climatério*. 2012; 2012; 27(2):64-72.
8. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Banco de Dados.[on line]. [acesso em: 8 de ago 2010]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/banco-de-dados/>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados. [on line]. [acesso em 3 fev 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
10. Hair Junio JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. São Paulo: Bookman; 2005.
11. Ibãñez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):683-703.
12. Lentsck M.H, Garabeli A C CK, Aragão FK. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(3):3455-3466.
13. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The Impact of Primary Healthcare on Population health in low- and middle-income countries. *J Ambulatory Care Manage*. 2009; 32(2):150-171.
14. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(suppl2):s193-S204.
15. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor. [acesso em: 3 fev 2010]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> .
16. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico. [on line]. [acesso em: 9 ago 2016]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php).
17. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Nascidos Vivos – DATASUS/SINASC. [on line]. [acesso em: 9 ago 2016]. Disponível em: <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>.
18. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares. [on line]. [acesso em: 9 ago 2016]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/>
19. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 28 de mar 2006.
20. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de demografia e da saúde da criança e da mulher PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília; 2009. [acesso em: 9 de ago 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília; 2010. 140p.
22. Monteiro MFG, Adesse L, Drezett J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprod. Clim*. 2015; 30(1):11-18.
23. Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). Ver. *Saude Sex. Reprod. [on line]*. 2006; 26:1-10. [acesso em: 3 mar 2016]. Disponível em: [<http://www.ipas.org.br/arquivos/ml2006.pdf>].
24. Organização Mundial da Saúde. Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasília; 1979. 64p.
25. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health*. 2010; 10:380.
26. Schor N, Alvarenga AT. O aborto: um resgate histórico e outros dados. São Paulo: Revista Brasil. de Cresc. e Desenv. Humano. 1994; 4(2):12-7. [acesso em: 3 jun 2016]. Disponível em: <http://www.abmp.org.br/textos/489.htm>.
27. Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saúde Soc*. 2007; 16(3):85-91.
28. Souza RR, Campagnoni M, Azevedo CN. Agenda do gestor municipal de saúde: organizando o sistema a partir da atenção básica. São Paulo: SES/SP; 2009. 190 p.

# Adolescentes grávidas vítimas de violência: um desafio a ser enfrentado na Atenção Básica

**Pregnant adolescents victims of violence: a challenge to be faced in primary care**

Nathalya Fonseca Camargo<sup>I</sup>, Juliana Zicchella<sup>II</sup>, Paloma Eduarda Ortolani<sup>III</sup>, Redrys Menossi<sup>IV</sup>, Amanda Nascimento<sup>V</sup>, Amanda Morais Matias Silva<sup>VI</sup>, Nabila Fernanda Alves Pereira<sup>VII</sup>, Dora Mariela Salcedo Barrientos<sup>VIII</sup>, Nadja Vilela<sup>IX</sup>, Alessandra Mieko Hamasaki Borges<sup>X</sup>, Paula Miura<sup>XI</sup>, Selma Nishimura<sup>XII</sup>, Silvia Helena Bastos de Paula<sup>XIII</sup>, Cibele Monteiro Macedo<sup>XIV</sup>

## Resumo

Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, que tem como objetivo compreender a experiência de adolescentes grávidas vítimas de violência doméstica e realizar uma proposta de enfrentamento com base multidisciplinar a essa situação, a fim de provocar mudanças na organização e atendimento prestados por profissionais da área da saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e questionários aplicados às adolescentes que foram atendidas em uma UBS, a qual adota a Estratégia de Saúde da Família e está situada na zona leste de São Paulo. Entre os principais resultados, foi possível identificar e planejar as futuras propostas de intervenção tomando por base as relações pessoais e sociais das grávidas adolescentes, que favoreçam o redescobrimto e o empoderamento delas para que possam assumir o protagonismo diante da sua situação atual. Os casos apresentados geraram muitas reflexões quanto aos procedimentos e atendimento multidisciplinar que devem ter as obstetrias junto aos seus pares para contemplar e tratar das diversas necessidades de jovens adolescentes diante da violência doméstica.

**Palavras-chave:** Adolescentes; Pré-natal; Enfrentamento da violência doméstica.

## Abstract

The objective of this qualitative type case study research that aims to understand the experience of pregnant adolescent victims of domestic violence and carry out a coping proposal multidisciplinary basis to this situation in order to bring about changes in the organization and provided services by professionals of Cheers. Data collection was performed through interviews and questionnaires applied to adolescents who were treated at a institution, which adopts the Health Strategy of the Family and is situated in the eastern of São Paulo. Among the main results, it was possible to identify and plan future policy proposals building on the personal and social relationships of pregnant adolescents, favoring the rediscovery and empower them so they can take the role before her current situation. The presented cases have generated many questions as to the procedures and multidisciplinary care that should have midwives with their peers to contemplate and address the diverse needs of young teenagers on domestic violence.

**Key words:** Teenager; prenatal care; domestic violence coping.

<sup>I</sup> Nathalya Fonseca Camargo (nathalyafoncar@gmail.com) é graduanda do curso de Obstetrícia da EACH/USP-Leste e Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico puerperal/ CNPq.

<sup>II</sup> Juliana Zicchella (juliana.zicchella@usp.br) é graduanda do curso de Obstetrícia da EACH/USP-Leste e Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico puerperal/ CNPq.

<sup>III</sup> Paloma Eduarda Ortolani (paaloma.eduarda@hotmail.com) é graduanda do curso de Obstetrícia da EACH/USP-Leste e Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico puerperal/ CNPq.

<sup>IV</sup> Redrys Menossi (redrysweb@gmail.com) é graduanda do curso de Obstetrícia da EACH/USP-Leste. Bolsista Programa Aprender com Cultura e Extensão.

<sup>V</sup> Amanda Nascimento (amandinhaa\_6@hotmail.com) é graduanda do curso de Obstetrícia da EACH/USP-Leste. Bolsista do Programa Aprender com Cultura e Extensão.

<sup>VI</sup> Amanda Morais Matias Silva (amanda\_morais\_matias@hotmail.com) é graduanda do curso de Obstetrícia da EACH/USP-Leste. Bolsista Programa Ensinar com Pesquisa.

<sup>VII</sup> Nabila Fernanda Alves Pereira (nabilafernanda@yahoo.com.br) é graduanda do curso de Obstetrícia da EACH/USP-Leste. Bolsista. Programa Ensinar com Pesquisa.

<sup>VIII</sup> Dora Mariela Salcedo Barrientos (dorabarrientos@usp.br) é enfermeira, terapeuta familiar e de casal, psicodramatista. Docente do Curso de Obstetrícia da EACH/USP-Leste e Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: violência doméstica no período gravídico puerperal /CNPq. Orientadora.

<sup>IX</sup> Nadja Vilela dos Santos (nadjavilelapsic@gmail.com) é psicóloga e membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico puerperal /CNPq.

<sup>X</sup> Alessandra Mieko Hamasaki Borges (amhamasaki@hotmail.com) é pedagoga. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico puerperal /CNPq.

<sup>XI</sup> Paula Miura (paula.miura@ip.ufal.br) é Docente da Psicologia da UFAL. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico puerperal/ CNPq.

<sup>XII</sup> Selma Nishimura (snishimura@hu.usp.br) é enfermeira. Hospital Universitário da USP Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico puerperal /CNPq.

<sup>XIII</sup> Silvia Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, Docente Convidada da Disciplina Assistência à mulher na família e na comunidade do Curso de Obstetrícia da EACH/USP-Leste. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: violência doméstica no período gravídico puerperal /CNPq e Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>XIV</sup> Cibele Monteiro Macedo (cibele.macedo@usp.br) é obstetrix. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico puerperal/CNPq. Aprimoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



## Introdução

**A** adolescência é uma fase da vida em que diversas transformações sociopsicológicas e anatomometabólicas acontecem, apresentando mudanças biológicas, de comportamento, de aprendizagem e de socialização. Entre os resultados dessas mudanças encontra-se a construção da personalidade, que é influenciada pela cultura, pela educação, pelas relações e atitudes e, principalmente, pelos antecedentes históricos que cada família herda ao longo das suas vidas.

Até a década de 1960, os adolescentes eram invisíveis ou subentendidos no contexto de políticas mais amplas. Com a realização da Conferência de Direitos Humanos de Teerã (1968), foi que passaram a constar recomendações para a promoção do protagonismo de jovens nas decisões sobre o futuro e sobre as mudanças na sociedade. Esse fato criou caminhos para que a Conferência Internacional de Direitos Humanos de Viena, realizada em 1993, reconhecesse a adolescência como uma fase da vida com vulnerabilidades

específicas para gravidez na adolescência, situações de violência social e sexual e exploração<sup>10</sup>.

A gravidez na adolescência torna a jovem vulnerável ao fenômeno da violência doméstica que, por sua vez, é tema complexo pela sutileza, pelas ocasiões em que a violência se apresenta e pelos agentes que perpetrantes de tais atos, os quais trazem repercussões em todo o círculo doméstico e familiar<sup>2</sup>.

Segundo o Fundo de Populações das Nações Unidas<sup>6</sup>, há no mundo 20 mil meninas com menos de 18 anos que dão à luz em países em desenvolvimento, sendo que ocorrem cerca de 70 mil mortes de adolescentes por ano devido a complicações na gravidez e parto. Além disso, são feitos mais de 3,2 milhões de abortos inseguros a cada ano.

Já no Brasil, as estatísticas revelam que cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 foram de mulheres de 19 anos ou menos. Nesse mesmo ano, 12% das adolescentes de 15 a 19 anos possuíam pelo menos um filho. Apesar de os índices estarem caindo de 20,4% do total

em 2002 para 17,7% em 2012, atualmente a Região Sudeste detém o menor índice (15,2%) e a Região Norte (23,2%) o maior percentual de gravidez nessa faixa etária, sendo considerado ainda um problema de saúde pública no país<sup>6</sup>.

Nos anos de 1990, os termos “saúde sexual e direitos reprodutivos” ganharam uma definição mais política na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizado no Cairo (1994) e teve reforço da ONU na sua avaliação realizada em 1999 do Cairo +5 sobre a necessidade de promover o empoderamento das jovens e políticas específicas para redução de morbimortalidade e atenção à saúde reprodutiva de adolescentes.

Nesta perspectiva, a Constituição Federal do Brasil de 1988, ao prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, enfoca a obrigatoriedade da presença deste na criação de medidas para prevenir e punir a violência ocorrida dentro da família. Em 1989 foi criado no Brasil o Programa de Saúde do Adolescente, que contempla questões de gravidez na adolescência e a inclusão de meninos na saúde reprodutiva e a detecção precoce de violência sexual para ambos os sexos. Em 1990 foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente pela Lei 8.069/1990, que apoia ações de proteção de crianças e jovens por meio de dispositivos legais e conselhos tutelares, e foi normatizado aspectos importantes da saúde sexual e reprodutiva e da contracepção, especificamente dirigida aos adolescentes<sup>5,10</sup>.

Levando-se em consideração o processo saúde-doença como um fenômeno entendido a partir de uma visão realista e como um produto determinado social e historicamente, esta pesquisa justifica sua interface com outras áreas multidisciplinares, no intuito de construir uma proposta de intervenção coerente e que responda às reais necessidades desta população<sup>3</sup>.

Diante do atual cenário da violência doméstica contra adolescentes grávidas, foi realizado um estudo que propõe compreender este tipo de violência, com o intuito de propor intervenções

para o enfrentamento da problemática da violência física, verbal e/ou psicológica, trabalhando de forma interdisciplinar principalmente na atenção básica. Dessa forma, o presente trabalho foi desenvolvido pelos componentes do grupo de estudo e pesquisa Mulher & Saúde: Violência Doméstica no Período Gravídico-puerperal, validando, assim, seus conhecimentos adquiridos durante a formação de graduação e pós-graduação e sua interação com profissionais e hoje como pesquisadores. Assim, o propósito deste estudo foi compreender o contexto que essas adolescentes vítimas de violência são inseridas na atenção básica e obter subsídios para qualificar o atendimento e fortalecer as futuras intervenções.

### **Método**

Estudo exploratório do tipo estudo de caso, descritivo e prospectivo, com abordagem qualitativa onde foram analisados dois casos reveladores sobre a experiência de adolescentes vítimas de violência. Trata-se do recorte de um estudo maior intitulado “Estudo da Violência Doméstica Contra as Adolescentes Grávidas Atendidas em uma Unidade Básica da Zona Leste de São Paulo: bases para intervenção”<sup>12</sup>, aprovado pelo comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo.

O estudo de caso, além das questões norteadoras, registra suas observações em diários de pesquisa, têm o foco em uma unidade – um indivíduo (caso único e singular, como o “caso clínico”) ou múltiplo, em que vários estudos são conduzidos simultaneamente<sup>8</sup>.

O referencial teórico utilizado foi a Determinação Social, onde são focalizadas as três dimensões dialéticas para compreender o fenômeno, destacando-se a dimensão singular (indivíduo), particular (grupo familiar) e estrutural (conjuntura socioeconômica e política) dentro de um contexto histórico e social<sup>3</sup>.

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que adota a Estratégia Saúde da Família, localizado na zona leste da cidade

de São Paulo e que possui 24 mil usuários cadastrados no território adstrito à unidade. O material foi coletado de forma anônima, para preservar o sigilo e confidencialidade durante os encontros com as adolescentes quando foram realizadas entrevistas semiestruturadas com roteiro de perguntas abertas e fechadas, que objetivou colher o máximo de informações sobre as relações pessoais, familiares e sociais dessas jovens. Além disso, foram utilizados instrumentos como o genograma, que procura representar e compreender como são os vínculos com seus familiares, bem como o Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente<sup>16</sup> e formulário de produção e reprodução, este último possibilitando conhecer melhor o perfil sociodemográfico, pessoal e relacional dessas adolescentes. Desta forma, os dados qualitativos foram analisados utilizando-se a análise de conteúdo segundo Bardin, 2013<sup>1</sup>.

### **Apresentação dos dados e discussão**

#### **– Estudo de caso: Maria<sup>xv</sup>**

A adolescente ficou grávida aos 18 anos e descobriu a gravidez quando estava com apenas um mês de gestação. Atualmente mora com os familiares do namorado Emanuel e a subsistência de toda a família provém apenas do salário da sogra da Maria. Apesar das dificuldades relatadas, Maria demonstra estar contente com a gravidez. Seu pai mora na rua, é viciado em drogas e já fora preso algumas vezes. Maria não tem contato com ele. Ela tem uma relação muito boa com sua mãe e em suas falas sempre teme que ela a abandone, principalmente na hora do parto. Sua mãe mora com um homem chamado Gustavo, o qual Maria não se dá bem, porque em seus relatos ela diz que ele a olha estranho quando está com roupas curtas e relatou até casos de

perseguição por parte dele. A adolescente tem dois irmãos que moram com a mãe, sendo que o mais velho tem problemas de hiperatividade. Ela relata que o padrasto bate em seus irmãos e esse é um dos motivos pelo qual prefere não morar com eles. Outro motivo, além dos olhares estranhos, é o fato de sua mãe também aparecer com hematomas no corpo e nunca assumir que apanha de Gustavo.

A sua rotina com a família de Emanuel se restringe em cuidar da casa e das irmãs do namorado. Ela relata que a sogra é agressiva com as filhas e ela sempre tenta defender as cunhadas, apesar de não se dar muito bem com a mais nova.

Maria ainda relata que seu namorado era viciado em drogas e sempre chegava bêbado aos finais de semana. Ela relatou que o mesmo já deu um soco nela, quando estava discutindo com sua mãe e a mesma entrou no meio. Após esse episódio, Maria diz que não sabe por que está com Emanuel e afirma que não pretende se casar com ele.

A violência doméstica tem sido um fenômeno de difícil transformação na sociedade ao longo de gerações. Entretanto, não pode ser vista como algo natural e sim como um fenômeno social, que deve ser trabalhado de forma multidisciplinar e interdisciplinar com o máximo de atenção, focando principalmente as necessidades destas jovens mulheres e as competências específicas de cada profissional envolvido nesta área<sup>12</sup>.

Pelos dados do Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (IFVD)<sup>16</sup>, Maria se apresenta como uma menina de muitos medos, – medo da noite, de barulho, medo de contar as coisas que acontecem com ela, medo que as pessoas a machuquem, principalmente seu padrasto. Ela pouco se relaciona com as pessoas, pois não se sente bem com os outros, não se abre facilmente, nem seus próprios amigos a conhecem totalmente. Se sente sozinha e diz ter lembranças que a incomodam a todo tempo. Quando a pergunta é sobre sexo, ela fala que é algo ruim.

<sup>xv</sup> Os nomes utilizados são fictícios, atendendo aos preceitos éticos em pesquisas com seres humanos.

Para Maria se abrir com as pesquisadoras, foi necessário muito esforço e dedicação por parte delas. A adolescente sempre atrasava nas consultas e muitas vezes faltava, porém, mesmo assim, não houve desistência de contato das futuras profissionais que marcavam visitas domiciliares, a fim de entender e compreender sua ausência na UBS. Foi preciso criar vínculos com a adolescente e, assim, essa passou a ter confiança nelas. Com todo o conhecimento já adquirido durante a graduação e no grupo de Estudo e Pesquisa, elas conseguiam passar conforto e realizar atendimentos obstétricos que deixavam a jovem mais confiante. Muitas vezes ela preferia ser atendida por uma pesquisadora do que pelos próprios profissionais na unidade<sup>9</sup>.

Como podemos ver, a história de Maria é muito delicada e os momentos e situações que ela passou durante seu período gravídico são de alta complexidade por envolver muitas questões que exigem cuidados especiais. Assim, é preciso que profissionais da saúde estejam sensibilizados e capacitados para lidar com tais histórias.

Estabelecer vínculos é uma aprendizagem possível e é uma dimensão humana que pode ser desenvolvida. Alguns elementos para isso acontecer são necessários: o despojamento e a empatia; a capacidade de compreender sem julgar; o respeito; e estabelecer limites. O trabalho de escuta, diálogo e assistência prestada pelos profissionais de saúde aos adolescentes é de extrema importância, considerando-se que muitas vezes esses jovens não têm com quem conversar abertamente sobre seus problemas, preocupações, medos e anseios.

### **Estudo de caso II: Cida**

A relação da adolescente com a mãe se tornou conflituosa depois da primeira gestação. A mãe a expulsou de casa e não a defendia quando via a filha ser agredida pelo pai. Este a agredia fisicamente e era alcoólatra. Sua irmã, Bárbara, foi morta pelo próprio marido com quatro tiros. O

irmão, Maurício, fugiu de casa após uma agressão que sofreu do pai.

A relação com seu ex-companheiro sempre foi conflituosa, ele a agrediu física e sexualmente. Uma destas agressões fez com que Cida sofresse um aborto, na segunda gestação tentou provocar outro aborto agredindo-a, quando a mesma chegou a ser internada. Seu atual companheiro é carinhoso, apoia e ajuda Cida e pretendem morar juntos.

A violência contra as gestantes adolescentes afeta seus relacionamentos em todas as dimensões, refletindo em seu comportamento, relações afetivas, psicoemocionais, autoestima e até em seu aprendizado. Todas essas questões ecoam na qualidade do pré-natal, pois, de forma geral, estas se sentem oprimidas.

Refletindo sobre o caso de Cida, a partir da análise das dimensões, foram identificadas algumas necessidades em todos os âmbitos: naturais, necessárias e alienadas Heller<sup>7</sup>. Dessa forma, destacam-se o contato social, sexualidade, liberdade, autonomia, autorrealização, autodeterminação, reflexão e dinheiro como necessidades prioritárias que devem ser trabalhadas em futuras intervenções. Cida necessita de apoio psicológico para auxiliá-la na reconstrução do ambiente familiar e superação da morte de sua irmã e dos conflitos familiares. É necessário que os familiares da adolescente (pai, mãe) e o ex-companheiro também recebam apoio psicológico.

### **Propostas de intervenção do estudo de caso Cida**

A seguir será apresentada uma tabela com a construção de uma proposta de intervenção individualizada e subsídios para o acompanhamento e verificação de resultados durante o processo.

Analisando-se toda esta problematização a seguir apresenta-se uma primeira proposta de intervenção com um caráter interdisciplinar e multidisciplinar, levando-se em consideração as três dimensões:

Quadro 1. Proposta de intervenção dos estudos de casos

Necessidades/ Problemas por ordem de prioridade	Objetivo da intervenção	Ações de Obstetrícia e dos outros profissionais/ Estratégias pedagógicas que devem ser utilizadas	Como será avaliado o impacto destas ações? (Instrumentos)	Redes de apoio	Resultados/ Produto esperado (definir o tempo)
<b>Dimensão Singular:</b> a) Empoderamento b) Autonomia c) Emancipação	Retomar vínculos perdidos entre os familiares e criar novos vínculos entre os mesmos; fortalecer a importância da realização do pré-natal.	Organização da atenção integral à saúde das adolescentes em situação de violência multidisciplinar na UBS; encaminhamentos, encontros individuais voltados para fortalecer o conhecimento e satisfação das necessidades identificadas, empoderamento, resgate de necessidades, fortalecimento da autonomia e emancipação e identificação de novas necessidades de saúde (naturais, necessárias e alienadas) <sup>4,7</sup> Oficinas pedagógicas, rodas de conversa, filmes, outros	Serão aplicados instrumentos / estratégias específicos após cada reunião, encontros, onde ocorrerá o acompanhamento do processo de intervenção. Avaliação do Processo semanal	Casa do Adolescente em São Paulo	Emancipação, empoderamento, autonomia e retomar vínculos familiares Tempo estimado: 1 mês
<b>Dimensão particular</b> a) garantia de atendimento psicológico familiar b) vínculo familiar c) clareza do papel de cada indivíduo na sociedade	Favorecer com que a família reconheça seu papel na sociedade e sua potencialidade de transformação da mesma	Encontros com os membros da família; oficinas pedagógicas/rodas de conversas voltadas para o conhecimento coletivo familiar, identificação de novas necessidades; empoderamento, autonomia e emancipação.	Serão aplicados instrumentos específicos durante atividades com familiares, onde ocorrerá o acompanhamento do processo de intervenção. Avaliação do processo quinzenal	Centro de Referência de Atendimento Social (CRAS)	Retomar os vínculos familiares e seu reconhecimento na sociedade Tempo estimado: 1 mês
<b>Dimensão estrutural</b> a) garantia de acolhimento gratuito b) garantia do direito de conhecimento da legislação de possíveis violências obstétricas, domésticas, gênero, entre outras c) garantia meios para a conclusão dos estudos (permanência estudantil)	Possibilitar o entendimento da legislação que garante seus direitos e deveres.	Oficinas pedagógicas, focando no empoderamento familiar e conhecimento da legislação.	Serão aplicados instrumentos específicos onde ocorrerá o acompanhamento do processo de intervenção. Avaliação do processo semanal e quinzenal planejado oportunamente com a população-alvo.	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	Conhecimento dos direitos e deveres perante a legislação Tempo estimado: 1 mês

Diante estes dois estudos de casos sugere-se na intervenção junto aos profissionais a utilização de atividades que abranjam técnicas para melhorar a comunicação entre Maria e os profissionais, escuta ativa para estimular a busca pessoal por caminhos próprios diante de suas vivências. Considerar aspectos individuais de constrangimento e culpa; aspectos familiares com sentimentos de medo diante de ameaças no domicílio; e de aspectos estruturais, como desconhecimento de seus direitos; naturalização da violência de gênero; do temor de que se possa levar suas histórias até seu domicílio ou a outras instâncias; como polícia, por exemplo; e até descrença na intervenção de polícia a respeito de sua proteção e segurança, são necessidades que devem ser discutidas pela equipe da Estratégia de Saúde da Família e pelo Núcleo de Prevenção da Violência (NPV) que também tem um papel protagonista diante destas situações; pois cabe a eles minimizar o impacto da violência sobre os indivíduos, famílias e comunidade; organizar e garantir ações de prevenção e assistência às pessoas em situação de risco ou violência; fortalecer a Rede Integrada de Cuidados; proporcionar acesso continuado à equipe de Saúde, possibilitando um espaço de escuta qualificada frente às ocorrências de violência; singularizar as intervenções conforme as necessidades de cada indivíduo ou coletivo que demandam ajuda dos profissionais de saúde<sup>14</sup>.

### **Considerações finais**

Adolescentes que sofrem violência tornam-se ainda mais vulneráveis durante a gestação como vem sendo demonstrado em algumas pesquisas. Dessa forma, a própria gestação pode ser um determinante na mudança do padrão da violência no que se refere a tipo, frequência e gravidade da violência, e alguns determinantes sociais estão correlacionados: baixa idade, estado civil solteira, menor nível de escolaridade, desemprego e

gravidez não planejada; dados que também foram corroborados nos nossos estudos de campo.

Além disso, a violência contra adolescentes torna-se um problema de saúde pública ainda maior quando praticada durante a gestação, pois pode contribuir para desfechos neonatais negativos, como prematuridade, baixo peso ao nascer e interfere no vínculo entre mãe e filho.

Entretanto, estar grávida também pode ser um processo protetor e/ou facilitador na identificação dos casos de violência, pois muitas vítimas só procuraram os serviços de saúde para confirmar a suspeita de gravidez ou realizar o acompanhamento pré-natal, como nos casos apresentados neste estudo. É neste momento que o profissional deve garantir um ambiente seguro e de confiança ao identificar estes casos de violência contra adolescentes, sendo fundamental conhecer os determinantes sociais e como eles interagem no contexto de vida da adolescente e compreender as experiências vivenciadas por estas dentro de uma perspectiva de gênero.

Para transformar esta realidade objetiva sugere-se a qualificação dos profissionais de saúde para que os mesmos possam detectar precocemente pessoas com perfil de vítimas (crianças, adolescentes, idosos) em situações de violência e agressores, para que em uma fase a seguir seja planejada, executada e avaliada uma intervenção imediata capaz de quebrar o “ciclo da violência”, minimizando seus impactos na sociedade brasileira.

Apesar da violência doméstica ser um tema de difícil abordagem e abranger um complexo contexto, a inserção da obstetrix na equipe multiprofissional prestando um pré-natal incluindo a família no processo e adaptado às demandas ou necessidades destas adolescentes vêm contribuindo para ampliar o vínculo e a confiança da adolescente na atenção básica. Assim também com a escuta qualificada percebeu-se que as adolescentes se sentiram à vontade para falar sobre seus medos, esclarecer dúvidas, expor seus anseios, planos e sonhos. Todas essas ações e

intervenções no atendimento permitiram o fortalecimento das relações familiares desta adolescente, ajudando-a a construir novos caminhos, superar suas dificuldades e se empoderar para o enfrentamento da violência doméstica, contribuindo, ainda, para uma quebra da perpetuação deste fenômeno social e ainda complexo pelas suas dimensões profundas, as quais têm de ser trabalhadas a partir de uma perspectiva menos idealista, valorizando principalmente as tecnologias leves e a interação humana.

### Referências

1. Bardin L. A análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70; 2013.
2. Bastos S, Ramos MLCO, Silva AL. Aspectos culturais da violência doméstica como problema de saúde pública. Bol. Inst. Saúde. 2007; (41):15-17. [acesso em: 13 jul. 2016]. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1518-18122007000100005&lng=es&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1518-18122007000100005&lng=es&nrm=iso).
3. Egly EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
4. Egly EY, Hino P. (Org). Las necesidades en salud en la perspectiva de la atención básica: guía para investigadores. São Paulo: Dedone; 2009.
5. Figueiredo R, Bastos S. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos: o poder judiciário deve garantir o acesso à contracepção de emergência. In: Keinert TMM, Bastos de Paula SH, Bonfim JRA. As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p.119-26. [acesso em: 23 de ago 2016]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/acoesjudiciais\\_10.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/acoesjudiciais_10.pdf)
6. Fundo de População das Nações Unidas. Situação da população mundial 2013. Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. New York; 2013. [acesso em: 23 de ago 2016]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/SWOP%202013%20-%20Summary%20Portugues.pdf>.
7. Heller A. (1996). Revision de la teoria de las necesidades. Barcelona: Paidós Iberica; 1996.
8. Martins GA. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2006.
9. Minayo MCS, Souza ER. A violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. 284p.
10. Moraes SP, Vitalle MSS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência: interações ONU-Brasil. Ciênc Saúde Col. 2015; 20(8):2523-2531 [acesso em: 23 ago 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2523.pdf>
11. Organização Pan-americana de Saúde. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington (USA); 2002. [acesso em 23 ago 2016]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf).
12. Salcedo-Barrientos DMS. Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma Unidade Básica da Zona Leste de São Paulo: bases para intervenção. Relatório Parcial. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
13. Salcedo-Barrientos DMS, Matias AM., Nascimento A, Pereira NFA, Camargo NF, Lima QL et al. O papel da obstetriz frente aos casos de violência doméstica. In: XII Jornada apoiar: a clínica social – propostas, pesquisas e intervenções, São Paulo: Anais da XII Jornada Apoiar; 2014. p. 433-434.
14. Secretaria do Estado de São Paulo. Portaria nº 1300 de 2015. Institui os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo. Diário Oficial Cidade de São Paulo. 15 jul 2015;20. [acesso em: 23 ago 2016]. Disponível em: [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe\\_eletronico/2015/iels.jul.15/lels128/M\\_PT-SMS-1300\\_2015.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2015/iels.jul.15/lels128/M_PT-SMS-1300_2015.pdf).
15. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. Can Med Assoc J. 1993; 149(9):1257-63.
16. Tardivo LSLPC, Pinto Jr AA. Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes. 1. ed. São Paulo: Vetor; 2010.
17. Universidade de São Paulo. Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades. (2014). Competências essenciais para o exercício da obstetrícia. São Paulo: EACH/USP; 2014. [acesso em: 23 ago 2016]. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/site/download/CompetenciasEssenciaisExercicioObstetricia.pdf>.

# Ocorrências em sexualidade e saúde sexual e reprodutiva em escolas do município de Diadema – São Paulo

## Occurrence of Sexuality and Sexual and Reproductive Health in Schools of the City of Diadema – São Paulo

Regina Figueiredo<sup>I</sup>, Márcia Santos<sup>II</sup>, Líria Maria Palmigiano Fregnani<sup>III</sup>, Rosamaria Fredo Bico<sup>IV</sup>,  
Nilton César de Almeida<sup>V</sup>, Danilo Martins de Siqueira<sup>VI</sup>

### Resumo

O artigo apresenta inquérito feito em escolas públicas do município de Diadema, São Paulo, quanto às ocorrências ligadas à sexualidade. Responderam 56 (65,1%) escolas e 26,5% relataram não saber lidar com eventos abrangendo crianças de pré-escola e 11,1% envolvendo adolescentes. Em escolas com adolescentes, 29,6% apontaram prática sexual entre menores de 18 anos, 43,7% casos de gravidez e 25,2% ocorrências de abortos. Mais de 20% das escolas afirmaram não tomar nenhuma atitude diante dessas ocorrências, porém, a família é convocada em 20% das que registram comportamentos associados à homossexualidade. A partir desse levantamento, foi estabelecido um protocolo de orientações para educadores e escolas sobre as ocorrências típicas da sexualidade de crianças e adolescentes, visando à promoção da prevenção em saúde sexual e reprodutiva desse público.

**Palavras-chave:** Adolescência; Escola; Sexualidade; Saúde reprodutiva.

### Abstract

The article aims to present a study on sexuality, based on a survey of the principals of the public schools of the city of Diadema – São Paulo. Of the sample, 56 (65.1%) schools responded the survey, 26.5% reporting not knowing how to deal with events involving children, and 11.1% involving adolescents. Among the schools that provide education to adolescents, 29.6% indicate sexual practice among teenagers with ages less than 18 years old, 43.7% pregnancies and 25.2% occurrence of abortions. Over 20% of the surveyed schools declare that they are not taking any action regarding these occurrences. However, in 20% of the schools, the families are informed of the event, when the occurrence is associated with homosexuality. Based on the survey, a guidance protocol for educators and schools about the typical occurrences in children and adolescents' sexuality was designed, aiming to promote the prevention of this public's sexual and reproductive health.

<sup>I</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, Mestre em Antropologia Social e Doutora em Ciências na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pesquisadora científica IV do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro do Grupo Técnico de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

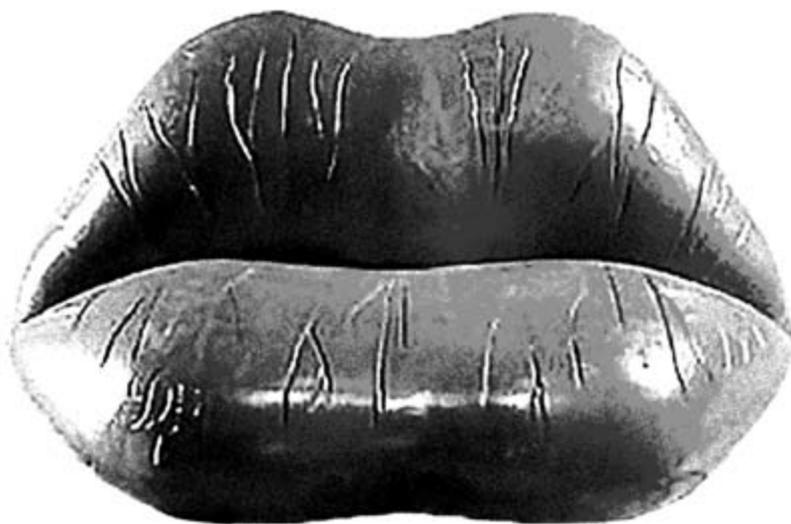
<sup>II</sup> Márcia Santos (marcia.santos00@hotmail.com) é pedagoga pela Universidade São Marcos, formada em Letras pela Fundação Santo André, com Especialização em Sociologia pela Fundação de Sociologia Aplicada e Secretária Municipal de Educação do Município de Diadema na gestão 2008-2012.

<sup>III</sup> Líria Maria Palmigiano Fregnani (liria.fregnani@diadema.sp.gov.br) é psicopedagoga e especialista em Gestão Gerencial pela Fundação Santo André, especialista em Psicopedagogia pela Universidade de Nova Iguaçu e em Gestão Pública pela Universidade Federal de Juiz de Fora e foi diretora do Departamento de Formação e Acompanhamento Pedagógico na gestão 2008-2012.

<sup>IV</sup> Rosamaria Fredo Bico (rosamaria.bico@diadema.sp.gov.br) é pedagoga com especialização em Supervisão, Coordenação Pedagógica, Administração e Planejamento Escolar da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de São Bernardo do Campo e foi coordenadora do Núcleo Social da Secretaria de Educação do Município de Diadema na gestão 2008-2012.

<sup>V</sup> Nilton César de Almeida (nilton.almeida@diadema.sp.gov.br) é Assistente Social do Núcleo Social pela Faculdade Mauá e foi membro da Equipe do Núcleo Social da Secretaria de Educação do Município de Diadema na gestão 2008-2012.

<sup>VI</sup> Danilo Martins de Siqueira (daniloflegma@gmail.com) é Sociólogo pela Universidade de São Paulo e foi estagiário do Núcleo de Práticas em Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, entre 2010 e 2001 pela FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo.



## Introdução

**A** Organização Mundial de Saúde (OMS) trata a sexualidade como um aspecto central do ser humano, presente durante toda a vida<sup>46</sup>. Suas características e expressões da sexualidade envolvem fatores de ordem biológica, psicológica e social<sup>45</sup>.

As expressões de ordem biológica estão expressas desde antes do nascimento, formando um apanhado de estímulos sensoriais prazerosos, que são registrados orgânica e psiquicamente pelos indivíduos em suas várias fases de vida<sup>15,37</sup>. Portanto, expressões de afeto, desejo, carinho, sensações prazerosas frente à ereção, ao estímulo oral, ao toque e à exploração do próprio corpo, inclusive dos órgãos sexuais e autopercepção, entre outras, estão presentes por toda a infância, enquanto que o início de desejo e erotização e contatos afetivo-sexuais estimulados por outras pessoas ocorrem a partir das descargas hormonais que marcam o início da adolescência<sup>10</sup>.

Os fatores de ordem social vão orientar como esses estímulos são compreendidos e recebidos pelos adultos que orientarão condutas e respostas às atitudes infantis, de forma acolhedora, orientadora ou repressiva, conforme o significado

atribuído à sexualidade pela sociedade – atitudes que gerarão impacto sobre a construção psíquica e a percepção da sexualidade pelos indivíduos em desenvolvimento, configurando-se enquanto fatores psicológicos da sexualidade de cada um. No caso da cultura brasileira, e ocidental em geral, a sexualidade tem sido foco de orientações sociais repressivas tanto na esfera familiar quanto na pública, motivada pelas orientações de condutas de contenção e para evitar sua expressão pela religião, educação, polícia e a medicina, principalmente<sup>14</sup>.

Dentro das diretrizes adotadas no Brasil, desde a criação e adoção do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA<sup>4</sup>, de exercício de cidadania e respeito às crianças e aos adolescentes, torna-se dever da sociedade e do Estado garantir que esses sujeitos exerçam esses direitos livres de quaisquer formas de violência e opressão<sup>1</sup>. Assim, os direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes são também direitos humanos, tal quais foram caracterizados os direitos sexuais e reprodutivos da população adulta a partir das conferências internacionais de População e Desenvolvimento e da Mulher, respectivamente realizadas no Cairo em 1994 e em Pequim em 1995<sup>36</sup>. Nesse sentido, tais direitos são reconhecidos por

toda a sociedade, incluindo equipamentos e instituições que atuam com este público.

Os direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes estão fundamentados nos princípios de promoção da dignidade, da liberdade e do respeito à autonomia e à autodeterminação desses sujeitos<sup>35</sup>, aspectos fundamentais que precisam ser observados por uma cultura com tendência “adultocêntrica”, que vem considerando o “desenvolvimento e o exercício da sexualidade como assuntos proibidos e de difícil diálogo”, como explicita Arruda<sup>1</sup> (p.1).

Assim, abordar os direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes significa opor-se a essa tendência omissa com relação ao tema, ao mesmo tempo em que contraria a abordagem que só foca os direitos de crianças e adolescentes sob o prisma da proteção da sexualidade das situações de violência, conforme Arruda<sup>1</sup>. Diante disso, faz-se necessário a exigência da ampliação do espectro da compreensão do tema sexualidade em direção à aceitação do sentimento, desejo e expressão desta por esses sujeitos, de seu direito à autonomia sexual, conforme seu grau de desenvolvimento etário, cognitivo e autônomo. Promover a proteção da criança e do adolescente da violência passa, então, a encampar o acolhimento da sexualidade de crianças e adolescentes, para que possam exercê-la de maneira saudável e prazerosa, protegendo-os das imposições, abusos ou sujeições que possam vir dos adultos e/ou familiares, ou autoridades que utilizem o abuso etário para impor-lhes modelos culturais que venham a oprimir seu desenvolvimento sexual pleno<sup>35</sup>.

### **Escola como locus de interconexão entre a sexualidade e a promoção de saúde sexual e reprodutiva**

A escola é um local estratégico de atenção à infância e à adolescência, pois nela este público tem grande contato temporal e afetivo/relacional, sendo a segunda forma de socialização no

desenvolvimento humano atual, depois da família. Por este motivo, a escola, enquanto equipamento pedagógico-social, tem o dever de promover a cidadania de crianças e adolescentes.

A escola, dessa maneira, tem papel de promover a prevenção e dar alicerces para a construção da autonomia e autodeterminação de crianças e adolescentes, inclusive com relação à sexualidade<sup>13</sup>, de forma emancipatória, conforme o desenvolvimento característico de cada faixa etária; sendo, ao mesmo tempo, protetora de eventos que tentem violá-la. Como a forma de realizar a abordagem da sexualidade de maneira prática, na escola isso não vem sendo orientado na formação pedagógica<sup>25</sup>, nem indicada nos documentos e normatizações de educação brasileira, apesar de a Lei de Diretrizes e Bases (LDB)<sup>24</sup> prever a abordagem do tema. Não é incomum que os educadores tenham dificuldade em lidar com esses eventos em seu cotidiano e adotem posturas variadas, conforme sua própria formação moral ou familiar<sup>20</sup>.

Nesse sentido, um passo importante para iniciar a discussão de propostas de atuação escolar na área de sexualidade de crianças e adolescentes é o estudo e mapeamento de suas ocorrências e a preocupação e resposta escolar perante as mesmas, proporcionando dados para a análise e discussão da sexualidade e da forma como se dão essas condutas de orientação, tanto educacionais-preventivas quanto de encaminhamento de situações de saúde e violência.

### **Método**

O projeto, desenvolvido pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em parceria com o Núcleo Social da Secretaria de Educação do Município de Diadema, realizou um inquérito quantitativo descritivo, levantando ocorrências com relação à sexualidade, saúde sexual e reprodutiva, violência e uso de

álcool e drogas em todas as escolas municipais da administração direta e conveniada, incluindo pré-escolas e escolas de ensino básico, composto pelo fundamental 1 e 2 e com Educação de Jovens e Adultos (EJA).

O levantamento foi realizado por meio de coleta de dados utilizando questionário semiestruturado de autopreenchimento, disponíveis *on-line*, através do sistema FormSUS do Ministério da Saúde, respondido pelos diretores escolares durante o período de 01 de agosto a 01 de setembro de 2012. Esse instrumento abordou as ocorrências de expressões naturais de sexualidade típicas de crianças e adolescentes, questões relativas à consequência do início de práticas sexuais sem prevenção, além de temas relativos à violência e às drogas, assim como as atitudes e fluxos adotados por educadores e escolas diante das mesmas.

Os dados aqui apresentados correspondem às informações sobre sexualidade e saúde sexual e reprodutiva analisados utilizando-se o software SPSS, processados por intermédio de frequências simples.

### Resultados

De um total de 86 escolas do município de Diadema (58 de Ensino Básico da administração direta e 28 creches conveniadas), 56 (65,1%) responderam à pesquisa. Entre as escolas que atuam com crianças na faixa etária até 7 anos, ou seja, de 1º ano do ciclo Fundamental 1, pelo menos 33,3% das escolas relataram ocorrências de manipulação genital de alunos. Outras ocorrências explicitadas com relação à sexualidade/saúde sexual e reprodutiva foram relatos de relacionamento sexual, incluindo situações envolvendo adolescentes menores de 18 anos, principalmente no Ensino Fundamental 2 e EJA 1 e 2. Em 47,2% das escolas, há relatos de diretores do EJA 1 de uso da própria escola como local

onde foram mantidas relações sexuais de alunos em 11,1% das escolas com esse tipo de curso; relatos de gravidez de alunas adolescentes menores de 18 anos em 43,7%, em média, das escolas com Fundamental 2 e EJA 1 2 e ocorrência de abortos nesta mesma faixa etária em 33,3%, 22,2% e 20,0% das escolas de Ensino Fundamental 2, EJA 1 e EJA 2, respectivamente, com média de ocorrência de 25,2%.

Não foram registradas ocorrências, nem relatos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) pelos diretores de escolas de público adolescente.

Com relação à ocorrência desses eventos ligados à sexualidade, em média, 30,4% das escolas revelaram “saber lidar” com essas situações normalmente, principalmente escolas infantis frente à manipulação genital, e escolas com EJA 1 com relação a situações derivadas da prática sexual dos adolescentes. Porém, 14,4% das escolas, em média, afirmou ter problemas e não saber como agir em relação a esses eventos. Em escolas com 1º ano do Ensino Fundamental, 42,9% apontaram dúvidas com relação à atitude de educadores diante das manipulações genitais. Em escolas com classes de EJA 1, 22,2% têm dificuldades em lidar com situações que envolvam a prática sexual de adolescentes e suas ocorrências posteriores, mais especificamente gestações e abortos.

A postura geral das escolas infantis frente à manipulação genital das crianças é a conversa com o aluno, procurando evitar a sua ocorrência, embora 1/3 das pré-escolas e quase metade das pré-escolas que têm conjuntamente o 1º ano do Fundamental 1 adotem a abordagem à família do aluno para tratar do assunto, principalmente quando há troca desta manipulação entre crianças (ver Tabela 3).

Com relação a adolescentes, a postura da escola inicialmente é a conversa direta com os próprios alunos diante de situações de contatos físicos

**Tabela 1.** Ocorrências em Sexualidade e Saúde Sexual e Reprodutiva em escolas, por tipo de escola. Diadema, 2012.

	Pré-escola (%)	Pré c/ 1º ano (%)	Fund 1 (%)	Fund 2 (%)	EJA 1 (%)	EJA 2 (%)	Mé-dia (%)
<b>Ocorrências:</b>							
- manip. genital de crianças até 12 anos na escola	28,6	33,3	0	N/A	N/A	N/A	20,6
- comentários sobre prática sexual fora da escola entre alunos menores de 18 anos	N/A	N/A	N/A	66,7	55,6	20,0	47,4
- constatação de prática sexual fora da escola entre alunos menores de 18 anos	N/A	N/A	N/A	66,7	22,2	0	29,6
- prática sexual dentro da escola – menores de 18 anos	N/A	N/A	N/A	0	0	0	0
- prática sexual dentro da escola – maiores de 18 anos	N/A	N/A	N/A	N/A	11,1	0	5,55
- gravidez entre alunas menores de 18 anos	N/A	N/A	N/A	55,6	55,6	20,0	43,7
- comentários sobre ocorrência de DST entre alunos	N/A	N/A	N/A	0	0	0	0
- constatação de DST entre alunos	N/A	N/A	N/A	0	0	0	0
- casos de abortamento envolvendo alunas	N/A	N/A	N/A	33,3	22,2	20,0	25,2
- envolvimento sexual e/ ou romântico envolvendo educadores e alunos	N/A	N/A	N/A	0	0	0	0

**Tabela 2.** Percepção da Escola Frente a Problemas Ligados à Sexualidade e Saúde Sexual e Reprodutiva por tipo de escola. Diadema, 2012.

	Pré-escola (%)	Pré c/ 1º ano (%)	Fund 1 (%)	Fund 2 (%)	EJA 1 (%)	EJA 2 (%)	% Média
<b>Com relação a ocorrências envolvendo sexualidade, a escola:</b>							
- sabe lidar normalmente com	55,0	42,9	0	20,4	44,4	20,0	30,45
- não há preocupação	35,0	14,3	100,0	68,5	33,3	80,0	55,2
- a escola não sabe lidar	10,0	42,9	0	11,1	22,2	0	14,4
<b>total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Tabela 3.** Postura da Escola frente a Ocorrências de Sexualidade e Saúde Sexual e Reprodutiva, por tipo de escola. Diadema, 2012.

<b>Postura da Escola Frente a:</b>	Pré-escola (%)	Pré c/ 1º ano (%)	Fund 1 (%)	Fund 2 (%)	EJA 1 (%)	EJA 2 (%)	Média (%)
<b>A automanipulação genital</b>							
- não se posiciona	0	0	0	N/A	N/A	N/A	0
- conversa com o aluno	65,9	46,7	100,0	N/A	N/A	N/A	70,9
- conversa com a família	34,1	46,7	0	N/A	N/A	N/A	26,9
- encaminha caso à secretaria/ conselho tutelar	0	6,7	0	N/A	N/A	N/A	2,2
<b>total</b>	100,0	100,0	100,0	-	-	-	
<b>Manipulação genital entre crianças da mesma idade:</b>							
- não se posiciona	11,4	0	0	N/A	N/A	N/A	3,8
- conversa com o aluno	40,0	30,8	0	N/A	N/A	N/A	23,6
- conversa com a família	48,6	69,2	100,0	N/A	N/A	N/A	72,6
- encaminha caso à secretaria/ conselho tutelar	0	0	0	N/A	N/A	N/A	0
<b>total</b>	100,0	100,0	100,0	-	-	-	
<b>Contatos físicos voluntários entre meninas e meninos adolescentes:</b>							
- não se posiciona	N/A	N/A	N/A	14,3	12,5	50,0	25,5
- conversa com o aluno	N/A	N/A	N/A	57,1	62,5	50,0	56,5
- conversa com a família	N/A	N/A	N/A	28,6	12,5	0	13,7
- encaminha caso à secretaria/ conselho tutelar	N/A	N/A	N/A	0	12,5	0	4,7
<b>total</b>	-	-	-	100,0	100,0	100,0	
<b>Contatos NÃO voluntários entre meninas e meninos adolescentes:</b>							
- não se posiciona	N/A	N/A	N/A	14,3	12,5	50,0	25,6
- conversa com o aluno	N/A	N/A	N/A	28,6	37,5	50,0	38,7
- conversa com a família	N/A	N/A	N/A	28,6	25,0	0	17,9
- encaminha caso à secretaria/ conselho tutelar	N/A	N/A	N/A	28,6	25,0	0	17,9
<b>total</b>	-	-	-	100,0	100,0	100,0	
<b>Expressão e jeito de ser associados à homossexualidade entre adolescentes:</b>							
- não se posiciona	N/A	N/A	N/A	42,9	50,0	100,0	64,3
- conversa com o aluno	N/A	N/A	N/A	42,9	37,5	0	26,8
- conversa com a família	N/A	N/A	N/A	14,3	12,5	0	8,9
- encaminha caso à secretaria/ conselho tutelar	N/A	N/A	N/A	0	0	0	0
<b>total</b>	-	-	-	100,0	100,0	100,0	

<b>Postura da Escola Frente a:</b>	Pré-escola (%)	Pré c/ 1º ano (%)	Fund 1 (%)	Fund 2 (%)	EJA 1 (%)	EJA 2 (%)	Média (%)
<b>Contatos voluntários entre adolescentes do mesmo sexo:</b>							
- não se posiciona	N/A	N/A	N/A	14,3	12,5	100,0	42,3
- conversa com o aluno	N/A	N/A	N/A	57,1	62,5	0	39,9
- conversa com a família	N/A	N/A	N/A	14,3	12,5	0	8,9
- encaminha caso à secretaria/ conselho tutelar	N/A	N/A	N/A	14,3	12,5	0	8,9
<b>total</b>				100,0	100,0	100	
<b>Contatos NÃO voluntários entre adolescentes do mesmo sexo:</b>							
- não se posiciona	N/A	N/A	N/A	14,3	12,5	50	25,6
- conversa com o aluno	N/A	N/A	N/A	28,6	25,0	50	34,5
- conversa com a família	N/A	N/A	N/A	28,6	37,5	0	22,0
encaminha caso à secretaria/ conselho tutelar	N/A	N/A	N/A	28,6	25,0	0	17,9
<b>total</b>	-	-	-	100,0	100,0	100,0	
<b>Casos de gravidez entre alunas:</b>							
- não se posiciona	N/A	N/A	N/A	25,0	33,3	33,3	30,5
- conversa com o aluno	N/A	N/A	N/A	37,5	22,2	0	19,9
- conversa com a família	N/A	N/A	N/A	25,0	33,3	0	19,4
- encaminha caso à secretaria/ conselho tutelar	N/A	N/A	N/A	12,5	11,1	66,7	30,1
<b>total</b>	-	-	-	100,0	100,0	100,0	
<b>Casos de DST entre alunos</b>							
- não se posiciona	N/A	N/A	N/A	25	33,3	33,3	30,5
- conversa com o aluno	N/A	N/A	N/A	37,5	33,3	33,3	34,7
- conversa com a família	N/A	N/A	N/A	37,5	22,2	0	19,9
- encaminha caso à secretaria/ conselho tutelar	N/A	N/A	N/A	0	11,1	33,3	14,8
<b>total</b>	-	-	-	100,0	100,0	100,0	
<b>Casos de aborto entre alunas</b>							
- não se posiciona	N/A	N/A	N/A	11,1	22,2	33,3	22,2
- conversa com o aluno	N/A	N/A	N/A	33,3	44,4	33,3	37,0
- conversa com a família	N/A	N/A	N/A	55,6	22,2	0	25,9
- encaminha caso à secretaria/ conselho tutelar	N/A	N/A	N/A	0	11,2	33,3	14,8
<b>total</b>	-	-	-	100,0	100,0	100,0	
<b>Contatos sexuais/românticos entre educadores e alunos</b>							
- não se posiciona	N/A	N/A	N/A	14,3	12,5	50,0	25,6
- conversa com o aluno	N/A	N/A	N/A	28,6	37,5	0,0	22,0
- conversa com a família	N/A	N/A	N/A	14,3	0	0,0	4,8
- encaminha caso à secretaria/ conselho tutelar	N/A	N/A	N/A	42,9	50,0	50,0	47,6
<b>total</b>	-	-	-	100,0	100,0	100,0	

voluntários, inclusive entre o mesmo sexo, embora várias recorram à família na faixa etária do Fundamental 2 e, principalmente, quando há contatos homossexuais, ou atitudes ou expressões associadas à homossexualidade, conduta adotada por 16,4%, incluindo busca de conselhos tutelares.

Situações de contatos não voluntários, tanto contatos entre alunos de sexos diferentes quanto de alunos do mesmo sexo, são encaminhados geralmente às famílias, mas também à própria Secretaria de Educação e ao Conselho Tutelar, se necessário, porém, 25,6% das escolas afirmaram não tomar nenhuma atitude nem com os alunos em ambos os casos.

Situações decorrentes da prática sexual não protegida, como gestações e DST entre alunos, são, em mais da metade das vezes, conversadas com os próprios alunos, embora haja muita procura da família nesses casos, principalmente quando há informação de ocorrência de abortos. Todos esses eventos são remetidos pelas escolas, em pelo menos 10% dos casos, à Secretaria de Educação/Conselho Tutelar.

Não houve relato na pesquisa de casos de envolvimento romântico ou sexual entre alunos e educadores, porém, metade das escolas afirmou a solução da ocorrência internamente com os próprios envolvidos (25,6%), ou não se posicionaria (22,0%) se tais casos ocorressem e 43,4% reportariam a informação à Secretaria de Educação/Conselho Tutelar; a família iria ser acionada apenas em escolas de Fundamental 1 (14,3%).

As pré-escolas (28,9%) e as escolas de pré-escola com 1º ano de Ensino Fundamental realizam abordagem da discriminação entre meninas e meninos, embora nas pré-escolas, com relação à discriminação homossexual, aproximadamente 70,0% não o façam. A abordagem da sexualidade como um tema “natural” do desenvolvimento humano é minoria (25,2%), e só

atinge a maioria das escolas com presença de EJA 1 (ver Tabela 4).

Com relação a adolescentes, as escolas de Ensino Fundamental 2 e EJA 1 afirmam integrar os temas relativos à sexualidade e saúde sexual de forma interdisciplinar ou integrando-os a uma disciplina, principalmente no Ensino Fundamental 2. Nessas, 1/3 acolhe ações relativas ao tema vindas da própria Secretaria de Educação, que tem menor atuação nas escolas de EJA. Com relação à presença de atuação de ONGs, 11,1% e 22,2% das escolas de Ensino Fundamental 2 e EJA 1 informaram parceria com essas instituições em trabalho conjunto.

As interações entre busca de informações, consultas e exames e insumos contraceptivos, incluindo preservativos, em serviços de saúde pública nas proximidades da escola, são referidas por grande parte das escolas, principalmente as de Ensino Fundamental 2 e menos entre as com EJA. A orientação quanto à DST, realização de teste de gravidez em caso de suspeita (feita com cerca de 20,0% apenas) e busca de métodos contraceptivos e consultas pós-abortos (por 33,3%) demonstram dificuldade de lidar com eventos pós-exposição de risco, principalmente os de ordem mais complexa.

A partir desses dados, foi elaborado o Protocolo de Orientações em Sexualidade e Saúde Sexual e Reprodutiva, implementado pela Secretaria de Educação de Diadema em todas as suas escolas, após treinamento realizado com diretores e educadores desses estabelecimentos. Esse protocolo baseou-se em diretrizes e legislações já instituídas em nível federal e estadual, na Constituição Federal<sup>2</sup>, no ECA<sup>4</sup>, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação editada pelo Ministério da Educação<sup>23,24</sup>, e nas resoluções já existentes em saúde publicadas pelo Ministério da Saúde<sup>27,28</sup>, ou por ambos os ministérios<sup>19,27</sup>, pela Federação Brasileira de Ginecologia e

**Tabela 4.** Ações Escolares frente à Sexualidade e Saúde Sexual e Reprodutiva, por tipo de escola. Diadema, 2012.

	Pré-escola (%)	Pré c/ 1º ano (%)	Fund 1 (%)	Fund 2 (%)	EJA 1 (%)	EJA 2 (%)	Média (%)
<b>Realiza Ação relativa à:</b>							
- sexualidade como evento da natureza humana	30,0	40,0	0	44,4	66,7	40,0	25,2
- discriminação entre meninos e meninas	66,7	46,7	0	66,7	66,7	40,0	28,9
- discriminação a homossexuais	30,8	46,7	0	55,6	55,6	20,0	21,9
<b>Abordagem de Prevenção Sexual e Reprodutiva:</b>							
- faz parte do planejamento interdisciplinar	N/A	N/A	N/A	77,8	55,6	40,0	57,8
- faz parte do conteúdo pedagógico de disciplina(s)	N/A	N/A	N/A	100	88,9	40,0	76,3
- é feita pela Secr. de Educação	N/A	N/A	N/A	55,6	37,5	40,0	44,4
- são realizados por ONGs	N/A	N/A	N/A	11,1	22,2	0	11,1
- são realizados por outras secret.	N/A	N/A	N/A	33,3	11,1	20,0	21,5
<b>Interage com Serviços de Saúde Pública do bairro para:</b>							
- pedir informações para esclarecer alunos	N/A	N/A	N/A	66,7	66,7	40,0	57,8
- encaminhar ocorrências	N/A	N/A	N/A	66,7	55,6	40,0	54,1
- orientar busca de preservativos por adolescentes	N/A	N/A	N/A	77,8	55,6	20,0	51,1
- encaminhar a busca de outros métodos contraceptivos	N/A	N/A	N/A	66,7	33,3	20,0	40,0
- realização teste de gravidez	N/A	N/A	N/A	55,6	22,2	20,0	32,6
- encaminhar tratamento de DSTs	N/A	N/A	N/A	55,6	22,2	20,0	32,6
- encaminhar consultas após ocorrência de abortos	N/A	N/A	N/A	66,7	33,3	20,0	40,0

Obstetrícia e Sociedade Brasileira de Pediatría<sup>39</sup>, pelo Conselho Federal de Psicologia<sup>7</sup>, pelo Conselho Federal de Assistência Social<sup>6</sup> e pelo Programa de DST/Aids do Estado de São

Paulo<sup>7</sup>, visando à prevenção e atenção em saúde de crianças e adolescentes, e focam a promoção e a prevenção em saúde e bem-estar em sexualidade:

## PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM ESCOLAS MUNICIPAIS DE DIADEMA

### Leis, normas e protocolos que embasam orientações:

- **Constituição Federal (1998):** “É dever do Estado dar acesso à Saúde, incluindo métodos que possibilitem o Planejamento Familiar” (artigo 226).

- **Lei Federal 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):** “Reconhece-os como sujeitos de direitos, devendo ser assegurado atendimento ao adolescente (12 anos ou mais) por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (Parágrafo 11º).

- **Código de Ética do Psicólogo (2005):** É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional, a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional (CNP, Artigo 9º).

- **Código de Ética do Assistente Social (1993):** O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o Assistente Social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional (CFESS: Capítulo V, Artigo 16).

- **Recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (2002):** “Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre os conteúdos das consultas, como, por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e prescrição de métodos contraceptivos, com o expresso consentimento do adolescente”.

- **Marco Teórico e Referencial, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, do Ministério da Saúde (2006):** “Os adolescentes têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual e ao acesso à orientação sobre todos os métodos anticoncepcionais. A consciência desse direito implica reconhecer a individualidade e a autonomia do adolescente, estimulando-o a assumir a responsabilidade com sua própria saúde”.

- **Brochuras de referência para os profissionais de saúde do Programa Estadual de DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2010):** “Os serviços de saúde podem oferecer para os adolescentes os seguintes procedimentos de maneira sigilosa e sem a necessidade de autorização dos pais ou responsáveis (CRT DST/aids).

- **LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação 9394/96 do Ministério da Educação (1996).** Inclusão da Orientação Sexual como Tema Transversal: “intervenção pedagógica que tem como objetivo transmitir informações e problematizar questões relacionadas à sexualidade (...), enfocando as dimensões sociológica, psicológica e fisiológica da sexualidade (...) sem a imposição de determinados valores sobre outros; o trabalho de Orientação Sexual visa propiciar aos jovens a possibilidade do exercício de sua sexualidade de forma responsável e prazerosa; propõem-se três eixos fundamentais para nortear a intervenção do professor: Corpo Humano, Relações de Gênero e Prevenção às DST/Aids” (MEC, 1997).

- **Portaria Interministerial 796 - Ministério da Saúde e Ministério da Educação (1992):** “Regulamenta a implantação de projetos educativos visando à prevenção de DST/aids em todas as escolas brasileiras”.

### Orientações para ações na escola:

**1. Escolas devem encarar a expressão e questões da sexualidade como típicas** da faixa etária da infância e adolescência, onde o desenvolvimento se caracteriza por forte expressão e vivência deste tema.

**2. Escolas devem acolher perguntas e comentários relativos à sexualidade feitos ou expressos por alunos como algo natural e saudável,** que precisa ser orientado e esclarecido para evitar informações distorcidas entre seus pares ou entre faixas etárias diferentes.

**3. Escolas devem procurar esclarecer e reforçar para os pais e famílias que a abordagem da sexualidade na escola e esclarecimento de dúvidas de crianças e adolescentes** é algo que protege a saúde psicológica, evitando distorções de informação, violências e exposição a riscos de saúde física.

**4. Escolas devem abordar o tema sexualidade e saúde sexual e reprodutiva**, buscando promover o exercício da sexualidade saudável através da abordagem de conteúdos de Corpo Humano, Relações de Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo Prevenção à gravidez e à DST/aids sem imposição de determinados valores morais.

**5. Educadores devem se utilizar de estratégias facilitadoras (metodologias participativas), bem como de materiais educativos** para o desenvolvimento da promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva e bem-estar.

**6. Adolescentes devem ser incentivados(as) pela Escola e Educadores a procurar por serviços de Atenção Básica**, para receber orientações preventivas em Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo Educação Sexual, Prevenção de Gravidez Não Planejada (incluindo contracepção) e Prevenção de DST/aids, antes mesmo que inicie namoros ou práticas sexuais.

**7. Escolas e educadores devem divulgar a estudantes, a partir da 7ª série do Ensino Fundamental, a existência de serviços de saúde sexual e reprodutiva disponíveis nos postos de saúde pública do entorno escolar:**

- informações educativas/preventivas;
- vacinação para proteção de doenças, incluindo Hepatite B;
- acesso a exames preventivos, incluindo ginecológicos e gerais;
- acesso à atenção ginecológica e geral em saúde, inclusive tratamento e acompanhamento de problemas;
- distribuição gratuita de preservativos;
- fornecimento gratuito de métodos contraceptivos reversíveis (pílulas, injeção, diafragma e camisinhas).

**OBS: que o acesso a todos esses serviços pode ser feito sem a necessidade de presença ou autorização de pais ou responsáveis, com direito à privacidade e sigilo de opiniões e condutas, salvo em risco de vida.**

8. Escolas e educadores devem fazer **encaminhamento individual ativo para busca de preservativos e contraceptivos para alunos ou alunas** que demonstrarem estar tendo comportamento sexual de risco.

9. Escolas e educadores devem fazer **encaminhamento individual ativo para busca de acompanhamento Pré-Natal** para alunas que venham a engravidar e estimular a participação de alunos parceiros no acompanhamento da gestação.

10. Escolas e educadores devem fazer **encaminhamento individual ativo para busca de assistência ginecológica** para alunas que vierem a ter ocorrência de abortamentos espontâneos ou provocados.

11. Escolas e educadores devem fazer **vínculo com equipe de postos de saúde pública local**, com a finalidade de desenvolvimento de ações e projetos de prevenção e promoção em Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes e acesso a preservativos.

### Discussão

A pesquisa revela que é restrita a percepção escolar quanto às etapas de desenvolvimento sexual de crianças, principalmente com relação às orientações sobre respeito à individualidade e verificação do desenvolvimento do corpo e das expressões da sexualidade. A maioria das escolas não relata a fase típica da infância de

manipulação genital, com automanipulação e/ou curiosidades ou “brincadeiras de médico” com manipulação de uma criança por outra. Quando há relatos dessas práticas, revelam a postura interventiva da escola que avalia tais ocorrências como problemáticas, realizando ações restritivas com alunos e procurando apoio para o controle de tais ocorrências na família do educando,

demonstrando uma percepção geralmente pessoal e moral do educador, conforme já haviam observado Maia e Spaziani<sup>20</sup>.

O mesmo despreparo na atenção a fases típicas da sexualidade é observado na ação de educadores com adolescentes. Contatos voluntários entre alunos de diferentes sexos, ou do mesmo sexo, amplamente registrados como comuns na faixa etária de início dos contatos afetivo-sexuais entre os estudantes, por várias vezes sofrem orientação restritiva e recriminadora. Quando a expressão ou comportamentos são heterossexuais há maior aceitação, por serem tipificados como “naturais”. Porém, quando a expressão ou comportamentos são associados a posturas homossexuais, são vistos como “desviantes”<sup>32</sup>, levando à procura das famílias ou à intervenção e abordagem dos alunos. Essa postura produz o reforço dos estereótipos de gênero vigentes<sup>33</sup>, que valorizam a “petrificação” dos modelos masculino e feminino estereotipados e a exclusão dos diferentes, perpetuando posturas de violência comportamental, psicológica ou física como a homofobia – já observada como comum nas escolas brasileiras<sup>11,43</sup>. Ao mesmo tempo, deixa de aproveitar o espaço pedagógico disponível para o desenvolvimento de ações educativas de respeito à diversidade em geral, à diversidade sexual e de gênero e de promoção da prevenção à violência, inclusive a de gênero e homofóbica<sup>42,43</sup>.

De forma oposta, os dados apontam a omissão da escola diante de situações que deveriam ser tratadas como inadequadas por serem desrespeitosas e violentas, como os contatos físicos não voluntários entre adolescentes, tanto de sexos diferentes quanto do mesmo sexo, que são por vezes aceitas e não há intervenção de educadores. Sabe-se que, na prática, a maioria dos alunos assediadores em contatos entre sexos diferentes é integrada por meninos, os quais se impõem sobre as meninas<sup>5</sup>. Da mesma forma,

o assédio comportamental, verbal, psicológico ou físico entre estudantes do mesmo sexo é feito por heterossexuais, que consideram o outro gay ou lésbica, ou seja, homossexuais; os meninos são os principais agressores<sup>38</sup>. Assim, a cultura escolar vigente é a continuidade da cultura de violência de gênero<sup>39</sup>, onde há promoção geralmente da masculinidade perante o feminino ou àqueles designados como “feminilizados”. Nesse sentido, a ação educacional deveria ser de forte intervenção, na tentativa de restringir a violência de gênero e conceituar novos valores de respeito e trato entre os sexos e gêneros<sup>19</sup>. Ao contrário da ação pedagógica igualitária e promotora de autonomia, a permissividade desses contatos e assédios durante a infância e formação do indivíduo adolescente, termina por reforçar uma futura condição adulta de comportamento social, o qual perpetuará manifestações de desigualdade e até de violência física e sexual contra esses indivíduos, vistos como “objetos” e ao dispor da ação masculina.

Nas escolas que atuam com adolescentes, as ocorrências de consequências indesejáveis ou não planejadas ligadas ao início da prática sexual sem informação, como casos de gravidez, são relatadas por todos os diretores, transformando-se em ocorrências que já integram o cotidiano da periferia de municípios da Grande São Paulo. Do mesmo modo, vários casos de abortos são referidos no estudo que, em geral, englobam a intervenção, a conversa com os próprios alunos envolvidos depois de sua ocorrência e nenhuma orientação de busca a serviços de saúde.

No Ensino Fundamental 2 e em escolas com EJA 1, a atuação com relação a esses temas é maior, porém, também não satisfatória, visto que a maioria também não realiza articulação com a rede de saúde local posteriormente aos eventos de risco, e nem informa os alunos sobre estratégias de prática de sexo seguro, com a possibilidade de busca das unidades básicas de saúde para

aquisição de preservativos ou outros contraceptivos, nem tão pouco de saúde sobre a possibilidade de acesso, principalmente com relação a outros métodos contraceptivos que não os preservativos e a possibilidade de realização de testes de gravidez, o que facilitaria não apenas o início preconizado de realização do pré-natal para este público – considerado como gravidez de risco por fatores físicos e sociais<sup>29</sup> – em caso de confirmação da ocorrência, mas também o acesso e vínculo ao serviço de saúde para aquisição de prevenção, caso a gravidez não se confirmasse. Assim, a escola hoje não contribui para a disseminação de informações de saúde para adolescentes. Se há algumas que fazem orientações preventivas de abordagem temática, quase nenhuma parece efetuar o encaminhamento para acesso e busca de insumos que permitam o exercício prático dessas orientações, inclusive com relação à busca de preservativos, tão reclamada pela Política Nacional de Prevenção de DST/aids<sup>32</sup>, que promoveu inclusive a distribuição do insumo nas escolas por intermédio do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)<sup>30</sup>.

Essa interlocução, necessária entre serviços de saúde e educação, tem sido apontada como estratégica não apenas na área de sexualidade e prevenção de gravidez e DST/aids<sup>3,21,29,30,31</sup>, mas também nacionalmente recomendada no programa Saúde na Escola, instituído em 2007<sup>21</sup>, com o objetivo de criar uma política intersetorial entre essas esferas, para dar conta dos diversos problemas de saúde que acometem crianças e adolescentes, a partir de estratégias preventivas e educacionais, mas também de orientação e atenção em saúde.

Apesar da pesquisa não ter revelados verificação de ocorrências de DST entre alunos pelos diretores de escola, casos possivelmente ignorados ou não abordados em espaço escolar, uma vez que a ocorrência dessas, conforme dados do Ministério da Saúde, venham crescendo entre o

público adolescente, e o próprio município pesquisado ter apresentado registro em serviço público de 5 casos de aids na faixa etária de 13 a 25 anos, foram detectados 61 casos de infecção pelo vírus HPV, responsável pelo condiloma entre adolescentes e jovens de 12 e 25 anos no período de 2009 a 2011, que apresentam cerca de 180 casos por ano dos casos de câncer de colo uterino. Além disso, foram detectados no país 11.958 casos de sífilis em gestantes no país, entre 10 e 19 anos, nos anos de 2010 e 2013; destes, 2.265 de residentes do estado de São Paulo<sup>26</sup>, o que demonstra a extensão do problema entre a população em idade escolar e que poderiam ter sido identificados com a ajuda de escolas frequentadas por essa população.

Apesar de os aspectos relativos à prática sexual se mostrarem relevantes e com consequências não planejadas, como gestações e aborto; as escolas que atuam com adolescentes pesquisadas não encaram tais ocorrências como algo que foge ao controle preventivo e afirmam saber lidar com as ocorrências, o que, de certa forma, qualifica as mesmas como típicas do público adolescente de escolas públicas e exime o papel da escola como responsável pela grave ocorrência ao esquivar-se, ou não utilizar ações de educação sexual sistematicamente e mais adequadas metodologicamente à promoção da saúde sexual e reprodutiva entre educandos como prevê o governo federal<sup>25</sup>, tal qual o modelo atualmente proposto no Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>21</sup> – onde uma série de intervenções em saúde, incluindo abordagem da educação sexual, prevenção de gravidez na adolescência e DST/aids são orientadas.

A abordagem limitada dos temas ligados à sexualidade no planejamento interdisciplinar, respectivamente, por 77,8%, 55,6% e 40,0% das escolas de Ensino Fundamental 2, EJA 1 e EJA 2 vistas em Diadema, relegando-a à abordagem

disciplinar, principalmente na disciplina de Ciências feita no Fundamental 2 – que inclui o ensino da fisiologia reprodutiva humana – demonstram-se insuficientes e contrariam as orientações da LDB<sup>24,25</sup>, que preveem a discussão comportamental e mais ampla desta problemática. Ao mesmo tempo, o dado aponta que, para várias escolas, o ensino organicista das funções reprodutivas humanas é suficiente. Na verdade, essa forma de abordar a sexualidade exclui a necessidade de atenção aos alunos com relação a suas vivências e dúvidas dos processos cotidianos de mudança corporal típicos da puberdade, não permite espaços de diálogo e reflexão sobre as consequências da prática sexual desprotegida com relação à gravidez e DST/aids, muito menos da questão do desejo e do prazer que envolve o início de contatos físicos e namoros evidenciados em qualquer escola com adolescentes; ou seja, a sexualidade não está efetivamente contida, nem contemplada no estudo da fisiologia e anatomia dos órgãos sexuais, muito menos as estratégias em lidar com o risco efetivo das práticas sexuais, como a prevenção reprodutiva com uso de métodos contraceptivos e a epidemiológica, que necessita o ensino da adoção e manuseio de preservativos contra as DST<sup>10, 44</sup>.

Nesse sentido, constata-se que a escola não tem cumprido seu papel de promotora de direitos sexuais e reprodutivos, abrangendo aspectos da sexualidade saudável de crianças e adolescentes como fundamentais para o exercício da cidadania. O tema sexualidade fica, assim, relegado à inevitável abordagem quando os eventos já ocorreram ou são considerados danos. No mais, há o predomínio que o tema ainda é visto como de responsabilidade da família e do âmbito privado e não como um problema de saúde e educação pública que se enquadra entre as principais causas de morbimortalidade de adolescentes,

principalmente a feminina, como destaca o Plano Nacional de Juventude<sup>3</sup>.

A rediscussão da forma como a sexualidade deve lidar com a sexualidade de seus alunos se mostra urgente, bem como a construção de protocolos de orientação quanto a posturas de educadores no tocante a questões práticas do cotidiano escolar, como foi desenvolvido no Município de Diadema com relação à violência em geral, violência sexual e uso de álcool e drogas entre alunos<sup>12</sup> e quanto à sexualidade após esta pesquisa<sup>40</sup>. Este protocolo atribui ações de prevenção e orientação de condutas aos educadores, inclusive autorizando-os ao encaminhamento preventivo a serviços públicos de saúde em diversos procedimentos, como busca de contraceptivos, preservativos e detecção de DST/HIV e teste de gravidez, além de atenção ginecológica em caso de gravidez, abortos e presença de DST/HIV/aids, entre outros, favorecendo a uniformidade de condutas nas escolas públicas do município, antecipando-se ao problema de forma a assumi-lo enquanto questão de saúde e educação e subsidiando a conduta mais segura e assertiva de educadores.

Ao mesmo tempo, a escola não dissemina a importância dos serviços públicos de saúde e sua rede básica para os educandos adolescentes que, conforme previsto pelo ECA<sup>4</sup> e pelas próprias orientações diretas do Ministério da Saúde, já teriam condições, a partir de 12 anos, de buscar autonomamente esses locais para atenção preventiva e curativa de males de saúde básicos<sup>27,28</sup>. Isso perpetua a desinformação atual, que atrela a atenção do adolescente à presença de pais ou responsáveis, contrariando os princípios de autonomia, igualdade e sigilo na atenção em saúde previstos nacionalmente, inclusive no tão indispensável acesso de adolescentes a preservativos, a consultas ginecológicas e a métodos contraceptivos<sup>28,29</sup>, incluindo a tão estratégica e necessária contracepção de emergência nessa

faixa etária, útil nos comuns comportamentos de risco desta faixa de idade<sup>8,9</sup>.

Confirma-se, também, a importância que diretrizes do currículo federal orientem subitens para proporcionar a melhor abordagem do tema sexualidade proposto pela LDB nos conteúdos denominados, até então, Temas Transversais. Isso seria fundamental para instrumentalizar educadores em seus planejamentos metodológicos e ações de abordagem, integrando-o dentro do projeto pedagógico de forma inter ou multidisciplinarmente.

Nesse sentido, a iniciativa da Secretaria de Educação de Diadema na elaboração do protocolo de orientação para escolas e educadores é fundamental, porque traz para as políticas de ensino orientações técnicas consensuadas e normas e legislações relativas ao Direito e à Saúde Pública, além da própria área de Educação. Representa, assim, uma iniciativa pautada por uma abordagem educacional multidisciplinar, que dá caráter de legitimidade às escolas e aos educadores para lidarem com temas ligados à sexualidade, padronizando suas condutas frente aos alunos e pais de forma institucional e pedagógica, não mais embasada na esfera pessoal desses profissionais, que, frequentemente, refletem interferências de ordem moral, e muita desinformação.

### **Considerações finais**

Observa-se que as escolas públicas têm se esquivado de assumir a sexualidade como campo que integra o desenvolvimento das crianças e adolescentes, não encampando um trabalho sistemático de acolhimento e orientação sobre essas expressões. Essa omissão termina por permitir, muitas vezes, a expressão e perpetuação de preconceitos e violências com relação aos direitos sexuais e reprodutivos de seus educandos,

incluindo a desatenção a situações onde seria imprescindível a intervenção de educadores.

É necessário que as escolas assumam o papel de protagonistas da promoção da saúde de crianças e adolescentes na área de sexualidade e saúde sexual e reprodutiva, o que poderia ser facilitado com a orientação de protocolos pelas próprias secretarias de educação, orientando práticas embasadas em conhecimento científico e evitando ocorrências onde educadores se pautam por iniciativa individual de estudo, ou por arcabouço moral e pessoal próprio.

Enquanto local privilegiado de contato e permanência de crianças e adolescentes, a escola poderia estar capacitando a orientação da sexualidade saudável, fortalecendo a cidadania e o respeito entre os educandos e evitando ocorrências de desrespeito e violência comportamental, verbal, psicológica, física e sexual, trabalhando as ocorrências e a tolerância à diversidade.

Ao mesmo tempo, precisa ampliar a visão de que a abordagem da sexualidade pelo aspecto científico-organicista não é suficiente para servir como fonte de orientação e discussão de posturas preventivas concretas das práticas sexuais dos adolescentes, que necessitam recursos menos formais, materiais específicos e espaço de diálogo interdisciplinar para efetivarem-se.

A falta de uma diretriz mais precisa do Ministério da Educação com relação à educação sexual nas escolas tem perpetuado um modelo de ensino em que os temas ligados à sexualidade e à saúde sexual e reprodutiva são pouco incluídos, perdendo a chance de realizar uma efetiva mudança educacional nas condições de saúde, principalmente de adolescentes que vem arcando com as consequências desta omissão, responsabilizados pelas ocorrências derivadas da prática sexual não protegida e relegados à heterogeneidade de modelos de educação moral e/ou familiar, que em grande parte perpetuam a desinformação.

Tal omissão corrobora para os índices de gestação não planejada, abortos e não atenção à vulnerabilidade e atenção aos casos de DST/aids na população adolescente, ignorando que a mesma inicia sua atividade sexual justamente em idade escolar e, portanto, deveria ser orientada pela escola. A instituição não visualiza a saúde sexual e reprodutiva de crianças e jovens como um problema público, mas privado, e, por esse motivo, não se antecipa criando atitudes e estruturas de interlocução intersetoriais com a área da saúde, nem para condutas preventivas, nem de atenção pós-eventos de saúde, além de não cumprir a divulgação da utilidade e disponibilidade dos serviços de atenção básica para alunos que, pelo ECA, já poderiam procurá-los autonomamente, como recomenda o Ministério da Saúde<sup>28,30</sup>.

Nesse sentido, orientações mais específicas com relação à conduta dos educadores deveriam ser criadas tanto em nível federal quanto estadual e municipal, de forma a dar respaldo à atuação profissional consolidada em discussões teórico-metodológicas do tema, bem como a inclusão obrigatória dessas no currículo da formação profissional, a fim de não permitir a perpetuação da desinformação, preconceitos e falta de ação perante a temas ligados à sexualidade.

## Referências

1. Arruda JS. Defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos de Crianças e Adolescentes. Salvador: EAD Cultura; 2012.
2. Brasil. Constituição da República do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados; 1988.
3. Brasil. Plano Nacional de Juventude - PL nº 4.530/04. Brasília: Câmara dos Deputados; 2005. [acesso em: 26 abr 2016]. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/dados/pp/a\\_pdfdht/plano\\_nac\\_juventude.pdf](http://www.dhnet.org.br/dados/pp/a_pdfdht/plano_nac_juventude.pdf).
4. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça; 1990. [acesso em: 26 abr 2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm).
5. Calsa GC, França FF. As contribuições dos estudos de gênero e sexualidade no cotidiano escolar dos docentes. In: Instituto de Estudos de Gênero. Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder. Florianópolis: UEM; 2008. [acesso em: 03 mai 2016]. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST51/Franca-Calsa\\_51.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST51/Franca-Calsa_51.pdf).
6. Conselho Federal de Assistência e Serviço Social. Código de Ética do Assistente Social. Brasília: CFESS, 1993. 10. ed. [acesso em: 20 jun 2016]. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)
7. Conselho Nacional de Psicologia. Código de ética profissional do Psicólogo. Brasília: CNP, 2005. [acesso em: 20 de jun 2016]. Disponível em: [http://www.crp.org.br/portal/orientacao/codigo/fr\\_codigo\\_etica\\_new.aspx](http://www.crp.org.br/portal/orientacao/codigo/fr_codigo_etica_new.aspx)
8. Estudos e Comunicação em Sexualidade. Marco Referencial para Promoção e Defesa dos Direitos de Adolescentes e Jovens à Contracepção de Emergência. São Paulo: Ecos; 2006. 25p.
9. Figueiredo R, Bastos SH. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos: o Poder Judiciário deve garantir acesso à contracepção de emergência. In: Keinert TMM, Bastos SH, Bonfim JRA. Ações Judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p.119-126. [acesso em: 06 mai 2016]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/acoesjudiciais\\_10.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/acoesjudiciais_10.pdf).
10. Figueiredo R, Bastos SH, Kalckmann AS. Sexualidade, prática sexual na adolescência, prevenção de DST/aids e gravidez não planejada, incluindo contracepção de emergência. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.
11. Figueiredo R, Feffermann M, Santos M, Fregnani LMP, Bico RF, Almeida NC et al. Ocorrência de violência e drogas envolvendo alunos de escolas municipais de Diadema – São Paulo. Rev LEVS. 2012; 10:87-106.
12. Figueiredo R, Feffermann M, Santos M, Fregnani LMP, Bico RF, Almeida NC. Adoção de orientações visando à prevenção da violência contra escolares: uma ação conjunta entre a saúde e a educação. Bol Inst Saúde. 2013; 14(3):335-343.
13. Figueiró MND. Educação sexual: como ensinar no espaço da escola. Rev Linhas. 2006; 7(1). [acesso em: 26 abr 2016]. Disponível em: <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1323/1132>.
14. Foucault M. História da Sexualidade I: a vontade de saber. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal Ltda; 1985.
15. Freud S. Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In: Freud S. Estudos sobre a histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos - volume 7. Rio de Janeiro: Ed Imago; 1977.
16. Furlani J. Políticas identitárias na educação sexual. In: Grossi MP, Becker S, Losso JCM, Porto RM, Muller RC, organizadores. Movimentos sociais, educação e sexualidades. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. 264p.
17. Governo do Estado da Bahia, Núcleo de Estudos Interdisciplinares da Mulher (NEIM), Rede Feminista Norte e Nordeste

- de Estudos e Pesquisas Sobre Mulher e Relações de Gênero (REDOR). Programa de sensibilização de professores para uma educação não discriminatória. Salvador: Governo do Estado da Bahia/NEIM/REDOR; 2002. 320p. [acesso em: 26 abr 2016]. Disponível em: <http://www.neim.ufba.br/site/arquivos/file/sensibilizacao professores.pdf>.
18. Heilborn ML, Aquino EMM, Bozon M, Knauth DR. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz; 2006. 536p.
19. Louro GL. Gênero, Sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. 6. ed. Porto Alegre: Editora Vozes; 1987. 179p.
20. Maia ACB, Spaziani RB. Manifestações da sexualidade infantil: percepção de pais e professoras de crianças de 0 a 6 anos. *Rev Linhas*. 2010; 11(1):68-84. [acesso em: 26 abr 2016]. Disponível em: <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/2017>.
21. Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola – PSE. Brasília: MEC; 2011. [acesso em: set 2016]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817).
22. Ministério da Educação / Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 796 de 29 de maio de 1992. Normas e procedimentos educativos referente à transmissão e prevenção da infecção pelo HIV. Brasília; 1992 [citado 2016 jul 12]. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2096.htm><http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2096.htm>
23. Ministério da Educação. Parâmetros Curriculares Nacionais: apresentação dos temas transversais, ética. Brasília: MEC/Secretaria de Educação Fundamental; 1997. [acesso em: 26 abr 2016]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/ttransversais.pdf>.
24. Ministério da Educação. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Ministério da Educação; 1996.
25. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação (CNE). Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Pedagogia. Brasília: MEC; 2006. [acesso em: 26 abr 2016]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pcp05\\_05.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pcp05_05.pdf).
26. Ministério da Saúde. DATASUS. [acesso em: 03 set 2016]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
27. Ministério da Saúde. Marco legal: Saúde, um direito dos adolescentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
28. Ministério da Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
29. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da adolescente. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. [acesso em: 06 mai 2016]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_adolescente\\_menina.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf).
30. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Saúde e Prevenção nas Escolas: guias e diretrizes para implementação do projeto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [acesso em: 03 mai 2016]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/SPE\\_Guia\\_Diretrizes.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/SPE_Guia_Diretrizes.pdf).
31. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas de Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
32. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde na Escola. Brasília: Portal do Ministério da Saúde, s/d. [acesso em: 26 abr 2016]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/programa\\_saude\\_na\\_escola.php](http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php).
33. Mott L. Homo-afetividade e Direitos Humanos. *Rev Estud Fem*. 2006; 14(2):509-521. [acesso em 26 abr 2016]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v14n2/a11v14n2.pdf>>.
34. Mott L. Por que os homossexuais são os mais odiados dentre todas as minorias? In: Corrêa M, organizadora. *Seminário Gênero & Cidadania: Tolerância e Distribuição de Justiça*. Campinas: UNICAMP; 2000. p.143-155. [acesso em 26 abr 2016]. Disponível em: <http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.pagu.unicamp.br/files/colenc.01.a09.pdf>.
35. Nogueira Neto W. Abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes: defesa e responsabilização na perspectiva dos direitos humanos. In: Anecd. A defesa de crianças e adolescentes vítimas de violências sexuais. São Paulo: Anecd; 2009. 181p.
36. Organização das Nações Unidas (ONU). Relatório da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Pequim: ONU; 1995. [acesso em: 26 abr 2016]. Disponível em: <http://www.observatoriodo-genero.gov.br/eixo/internacional/documentos-internacionais>.
37. Pereira VA, Martins MFA. Sexualidade infantil e orientação sexual na escola. In: Capellini VLMF, organizadores. *Práticas em educação especial e inclusiva na área da deficiência mental*. Bauru: MEC/FC/SEE; 2008. 23p. [acesso em: 26 abr 2016]. Disponível em: <http://www2.fc.unesp.br/educacaoespecial/material/Livro7.pdf>.
38. Russel ST. Desafiando a homofobia nas escolas: políticas e programas para climas escolares seguros. *Educ Rev*. 2011; 39:123-138. [acesso em: 03 mai 2016]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602011000100009&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602011000100009&script=sci_abstract&lng=pt)>.
39. Safiotti, HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. 151 p. [acesso em: 26 abr 2016]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=622256&indexSearch=ID>.
40. Secretaria de Educação do Município de Diadema. Núcleo de Assistência Social. Protocolo de Orientação de Ações de

Promoção de Saúde Sexual e Reprodutiva em Escolas Municipais de Diadema. Diadema: SME/Núcleo de Assistência Social; 2012. [acesso em: 03 mai 2016]. Disponível em: <http://www.educacao.diadema.sp.gov.br/WebModuleSme/itemMenuPaginaConteudoUsuarioAction.do?actionType=mostrar&idPaginaItemMenuConteudo=2431>.

41. Silva AFS, Silva D, Santos IA. Por uma educação não sexista. Rio de Janeiro: Casa da Mulher Trabalhadora; 2009. 32p.

42. Sociedade Brasileira de Pediatria. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência [Internet]. Adolescência e Saúde jun. 2005 [acesso em: 19 de mai 2014]; 2(2):8-9. Disponível em: [http://adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=168](http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=168)

43. Sousa JM, Silva JP. Homofobia: discutindo a discriminação no meio escolar. Itabaiana: Gepiadd, 2011; 9(5):107-118. [acesso em: 26 abr 2016]. Disponível em: [http://200.17.141.110/periodicos/revista\\_forum\\_identidades/revistas/ARQ\\_FORUM\\_IND\\_9/FORUM\\_V9\\_09.pdf](http://200.17.141.110/periodicos/revista_forum_identidades/revistas/ARQ_FORUM_IND_9/FORUM_V9_09.pdf).

44. Souza V. Adolescentes em cena: uma proposta educativa no campo da saúde sexual e reprodutiva. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2):1716-1721. [acesso em: 26 abr 2006]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800014&script=sci_arttext).

45. United Nations Educational. Orientação Técnica internacional sobre Educação em Sexualidade - Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde. Vol. 1 – razões em favor da educação em sexualidade. Paris: UNESCO; 2010. [acesso em: 03 mai 2016]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>

46. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Promoting and safeguarding the sexual and reproductive health of adolescents. Policy Brief. 2006; 4. [acesso em: 03 mai 2016]. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/policy\\_brief\\_4\\_rhstrategy/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/policy_brief_4_rhstrategy/en/index.html).

# Gravidez na adolescência e contracepção de emergência: opinião de profissionais de serviços primários de saúde pública do município de São Paulo<sup>1</sup>

**Teenage pregnancy and emergency contraception: opinion of professionals primary public health services in São Paulo**

Fernando Lefèvre<sup>II</sup>, Ana Maria Cavalcanti Lefèvre<sup>III</sup>, Sandra Dircinha Teixeira de Araújo<sup>IV</sup>, Regina Figueiredo<sup>V</sup>

## Resumo

Descreve-se a opinião de 60 profissionais de unidades básicas de saúde pública do município de São Paulo com relação a situações de risco de gravidez que envolvem indicação da contracepção de emergência para adolescentes. Utilizou-se metodologia qualitativa, com construção de diferentes Discursos do Sujeito Coletivo. Contata-se que a maioria dos profissionais indicaria o método para adolescentes, embora muitos estejam desinformados sobre seu efeito não abortivo e alguns apresentem entraves de ordem moral e/ou ideológica para a sua indicação/prescrição. Demonstra-se a necessidade de atualização desses profissionais de saúde quanto aos mecanismos de ação da contracepção de emergência e sua sensibilização a respeito da necessidade do método, objetivando a redução da gravidez não planejada e abortos entre adolescentes no Brasil.

**Palavras-chave:** Adolescentes; Prevenção de gravidez; Contracepção de emergência; Atenção básica; Representações sociais.

## Abstract

Describes opinion basic of 60 public health professional of São Paulo with respect to situations involving risk of pregnancy indication of emergency contraception for adolescents. We used qualitative and quantitative methodology, building different Collective Subject Discourse. The most professionals would indicate the method for adolescents in this cases, though many are uninformed about their not abortifacient effect and some show barriers of moral/ideological for indications/prescription order. It is demonstrated need for updating these health professionals about the mechanisms of action of emergency contraception and their awareness of the need to respect the method aiming at reducing unplanned pregnancies and abortions among adolescents in Brazil.

**Keywords:** Adolescents; Pregnancy prevention; Emergency contraception; Basic care; Social representations.

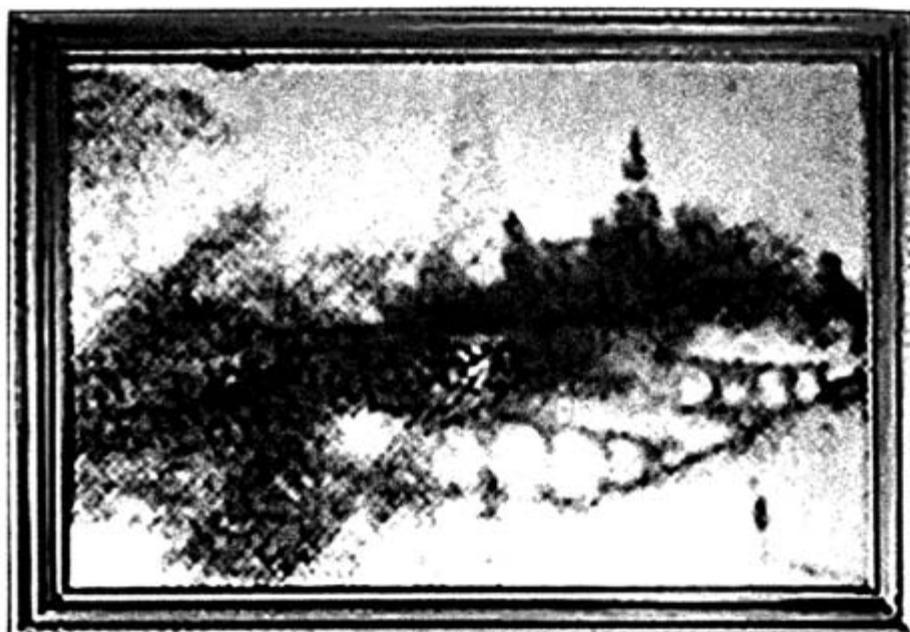
<sup>1</sup> Parte dos resultados do estudo "Gravidez Adolescente e Pílula do Dia Seguinte: desvelando seus sentidos entre adolescentes e profissionais de saúde", desenvolvida em 2008 com apoio da FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo/Coordenadoria Regional de Saúde Sul e Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo.

<sup>II</sup> Fernando Lefèvre (flefevre@usp.br) é Doutor em Saúde Pública. Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

<sup>III</sup> Ana Maria Cavalcanti Lefèvre (*in memoriam*) era Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Sócia e pesquisadora do IPDSC - Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo.

<sup>IV</sup> Sandra Dircinha Teixeira de Araújo (sandradi@usp.br) é Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Doutora em Ginecologia e Perinatologia pelo IAMSP/SES/SP. Funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

<sup>V</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, Mestre em Antropologia Social e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



### Introdução

**E**studos atuais vêm referindo que a experiência sexual tem ocorrido entre 15 e 16 anos, inclusive no Brasil<sup>1</sup>. Partos entre adolescentes alcançam 10-20% do total de todos os partos ocorridos mundialmente, cerca de 20% entre o total de partos do país<sup>2</sup>. Embora a fecundidade tenha caído em todas as faixas etárias, entre as mulheres de 15 e 19 anos passou de 78,8 para 60,5 grávidas em cada mil mulheres de 2004 a 2010; nessas gestações de adolescentes, a gravidez não planejada corresponde a cerca de 60% das gravidezes desse grupo, em geral, ocorridas em regiões e grupos sociais mais pobres e com menor grau de instrução<sup>3</sup>.

Apesar de os estudos mostrarem que o uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual supera 50% neste público, constata-se que, entre as adolescentes que engravidaram, há um curto período entre o início da vida sexual e a

ocorrência da gestação devido ao não uso ou ao uso inadequado de métodos contraceptivos<sup>4</sup>. Por ser uma faixa etária de desenvolvimento rumo à maturidade, fatores de ordem psicológica e cultural, religiosa e de padrão socioeconômico, incluindo estilo de vida e idade de estabelecimento de parcerias ou casamentos, estão relacionados ao conhecimento e uso de métodos contraceptivos.

Quanto às complicações médicas-obstétricas mais comuns relativas à gravidez na adolescência, 15% ocorrem de forma espontânea, porém, em mais de 220.000 casos de forma provocada, conforme registro de internações em hospitais ligados ao SUS – Sistema Único de Saúde<sup>5</sup>.

Nesse contexto, desde 1998 foi introduzida no país a contracepção de emergência, método que ganhou destaque por ser o único contraceptivo disponível para uso pós-coital<sup>6</sup> e, portanto, uma estratégia importante para políticas públicas de enfrentamento a gestações entre adolescentes, o qual passou a ser disponibilizado em

serviços públicos paulatinamente, inicialmente em 2004, em Serviços de Atenção a Vítimas de Violência Sexual e, a partir de 2005, integrado às compras federais para composição de kits de métodos contraceptivos à disposição dos municípios<sup>7</sup>.

O método é orientado a ser utilizado até 120 horas após relações sexuais desprotegidas, ou seja, situações de não uso, uso errôneo ou falha de contraceptivo ou devido à violência sexual, agindo de forma a interferir na ovulação e na mobilidade dos espermatozoides em direção às trompas, por isso evitando a fecundação<sup>6</sup>. As Normas Técnicas de Planejamento Familiar brasileira recomendam sua prescrição para adolescentes em situação de relação sexual sem prevenção – orientação seguida pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Pediatria<sup>8</sup>, que conferem sua disponibilização como um direito da mulher, inclusive adolescente, e um dever do profissional médico.

Apesar dessa orientação, sabe-se que mais de 70% do uso do método vem por aquisição direta em farmácias e drogarias, sem qualquer orientação de serviços de saúde<sup>9,10</sup>. Tal comportamento pode ser explicado pela falta, pouca quantidade, ou restrição de sua oferta na rede pública, demonstrados no estado de São Paulo,<sup>11</sup> mas também pela tendência de comportamento atual que facilita o consumismo, inclusive de medicamentos destinados a contrabalançar comportamentos não saudáveis ou de risco em saúde numa “prevenção a posteriori”, como observaram alguns autores<sup>12</sup>.

Neste quadro, a oferta da contracepção de emergência se mostra bastante funcional, permitindo que os próprios indivíduos deem resolução à prevenção de gravidez em caso de relações sexuais de risco, mesmo que pós-coito. O papel do poder público se amplia e passa a ser duplo ao

ter que, ao mesmo tempo, ofertar e garantir o acesso ao método por sua comprovada eficácia na prevenção de problemas epidemiológicos ligados à gravidez não planejada e aos abortos, mas também conferindo orientação educativa do bom uso deste medicamento em sua função emergencial, buscando evitar usos abusivos ou errôneos e orientando o uso de contraceptivos regulares e não emergenciais, como o DIU, a camisinha, a pílula, a injeção anticoncepcional, o diafragma, etc. É na prática dos serviços de saúde que esta educação e assistência ocorrerão, por isso, entender a percepção e a opinião de profissionais de saúde sobre o tema e, em específico, sobre a contracepção de emergência e seu uso por adolescentes, se mostra fundamental para a análise das políticas de Planejamento Familiar no Brasil, incluindo sua promoção entre adolescentes.

### Metodologia

O levantamento buscou averiguar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a indicação da contracepção de emergência para adolescentes em caso de necessidade.

A metodologia adotada foi quali-quantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo<sup>13</sup>, que se utiliza do levantamento de discursos para explicitar de forma quantitativa e qualitativa as opiniões contendo/representações sociais presentes em um grupo sobre determinado assunto.

A amostra constitui-se de 60 profissionais de saúde no período de profissionais de unidades básicas de saúde (UBS) pertencentes à Coordenadoria da Região Sul da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, entrevistados entre setembro e dezembro de 2008. A região, que contava na época com 31 de seus serviços orientando grupos de adolescentes, foi escolhida para a pesquisa por seu alto Índice Paulista de

Vulnerabilidade Social (IPVS), conforme dados da Fundação Seade<sup>14</sup>.

Para o levantamento dos dados foram utilizados questionários sobre o perfil dos pesquisados e realizadas entrevistas gravadas apresentando seis casos criados pelas equipes que abordavam situações de risco de gravidez/não prevenção contraceptiva envolvendo adolescentes, seguidos da pergunta: “Se você tivesse que orientar esta jovem o que diria para ela?”. No final da apresentação do bloco de casos, era feita a questão final: “Afinal, para que serve a pílula do dia seguinte?”.

Os dados coletados foram analisados com o uso do Qualiquantisoft *software*, que permite a detecção de ideias centrais (IC) presentes em cada resposta dada pelos entrevistados e sua categorização, permitindo uma análise comparativa de discursos da amostra em seu conjunto e, por fim, a composição de diferentes Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) presentes no grupo, sintetizados a partir de expressões emitidas pelos próprios entrevistados<sup>13</sup>. Esses diferentes discursos constituídos são, por fim, quantificados e analisados enquanto presença estatística na amostra.

Todos os participantes da pesquisa, bem como dos pré-testes, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI), obedecendo às recomendações de ética em pesquisa vigentes no país, conforme projeto aprovado pelo protocolo 1.742 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

## Resultados

Os profissionais de saúde eram 80%, mulheres, e 20%, homens; 16,7% com escolaridade Fundamental, 28,3% com Ensino Médio; e 66,7% com Ensino Superior; 61,7% com faixa etária entre 20 e 40 anos; 35,0% entre 41 e 60 anos; e 33,3% com mais de 60 anos.

Diante do relato de cada caso exposto (ver abaixo), os resultados foram:

**1º Caso:** “Uma adolescente muito namora-deira foi a um baile funk, bebeu um pouco demais e no dia seguinte nem lembrava muito o que tinha acontecido; aí resolveu tomar a pílula do dia seguinte para prevenir a gravidez”.

As respostas majoritárias (51,6%) foram de indicação de uso da contracepção de emergência (CE) e 18,3% de não uso (ver Tabela 1).

**Tabela 1.** Ideias Centrais das Respostas de Profissionais – Caso 1. São Paulo, 2008.

Ideias Centrais	N	%
1A - Orientaria a usar a CE	6	10,0
1B – Orientaria a usar a CE + encaminhamento médico + grupo de planejamento familiar	2	3,33
1C - Orientaria a usar a CE + orientação sobre prevenção	6	10,0
1D - Orientaria o uso da CE + orientaria sobre prevenção + encaminhamento médico + exames + encaminhamento para grupo	6	10,0
1E - Orientaria o uso da CE após verificar o período do ciclo + orientaria sobre prevenção	6	10,0
1G – Orientaria o uso da CE + orientação sobre seus efeitos + orientação sobre prevenção + orientações gerais	5	8,3
<b>Subtotal que orientaria CE</b>	<b>31</b>	<b>51,6</b>
1F - Encaminharia ao médico/enfermeira para avaliar o uso da CE	14	23,3
1H - Não recomendaria o uso da CE + orientação sobre prevenção e outros cuidados	11	18,3
1I – Faria orientações	4	6,7

Os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) mais frequentes relativos ao posicionamento dos profissionais de saúde para prescrição do método neste caso foram:

“Nesse primeiro momento eu daria a pílula do dia seguinte e depois orientaria ela pra procurar um ginecologista; outra coisa, ela teria que ter

ideia dos métodos que a rede pública fornece, porque a pílula de emergência, na minha opinião, já o próprio nome diz: é uma emergência. Foi uma situação, nesse caso aí, impensada, né?” (Extrato DSC 1B).

Como DSC mais comuns entre os profissionais que não prescreveriam, temos:

“Ela deveria se prevenir todo o mês, não só no dia seguinte. Ela tem que ter consciência em tá usando o preservativo; se ela tem, normalmente, sexo, ela tem que tá tomando outros tipos de medicamento, outro anticoncepcional, não recomendaria o uso da pílula do dia seguinte. Eu ia explicar que ela deveria se cuidar melhor... O normal seria que ela usasse camisinha, tomasse pílula direitinho, entendeu? E eu orientaria ela a passar no médico” (Extrato de DSC 1H).

**2º Caso:** “Uma adolescente, que costumava tomar pílula todos os dias, foi a uma festa e acabou ficando com um rapaz bonito que ela tinha paquerado na festa. Aí, no dia seguinte, ficou morrendo de medo porque não tinha certeza se tinha tomado a pílula anticoncepcional todos os dias. As amigas dela então falaram para ela tomar a pílula do dia seguinte; mas ela resolveu não tomar porque achava que só tinha esquecido de tomar a pílula um dia”.

Dos profissionais, 40,0% orientariam o uso da contracepção de emergência neste caso e 15,0%, não (ver Tabela 2).

Como DSC relativos ao posicionamento mais frequente dos que prescreveriam o método neste caso de incerteza de uso de pílula anticoncepcional oral comum, temos:

“...como ela não tinha certeza, mesmo esquecendo um dia já correu o risco, já quebrou o tratamento, né? Ela esqueceu um dia, então seria bom ela tomar, sim, a pílula do dia seguinte pra evitar uma gravidez indesejada. Se ela tivesse tomando adequadamente o anticoncepcional, ela não correria risco. Mas se ela não tem certeza,

se ela esqueceu, tem aquela cobertura de horas, então tinha que ver direitinho, analisar o caso. De repente eu indicaria logo a pílula do dia seguinte” (Extrato de DSC 2A).

**Tabela 2.** Ideias Centrais de Respostas de Profissionais– Caso 2. São Paulo 2008.

Ideias Centrais	N	%
2A – Orientaria tomar a CE para evitar a gravidez	14	23,3
2B - Orientaria tomar a CE + orientar o uso do preservativo e/ou outros métodos	6	10,0
2C – Orientaria tomar a CE + encaminhamento ao Serviço de saúde/profissionais de saúde	2	3,3
2D – Orientaria CE + encam. ao Serviço de saúde/profissionais de saúde + orientação	2	3,3
Sub-Total que orientaria CE	24	40,0
2E – Verificaria o esquecimento + orientação quanto ao uso correto do anticoncepcional	6	10,0
2F – Verificaria o esquecimento + orient. uso corr. do antic.+ orientação sobre prevenção	5	8,3
2G – Verificaria o esq. + orientação uso correto do antic. + enc. ao serviço/prof.	7	11,7
Subtotal que verificaria esquecimento	18	30,0
2H – Não recomendaria o uso da CE	5	8,3
<b>2I – Não recomendaria o uso da CE + encaminharia ao serviço/profissionais de saúde</b>	<b>4</b>	<b>6,7</b>
Subtotal que não recomendaria	9	15,0
2J – Encaminharia ao serviço/profissionais de saúde	4	6,7
2K – Faria orientação (não especificou)	6	10,0

Como DSCs mais comuns entre os que não prescreveriam o método nessa situação temos:

“...se ela tava tomando, não tinha certeza se tomou ou não, já era um risco, ela realmente tava correndo um risco de gravidez. Mas como eu sempre sou reservada com relação à pílula do dia seguinte, então eu não aconselharia de jeito nenhum a tomar. Se ela esqueceu só um dia, o risco é muito pouco, né?” (Extrato de DSC 2H).

“Eu pediria a avaliação do médico. Mas não orientaria a pílula do dia seguinte. Ela deveria procurar a Unidade de Saúde ou alguém que possa tá vendo isso direitinho para ela, porque pode ser que ela não tenha engravidado” (Extrato de DSC 2I).

**3º Caso:** “Uma adolescente namorava, faz tempo, um rapaz. Como eles se amavam muito, acabaram não resistindo e indo para a cama. No dia seguinte, a moça ficou muito nervosa achando que poderia ter ficado grávida; ela contou para as amigas e mesmo para a mãe, que recomendaram que ela tomasse a pílula do dia seguinte. Ela, porém, decidiu não tomar porque era uma pessoa muito religiosa”.

Perante este caso, 51,6% dos profissionais alegaram a recomendação de uso da contracepção de emergência e 20,0% não recomendariam (ver Tabela 3).

**Tabela 3.** Ideias Centrais de Resposta de Profissionais - Caso 3. São Paulo, 2008.

Ideias Centrais	N	%
3A - Recomendaria o uso da CE + orientaria que não é abortiva	6	10,0
3B - Recomendaria com cautela o uso da CE para evitar uma gravidez indesejada e suas consequências.	18	30,0
3C - Recomendaria o uso da CE independentemente da religião	5	8,3
3F - Recomendaria o uso da CE + respeita a questão religiosa, ficaria a critério dela	2	3,3
<b>Subtotal Recomendaria CE</b>	<b>31</b>	<b>51,6</b>
3D - Encaminharia ao médico para a prescrição da CE se fosse o caso + exames + orientações	14	23,3
3E - Não recomendaria a CE, pois respeita a questão religiosa + preservativo	12	20,0
3G - Chamaria a família para saber sua opinião + procurar um médico	3	5,0

Como DSCs mais frequentes de profissionais que prescreveriam neste caso de relação sexual inicial inesperada sem parceiro de vínculo afetivo, aparece:

“Se ela não tava tomando, não usava nenhum método, com certeza tem que tomar a pílula. Vem na orientação da bula, 72 horas. Mas eu oriento assim: aconteceu isso de madrugada, já no dia seguinte, de manhãzinha, procurar o posto de saúde, o enfermeiro ou o médico da equipe. Porque se a gente começar a difundir o uso da pílula do dia seguinte, daqui a pouco ela não vai ter mais função nenhuma; mas, nesse caso, eu recomendaria. Que eu acho que é pior se ela tivesse a gravidez que não fosse desejada, e depois não ter condições de cuidar dessa criança” (Extrato de DSC 3B).

“Eu nunca oriento sem ter a ajuda do profissional médico, porque esse que vai imperar. Mas a minha orientação, se ela não gostaria de engravidar, ela deveria tomar algumas precauções, usar preservativo, anticoncepcional, se for o desejo dela, porque ela é jovem e não teria condições de estar ficando grávida tão cedo. Então diria pra procurar um médico, um ginecologista de acordo, pra ver, né?” (Extratos de DSC 3D).

Como DSC mais comum relativo à não prescrição do método neste caso, temos:

“Com relação à religião, eu acredito, o palpite meu, no momento, é que não vai ajudar. Se ela já tem aquela convicção, já tem aquele pensamento religioso dela, não é? Então eu acho que a gente tem que respeitar a cultura de cada pessoa, né? Se ela quer ter um filho realmente, se ela tem condições de ter o filho ou se ela quer esperar mais um pouquinho. Porque, às vezes, poderia não abortar e, sim, causar uma malformação congênita, por que a concepção já tinha sido feita. Se tivesse engravidado, falaria isso, que ela tava certa. A pessoa tem que ir pelo conceito dela. Se o conceito dela diz que ela não deve usar, então ela não deve usar” (Extrato de DSC 3E).

**4º Caso:** “Uma adolescente que tomava pílula decidiu que não ia tomar mais porque achava muito chato tomar pílula todo dia, pois sua vida sexual não era lá muito ativa. Decidiu então que

seu método anticoncepcional seria a pílula do dia seguinte. Quer dizer, quando ela ficasse com alguém, tomava a pílula do dia seguinte”.

Os profissionais, diante deste caso, de forma geral, procurariam orientar a adolescente sobre o uso emergencial do método e a necessidade de adoção de outro método contraceptivo entre as opções disponíveis, os que têm indicação para uso regular e diário, alguns se preocupando com DST (8,3%) (ver Tabela 4).

**Tabela 4.** Ideias Centrais de Respostas de Profissionais– Caso 4. São Paulo, 2008.

Ideias Centrais	N	%
4A - Orientaria que a CE não é um método contraceptivo + orientaria sobre os efeitos nocivos do uso frequente da CE + encaminhamento médico + optar por outro método	13	21,7
4B - Orientaria a não tomar a CE + orientação quanto ao uso de outros métodos	4	6,7
4C - Orientaria que a CE é somente para uma emergência + tem carga hormonal alta e suas consequências + orientaria o uso de outros métodos	10	16,7
4D - Orientaria que a CE não é para ser usada com frequência, pois perde a eficácia + encontrar outro método	14	23,3
4E - Orientaria que a CE não deve ser usada como um método contraceptivo + usar outros métodos	6	10,0
4F - Orientaria a não tomar a CE + outros métodos + preservativo para evitar DST	5	8,3
<b>4G - Orientaria a não tomar a CE + Procurar a UBS + orientação de outros métodos + planejamento familiar</b>	<b>4</b>	<b>6,66</b>
4H - CE é uma contracepção de emergência + dar mais orientação porque podem não entender direito tanto as adolescentes quanto as mulheres.	1	1,7
4I - Não recomendo o uso da CE + mas falta controle por parte do Estado	1	1,7
4J - Não sabe/ Não entendeu	2	3,3

Como DSCs mais frequentes e relativas ao posicionamento de profissionais nesta situação

de uso da contracepção de emergência como opção anticoncepcional frequente, temos:

*“Que ela não deveria usar pílula do dia seguinte como um método anticonceptivo porque não é. Porque é um hormônio concentrado. E que também, no caso, ela estaria mudando totalmente o ciclo menstrual dela e pode trazer consequências mais pra frente, no corpo dela. E quando ela quisesse engravidar não conseguiria mais. Se for tomada com repetição, ela pode provocar várias alterações no corpo dessa menina, ocasionando até hemorragia e complicações ginecológicas mais graves. Se ela não gostaria de ter um outro tipo de contraceptivo, porque tem a camisinha, tem injetáveis para quem esquece de tomar”* (Extrato de DSC 4A)

*“Eu diria que não seria aconselhável tomar mais de uma vez no mês, no mês não, até no ano mesmo – a pílula do dia seguinte, porque ela vai perdendo a eficácia, e ela vai ter um período que ela vai engravidar, além de ser uma dose muito alta. Explicaria os outros métodos – anticoncepcional, diafragma, ou injetável, ou o DIU, até mesmo o DIU. E oferecer também pra ela o preservativo...”* (Extrato de DSC 4D).

*“Ah, eu acho que eu começaria abordando a questão dos métodos de barreira, né? Colocando essas outras possibilidades pra ela, além da pílula, porque acho que pra adolescente é uma coisa que é legal. O certo era ela usar outros método, né? Como o preservativo, que previne, além da gravidez, outras doenças”* (Extrato de DSC 4F).

*“Ai, eu acho que jamais ela deveria pensar assim. Eu diria pra ela que não tem condições de uma pessoa pensar em tomar a pílula do dia seguinte assim, de vez em quando. Se ela não quer tomar a pílula todo dia porque é uma chatice, ela previne ou ela vai procurar um posto pra pôr um DIU, tem outros métodos. Orientaria estar procurando o Planejamento Familiar na Unidade Básica do Posto de Saúde, estar usando outras formas de métodos, como preservativo, camisinha feminina,*

diafragma, DIU, conforme prescrição” (Extrato de DSC 4G).

**5º Caso:** “Uma adolescente saindo da escola e tendo que passar por um matagal, foi violentada por um estranho; no dia seguinte, ela encontrou suas amigas que insistiram que ela tomasse a pílula do dia seguinte para prevenir a gravidez. Acontece que ela queria muito ter o filho e, então, decidiu não tomar a pílula do dia seguinte”.

Os profissionais, em geral (45,0%), diante deste caso, orientariam o uso de contracepção de emergência; em 18,3% fariam o encaminhamento para outro serviço; e em 35,0% não recomendariam o uso do método (ver Tabela 5).

**Tabela 5** - Ideias Centrais de Respostas de Profissionais – caso 5. São Paulo 2008.

Ideias Centrais	N	%
5A - Orientaria a tomar a CE para evitar uma gravidez fruto de um estupro + respeitaria a decisão da adolescente + encaminhamento médico para exames de DST	20	33,3
5B - Orientaria que em caso de estupro há o amparo legal para o aborto e CE com avaliação médica + respeitaria a decisão da adolescente com acompanhamento e orientação	7	11,7
Subtotal recomendaria CE	27	45,0
5C - Encaminharia para um serviço especializado sobre violência contra a mulher	9	15,0
5D - Encaminharia para um serviço especializado sobre violência contra a mulher + chamaria e orientaria os pais	2	3,3
Subtotal encaminharia para outro serviço	11	18,3
<b>5E - Não recomendaria o uso da CE, pois respeitaria a decisão da adolescente + encaminhamento médico para exames de DSTs + orientação</b>	<b>15</b>	<b>25,0</b>
5F - Não recomendaria o uso da CE, pois respeitaria a decisão da adolescente + encaminharia para iniciar o pré-natal	6	10,0
Subtotal não recomendaria CE	21	35,0
5G - Recusa	1	1,7

Como DSC no que tange ao posicionamento mais frequente de profissionais que prescreveriam a contracepção de emergência, ou não, nessa situação aparecem (ver Quadro 5).

*“Ela foi violentada, a gente não conhece a história do rapaz, eu acho que mereceria usar a pílula do dia seguinte. Porque se ela foi violentada, ela teria um filho de uma pessoa que trouxe uma lembrança ruim para ela. Eu acho que não seria interessante pra ela ter um filho de uma pessoa desconhecida, não sabe o que a pessoa tem... Depois, a gravidez envolve uma mudança muito grande na vida de uma pessoa, na mulher. Eu acho que tem que ser uma coisa muito bem pensada porque é uma responsabilidade muito grande. Se ela tiver consciente do que ela tá fazendo, a gente não pode impedir, mesmo ela sendo uma adolescente”* (Extrato de DSC 5A).

*“Nesses casos há uma equipe multiprofissional lá capaz de tá ajudando ela nesse sentido. Iriam dar todo tipo de apoio e orientações necessárias. Lá fazem exames médicos, orientação psicológica, e tudo com profissionais especializados, nós temos o serviço de referência para casos de agressão, então encaminharia para esse serviço”* (Extrato de DSC 5C).

Como DSCs mais frequentes entre os que não prescreveriam o método neste caso, temos:

*“É um caso complexo, é difícil. Mas nesse caso eu não estaria orientando a tomar a pílula do dia seguinte, deixaria a decisão com ela de querer ter o filho. Ela é dona do próprio corpo e ter o nenê, aí já é uma opção dela. Eu não interfiro na decisão da pessoa. A decisão é dela, a gente não pode forçar uma pessoa a fazer uma coisa que ela não quer. O que nos preocupa nesse caso de violência... a gente se preocupa também com as doenças sexualmente transmissíveis, e como ela não conhecia a pessoa, aconselharia a fazer todos os exames – a sorologia HIV, hepatite, sífilis”* (Extrato de DSC 5E).

“Apesar de toda a violência que ela sofreu, eu ia procurar, mais a fundo, para saber se ela realmente quer essa criança. Se caso ela indagasse que realmente ela queria, que tinha total vontade, eu não indicaria a pílula do dia seguinte, porém, eu deixava esperar um tempo de 15 dias para fazer o teste prognosticon e saber se está positivo, e aí dar início do pré-natal dela” (Extrato de DSC 5F).

**6º Caso:** “O namorado terminou com ela e ela parou de usar qualquer método anticoncepcional. Mas eles se reencontraram numa festa e transaram sem tomar cuidado. Aí ela chega à conclusão que eles não estavam namorando e só tinham ficado naquele dia. Então foi conversar com uma amiga que disse: a pílula do dia seguinte serve para isso, quando a gente não está namorando e está só ficando”.

Diante deste caso, poucos profissionais, apenas 13,3%, orientariam o uso da contracepção de emergência e 40,0% não, além de 48,8% que tomariam outras posturas (ver Tabela 6).

**Tabela 6.** Distribuição do número de Ideias Centrais dos Profissionais frente à questão: “Se você estivesse orientando um caso como esse, o que diria para essa adolescente?” – Caso 6. São Paulo, 2008.

Ideias Centrais	N	%
6C - Orientaria usar a pílula do dia seguinte, mas que só deve ser usada como emergência + usar sempre o preservativo para evitar doenças sexualmente transmissíveis	3	5,0
6D - Orientaria a tomar a pílula do dia seguinte + orientaria sobre prevenção + encaminharia para o planejamento familiar	3	5,0
I - Orientaria a pílula do dia seguinte para evitar problemas sociais	2	3,3
Subtotal orientaria CE	8	13,3

Ideias Centrais	N	%
6E - Não indicaria a pílula do dia seguinte + faria encaminhamento médico	13	21,7
6F - Não indicaria a pílula do dia seguinte porque é indicada para emergência + orientaria o uso do preservativo	11	18,3
Subtotal não orientaria CE	24	40,0
6A - Orientaria que a pílula do dia seguinte não é um método contraceptivo, é só para uma emergência + orientaria usar outros métodos	10	16,7
<b>6B - Orientaria que a pílula do dia seguinte só deve ser usada como emergência + orientaria outros métodos</b>	<b>12</b>	<b>20,0</b>
6G - Orientaria o uso do preservativo sempre	3	5,0
6H - Verificaria se estava no período fértil + faria o encaminhamento médico + orientaria o uso constante do preservativo	3	5,0
6J - Não saberia orientar	1	1,7

Como DSC mais frequente e relativa ao posicionamento de profissionais que prescreveriam a contracepção de emergência nesse caso de relação inesperada, temos:

“A pílula do dia seguinte é só para uma emergência. Então, assim, foi uma aventura? Foi um estupro? Tem que tá tomando a pílula, sim, com certeza. É para emergência mesmo, porque se for tomar sempre vai acabar prejudicando outras coisas, eu acho, hormônios. Tem que passar por uma orientação que quando a gente não namora, a gente também pode ter relações sexuais, então tem que se precaver namorando ou não, tem sempre que estar usando um método contraceptivo” (Extrato de DSC 6B).

Como DSCs mais comuns relativas a profissionais que não prescreveriam, temos:

“É um absurdo isso aí que a colega falou, ela não pode tomar a pílula do dia seguinte sem orientação médica. Se ela tem receio de tá grávida, primeiro ela tem que fazer o exame, pra

ver se tava ou não, né? Eu acho que adolescente, numa hora dessas, nunca sabe o que quer” (Extrato de DSC)

“Eu diria que isso tá errado, que é só pra emergência. Quer dizer que a informação aí está bem distorcida, né? Mesmo sem namorar ela pode eventualmente ter relação; eu acho que mesmo sem namorado ela pode usar um método anticoncepcional regularmente. Porque hoje você vê que o comportamento delas é diferente, mesmo sem um namorado fixo, um parceiro fixo, elas têm relações eventuais, então, nesse caso, a pílula do dia seguinte não é pra isso. E depois tem também o problema da prevenção, eu oriento pra nunca esquecer da camisinha, que até pode servir de um método” (Extrato de DSC 6F).

Para a questão final: “Afim, para que serve a Pílula do Dia Seguinte?”, os profissionais de saúde, em sua quase totalidade (90,0%), afirmam que a contraceção de emergência serve para evitar a gravidez em casos de emergência, embora haja 8,3% que alegam que o método serve para provocar abortos (ver Tabela 7).

Frente a esta questão, os discursos dos profissionais tipificando suas posições foram:

“... para os casos com a finalidade que realmente a pessoa é ciente de fazer o sexo seguro, mas que aconteceu um descuido, ele é um contraceptivo emergencial. Serve pra casos de pessoas que tem atividade sexual e às vezes acontece de ter ocorrido algum acidente: por exemplo, estourou o preservativo, ou a mulher esqueceu se tomou o anticoncepcional. Serve nada mais, nada menos para o caso de emergência, e não como método anticoncepcional” (Extrato de DSC 7C).

“...para uma situação de emergência, é uma situação de prevenção, precaução. Caso a camisinha estourou ou esqueceu de tomar a pílula mais que 2, 3 dias; ou foi uma aventura e, por algum motivo, não se preveniu. É uma prevenção pra não ter a gravidez. Eu acho que não só pra adolescente,

eu atendo aqui casais mais velhos, que já são casados e fazem o seu programa de controle familiar, mas, às vezes, pode ter tido um problema – esse casal tem que usar. Tem que passar com um médico que oriente” (Extrato de DSC 7D).

**Tabela 7.** Ideias Centrais sobre para que serve Contraceção de Emergência. São Paulo, 2008.

Ideias Centrais	N	%
7A - Serve como anticoncepcional de emergência, em caso de estupro e/ou sexo inseguro e a adolescente estiver no período fértil e assim evitar uma gravidez indesejada.	6	10,0
7B - É uma contraceção de emergência, não pode ser usado como método contraceptivo, pois pode trazer problemas de saúde física e/ou mental.	7	11,7
7C - Serve como anticoncepcional de emergência e não como método contraceptivo tais quais outros	18	30,0
7D - Serve como uma emergência para evitar uma gravidez, tem que ser prescrita por um médico, e tem dose e horários certos para tomar.	10	16,7
7F - Serve como anticoncepção de emergência para pessoas com vida sexual ativa, mas precisa de muita orientação quanto a essa questão.	7	11,7
7G - Para uma contraceção de emergência	4	6,7
7H - Para evitar uma gravidez indesejada e evitar problemas sociais.	11	18,3
7I - Serve para evitar uma gravidez indesejada, mas não para evitar uma doença.	1	1,7
<b>Subtotal Serve como Método Emergencial de Prev. Gravidez</b>	<b>54</b>	<b>90,0</b>
E - Serve para abortar	5	8,3
J - Serve para aumentar as DSTs	1	1,7

“Acho que é pra abortar. Eu acho, é a minha opinião pra não engravidar. Porque se ela já engravidou, se ela conseguiu fecundar lá o ovo e tomou a pílula, o que vai acontecer? Ela vai abortar, vai sair. Ela vai interromper a ação da fecundação do óvulo – a condição de tá ajudando na expulsão

desse óvulo e interrompendo a gravidez. Por isso que ela tem que ser indicada em algumas situações adequadas, por exemplo, como um aborto, e não como uma frequência constante depois de um ato sexual, achando que pode ter a possibilidade de estar grávida. Eu sou contra, eu não sou a favor da pílula do dia seguinte; eu considero um método abortivo, eu não sou a favor” (Extrato de DSC 7E).

“Ela serve pra evitar uma gravidez não desejada, que pode ter acontecido ocasionalmente, fisicamente, e a pessoa não sabe. Pra evitar isso mesmo: gravidez precoce, gravidez indesejada. Evitando a gravidez precoce, indesejada, evita assim a consequência de tanta criança abandonada, de tanta criança que não tem os pais para orientá-la e para ajudá-la. Por que eu acho assim, se não houver planejamento familiar, a família está totalmente desestruturada e aí cria esses problemas” (Extrato de DSC 7H).

“No caso assim muito raro, não constante, né? Qualquer transinha eu vou tomar a pílula que vai resolver. Pode ser que resolva e pode ser que não resolva. Isso não é um bom método pra ela. Eu acho que as adolescente têm que ser mais orientadas a procurar um ginecologista, a tá usando mais o preservativo” (Extrato de DSC 7I).

“Pra mim é pra ajudar a aumentar o número de DST no meio da população. Porque muitas pessoas acham que é assim: “Ah, eu vou sair por aí, vou embriagar, encher a cara e eu tomo a pílula do dia seguinte”. E não, pra mim, não é assim, isso só aumenta mesmo as doenças todas” (Extrato de DSC 7J).

## Discussão

A pesquisa demonstra que, no geral, os profissionais de saúde de unidades básicas que trabalham com adolescentes quanto à necessidade de orientá-los sobre a contracepção de emergência em casos de relação sexual em que

há risco de gravidez envolvendo adolescentes; inclusive sobre o não uso de método contraceptivo anterior à relação, apontando um maior alcance das orientações do Ministério da Saúde<sup>6</sup> do que as encontradas em Recife por Alves,<sup>15</sup> que associavam o método principalmente a situações de violência sexual. Esse avanço é importante, na medida em que vários estudos<sup>9,10,16</sup> têm verificado que a grande utilização do método por adolescentes e jovens se dá por compra direta em farmácias e drogarias, o que facilita o uso errôneo e abusivo. Nesse sentido, a postura de apoio à oferta em serviços de saúde pública expressa pela grande maioria dos pesquisados aponta uma compreensão da importância do papel do setor público nesse fornecimento e, principalmente, na orientação educativa de uso do método para que seja lembrada a sua função emergencial, e a necessidade de busca de uso de outros métodos contraceptivos de uso regular nos serviços de Planejamento Familiar.

O estudo realça, no entanto, que existe a presença de discursos contrários ao uso do método entre os profissionais de saúde, porque o consideram erroneamente como abortivo, desconsiderando as descobertas e atualizações feitas na última década sobre o mecanismo de ação do método<sup>6</sup>. A consideração sobre seu efeito abortivo também está expressa nos discursos que atribuem “respeito à posição religiosa da usuária”, demonstrando que os profissionais, por vezes, reforçam essa concepção que circula no senso comum da população, transferindo para o âmbito público de atenção em saúde o âmbito privado da moralidade, desrespeitando normas técnicas de saúde e direitos reprodutivos como já observado por alguns autores em outros municípios de São Paulo<sup>11</sup>.

Os profissionais tendem a ser mais taxativos considerando essa população e sua vulnerabilidade como “irresponsáveis” na prática sexual

por realizá-la de forma livre e não preventiva, tanto em relação à gravidez, quanto em relação às DST. No entanto, de forma geral, não deixam de realizar a atenção em saúde devida sobre o método, demonstrando preocupação com o uso errôneo e repetitivo que o método possa ter pelos jovens e adolescentes, como já referido por outros autores<sup>9,10</sup>. Discursam, procurando integrar na maioria das vezes as estratégias preventivas de planejamento familiar e de adoção ao uso de preservativos contra DST/aids.

Com relação à DST, há ainda profissionais que desacreditam na contracepção de emergência, apontando-a como uma ameaça à prevenção e ao uso de preservativo: “Ajuda a aumentar a DST no meio da população”; receio já explicitado por alguns autores<sup>17</sup>, porém, já decantado por estudos internacionais<sup>18,19</sup> e nacionais<sup>10,20</sup> – que demonstram que a maioria dos adolescentes e jovens não adere ao uso repetido do método e mantém uma visão crítica a respeito de seu uso, mostrando que a utilização repetitiva é feita por uma minoria de adolescentes que não se preveniam com nenhum método anteriormente ou pelos que intercalavam preservativos com métodos comportamentais, no caso o coito interrompido.

Nesse sentido, a oferta do método em serviços públicos de saúde realmente é fundamental para minimizar a gravidez na adolescência, fruto dos típicos comportamentos de risco dessa faixa etária, permitindo uma prevenção como “plano B” e atendendo à preocupação expressa por esses profissionais que apontam a repercussão negativa no desenvolvimento de adolescentes, além de fatores de sobrecarga familiar e socioeconômica, diante dessas ocorrências, não só na vida das meninas, mas também na dos adolescentes pais quando não há redes de apoio<sup>21</sup>.

Os profissionais de saúde da Atenção Básica integram a estratégia preventiva de dar acesso

ao contraceptivo de emergência a adolescentes, mas o fazem numa perspectiva multiprofissional, encaminhando os adolescentes aos grupos de planejamento familiar, a consultas médicas, principalmente de ginecologistas.

### Referências

1. Ferraz EA, Ferreira IQ. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, McKay A. Seminário gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998. p.47-54.
2. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
3. Santos Junior JD. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Shchor N, Mota MSFT, Branco VC, organizadores. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p.223-229.
4. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. Cad Saúde Pública. 2005; 21(2):499-507. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/16.pdf>
5. Aquino E, Menezes G, Barreto de Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida MCC et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres. Ciên Saúde Colet. 2012; 17(7):1765-1776. Disponível em: <http://www.aads.org.br/arquivos/AbortoSUSNordeste.pdf>
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual da anticoncepção de emergência perguntas e respostas para profissionais da saúde. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao\\_emergencia\\_perguntas\\_respostas\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf)
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_2003a2006\\_politica\\_sau-de\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_2003a2006_politica_sau-de_mulher.pdf)
8. Sociedade Brasileira de Pediatria (SPB) / Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

- (FEBRASGO). Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolesc Saúde*. 2005; 2(2):6-7. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=168](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=168)
9. Araújo MS, Costa LOBF. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(3):551-562. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000300010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000300010&script=sci_abstract&tlng=pt)
10. Figueiredo R, Pupo LR, Segri N. Comportamento sexual e preventivo de adolescentes de São Paulo – um estudo com estudantes do Ensino Médio. *Bol Inst Saúde*. 2008; 46:31-33. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122008000300009&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122008000300009&lng=pt&nrm=iso)
11. Figueiredo R, Bastos SH, Telles JL. Profile on the Free Distribution of Emergency contraception for adolescents in São Paulo's counties. São Paulo. *J Hum Growth Dev*. 2012; 22(1):1-15. Disponível em: [http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0104128220120001&lng=en&nrm=is](http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104128220120001&lng=en&nrm=is)
12. Bastos S, Bonfim JRA, Kalckmann S, Figueiredo R, Fernandes MEL. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contracepção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo. *Saúde Soc*. 2009; 18(4):787-799. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000400021&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000400021&script=sci_abstract&tlng=pt)
13. Lefevre, F, Lefevre, AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. *Caxias do Sul: Educs*; 2003.
14. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). IPVS – Índice paulista de vulnerabilidade social. Região Metropolitana de São Paulo. [acesso em 8 de ago 2016]. Disponível em: <http://indices-ilp.al.sp.gov.br/>
15. Alves SV. Diagnóstico da contracepção de emergência na rede municipal de saúde do Recife. Recife: Curumim; 2004. Disponível em: [http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/Diag\\_Contracepcao.pdf](http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/Diag_Contracepcao.pdf)
16. Santos FP, Santos JRB. Avaliação do uso de contraceptivo de emergência em distintas regiões de São Paulo. *ConScientiae Saúde*. 2011; 10(2):387-393. Disponível em: [http://issuu.com/redece/docs/ce\\_regioes\\_de\\_sp](http://issuu.com/redece/docs/ce_regioes_de_sp)
17. Monteleoni ML, Takiuti AD, Conceição I, Kerr J. Anticoncepção de Emergência e a Adolescente [resumo]. Congresso Latino-americano de Gineco-Obstetrícia. REDE CE; 2005. Disponível em: <http://www.redece.org/resumo%20albertina.pdf>
18. Belzer M, Yoshida E, Tejjirian T, Tucker D, Chung K. Advanced Supply of Emergency Contraception for Adolescent Mothers Increased Utilization without Reducing Condom or Primary Contraception Use. *J Adolesc Health*. 2003; 32(2):122-123.
19. Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD et al. Direct Access to Emergency Contraception Through Pharmacies and Effect on Unintended Pregnancy and STIs – a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005; 293:54-62.
20. Moraes SDTA, Alanino S, Amaral SF, Segri NJ, Di Caprio LG, Moraes EM. Uso de contracepção de emergência entre estudantes de Medicina da Uninove [resumo]. I Seminário Estadual da Saúde da Mulher. São Paulo: REDE CE; 2009. Disponível em: <http://www.redece.org/sandra%20direc-iona%202005.pdf>
21. Bueno MEN, Meincke SMK, Schwartz E, Soares MC, Correa AC. Paternidade na adolescência: a família como rede social de apoio. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(2):313-319.

# Referenciamento regional em Planejamento Familiar no estado de São Paulo<sup>I</sup>

## Regional referencin<sup>g</sup> in Family Planning in the State of São Paulo, Brazil

Regina Figueiredo<sup>II</sup>, Anna Volochko<sup>III</sup>, Silvia Helena Bastos de Paula<sup>IV</sup>

### Resumo

Discutem-se aspectos da integralidade das ações de Planejamento Familiar em São Paulo e a realidade do referenciamento em Planejamento Familiar no estado de São Paulo, avaliando a Atenção Básica de Média e de Alta Complexidade, identificando as principais variáveis que facilitam e dificultam sua viabilidade. O estudo foi realizado entre março e dezembro de 2006, utilizando triangulação metodológica, com levantamento e análise quantitativa de indicadores de saúde de 2003<sup>V</sup>, propostos na Programação Pactuada Integrada e no Pacto de Atenção Básica e registrados através do Sistema de Internações Ambulatoriais e do sistema de registro de Autorização de Internações Hospitalares e análise qualitativa de informações, obtidas por meio de entrevistas anotadas, realizadas com gestores e responsáveis pela área de Saúde da Mulher, em municípios e regionais de 5 DIR – Diretorias Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (atuais DRS). Conclui-se que as regionais de saúde e os municípios de São Paulo não possuem uma cultura de avaliação e uso de indicadores em seu planejamento de ações, desenvolvendo o item de planejamento familiar no PDR e na PPI como meros processos burocráticos da gestão.

**Palavras-chave:** Laqueaduras; Anticoncepção; Planejamento familiar; Referenciamento regional; Gestão de saúde.

### Abstract

This article discuss aspects of the integrality care of the Family Planning actions in the São Paulo state, and the reality of process of regional referral health-care and articulate the referral of the care offered to women, evaluating primary, medium and high complexity health care, identifying the principal variables that facilitate and difficult their viability. assessing in primary care, the Middle and High Complexity. The study was conducted between March and December 2006, using methodological triangulation, with inquire and quantitative analysis of health indicators 2003 proposed in the Agreed Integrated Programming (PPI) and Primary Health Care Pact and registered through the Ambulatory Information System and Authorization of Hospitalization System and analyze qualitative information obtained through recorded interviews conducted with managers and responsible for Health area Women in local and regional 5 DIR - regional Health Directorates of State São Paulo (current DRS). We conclude that the regional health and the municipalities of São Paulo state do not have a culture of evaluation and use indicators in their action planning, developing that item and kind of care in family planning in their Developing Regional Plans (PDR) and the PPI as mere bureaucratic processes of the management of health system.

**Keywords:** Contraception; Family planning; Tubal sterilization; Referencing regional; Health management.

<sup>I</sup> Resultados referentes à linha de cuidado de planejamento familiar do Projeto "Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP", realizado pelo Convênio Fapesp, CNPq e PP SUS, nº 05/58542-7.

<sup>II</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br) é socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>III</sup> Anna Volochko (volochko@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciência pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Membro do Grupo Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo.

<sup>IV</sup> Silvia Helena Bastos (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciências e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>V</sup> Ano utilizado devido à indisponibilidade total de dados digitados nos sistemas de informação estaduais e nacionais quanto aos anos 2004 e 2005.



### Introdução

A integralidade das ações de Planejamento Familiar no Brasil está orientada pelo Ministério da Saúde, desde a construção do Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>13</sup>, em 1983. Tais iniciativas visam à concretização do direito constitucional de acesso a contraceptivos<sup>3</sup>, que, a partir de 1996, passa a incluir, também, o acesso a esterilizações cirúrgicas masculinas e femininas, em 2006, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>4</sup>, a PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia em Saúde de 1996<sup>2</sup> apontou que 50,8% das mulheres brasileiras entre 15 e 49 anos sexualmente ativas utilizavam algum tipo de contraceptivo, o que no seguimento de pesquisa, feito em 2006<sup>14</sup>, saltou para 77%; e que 50% dos nascimentos do país ainda ocorriam de forma não planejada<sup>2</sup>, em 1996, dado que está próximo aos 46% encontrado em 2006<sup>15</sup>.

Procurando ampliar e otimizar a oferta de métodos contraceptivos no país, em 2004, o

Ministério da Saúde realizou uma readequação na dispensa desses insumos, iniciando seu envio diretamente aos municípios que tivessem coordenações de Saúde da Mulher e/ou de Atenção Básica, seguindo a proposta de descentralização das ações de SUS previstas na NOB 01/96 e promovendo uma municipalização autárquica<sup>18</sup>. A expectativa foi dar atribuição à gerência municipal de todos os mecanismos de promoção ao Planejamento Familiar, utilizando insumos do Ministério da Saúde, definida pela Portaria 2023 de 2004<sup>18</sup>. Essa reformulação na política de Planejamento Familiar teve por base a análise das distorções no perfil de uso de contraceptivos, decorrentes da pouca disponibilidade de métodos no SUS. Dessa forma, com o Ministério da Saúde assumindo crescentemente a compra quase da totalidade desses insumos, procura-se exonerar ao máximo as secretarias estaduais e municipais desse ônus, política que permanece até os dias atuais.

Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde estabeleceu uma política de incentivo à formação de uma rede de referenciamento estadual<sup>1</sup>, principalmente, para a realização de serviços de maior complexidade, como a oferta de laqueaduras e vasectomias. Tal organização em forma de rede está prevista no estado de São Paulo, pela PPI – Programação Pactuada e Integrada, referendada desde 2005 por gestores municipais com a articulação da esfera estadual, visando à garantia da universalidade do acesso aos serviços entre populações de cidades paulistas de diferentes portes. Por meio do Programa de Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS, que reconhece que é necessária a organização e o rompimento de obstáculos, para que haja aprofundamento do processo recente de cooperação e integração entre as ações e serviços operados pelas três esferas “únicas” de gestão municipal, estadual e federal<sup>9</sup>.

Em 2004, o Ministério da Saúde adquiriu os compostos “kits básicos” de contraceptivos para envio a todos os municípios, contendo as opções de maior utilização no país: pílulas anticoncepcionais orais e injetáveis hormonais. Além deste, foram enviados a municípios com mais de 100.000 habitantes “kits complementares”, compostos por DIU, diafragma e contracepção de emergência<sup>10</sup>. No decorrer de 2004 foram também realizadas 38.276 laqueaduras e 14.201 vasectomias na rede pública nacional, em 567 instituições de saúde habilitadas pelo SUS<sup>11</sup>.

Em 2006, o Ministério da Saúde distribuiu contraceptivos hormonais para 1.388 municípios com mais de 100 mil habitantes e/ou com pelo menos cinco equipes de Saúde da Família: com aproximadamente 11.000.000 cartelas de pílulas combinadas, 1.500.000 minipílulas; 350.000 pílulas de emergência e mais de 430.000 ampolas de injetável hormonal mensal. Para os demais municípios também foi iniciada a licitação para o abastecimento com 25.000.000 de cartelas de pílulas combinadas, 1.200.000 minipílulas,

200.000 pílulas de emergência, 800.000 ampolas de injetável mensal e 250.000 de injetáveis trimestrais, além de 12.000 diafragmas e 176.000 DIUs. A meta do governo federal procurou atender 40.000.000 de usuários das unidades básicas de saúde e das equipes do Programa Saúde da Família, e buscou ampliar em 50% o número de serviços de saúde credenciados para a realização de laqueaduras tubárias e vasectomias, aumentando o acesso à esterilização cirúrgica voluntária<sup>10</sup>.

Em 2007, o Ministério da Saúde implementou o “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, que também procurou focar a oferta de métodos anticoncepcionais, com a intenção de promover não apenas o Planejamento Familiar, mas a redução de gestações não planejadas e abortos<sup>12</sup>.

O uso de contraceptivos predomina pela retirada no sistema público de saúde, mas dados nacionais também apontam grande aquisição em farmácias e drogarias, o que faz com que prevaleça o uso de métodos de alta eficácia, como a esterilização cirúrgica feminina, que em 1996 chegava a 27,3% das mulheres entre 15 e 49 anos<sup>2</sup> e, em 2006, a 29%<sup>14</sup>, método mais utilizado em ambos os levantamentos.

Segundo Vieira e colegas<sup>20</sup>, a esterilização feminina aumentou de 25,5% para 41,9% entre 1986 e 1996, embora no estado de São Paulo não tenha havido aumento significativo, uma vez que em 1986 atingia 31,4% e, em 1996<sup>2</sup>, 33,6%. A esterilização masculina aumentou 5,3 vezes no Brasil e em São Paulo 2,5 neste mesmo período, quando também não se observou mudança significativa de uso do DIU e de diafragmas, embora a pílula anticoncepcional<sup>15</sup> permaneça como o mais utilizado, em 2006, em 25% das vezes.

Apenas de 2007 para 2008 o número de laqueaduras saltou de 58.397 para 61.747 casos, registrando, em 2006<sup>11</sup>, diminuição da idade de realização dessas cirurgias<sup>11</sup>. No mesmo período o número de vasectomias caiu de 37.245 para

34.617<sup>11</sup>, que, em 2006, atingiu 5% dos usos de práticas contraceptivas. Esses dados demonstram que o planejamento familiar através da opção por métodos irreversíveis ainda é uma realidade no Brasil e recai predominantemente sobre as mulheres, embora o Ministério da Saúde tenha aumentado em 2008 o valor repassado para pagamento de vasectomias de R\$ 28,00 para R\$ 113,18, autorizando sua realização em ambulatórios – apesar de 69,57% ainda fossem realizados mediante internação hospitalar<sup>16</sup>.

Este artigo procura apresentar a realidade do referenciamento em Planejamento Familiar no estado de São Paulo de 2003 a 2006, avaliando a Atenção Básica, a Média e de Alta Complexidade, identificando as principais variáveis que facilitam e dificultam sua viabilidade.

### Método

Apresenta-se análise da linha de planejamento familiar do projeto do Projeto “Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP”, realizado pelo Convênio Fapesp, CNPq e PP SUS), nº 05/58542-7<sup>19</sup>, realizado entre março e dezembro de 2006, utilizando triangulação metodológica: (1) com levantamento e análise quantitativa de indicadores de saúde de 2003<sup>vi</sup>, propostos na PPI e no Pacto de Atenção Básica e registrados por meio do Sistema de Internações Ambulatoriais (SAI) e do sistema de registro de Autorização de Internações Hospitalares (AIH), juntamente à análise da quantidade e perfil dos serviços que realizam a dispensa de contraceptivos (unidades de saúde) e cirurgias de esterilização (hospitais e clínicas); e (2) com levantamento e análise qualitativa de informações, obtidas por meio de entrevistas anotadas, realizadas com gestores e responsáveis

pela área de Saúde da Mulher, em municípios e regionais de 5 DIR – Diretorias Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (atuais DRS).

As regionais selecionadas foram escolhidas de forma a representar características de todas as regiões do estado de São Paulo, definidas por 5 escores criados especialmente para o projeto para retratar graus de desenvolvimento social e econômico, baseados no Índice de Responsabilidade Social (IPRS), desenvolvido pela Fundação SEADE, que calcula as dimensões de **riqueza, longevidade e escolaridade** de cada região.

De acordo com padrões decrescentes do ponto de vista de estruturação da Saúde e nível socioeconômico, foram delimitados:

- Grupo 1: regionais com “elevados níveis de esforço gestor para referenciamento e de oferta de serviços e com melhores condições de vida e de riqueza regional”, representado na pesquisa pela DRS Campinas;
- Grupo 2: regionais com “elevados níveis de esforço gestor para referenciamento regional e de oferta de serviços e com condições medianas de vida e de riqueza regional”, representado no estudo pela DRS Piracicaba;
- Grupo 3: regionais com “elevado nível de esforço gestor para referenciamento e mediana oferta de serviços de saúde e condição de vida e de riqueza regional”, representado no estudo pela DRS São José do Rio Preto;
- Grupo 4: regionais com “níveis médios de esforço gestor para referenciamento e mediana oferta de serviços de saúde e baixos níveis de condição de vida e riqueza regional”, representado pela DRS Mogi da Cruzes;
- Grupo 5: regionais com “baixos níveis de esforço gestor para referenciamento e baixa oferta de serviços de saúde e mediano nível de condições de vida e de riqueza regional”, representado no estudo pela DRS São José dos Campos.

<sup>vi</sup> Ano utilizado devido à indisponibilidade total de dados digitados nos sistemas de informação estaduais e nacionais referente aos anos 2004 e 2005.

**Quadro 1** - Resumo de Critérios de Classificação de Regionais de Saúde

	esforço gestor para referenciamento	oferta de serviços	condições de vida e de riqueza regional
G1	elevado	elevada	melhores
G2	elevado	elevada	medianas
G3	elevado	mediana	medianas
G4	médio	mediana	baixos
G5	baixo	baixa	medianos

Assim, as DIRs classificadas e estudadas foram divididas, conforme quadro 2:

**Quadro 2** – Divisão de Regionais de Saúde por Escore de Estrutura de Saúde e Nível Socioeconômico

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
1 - S Paulo	7 - Araraquara	8 - Assis	<b>3 - M. das Cruzes</b>	6 - Araçatuba
2 - S André	10 - Bauru	9 - Barretos	4 - F. Rocha	16 - P. Prudente
<b>12 - Campinas</b>	11 - Botucatu	13 - Franca	19 - Santos	<b>21 - S. José Campos</b>
5 - Osasco	14 - Marília	18 - Ribeirão Preto	23 - Sorocaba	
	<b>15 - Piracicaba</b>	<b>22 - S. J. Rio Preto</b>	24 - Taubaté	
	20 - S. João B. Vista		17 - Registro	

OBS - Em negrito as DRS pesquisadas que representam cada grupo.

Na fase quantitativa, como não há registro da dispensa de métodos contraceptivos mais usados (hormonais e injetáveis orais e preservativos), foram realizados o levantamento e a análise da medição e dispensa de diafragmas e DIUs no SUS, proporcionalizando esses procedimentos por parâmetro de população-alvo indicada na PPI: mulheres em idade fértil (de 10 e 49 anos), e pela realização de vasectomias e de laqueaduras, proporcionalizando-as populacionalmente, por mulheres de 25 a 49 anos. Esses dados também foram observados e comparados às expectativas de cobertura de Planejamento Familiar indicadas pelo Ministério da Saúde: atenção de 45% das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e meta de cobertura de 60% desta população<sup>10</sup>.

Qualitativamente, as entrevistas feitas também abordaram as facilidades e dificuldades referidas para o sistema de referenciamento para a média e alta complexidade na atenção em Planejamento Familiar.

### Resultados

#### – Indicadores Quantitativos

Embora a maioria das ações envolvidas no Planejamento Familiar ocorra na esfera da Atenção Básica – como atividades educativas para orientar a escolha de método contraceptivo, distribuição de preservativos, contraceptivos reversíveis e da opção de emergência –, a integralidade nessa linha de cuidados implica o acesso da população a níveis crescentes de complexidade, de

modo que incluam o acesso a vasectomias (realizadas em ambulatórios especializados da rede e/ou credenciados) e laqueaduras tubárias (feitas em hospitais).

Quanto aos métodos contraceptivos reversíveis, não está instituído, em nível federal e estadual e na quase totalidade dos municípios, um sistema de registro de dispensa, o que inclui preservativos. Existem apenas dados sobre colocação e entrega de diafragmas e DIUs. Por este motivo, neste estudo, apenas esses dois últimos métodos foram analisados, bem como os registros de realização de esterilizações cirúrgicas masculina e feminina.

### a) Distribuição de Diafragmas

Como esperado, devido ao histórico de políticas de pouca promoção ao uso e distribuição do diafragma no país, a dispensa de diafragmas foi muito pequena, praticamente desprezível em todas as DIR estudadas. A maior percentagem de uso ocorreu na Direção Regional de Saúde – DIR Mogi, onde 0,03% das mulheres em idade fértil (consideradas de 10 a 49 anos) receberam

o método. Esse percentual teve interferência do elevado desempenho do município de Guarulhos, que distribuiu 201 diafragmas em 2003.

Nas DIR Campinas (representante do denominado G1 – grupo 1 de regionais) e DIR Piracicaba (G2 – grupo 2), apenas 0,01% das mulheres em idade fértil receberam esse método, apesar de ter sido em Leme (município da DIR Piracicaba), a observação de maior distribuição proporcional de diafragmas neste último grupo: 0,19% maior, inclusive, que qualquer proporção de uso deste método observada na PNAD – Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares de 1996.

Na DIR Campinas (G1), 12/42 (28,57%) dos municípios da regional distribuíram diafragmas; na DIR Piracicaba (G2) apenas Leme, (1/26 municípios, ou seja, 3,85%); na DIR São José do Rio Preto (G3), apenas os municípios de Catanduva e São José do Rio Preto distribuíram diafragmas, correspondendo a 2/101 municípios (1,98%); na DIR São José dos Campos (G4), somente o município de Caraguatuba, ou seja, 1/12 municípios (9,09%); na DIR Mogi das Cruzes (G5), 4/11 dos municípios (36,37%) registraram esse procedimento (ver Quadro 3):

### Quadro 3 – Medição e Distribuição de Diafragmas.

Médias, limites e proporção de municípios acima e abaixo da média da DIR e comentários. DIR selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>
	<b>Campinas</b> 42 municípios	<b>Piracicaba</b> 26 municípios	<b>S.J. Rio Preto</b> 101 municípios	<b>S.J.Campos</b> 12 municípios	<b>Mogi das Cruzes</b> 11 municípios
Municípios inferiores à média (%)	88,10	96,15	98,02	91,67	81,82
Municípios superiores à média (%)	11,90	3,85	1,98	8,33	18,18
Média na pop. 10 a 49 anos	0,01	0,01	0,00	0,00	0,03
Limites de % min. e máx.	0,00-0,08	0,00 - 0,19	0,00 -0,01	0,00 - 0,02	0,00-0,05
Municípios abaixo da média	30 mun. <	25 mun. <	99 mun. <	11 mun. <	7 mun. <
Municípios acima da média	Hortolândia >	Leme >	Catanduva >	Caraguatuba >	Guarulhos >

Portanto, observa-se que a distribuição de diafragma é pontual, iniciativa de alguns municípios e não pode ser analisada enquanto ação regional; da mesma forma que não se ordena a partir de critérios socioeconômicos e de estrutura de saúde retratado pelos grupos representados no estudo.

### **b) Inserções de DIUs**

O DIU é um método anticoncepcional, ainda, de utilização restrita no estado de São Paulo (embora bem mais utilizado que o diafragma), apesar de haver grandes variações de uso observadas entre as DIR estudadas. A regional com a maior proporção de inserção de DIU foi a DIR Campinas (G1): 0,23% de inserções em mulheres em idade fértil considerada de 10 a 45 anos. Na DIR Piracicaba (G2), a proporção de inserção foi 0,14%. Na DIR São José dos Campos (G4), 0,12%. A menor proporção (menos da metade das colocações referidas nas regionais citadas anteriormente) foi registrada na DIR Mogi das Cruzes (G3) e na DIR São José do Rio Preto (G5), onde apenas 0,05% das mulheres em idade fértil (10 a 45 anos) inseriram este método no setor público.

Na DIR Mogi das Cruzes, apenas 36,37% (4/11) dos municípios relataram casos de inserção de DIU, tendo o município de Arujá alcançado a proporção de 0,42%.

A proporção de municípios com registro de inserção de DIU foi menor na DIR São José do Rio Preto (9,9%; 10/101 municípios), sendo Mirasolândia o município que mais registrou esta prática: 0,33% de uso nas mulheres de 10 a 49 anos.

Apenas 1/3 (33,33%) dos 12 municípios da DIR São José dos Campos relatam inserção de DIU, ficando o limite superior revelado em Jacaré, com 0,42%.

Na DIR Piracicaba, 50% (13/26) dos municípios não relatou inserção de DIU, apesar de Rarfard ter alcançado uma proporção de uso bastante alta: 2,89%.

Já na DIR Campinas, há inserção de DIU em 57,15% (24/42) dos municípios, tendo Paulínea obtido a maior proporção de uso: 3,82%.

Portanto, observa-se que a colocação de DIUS é uma iniciativa que regionalmente está ligada a crescentes padrões socioeconômicos e de estrutura em saúde, apesar de, na DIR Mogi, que representa o Grupo 5 menos favorecido, haver mais equidade e estar presente em 45,45% dos seus municípios

### **c) Vasectomias realizadas**

As regionais que apresentam maior proporção de vasectomias realizadas entre a população feminina de 25 a 49 anos foram a DIR Mogi das Cruzes (G5) e a DIR São José do Rio Preto (G3): ambas com 0,11%.

A DIR Campinas (G1) e a DIR Piracicaba (G2) apresentaram quase a mesma proporção de vasectomia, respectivamente, 0,7% e 0,8%. Porém, a oferta se concentrou em menos municípios na DIR Piracicaba (11,54% deles), do que na DIR Campinas (16,66%).

Na DIR São José do Rio Preto (G3), 18,82% dos municípios excederam a média da DIR na realização deste procedimento, pois uma maior parcela deles proporcionou acesso a esta cirurgia. A maior proporção de vasectomias ocorreu em Ipiguá: 0,30%.

A DIR José dos Campos (G4) teve a menor proporção de vasectomia. Apesar de seu município-sede (São José dos Campos) ter tido a maior proporção de vasectomia proporcional à sua população de mulheres de 25 a 49 anos: 0,02%.

Na DIR Mogi das Cruzes (G5), 90,91% dos municípios ficaram abaixo da média de realização de vasectomias da região, apesar do município de Itaquaquetuba ser o município estudado que mais se destaca nesta proporção (0,90%), entre todos os municípios de DIR estudadas.

**Quadro 4** – Inserção de DIU

Médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média da DIR e comentários. DIR selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>
	<b>Campinas</b>	<b>Piracicaba</b>	<b>S.J. Rio Preto</b>	<b>S.J.Campos</b>	<b>Mogi das Cruzes</b>
	42 municípios	26 municípios	101 municípios	12 municípios	11 municípios
Municípios inferiores à média (%)	71,43	76,92	93,07	75,00	54,55
Municípios superiores à média (%)	28,57	23,08	6,93	25,00	45,45
Média na pop. 10 a 49 anos	0,23	0,14	0,05	0,12	0,05
Limites de % min. e máx.	0,00-3,82	0,00-2,98	0,00-0,33	0,00-0,42	0,00-0,45
Municípios abaixo da média	18 mun. <	13 mun. <	91 mun. <	8 mun. <	7 mun. <
Municípios acima da média	Paulínia >	Rafard >	Mirassolândia >	Jacareí >	Arujá >

**Quadro 5** – Realização de vasectomias.

Médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média da DIR e comentários. DIR selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>
	<b>Campinas</b>	<b>Piracicaba</b>	<b>S.J. Rio Preto</b>	<b>S.J.Campos</b>	<b>Mogi das Cruzes</b>
	42 municípios	26 municípios	101 municípios	12 municípios	11 municípios
Municípios inferiores à média (%)	88,1	82,31	82,08	83,33	90,91
Municípios superiores à média (%)	11,9	7,69	17,82	16,67	9,09
Média na pop. 25 a 49 anos	0,07	0,08	0,11	0,00	0,11
Limites de % min. e máx.	0,00-0,44	0-0,70	0,00-0,30	0,00-0,02	0,00-0,90
Municípios abaixo da média	35 mun. <	23 mun. <	78 mun. <	9 mun. <	7 mun. <
Municípios acima da média	Jundiaí >	Leme >	Ipiguá >	São José dos Campos >	Itaquaquecetuba >

Nas DIR com maior número de vasectomias, DIR São José do Rio Preto (G3) e DIR Mogi (G5), foram observadas as maiores proporções de laqueaduras.

Assim, observou-se que a distribuição da realização de vasectomias não pode ser analisada enquanto ação regional porque está concentrada em municípios específicos que recebem encaminhamento para a sua realização (como Ipi-guá na DIR Piracicaba) e não se ordena a partir de critérios socioeconômicos e de estrutura de saúde retratado pelos grupos representados no estudo, observa-se uma realização maior no G5, seguido pelo G3, G2, G1 e G4.

#### **d) Laqueaduras tubárias realizadas**

A DIR Campinas (G1) teve a maior proporção de laqueaduras na população de mulheres de 25 a 49 anos: 0,21%. Nesta regional, 9 municípios (21,42%) não registraram casos de mulheres esterilizadas em 2003 e 80,95% deles realizaram este procedimento abaixo da média da DIR. Em Sumaré houve a maior proporção de laqueaduras entre as DIR estudadas: 0,78%.

A DIR Piracicaba (G2) apresenta metade da proporção (0,10%) de laqueaduras realizadas. Metade de seus municípios não teve registro de realização de laqueaduras. Leme foi o município com maior proporção: 0,67%.

Na DIR São José do Rio Preto (G3) houve 0,06% de laqueaduras e não houve registro de laqueaduras em 82 de seus 101 municípios. Contudo, a segunda maior proporção de laqueaduras registradas dentre os municípios das DIR estudadas ocorreu em um município desta DIR, Guapiaçu: 0,7%.

Na DIR São José dos Campos (G4) foi registrada uma proporção de 0,08% laqueaduras em mulheres entre 25 e 49 anos. Em 8 municípios (75%) não houve esterilizações. Ilhabela foi onde

se alcançou a maior proporção desta cirurgia: 0,44%.

Na DIR Mogi das Cruzes ocorreu a menor proporção de laqueaduras (0,05%), um quarto da proporção realizada na DIR Campinas. Dos municípios da DIR Mogi das Cruzes, 72,73% tiveram proporções menores na realização de laqueadura que a média desta DIR, sendo que a maior proporção ocorreu em Itaquaquecetuba: 0,26%.

Observa-se, portanto, que a realização de laqueaduras, apesar de concentrada em alguns municípios, pontualmente se ordena a partir de critérios socioeconômicos e de estrutura de saúde retratados pelos grupos representados no estudo: quanto maior o padrão da regional, maior a quantidade de laqueaduras realizadas, ou seja, há mais no G1, seguido por G2, G4, G3 e G5.

A taxa de partos por cesariana registrada pelo SINASC, no estado de São Paulo, alcançou 51,02% no total de partos de nascidos vivos em 2006. Das DIR em estudo, apenas a DIR São José dos Campos (G4) teve média abaixo da estadual: 48,79. A DIR Mogi das Cruzes teve a mesma taxa de cesáreas que o estado (51,02). A DIR Campinas (G1) teve taxa de 53,65; a DIR Piracicaba (G2) de 54,00; e a DIR São José do Rio Preto (G3) de 68,00 – todas maiores que a média do estado.

As taxas de cesariana são importantes na análise das políticas de Planejamento Familiar porque estão, em muitos casos, ligadas à escolha ou necessidade de realização de laqueadura tubária, que se dão, muitas vezes, em procedimentos imediatamente consecutivos.

A taxa de cesareanas média em partos SUS registrados oscilou de 32,23, na DIR Mogi das Cruzes, a 39,75 na DIR São José do Rio Preto – regional, esta última, onde 70% dos municípios tiveram taxa abaixo da média da DIR. Também na DIR Campinas, a maioria dos municípios (64,29%) teve taxa de cesárea abaixo da média.

**Quadro 6** – Realização de Laqueaduras.

Médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média da DIR e comentários.  
DIR selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>
	<b>Campinas</b> 42 municípios	<b>Piracicaba</b> 26 municípios	<b>S.J. Rio Preto</b> 101 municípios	<b>S.J.Campos</b> 12 municípios	<b>Mogi das Cruzes</b> 11 municípios
Municípios inferiores à média (%)	80,95	84,62	85,15	75,00	72,73
Municípios superiores à média (%)	19,05	15,38	14,85	25,00	27,27
Média na pop. 25 a 49 anos	0,21	0,10	0,06	0,08	0,05
Limites de % min. e máx.	0,00-0,78	0-0,67	0,00-0,70	0,00-0,44	0,00-0,26
Municípios abaixo da média	9 mun. <	13 mun. <	82 mun. <	8 mun. <	4 mun. <
Municípios acima da média	Sumaré >	Leme >	Guapiaçu >	Ilhabela >	Itaquaquecetuba >

Já na DIR Mogi das Cruzes, a maioria dos municípios (54,55%) teve taxa de cesárea acima da média da DIR, o mesmo ocorrendo na DIR Piracicaba (58,33%) e na DIR São José dos Campos (58,33%).

Nos partos ocorridos fora do SUS, a média da taxa de cesárea foi muito alta em todas as DIR: desde 63,93 na DIR Campinas; 67,70 na DIR São José dos Campos; 70,73 na DIR Mogi das Cruzes; 78,51 na DIR Piracicaba; atingindo seu auge na DIR São José do Rio Preto: 94,37.

Somente na DIR São José dos Campos, a maioria dos municípios (75%) apresentou taxas abaixo da média da DIR. Na DIR Campinas, essa proporção foi bem menor (59,51%) e, nas demais, apresentou taxas acima dos valores da DIR, de 54%, 55%, 60% e 67%, respectivamente, em Mogi das Cruzes, Piracicaba e São José do Rio Preto.

Os maiores diferenciais entre municípios, com relação às taxas de cesarianas foram encontrados na DIR Piracicaba e na DIR São José do Rio Preto, onde provavelmente algumas cesarianas foram cobradas do SUS como partos

vaginais, uma vez que o total de partos registrados em alguns municípios excede 100% (isso ocorreu em Mombuca, DIR de Piracicaba, e em Rubineia, na DIR São José do Rio Preto). Certamente, nenhum desses diferenciais é explicado por indicações clínicas fundamentadas. É oportuno mencionar que a Organização Mundial de Saúde aceita como taxa de cesárea generosa e bem fundamentada clinicamente uma proporção de 10% a 15% dos partos.

Assim, verifica-se que a realização de laqueaduras não está necessariamente ligada a regionais com maior proporção de cesarianas, uma vez que a realização destas últimas apresenta padrão decrescente de realização, conforme o nível socioeconômico e de estrutura de saúde (G3 > G2 > G1 > G5 > G4).

#### – Levantamento qualitativo com gestores

Com relação à estrutura dos serviços necessários para referenciamento da Atenção em Planejamento Familiar, todas as regionais estudadas

relatam dificuldades relativas à falta de infraestrutura de serviços e à falta de vontade política de superar tal situação, apesar de se observar que as áreas da Saúde da Mulher e Saúde da Criança são as mais priorizadas pelos municípios.

Essa falta é observada desde a Atenção Básica:

*“tem nas unidades, mas de uma maneira ainda meio capenga, faltam métodos [planejamento familiar], a disponibilidade de métodos adequados, distribuição de métodos e o próprio material, os municípios se queixam...”* (Gestor Regional).

Também foram citadas dificuldades do refenciamento: problemas na dispensação dos métodos contraceptivos, inclusive falta de registro e controle de dispensa do mesmos.

*“Planejamento Familiar é nosso maior nó, nó no registro, nó no controle, não temos uma planilha e nada que produza esse segmento que você falou de SIS Pré-Natal. Não temos planejamento familiar, é um zero enorme, temos uma dificuldade de dispensação de métodos na rede por um controle que a gente está na briga para organização com as redes de farmácias, com os responsáveis (...) pelas unidades de saúde, porque não são todas as unidades de saúde que têm um método na mão; quando esse método chega na mão, se não tem um controle satisfatório para ele ter uma dispensa... assim que some”* (Informante Municipal).

A insuficiência na organização dos procedimentos relacionados ao Planejamento Familiar (clínico e cirúrgico) aparece em vários depoimentos; também a realização abusiva de cesarianas que ocupam leitos hospitalares desnecessariamente;

a falta de contrarreferência como ação fundamental<sup>7</sup>; e a rotatividade das equipes municipais de saúde que dificulta a continuidade de orientações em serviços, pois vários profissionais não são do município e não estão capacitados para atuar no sistema local.

Há tentativas de descentralização da demanda por contraceptivos, como foi observado em Piracicaba, que criou 19 pontos descentralizados, mas de forma geral há observação que a dificuldade se dá na Atenção Básica, mas também estão situadas na referência para média e alta complexidade:

*“a dificuldade é justamente (...) faltam serviços, faltam serviços e assim, organização desses serviços e assim a própria vontade política (...) dos municípios, existe um descaso mesmo (...) com a saúde..”* (Gestor Regional).

Além da falta de serviços, a falta de comunicação entre esferas de gestão também foi observada:

*“Existe um pensamento... distribuição (de métodos), voltando à história, por exemplo, contracepção tem, preservativo e anticoncepcional ainda têm, mas DIU eu estou andando atrás, ligando pro Ministério, e falam que tem. Mas quem distribui esse DIU? Onde é que a gente vai buscar pra distribuir para os municípios? Quais são os municípios que vão ter acesso a esse DIU? Aqui na DIR eu não estou conseguindo ter resposta. (Gestor Regional)*

Em todas as regionais pesquisadas, os leitos disponibilizados para a realização de cirurgias de laqueaduras e vasectomias foi considerado **insuficiente**. A oferta para a realização de cirurgias em Planejamento Familiar é composta por:

**Quadro 7** – Infraestrutura para Referenciamento Regional em Planejamento Familiar

	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>
	<b>Campinas</b> 42 municípios	<b>Piracicaba</b> 26 municípios	<b>S.J. Rio Preto</b> 101 municípios	<b>S.J.Campos</b> 12 municípios	<b>Mogi das Cruzes</b> 11 municípios
Laqueadura	CAISM-UNICAMP; POLICLÍNICA II- MUNICIPAL; Maternidade de Campinas- Conveniada		Hospital de Base (Rio Preto)  Hospital Padre Albino (Catanduva)		Hospital Padre Bento; Hospital Municipal de Itaquaquecetuba
Vasectomia			Hospital de Base (Rio Preto)		Guarulhos faz no padre bento
Aborto	CAISM-UNICAMP; Maternidade de Campinas- Conveniada; Hospital Celso Pierrô PUCCAMP- Conveniada		Hospital de Base (Rio Preto)		Hospital Padre Bento - Mogi das Cruzes; Santa Casa de Mogi das Cruzes (Guararema faz no Hospital Luzia P. Melo)
Infertilidade	CAISM-UNICAMP		Hospital de Base (Rio Preto)		Hospital Pérola Byington - S. Paulo (Guararema faz no Hospital Luzia P. Melo)

Para aumentar a oferta de vagas desses serviços, observam-se casos, como ocorre em Piracicaba, de contratação de serviços particulares para realização de laqueaduras e vasectomias, que não estão cadastrados pelo Ministério da Saúde para servir de referenciamento regional:

*“ampliamos no programa saúde da mulher, dentro do planejamento familiar, a realização das vasectomias, são realizadas 60 vasectomias por mês na mesma instituição do CESM e um outro serviço contratado para realizá-la, reduzindo a indicação de mulheres que precisam ser submetidas à laqueadura e não vão ser operadas”* (Gestor Municipal)

Também, buscando dar conta da demanda reprimida ocorrem tentativas de restrição, por

meio da adoção de estratégias ilegais para a restrição de demanda para esterilização cirúrgica em alguns serviços, como a seleção de laqueadura e vasectomia apenas para casais.

Os problemas de atenção à demanda por esterilizações são atribuídos, também, à falta de recursos financeiros e de custeio das referências, que estão abaixo da necessidade, uma vez que a população observada para o cálculo do teto de gasto está defasada, ao mesmo tempo em que há dificuldade de credenciamento de novos serviços no SUS para a realização desses procedimentos. Por esse motivo, apontam processos macropolíticos envolvidos no referenciamento, como a necessidade de definição de uma nova política diferenciada de custeio para a atenção à saúde de populações flutuantes de longa

permanência, como, por exemplo, os boias-frias; uma vez que há dificuldade dos municípios maiores e com mais infraestrutura na região em atender aos municípios que não possuem infraestrutura e, conseqüentemente, há necessidade de investimentos nesses menores, permitindo que desenvolvam seus sistemas de saúde locais, como observado em São José dos Campos, Mogi e Campinas.

Assim, a regional se tornar um “satélite” girando em torno da infraestrutura da capital. Também refere a dificuldade de montar equipes com quadros comprometidos com o desenvolvimento da proposta de descentralização.

*“eu percebo é que, por estar muito próxima de São Paulo, é uma região meio que de uns anos para cá... eu, quatro anos, foi uma região meio esquecida, até do ponto de vista da DIR ...”* (Gestor Municipal).

De qualquer forma, quanto aos procedimentos gerenciais no referenciamento, foram apontadas a falta de controle e registro de evasão e invasão de usuários vindos de outras cidades (ou até de outras regiões) para municípios-sede da regional, além do sub-registro de dados de atendimento e referência. Por este motivo, observam-se várias iniciativas e esforços de organização desses municípios.

*“Os esforços são enormes porque eu trabalho aqui a dezesseis anos e à medida que a gente vai avançando, principalmente com a gestão plena, o município vai se apropriando. (...) o Município que fica com toda essa responsabilidade, é na sua porta que as necessidades vêm. Então, você tem que se organizar para racionalizar e planejar de acordo”* (Informante de Município que oferece Referência).

Essa organização também aparece em alguns municípios menores e não sedes, que enviam demanda aos maiores:

*“Aqui (...) a gente tem trabalhado muito com dados. Estamos tentando ver a avaliação, o monitoramento, referenciamento que a gente utiliza muito, que é a **programação pactuada integrada** que a gente avalia a capacidade e potencial dos nossos equipamentos e o que a programação pode produzir. E em cima de indicadores o que está faltando. Então temos indicadores que trabalham com uma população de 1 milhão e duzentos e são previstos 21 mil nascidos vivos, e a gente faz os parâmetros e procura ver onde tem...”* (Informante de Município que oferece maior volume de Referências).

Esses esforços se contrapõem ao desconhecimento, muitas vezes, do PDR – Plano de Desenvolvimento Regional estabelecido, declarando não ter tido acesso à informação, mesmo reconhecendo o papel da DIR nas melhorias do sistema de referenciamento.

*“Eu acho que... existe bastante dificuldade ainda, mas quem já está na rede há mais de 20 anos percebe no SUS, graças a Deus, uma grande melhora e sempre a DIR... nós tentando melhorar esse fluxo e melhorar esse referenciamento, só que não está muito definido, por exemplo, se tenho um caso de CA de colo(...)”* (Gestor Municipal).

Mas, de forma geral, os municípios que têm informação acreditam que a pactuação regional tem melhorado muito o sistema de referenciamento, pois tem forçado a realização dos atendimentos. Neste sentido, a DIR tem sido apontada como fundamental na medida em que estimula a participação dos gestores de municípios e hospitais na discussão de fluxos de atendimento e de referenciamento.

Os mecanismos e instrumentos de referência têm forçado que, apesar dos encaminhamentos embasados em contatos pessoais e outras articulações informais ainda ocorrerem, como na

**Quadro 8** – Síntese dos processos de referência nas DIR estudadas

DIR	Inclusão no PDR	Forma de organização	Instrumentos para Referenciamento Hospitalar	Instrumentos para Referenciamento outros serviços	Contra-referência	Estratégias Utilizadas no Referenciamento
<b>III – Mogí das Cruzes</b>	Sim*	Divisão em microrregiões para encaminhamentos	Guia formal e informal (receituário médico) - Procura direta	Guia formal e informal por contatos pessoais	Não funciona	- Desenvolvem cursos de capacitação para gestão de serviços
<b>XII – Campinas</b>		Centros também já especificados para cada serviço.	Guias formais, não padronizadas. A central de vagas é utilizada apenas como exceção, em urgências onde não se consegue transferência já prevista.	Guias formais	Funciona apenas dentro de Campinas	- Desenvolvimento de parcerias entre municípios - Esforços próprios para organização e acompanhamento de demanda
<b>XV – Piracicaba</b>	Sim	DIR é dividida em microrregionais. O município de Piracicaba divide a população entre serviços dos dois lados do rio.	Guias formais para internação hospitalar ou encaminhamento em guia médica	- Encaminhamento em guia médica - Município de Piracicaba tem referenciamento organizado com guias próprias dentro do município.	Praticamente não funciona Apenas o município de Piracicaba organiza contrarreferência de seus casos.	Esforço para credenciamento de pequenos serviços; reuniões periódicas nas microrregionais - Acompanhamento de indicadores de mortalidade, materno e infantil, demanda para “racionalizar” seus fluxos. Com relação ao Planejamento Familiar,
<b>XXI – São José dos Campos</b>	Sim	- Referência para o litoral e para municípios do alto da Serra - Município de São José dos Campos fez divisão para referenciamento interno.	Há Central de Vagas munic. em SJC para encaminhamentos de seus próprios serviços	- Formal por guias de várias prefeituras encaminhadas por UBS e PSF para - Ambulatórios e Centros de Especialidade.	Guias via pacientes – raramente voltam	Reuniões mensais desta linha de cuidado - Ampliação de participação de comitês de MM; - Acompanhamento de municípios e indicadores.
<b>XXII – São José do Rio Preto</b>	Sim	<b>Microrregiões</b>	Guia formal e informal por - Contatos pessoais - Convênios locais entre prefeituras e serviços extrarregionais	Guia formal e informal - Contatos pessoais- informais - Convênios locais entre prefeituras e serviços extrarregionais	Não funciona - Retorno do familiar ou do próprio paciente, sem o controle adequado dos serviços. Reclamação sobre a “apropriação” da referência com a paciente encaminhada sem dar retorno para o serviço que encaminhou	- DIR avalia funcionamento de referências

\* OBS: Da DIR de São José dos Campos.

DIR de Mogi das Cruzes, que declarou que, por sua proximidade com a capital, pequenos municípios encaminham casos de maneira informal para serviços da zona leste e para o Hospital Pérola Byington, de São Paulo. Também há casos de demanda espontânea que se registram em endereços inventados para “burlar” o referenciamento formal, e estes ocorrem cada vez mais vezes, via mecanismos que vêm sendo criados para a regulação desse fluxo.

*“Nós temos a nova central de vagas do município que faz contato com a central de vagas da DIR, nós disponibilizamos ônibus, vans, para levar esses pacientes até lá, então, é formal”* (Informante Regional).

As mudanças são citadas como empecilhos ao sistema de referenciamento, como influenciando na continuidade de acordos de atendimento referenciado:

*“Nós temos um município, nós temos uma região aqui muito pobre, sabe?, a região de Bragança Paulista, então, não são todos os municípios que possuem um serviço mesmo, tem município com 5.000 habitantes, então ele tem troca entre um município e outro, então o município oferece uma cirurgia de vasectomia para paciente do município; o outro tem um aparelho que esse município não tem, então eles fazem troca, então eles não fazem uma PPI, então acabam sendo uma referência naquele município”* (Informante Regional).

*“Planejamento familiar não teve pactuação, só em alguns municípios, agora alguns ainda estão começando a fazer o planejamento onde não estava pactuado”* (Informante Regional).

A dificuldade de repasse interno das prefeituras das discussões mensais realizadas na DIR ocorre de maneira declarada na DIR de São José dos Campos, porém, este processo de comunicação parece deficitário na maioria das DIRS.

### – Fatores que facilitam a pactuação

Os municípios que sentem mais de perto a necessidade da população e avançam no sentido de firmar pactos de referência.

*“Sentimos também a pressão da demanda. E acredito que os municípios são obrigados a sentar e discutir o que você vai fazer de referência...”* (Informante de Município que oferece Referência).

*“Quanto aos leitos hospitalares tem tido muita pactuação e aí eu posso falar mais assim pelo nosso município. O nosso município tem uma característica, aqui na região são onze municípios e o município (...) é responsável por 50% da população”* (Informante de Município que oferece Referência).

*“ (...) a gente utiliza muito que é o **programa pactuação integrada** que a gente avalia a capacidade e potencial dos nossos equipamentos e o que eles podem produzir”* (Informante de Município que oferece Referência).

*“A implantação de novas unidades de saúde em pontos estratégicos de grande população que é mais distante do centro, na zona rural mesmo”* (Informante Municipal).

De forma geral, a população obedece aos encaminhamentos referenciados pelos serviços, principalmente em Campinas, onde há proximidade de serviços, muitos convênios e grande oferta de serviços.

Há articulação direta entre municípios e serviços e estímulo de participação de diretores de hospital pela DIR, para discussão de dificuldades de fluxo.

O papel das universidades é fundamental no referenciamento, principalmente da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e a PUC de Campinas, que dispõe de um aparato tecnológico utilizado por toda a região para casos de atenção hospitalar mais complexos, inclusive fertilização in vitro e complementa uma série de

serviços com vagas hospitalares e fornecimento de exames.

*“E completando a linha do atendimento secundário e terciário, nós temos o encaminhamento para os hospitais terciários e nós temos um trânsito muito fácil com eles com a PUC UNICAMP”* (Informante Municipal).

Campinas e seus serviços, principalmente os universitários, são referência para todo o estado de São Paulo (principalmente norte do estado) e outras regiões do país (principalmente Minas Gerais), para casos de atenção mais complexa que demandam tecnologias só encontradas em instituições de grande porte ou com preocupação de “tecnologia” e seus serviços.

*“...referenciamento de especialidades na maior parte das vezes... nós já contamos com várias especialidades dentro de nossa rede, uma parte de atenção secundária poderia citar o pré-natal de alto risco, ambulatório de genitoscopia, ginecologia, cuidando da parte de patologia cervical, ambulatório de mastologia e ambulatório de planejamento da família”* (Informante Municipal).

Por isso, os municípios menores sofrem com a falta de acesso a serviços, que são centralizados no município de Campinas, que, por vezes, não atende toda a demanda da região. O contato desses com hospitais universitários é direto, utilizado principalmente para exames, que não dão conta da demanda.

### – Estratégias para melhorar o encaminhamento

Foram observadas como estratégias para melhoria do encaminhamento a distribuição de materiais educativos, o desenvolvimento de parcerias entre municípios (como a articulação com o comitê de morte-materna, sindicatos, a Pastoral, etc.), além da sensibilização e discussão com hospitais de referência em câncer para encaminhar casos e prevenir problemas.

### Discussão

Em 1996, 76,7% das mulheres unidas usavam algum método contraceptivo no Brasil, sendo a esterilização feminina o método mais empregado (40,1%), seguido pela pílula (20,7%), preservativos, (4,4%), coito interrompido (3,1%), abstinência periódica (3%), esterilização masculina (2,6%), injeção (1,2%), DIU (1,1), e diafragma (0,1%). Entre mulheres não unidas predomina o uso de pílula e condão. Este perfil de uso é o mesmo no estado de São Paulo, embora a prevalência da esterilização feminina seja menor (33,6%) e a da pílula maior (27,2%)<sup>2</sup>.

Para métodos contraceptivos reversíveis à população de mulheres em idade fértil é preciso cautela na comparação, uma vez que estes indicadores medem, em geral, casos novos de uso no ano, isto é, incidência, enquanto a PNAD<sup>15</sup> mede a prevalência na idade de 15 a 49 anos, ou seja, o total acumulado de mulheres que está usando determinado método no momento da pesquisa. Para os métodos definitivos, o denominador utilizado será o da população feminina local de 25 a 49 anos, e estes dados se referem à incidência e não refletem a prevalência. Esses indicadores referem-se às mulheres residentes nos municípios e que não necessariamente receberam ou tiveram o procedimento realizado no município de residência.

Apesar de legislação regulando o uso da laqueadura, estudo realizado na região metropolitana de São Paulo em 2000 mostra que, dos 37 serviços que realizavam o procedimento, apenas 16,2% estavam credenciados e que os profissionais de saúde, além de desconhecerem a legislação, consideravam seus critérios muito liberais e questionavam sua proibição no pós-parto imediato<sup>7</sup>.

Outra distorção no uso de contraceptivos é a pequena participação masculina, tanto no uso

de métodos reversíveis (preservativos) quanto na vasectomia.

As ações em Saúde Sexual e Reprodutiva devem iniciar-se na adolescência por meio de atividades educativas nas famílias, comunidades, escolas e unidades básicas de saúde, disseminando conhecimento sobre o impacto da gravidez precoce na adolescência, bem como as estratégias e formas de prevenção.

O acesso à contracepção deve ser universal e todos os métodos, dos naturais e preservativos, até esterilização feminina e masculina, devem estar disponíveis. É preciso cautela na prescrição de contraceptivos hormonais para mulheres negras, dada a maior susceptibilidade deste grupo em desenvolver miomas uterinos e à maior prevalência de hipertensão.

A escolha deve ser precedida de ações educativas participativas sobre prós e contras de cada método e de avaliação para detectar possíveis riscos. Essas atividades devem ocorrer nas unidades básicas de saúde, encaminhando a ambulatório especializado casos em que não haja na unidade profissional habilitado para medir diafragma, inserir DIUs e realizar vasectomias.

O estudo demonstra que a proporção de medição do diafragma não tem distribuição regional e é pontual.

A integralidade está presente em propostas de atenção à saúde de grupos específicos desde o início da década de 1980, como no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>13</sup> e no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), sendo instituída, constitucionalmente, como diretriz de organização do SUS. No atual Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)<sup>17</sup>, a atenção básica é considerada estratégia fundamental para garantir cuidado integral à saúde da população.

Discute-se, há algum tempo, a necessidade de mudanças na organização da atenção e

gestão institucional da saúde para incorporar a integralidade, entendida, de um lado, como a articulação dos fluxos de acesso aos vários níveis de atenção necessários à resolução de cada linha de cuidado; e, de outro, como a continência dos aspectos subjetivos do cuidado, consubstanciados nas políticas de humanização. Este processo de mudanças vem sendo crescentemente exigido pela implantação e implementação da Programação Pactuada Integrada intermunicipal e destes com o estado. A efetividade do referenciamento regional certamente terá impacto positivo sobre o resultado das ações nessa linha de cuidado.

O Planejamento Familiar deve ser acolhido e acompanhado na Atenção Básica e oportunamente encaminhado a patamares mais complexos de assistência.

A realização de ligadura tubária eletiva implicará o referenciamento a hospitais credenciados, que devem constituir-se em verdadeiras redes de referência, o que implica, necessariamente, pactuações técnico-administrativas, como PDR e PPI.

Pode-se afirmar que, de uma forma geral, a linha de cuidado do planejamento familiar está muito pouco desenvolvida no SUS de São Paulo, conforme as DIR estudadas. É possível que grande parte das laqueaduras continue sendo feita por ocasião de partos cirúrgicos, haja vista a enorme proporção de cesarianas observadas em todas as regiões. Considera-se que as laqueaduras não são sempre mencionadas devido à exigência legal de um prazo mínimo de 60 dias entre o parto, a realização desta cirurgia, que pode ser feita, inclusive, em arranjos financeiros não previstos pelo SUS.

Parece haver uma relação de mútua exclusão entre laqueaduras e vasectomias, eventualmente indicando que o uso do método depende mais da oferta disponível e menos de escolhas informadas. Sendo que a laqueadura tem demanda

restringida muito mais pelo número de leitos do que pela falta de demanda.

Há carência de estrutura nas DIRs, particularmente em Piracicaba e Mogi das Cruzes, que além disso se exacerbam pela ausência de serviços que servem de apoio às outras DIRs, como hospitais-escola. Isso causa, não apenas, restrição de serviços, mas principalmente de atualização tecnológica que a rede de saúde pública local poderia contar.

A homogeneidade da atenção em Planejamento Familiar está mais presente em grandes cidades com a presença de hospitais universitários que servem como policentros de diferentes especialidades, como se observa em Campinas e São José dos Campos.

A postura política de atuação e entrosamento com associações e fortalecida nessas DIRs também têm comunidades universitárias atuantes, o que faz supor que essa presença provoque uma renovação de mentalidade quanto à participação da sociedade civil e maior organização de outros setores para a cobrança e interlocução com a administração pública municipal e estadual.

Ao mesmo tempo, a importância de hospitais e serviços universitários que acolhem uma grande demanda de atenção do setor público, que têm dependência destes serviços, além de esterilizações cirúrgicas, não garantem uma articulação facilitada. Há total autonomia dessas instituições que acolhem o setor público conforme áreas de investimento e interesses próprios.

Basicamente, o sucesso do sistema de referência é limitado pela rede de vagas e serviços, por mais que as ações de prevenção quanto aos problemas de referência de encaminhamento sejam desenvolvidas.

A integralidade da atenção fica restrita aos municípios-sede das regionais, que por seu

aporte maior de recursos e serviços, possui condições de disponibilizar à população local os diferentes níveis de atenção à Saúde. No entanto, como esses têm redes que servem como referência aos demais municípios e assumem quase toda a responsabilidade pela atenção secundária e terciária, se mostram sobrecarregados e desenvolvendo estratégias para “dar conta” dessa demanda, desenvolvendo atitudes ora receptivas com relação a alguns municípios, ora de restrições de cotas, que têm de ser constantemente negociadas pelas diretorias regionais de saúde do Estado.

Por outro lado, apesar da falta de condições de municípios menores na adoção de medidas preventivas ao encaminhamento, há certa acomodação no envio para os municípios maiores e pouco esforço na criação de mais equipamentos de saúde e promoção de mais autonomia.

Uma reivindicação presente em vários depoimentos foi a tomada de iniciativa do governo estadual na discussão e resolução acerca de uma política para resolver o problema da falta de infraestrutura dos municípios de pequeno porte.

### **Conclusões**

A falta de registro de dispensa de contraceptivos em geral pela Atenção Básica impede a maior análise da qualidade primária de Planejamento Familiar, visto que são desconhecidas as entregas de pílulas, injeções e preservativos. Seria importante a implantação de um sistema de saída que permitisse essa análise.

As estratégias de Planejamento Familiar, além da oferta de laqueaduras, ainda não estão totalmente desenvolvidas no estado, demonstrando uma universalidade não cumprida quanto à oferta de diafragmas e DIUs.

A oferta e o encaminhamento de laqueaduras são definidos pela quantidade de leitos

hospitalares para a sua realização. A oferta de vasectomia não complementa a diversidade de opções de planejamento familiar: vem sendo realizada em maior oferta nos municípios Mogi das Cruzes e São José do Rio Preto, cidades com menor laqueadura, demonstrando não dar acesso a escolhas por parte da população.

Nota-se ainda que grande parte das laqueaduras é realizada no parto por cesariana, o que contribui para a permanência dos altos índices desse método verificados no nosso país.

Dessa forma, conclui-se que as regionais de saúde e os municípios de São Paulo não possuem uma cultura de avaliação e uso de indicadores em seu planejamento de ações, desenvolvendo o item de planejamento familiar no PDR e na PPI como meros processos burocráticos da gestão.

### Referências

1. Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. 15 anos de SUS: desafios e perspectivas. In: Conselho Nacional de Secretários e Saúde, organizador. *Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários e Saúde; 2004. p.87-103.
2. Bem-Estar da Família no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.
3. Brasil. Câmara dos Deputados Constituição Federal da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.
4. Brasil. Câmara dos Deputados. Lei 9.263 de Planejamento Familiar. Brasília; 1996.
5. Contandriopoulos A. Saber Preparar uma pesquisa. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar – PNAD – 2006. Brasília; 2007. [acesso em: 29 ago 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoe-rendimento/pnad2006/default.shtm>
7. Luiz OL, Citeli M.T. Esterilização Cirúrgica: lei que fica no papel. *Jorn Rede Feminista Saúde*. 2003; (20):37-40.
8. Maeda ST. Gestão de referência e contrarreferência na atenção ao ciclo gravídico puerperal: a realidade do distrito do Butantã. [Doutorado]. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2002.
9. Ministério da Saúde. Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada. Brasília; 2004.
10. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Mulher. Plano de Ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Ministério da Saúde. DataSUS. [on line]. Acesso em: 22 ago 2016. Disponível em: [\[www.datasus.gov.br\]](http://www.datasus.gov.br).
12. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Versão aprovada em comissão tripartite em 18/03/2004. Brasília; 2004.
13. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Brasília; 1983.
14. Ministério da Saúde. Normas técnicas de planejamento familiar. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
15. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006. [online]. Acesso em: 22 ago 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>.
16. Ministério da Saúde. Tabela diferenciada da tabela unificada do SUS. (online). Brasília; 2015. [acesso em: 24 ago 2016]. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/dicon/tabela\\_diferenciada\\_componentes\\_cirurgiaseletivas.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dicon/tabela_diferenciada_componentes_cirurgiaseletivas.pdf).
17. Figueiredo R. Paula SHB. Distribuição da contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: avaliação de dispensa em serviços e fluxos estabelecidos. 2012. *Repr. Clim*. 27(2):64-73.
18. Pestana M, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde, 2004.
19. Venancio SI, Nascimento PR, Rosa TEC, Bersusa AA, Mondini L, Saldiva SRDM, Martins PN, Morais MLS, Fefferman M, Fernandes M, Figueiredo RMMD, Bastos SH, Volocho A. Referenciamento: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP (Convênio Fapesp – CNPq – SUS nº 05/58542-7). São Paulo: Instituto de Saúde; 2007. (Relatório Técnico de Pesquisa).
20. Vieira EM, Badiani R, Dal Fabbro A, Rodrigues Junior AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no estado de São Paulo. *Rev. Saúde Públ*. 2002; 36(3):263-270.

# Anticoncepção entre mulheres portadoras de transtornos mentais<sup>I</sup>

## Contraception among women with mental disorders

Elis Muriel Marques Monti<sup>II</sup>, Gislaine Eiko Kuahara Camiá<sup>III</sup>

### Resumo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e documental, onde foram utilizados prontuários e realizadas entrevistas com mulheres do Hospital-Dia de um Centro de Atenção em Saúde Mental localizado na zona sul de São Paulo, com os objetivos de identificar os métodos anticoncepcionais mais prevalentes entre mulheres portadoras de transtornos mentais e verificar a procura por um serviço de planejamento familiar. A população foi constituída por 10 usuárias do serviço e os resultados foram: quanto ao uso anterior de métodos anticoncepcionais, 43% nunca utilizaram nenhum método; 29% utilizaram somente preservativo masculino; 14% o preservativo com anticoncepcional hormonal oral; e 14% o preservativo com anticoncepcional hormonal injetável; quanto ao uso atual, 14% fazem uso de anticoncepcional hormonal oral; 14% de anticoncepcional hormonal injetável, e 72% não utilizam nenhum método. O uso da contracepção de emergência representou 43% e 100% da população estudada nunca frequentou um serviço de planejamento familiar. Nos prontuários não foram encontrados registros sobre contracepção.

**Palavras-chave:** Anticoncepção; Planejamento familiar; Transtornos mentais.

### Abstract

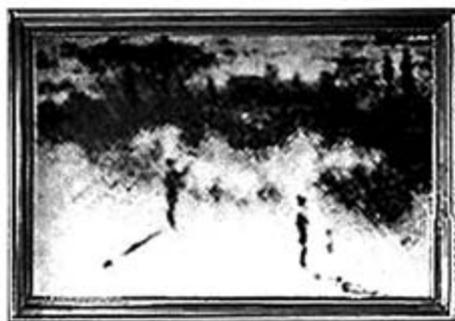
This is a descriptive research, cross-sectional and documentary, which were used medical records and interviews with the women of a Hospital Day Care Center for Mental Health located in the South Zone of São Paulo, with the objective of identifying the most common contraceptive methods prevalent among women with mental disorders and check the search for a family planning service. The population consisted of 10 users of the service and the results were about the previous use of contraceptive methods, 43% had never used any method, only 29% used condoms, 14% condoms with oral contraceptives and condoms with 14% injectable hormonal contraceptive, as the current usage, 14% use oral contraceptives, 14% of injectable hormonal contraceptive and 72% do not use any method. The use of emergency contraception accounted for between 43% and 100% of the population has never attended a family planning service. In the records, no registers were found on contraception.

**Keywords:** Contraception; Family planning; Mental disorders.

<sup>I</sup> Pesquisa apresentada como trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

<sup>II</sup> Elis Muriel Marques Monti (elismuriel@hotmail.com), enfermeira pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria.

<sup>III</sup> Gislaine Eiko Kuahara Camiá (gislainecamia@uol.com.br), enfermeira Obstetra, Mestre em Enfermagem e Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo.



## Introdução

**A** loucura esteve ligada a várias compreensões ao longo da História, sendo que a loucura feminina, em muitos momentos, foi associada à sexualidade. Alguns registros atribuíam ao interior do corpo da mulher uma condição de malignidade, devido às particularidades do útero, as quais eram associadas aos quadros de histeria. No decorrer da Idade Moderna, na Europa, esses pensamentos difundiram-se atrelados à inferiorização da mulher em relação ao homem do ponto de vista físico e mental<sup>14</sup>.

Na idade adulta há diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo, sendo a depressão a doença que mais causa incapacidade, e, o suicídio, a segunda causa de morte no mundo, no grupo etário entre 15 e 44 anos<sup>1</sup>. Há

diferenças nas prevalências de alguns quadros mentais, no curso e prognóstico das doenças, em suas comorbidades mais frequentes e, sobretudo, naqueles transtornos que parecem estar mais intimamente ligados ao ciclo reprodutivo feminino. Os transtornos mentais são mais frequentes na população feminina, aumentam com a idade e apontam para um excesso no estrato social de baixa renda<sup>20</sup>.

As mulheres portadoras de transtornos mentais são mais vulneráveis à gravidez não planejada, sendo sua ocorrência elevada devido à frequente falta de autonomia e do controle do próprio comportamento, além da possível interação medicamentosa entre psicotrópicos e anticoncepcionais hormonais<sup>7</sup>. A contracepção para essa população deve levar em consideração um método no qual o seu uso independa do controle pessoal (anticoncepcional hormonal injetável, dispositivo intrauterino e laqueadura), porém, a conduta ética apropriada a essas mulheres

pressupõe o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos. É importante um atendimento em planejamento familiar específico e integral a essa população, a fim de promover um atendimento adequado e efetivo<sup>7</sup>.

Os objetivos do estudo foram identificar os métodos contraceptivos mais utilizados por mulheres com transtornos mentais e verificar a procura por um serviço de planejamento familiar.

### **Método**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e documental, onde foram utilizados prontuários e entrevistas com mulheres do Hospital-Dia de um Centro de Atenção em Saúde Mental localizado na zona sul de São Paulo.

O estudo foi realizado através de busca de dados nos prontuários e entrevistas com as usuárias do serviço, após identificar a população que foi constituída por 10 mulheres. No período da coleta, o Hospital-Dia-Geral (HDG) contava com a frequência de 50 usuários do serviço, sendo 33 homens e 17 mulheres. Foram incluídas mulheres portadoras de transtorno mental, com idade maior ou igual a 20 anos, na fase reprodutiva. Foram excluídas as adolescentes devido às especificidades do planejamento familiar para esse grupo.

Os dados foram coletados no período de 04 a 30 de abril de 2013, após a autorização dos responsáveis pelo serviço e das usuárias e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da instituição, sob o Parecer de nº 234.770 em 02 de abril de 2013. Foi utilizado um instrumento específico, elaborado por dados de identificação, informações sobre a história ginecológica, obstétrica e psiquiátrica da paciente e consulta ao prontuário

para análise de registros sobre contracepção. As entrevistas foram realizadas individualmente de forma escrita e em local reservado, após aplicação do TCLE.

### **Resultados**

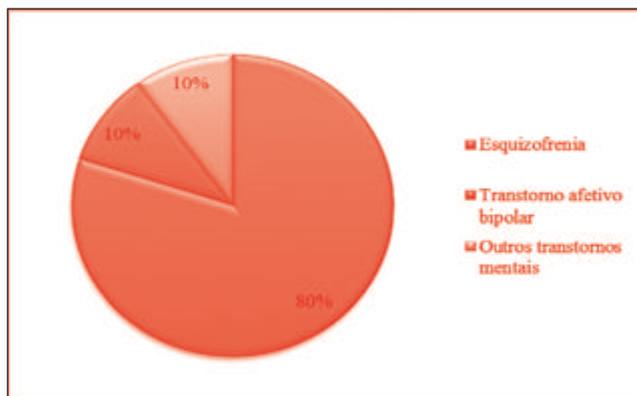
Das entrevistadas, 70% tinham idade entre 26 e 35 anos, todas eram solteiras, não realizavam atividade remunerada e residiam com familiares; 40% possuíam o ensino médio completo; 20% ensino fundamental incompleto; 20% ensino médio incompleto; e 20% superior incompleto.

Em relação ao transtorno mental (Fig.1), 80% com diagnóstico de esquizofrenia; 10% transtorno afetivo bipolar; e 10% outros transtornos (psicose não orgânica não especificada e retardo mental). A história de tratamento com internação psiquiátrica foi apresentada por 70% das mulheres, sendo 50% com tratamento psiquiátrico há mais de 11 anos e 90% frequentando o HDG há mais de um ano.

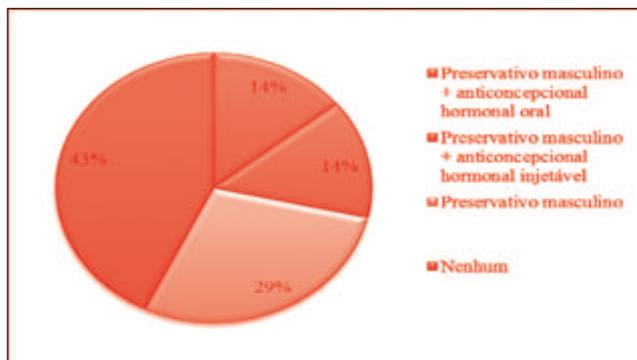
Quanto à história sexual, 70% relataram coitarca após 17 anos, sendo 28% mães, com gestações não planejadas; 43% relataram, espontaneamente, história de abuso sexual por familiares. A Fig.2 mostra o uso anterior de métodos anticoncepcionais: 43% nunca utilizaram contraceptivos; 29% somente preservativo masculino; e 28% o preservativo associado a outro método.

Na época da pesquisa, 72% das mulheres não estavam utilizando método anticoncepcional (Fig.3); 14% faziam uso de anticoncepcional hormonal oral; e 14% de anticoncepcional hormonal injetável. O uso da contracepção de emergência até o momento da coleta dos dados representou 43% (Fig.4). As mulheres do estudo nunca frequentaram um serviço de planejamento familiar (100%), e nos prontuários não foram encontrados registros sobre contracepção (100%).

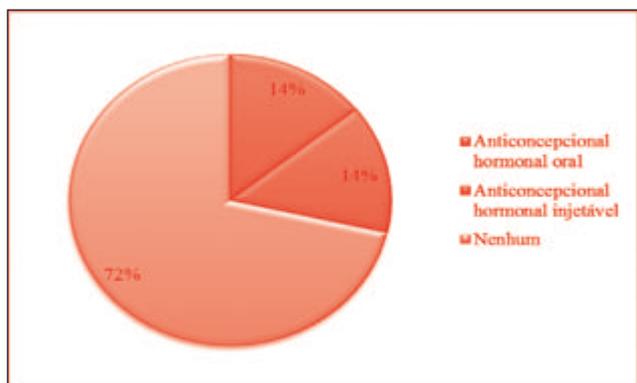
**Figura 1.** Transtornos mentais das mulheres do Hospital-Dia-Geral. São Paulo, 2013.



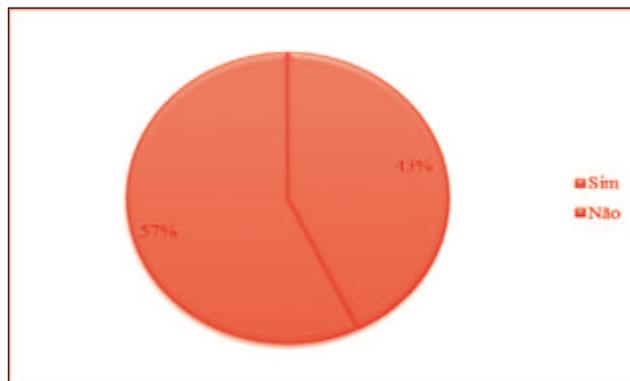
**Figura 2.** Uso anterior de métodos anticoncepcionais por mulheres do Hospital-Dia-Geral. São Paulo, 2013.



**Figura 3.** Uso atual de métodos anticoncepcionais por mulheres do Hospital-Dia-Geral. São Paulo, 2013.



**Figura 4.** Uso de contracepção de emergência por mulheres do Hospital-Dia-Geral. São Paulo, 2013.



### Discussão

Na população estudada foi identificada a predominância de 80% de mulheres com o diagnóstico de esquizofrenia (Fig.1). A esquizofrenia é um transtorno mental que atinge cerca de 1% da população mundial. Normalmente inicia-se antes dos 25 anos de idade, persiste por toda a vida e afeta pessoas de todas as classes sociais<sup>8</sup>. Os registros dos prontuários confirmaram esses dados, considerando que das portadoras de esquizofrenia, 63% tiveram o início da doença antes dos 25 anos de idade, sendo 18 anos a menor idade.

A esquizofrenia é igualmente prevalente em homens e mulheres, porém, diferem quanto ao início e o curso da doença. Da primeira internação psiquiátrica dos pacientes com esquizofrenia, as mulheres compõe um terço. A idade de pico de início da doença entre as mulheres é entre 25 e 35 anos, podendo se apresentar também após os 40 anos de idade<sup>8</sup>. O estudo demonstrou, através da coleta dos registros em prontuários, que 37% das mulheres tiveram o início da doença entre 27 e 35 anos. Os portadores desse transtorno mental podem apresentar *sintomas positivos*, como delírios, alucinações, comportamento bizarro e/ou estereotipado e alterações do pensamento e/ou *sintomas*

negativos, como embotamento afetivo, pobreza de vocabulário e de conteúdo, autocuidado prejudicado, dificuldade ou não realização das atividades de vida diária, falta de motivação, desatenção, anedonia e retraimento social<sup>8</sup>.

### **Suporte familiar e relações interpessoais**

Durante as entrevistas, foram observados relatos de dificuldades nas relações interpessoais, devido ao preconceito que as mulheres afirmaram sentir por serem portadoras de transtornos mentais. Os esquizofrênicos apresentam uma rede social menor do que pessoas sem história de transtorno mental. Essas redes sociais em geral são caracterizadas por ausência de trocas recíprocas e relações deficientes<sup>16</sup>, o que leva à dificuldade nas relações interpessoais e ao afastamento social do indivíduo.

Da população estudada 90% residiam com familiares, o que remete à ideia de um suporte familiar presente. Este suporte se constitui como um dos principais pilares na vida psíquica das pessoas, promovendo ao portador de transtorno mental um apoio satisfatório. Na medida em que o indivíduo percebe esse suporte, encontra forças para enfrentar situações adversas, o que traz consequências positivas para seu bem-estar, como redução do estresse, aumento da autoestima e do bem-estar psicológico<sup>18</sup>. A família assume um papel importante de reintegrá-lo ao convívio social, passando a ser vista como uma facilitadora da reabilitação a ser conquistada<sup>17</sup>.

### **Vulnerabilidade sexual/reprodutiva das mulheres portadoras de transtornos mentais**

Durante a entrevista, 30% das mulheres com transtornos mentais relataram, espontaneamente, história de abuso sexual, por familiares quando estavam ou não em surto psicótico,

situações em que não houve procura de nenhum serviço de saúde. A literatura confirma que essa é uma população vulnerável em relação ao abuso sexual e que, na maioria dos casos, o agressor é uma pessoa próxima e, muitas vezes, há uma relação familiar entre eles<sup>2</sup>. Além disso, devido ao sentimento de afeto entre a vítima e o agressor é mais difícil para a vítima procurar ajuda, que geralmente se mantém calada e, muitas vezes, se culpa e sente vergonha pelo episódio, acabando por ficar resignada. A violência, que geralmente ocorre dentro de casa, permanece silenciosa e dessa maneira, muitos são os casos não relatados pela vítima<sup>2</sup>.

Os indivíduos mais expostos ao risco de abuso sexual são aqueles cujas famílias não discriminam situações instáveis ou potencialmente perigosas, por isso os portadores de transtornos mentais têm um risco maior do que as pessoas sem transtornos<sup>13</sup>. Existem fatores que aumentam o risco da mulher portadora de transtorno mental de sofrer violência sexual, como: o aumento da dependência de outras pessoas para cuidados a longo prazo; dificuldades de julgamento e em habilidades sociais; dificuldades de comunicação; inabilidade para buscar ajuda e para denunciar o abuso; negação de direitos humanos, resultando em uma percepção de ausência de poder da vítima pelo agressor; percepção de menor risco de ser descoberto por parte do agressor; falta de conhecimento sobre o comportamento sexual apropriado; dificuldades em fazer com que os outros acreditem em seus relatos; menor conhecimento do que é adequado ou inadequado em termos de sexualidade; isolamento social; aumento do risco de ser manipulada por outros; potencial para desamparo e vulnerabilidade em locais públicos; valores e atitudes mantidos por profissionais sem considerar a capacidade do indivíduo de autoproteção; e falta de independência econômica por parte da maioria das

mulheres portadoras de transtornos mentais<sup>9,19</sup>, item evidenciado na população deste estudo que se encontra fora do mercado de trabalho.

A violência sexual acarreta danos graves, desde sintomas físicos, como lesões, hematomas, doenças sexualmente transmissíveis (DST), como dificuldade em manter relações amorosas e adesão a comportamentos de promiscuidade<sup>15</sup>. Considerando os relatos das mulheres portadoras de transtornos mentais que sofreram abuso sexual, nenhuma procurou um serviço, tanto para denunciar o ato de violência sexual quanto para receber medidas preventivas de doenças sexualmente transmissíveis e/ou gravidez indesejada. Neste sentido, é importante que enfermeiros orientem as mulheres portadoras de transtorno mental e a família sobre os riscos da violência sexual, no sentido de que tal fato é crime e deve levar à punição do agressor, além de prepará-las para que possam proteger essas portadoras diante de situações de risco. A orientação sexual acaba sendo, não apenas uma maneira de educá-las para a prática sexual, caso haja o desejo e consentimento, mas é uma forma de prevenção de possíveis situações de abuso, em que não há o desejo e, talvez até, não haja consciência sobre a situação de abuso sexual que a mulher portadora de transtorno mental pode se encontrar<sup>2</sup>.

Considerando que 43% das mulheres portadoras de transtornos mentais da pesquisa, as quais iniciaram a vida sexual, nunca fizeram uso de método contraceptivo ou de prevenção às DST (Fig.2) e que 72%, no período da entrevista, não faziam uso de nenhum método contraceptivo (Fig.3), pode-se concluir a exposição dessa população às DST e à gravidez indesejada. Os portadores de transtornos mentais, principalmente aquelas com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, são mais expostas às DST do que a população geral devido à vulnerabilidade

decorrente das características clínicas, sociais e comportamentais<sup>4</sup>. Estudos demonstram que essa população é sexualmente ativa e que a maioria apresenta comportamentos de risco, como múltiplos parceiros sexuais, sem adoção do uso de proteção às DST e à gravidez, além de fazerem uso de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas ilícitas que facilitam comportamentos de desproteção. Falta uma política pública que aborde, além dos aspectos psíquicos, a saúde integral dessa população tão vulnerável<sup>5</sup>.

### **Planejamento familiar específico e integral**

Todas as mulheres referiram nunca terem frequentado serviço de planejamento familiar e não terem hábito de procurar as Unidades Básicas de Saúde, sendo o serviço de saúde mental e psiquiatria que frequentam, o local de referência.

A sexualidade das mulheres portadoras de transtornos mentais é um tema controverso, pois é comum se pensar que esses indivíduos são exibicionistas e exacerbam a sua sexualidade ou são seres assexuados. Deve-se reconhecer sua sexualidade como a de um indivíduo sem transtorno mental, que sente, apaixona-se e ama como qualquer pessoa, tendo necessidade de se expressar sexualmente<sup>12</sup>. Em estudo realizado com enfermeiros de hospitais psiquiátricos de Ribeirão Preto/SP, constatou-se a negação da sexualidade do portador de transtorno mental, circunscrevendo as manifestações de sexualidade presenciadas nas unidades psiquiátricas como desvio, transgressão ou doença<sup>10</sup>. Lidar com a sexualidade dessa população faz parte das atividades do enfermeiro que deve ter conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados para atender às demandas de saúde sexual e reprodutiva<sup>10,11</sup>.

No estudo de Guedes e colegas<sup>7</sup> foi confirmada a ocorrência de gravidezes não planejadas

(28%). Esses autores justificam esse índice associado à ausência de planejamento e de controle comportamental dos próprios indivíduos portadores de transtorno mental, que também dificulta o uso de anticoncepcionais que dependem do controle pessoal, devido às internações psiquiátricas que causam interrupção da anticoncepção, além da possível interação medicamentosa entre os anticoncepcionais hormonais e alguns psicotrópicos, que reduzem sua efetividade contraceptiva.

Os transtornos mentais podem ser exacerbados na gestação devido à necessidade de subtrair drogas contraindicadas ao perfeito desenvolvimento fetal<sup>7</sup>. Em estudo realizado, com mulheres portadoras de transtorno mental, elas relataram que a gestação e a maternidade podem afetar negativamente a qualidade das relações afetivas e familiares, porém, apontaram como um evento “normalizador” de sua vida adulta<sup>17</sup>. A mulher portadora de transtorno mental carrega um estigma que faz com que a maternidade e a capacidade de desempenhar seu papel de mãe sejam questionados socialmente<sup>17</sup>. Apesar do exercício da maternidade poder ser comprometido por internações psiquiátricas recorrentes, autonomia prejudicada e limitações de suas funções no cuidado de si e da família, é relevante conhecer as particularidades do planejamento familiar dessa população, no intuito de contribuir para um atendimento mais justo e mais humano, fazendo-se cumprir o que está disposto nos instrumentos legais, como direitos sexuais e reprodutivos<sup>7</sup>.

No período de coleta de dados, 72% não usavam qualquer método contraceptivo e com 14% cada, o uso de anticoncepcional hormonal oral e injetável (Fig.3), nos prontuários não foram encontrados registros sobre contracepção. É importante ressaltar que, a contracepção de mulheres portadoras de transtornos mentais deve levar

em consideração um método cujo uso independa do controle pessoal, devido à possibilidade de comportamento alterado dessa população e o maior risco de violência sexual. É sugerido o uso de anticoncepcional hormonal injetável, dispositivo intrauterino (DIU) e os métodos cirúrgicos, contudo, o risco para as DST é mantido. Apesar de serem os mais eficazes para mulheres portadoras de transtornos mentais graves, a conduta ética apropriada a essas pacientes pressupõe o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, que implica tratamento particularizado a cada mulher portadora de transtorno mental<sup>7</sup>.

No que se refere à utilização dos anticoncepcionais hormonais orais por pacientes com transtornos mentais, deve-se atentar para a interação medicamentosa, a fim de evitar gravidez indesejada e não planejada, pois interação com alguns anticonvulsivantes, usados com indicações psiquiátricas, reduzindo sua eficácia. Além da diminuição da eficácia, existem fármacos como o lítio, utilizado para o tratamento de transtorno bipolar e combinado com antipsicóticos para o tratamento da esquizofrenia, que são teratogênicos<sup>7</sup>.

O uso da contracepção de emergência na vida dessas mulheres foi identificado em 43% (Fig.4). É uma opção contraceptiva pós-coito, com doses concentradas de hormônios sintéticos, sendo utilizada em vários países, incluindo o Brasil, constando nas normas de Planejamento Familiar. A contracepção de emergência foi introduzida nos serviços públicos brasileiros a partir do ano de 2000, em atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, com o objetivo de reduzir a gravidez indesejada decorrente de estupro<sup>3</sup>.

O desejo da maternidade foi observado em 60% das mulheres pesquisadas, mas todas relataram nunca terem frequentado o serviço de planejamento familiar e não terem o hábito de procurar as Unidades Básicas de Saúde, sendo

o serviço de saúde mental e psiquiátrica que frequentavam o local de referência para o acompanhamento à saúde.

As equipes da Estratégia Saúde da Família se responsabilizam pelos programas de planejamento familiar, mas o atendimento é pouco abrangente e pouco eficaz às mulheres portadoras de transtorno mental, devido às ações executadas de forma isolada e não priorizadas como os demais componentes da atenção básica<sup>7</sup>. Estudo realizado em um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) identificou as seguintes demandas de planejamento familiar por mulheres portadoras de transtorno mental: necessidade de informações por familiares para lidar com paciente sexualmente ativo; vulnerabilidade à violência sexual e gravidez indesejada ou não planejada e mulheres em uso de psicotrópicos. Foi identificada a necessidade de atuação do serviço de acordo com as particularidades do planejamento familiar dessa população<sup>12</sup>, assim como foi evidenciado no presente estudo.

A atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) fortalece a ideia da introdução de ações na rede pública de saúde, como: melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar, atenção ao abortamento, combate à violência doméstica e sexual e a prevenção e tratamento das DST/aids voltadas às mulheres portadoras de transtornos mentais<sup>6</sup>. Essa é uma população que possui demanda para atendimento de planejamento familiar específico e integral. É necessário que haja compreensão, dos serviços envolvidos no atendimento a esse público, em relação ao direito de escolha à maternidade com abordagens que respeitem a opção pela concepção, apesar dos riscos, monitorando os filhos, quanto ao possível surgimento do transtorno mental e promovendo o acompanhamento adequado<sup>7</sup>.

### Considerações finais

De acordo com os resultados apresentados, verifica-se a necessidade de planejamento familiar específico para as mulheres portadoras de transtornos mentais, assegurando igualdade de direitos sexuais e reprodutivos, por meio de práticas educativas em anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de situações de abuso sexual, além da abordagem em aspectos da saúde integral, envolvendo as usuárias e seus familiares.

### Referências

1. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev. Psiquiatr. Clín. 2006; 33(2).
2. Barros RD, Williams LCA, Brino RF. Habilidades de autoproteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental. Rev Bras Educ Espec. 2008; 14(1):93-110.
3. Bastos S, Figueiredo R. Contracepção de emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégia de DST/aids. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008. 52 p.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevenção e atenção às IST/aids na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Guedes TG, Moura ERF, Almeida PC. Particularidades do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2009; 17(5).
8. Kaplan HI, Sadock BJ. Compêndio de Psiquiatria. 9.ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
9. Lumley VA, Miltenberger RG, Long ES, Rapp JT, Roberts JA. Evaluation of a sexual prevention program for adults with mental retardation. J Appl Behav Anal. 1998; 31(1):91-101.
10. Miranda FAN, Furegato ARF. Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002; 10(2):207-213.

11. Moura ERF, Silva RM. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev. Saúde Públ.* 2005; 39(5):795-801.
12. Moura ERF, Guedes TG, Freire AS, Bessa AT, Braga VA, Silva RM. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2012; 46(4):935-943.
13. Padilha MGS. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: considerações sobre os fatores antecedentes e sua importância na prevenção. In: Ghuilahrdis HJ, organizador. *Comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento.* Santo André: Esetec Editores Associados; 2002. p.209-220.
14. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde Soc.* 2008; 17(2):82-94.
15. Rodrigues JL, Brino RF, Williams LCA. Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. *Paidéia.* 2006; 16(34):229-240.
16. Rodrigues VB, Madeira M. Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde.* 2009; 390-399.
17. Soares MVB, Carvalho AMP. Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2009; 17(5).
18. Souza MS, Baptista MN, Alves GAS. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia.* 2008; 28:45-59.
19. Strickler HL. Interaction between family violence and mental retardation. *Ment Retard.* 2001; 39(6):461-471.
20. Tuono VL, Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Laurenti R. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2007; 16(2):85-92.

# Preparo pré-concepcional: conhecimento e razões para a não realização entre mulheres usuárias do SUS

## Preconception Care: Knowledge and reasons for non-realization among womens from SUS

Natália de Castro Nascimento<sup>I</sup>, Karina Simão Araújo<sup>II</sup>, Osmara Alves dos Santos<sup>III</sup>, Ana Luiza Vilela Borges<sup>IV</sup>

### Resumo

O objetivo foi explorar o conhecimento sobre o preparo pré-concepcional e descrever as razões para não ter sido realizado em serviços públicos de saúde. Estudo descritivo realizado em dois Centros de Saúde Escola na cidade de São Paulo com mulheres grávidas ou que vivenciaram uma gravidez nos cinco anos anteriores à pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista face a face, em 2015. A análise dos dados foi realizada no Stata 13. Participaram da pesquisa 302 mulheres. A maioria nunca ouviu falar sobre o preparo pré-concepcional (64,6%) e algumas sequer conheciam serviços de saúde que o oferecessem (16,2%). Dentre as que já tinham ouvido falar, a principal fonte de informação foram parentes e amigos (44,0%), e a medida mais conhecida foi a suplementação de vitaminas e minerais (22,2%). A principal razão para a não realização do preparo pré-concepcional foi a falta de conhecimento sobre o mesmo e sobre como acessá-lo.

**Palavras-chaves:** Preparo pré-concepcional; Conhecimento; Mulheres.

### Abstract

The objective was to explore the knowledge of preconception preparation and to describe the reasons why women with planned pregnancies did not perform the preconception preparation public health services. Descriptive study conducted in two health center schools of Sao Paulo with pregnant women or woman that were pregnant in the last five years. Data collection was conducted through face-to-face interviews in 2015. Data analysis was performed using Stata 13.0. The participants were 302 women. The majority of them were unaware of preconception care (64,6%) and some ignored that health services offered this care (16,2%). The main source of information among women who were aware of preconception care were relatives and friends (44,0%) and the best known preconception measure was the use of vitamins and minerals (22,2%). The main reason for not performing the preconception preparation was being unaware of preconception care and how to access it.

**Keywords:** Preconception Care; Knowledge; Women.

<sup>I</sup> Natália de Castro Nascimento (natalia.castro.nascimento@usp.br) é enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGE/USP). São Paulo-SP, Brasil.

<sup>II</sup> Karina Simão Araújo (karina\_araujo@usp.br) é enfermeira-obstetrix, Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGE/USP). São Paulo-SP, Brasil.

<sup>III</sup> Osmara Alves dos Santos (osmara.alves@usp.br) é enfermeira, Mestre em Enfermagem. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo-SP, Brasil.

<sup>IV</sup> Ana Luiza Vilela Borges (alvilela@usp.br) é enfermeira, Livre-Docente em Enfermagem. Professora na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP). São Paulo (SP), Brasil.



## Introdução

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde propõem medidas de saúde a serem adotadas no período anterior à concepção. Essas medidas são conhecidas como preparo pré-concepcional e são essenciais para a evolução saudável de uma gestação<sup>7,16</sup>. Elas incluem a promoção de alimentação saudável e suplementação de vitaminas e minerais, o estímulo à prática de exercícios físicos, a orientação sobre o uso de medicamentos, atuação com foco na diminuição ou cessação do uso de tabaco, álcool e outras drogas, a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e crônicas, a avaliação das condições de trabalho; orientação e acompanhamento genético e, por fim, a avaliação do quadro de infertilidade<sup>7,8</sup>.

A realização do preparo pré-concepcional está condicionada ao planejamento da gravidez, já que entre mulheres com gravidez não

planejada, parece não haver tempo nem condições para a realização dessa prática<sup>13</sup>. No entanto, mesmo entre mulheres que planejam a gestação, algumas não realizam quaisquer medidas pré-concepcionais<sup>16,23</sup>. Isso ocorre, principalmente, por causa de: falta de políticas públicas que as priorizem e falta de financiamento de programas específicos<sup>15,18</sup>; por conta do enfoque dos serviços de saúde no período gravídico em detrimento dos cuidados a serem efetuados antes da concepção<sup>14,19</sup>; por conta de questões subjetivas da própria mulher ou casal, como, por exemplo, a concepção de que o processo gravídico deva ser natural e romântico<sup>10</sup>; e por falta de conhecimento dos profissionais de saúde e das mulheres/casais sobre o que é e no que consiste o preparo pré-concepcional<sup>23,24</sup>.

No Brasil, especificamente no que concerne à relação entre o conhecimento sobre o preparo pré-concepcional e a realização de medidas para se preparar para uma gravidez, verificou-se que,

entre as adolescentes, o conhecimento sobre o tema é insuficiente. Por sua vez, entre portadoras de diabetes, observou-se nível de conhecimento moderado, o que era de se esperar, tendo em vista que se trata de uma doença crônica que pode afetar a saúde da mulher durante a gravidez<sup>20,22</sup>. No entanto, os referidos estudos abordaram apenas grupos específicos de mulheres, como adolescentes e portadoras de diabetes.

Embora a literatura internacional já tenha investigado as razões pelas quais as mulheres com gravidez planejada não realizam o preparo pré-concepcional – contextos em que o conhecimento parece ser um importante determinante –, nada se sabe sobre isso no contexto brasileiro. Assim, o objetivo do estudo foi, primeiramente, explorar o conhecimento sobre o preparo pré-concepcional entre mulheres usuárias de serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, descrever as razões para a não realização do preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada.

### Método

Trata-se de estudo do tipo transversal descritivo, conduzido com mulheres usuárias de dois Centros de Saúde Escola do município de São Paulo, Brasil. Os Centros de Saúde Escola atendem à população no nível primário de atenção do SUS e funcionam como unidades modelo na implementação de programas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde.

A população de estudo foi constituída por amostra probabilística de mulheres com idade entre 18 e 49 anos, que estavam grávidas ou haviam vivenciado gravidez nos cinco anos anteriores à pesquisa (n=468). Foram convidadas a participar do estudo as mulheres presentes nos serviços de saúde que aparentavam estar grávidas

ou com crianças de colo, em consultas, grupos educativos, sala de imunização, ou qualquer outra atividade realizada no serviço, entre os meses de abril e junho de 2015. Não houve perdas, nem recusas.

Neste estudo, o conhecimento sobre o preparo pré-concepcional é descrito apenas entre as mulheres que não o haviam realizado (n=302). Para a descrição das razões pelas quais o preparo pré-concepcional não foi feito, foram consideradas apenas as mulheres com gravidez planejada (gravidez em curso ou finalizada nos últimos cinco anos) (n=100). Isso foi necessário porque se pressupõe que mulheres que não tenham planejado a gravidez dificilmente teriam condições ou tempo para tomar alguma medida de saúde para se preparar para engravidar. Para classificar o tipo de gravidez quanto à intenção de engravidar, utilizou-se o instrumento *London Measure of Unplanned Pregnancy* (LMUP), versão Brasil<sup>11</sup>.

Foram realizadas entrevistas face a face por meio de instrumento semiestruturado, contendo questões sobre características sociodemográficas e reprodutivas, sobre o conhecimento acerca do preparo pré-concepcional e sobre as razões para a não realização do preparo pré-concepcional. O instrumento foi elaborado com base na literatura<sup>3,10,18,24</sup>.

As características sociodemográficas das mulheres entrevistadas são apresentadas por meio de: idade (18 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos e 35 anos e mais), trabalho remunerado (não e sim), classificação econômica de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa<sup>1</sup> (grupos A/B e C/D), escolaridade (fundamental, médio e superior ou mais) e situação conjugal (vive com parceiro e não vive com parceiro). As características reprodutivas são apresentadas por: número de gestações (incluindo a atual) e o tempo para engravidar, entendido como o intervalo entre o desejo de engravidar e a

confirmação de uma gravidez (menos de um ano, de um a dois anos e mais de dois anos).

O conhecimento sobre o preparo pré-concepcional foi verificado por meio das questões: “Você já tinha ouvido falar sobre o preparo pré-concepcional antes de engravidar?” e “Você sabia se algum serviço de saúde oferecia o cuidado pré-concepcional?”. Ambas questões admitiam respostas dicotômicas, do tipo não e sim.

As mulheres responderam também à questão: “O que você sabia sobre o preparo pré-concepcional?”, formulada de forma aberta para admitir respostas espontâneas e múltiplas. As respostas foram agrupadas de acordo com as medidas indicadas como preparo pré-concepcional pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde.<sup>7,8,26</sup>

Posteriormente, as mulheres foram questionadas a respeito da fonte de informação sobre o preparo pré-concepcional, cujas respostas fechadas tinham as seguintes categorias de resposta: “profissionais de saúde”, “televisão”, “serviços de saúde”, “internet”, “por experiência de gestações anteriores”, “parentes e amigos” e “escola/faculdade”.

As mulheres classificadas com gravidez planejada também responderam à questão “Por qual motivo você não realizou o preparo pré-concepcional?”. Trata-se de uma questão aberta em que as respostas foram agrupadas por similaridade.

Os dados foram analisados no Stata 13.0. A análise foi conduzida por meio de números absolutos, proporções, médias e desvio-padrão. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (EE/USP), sob o CAAE nº 42436815.0.0000.5392 e obteve a aprovação das instituições de saúde em que foi realizado, além de contar com o consentimento por escrito das mulheres entrevistadas. Foram tomadas todas as precauções para que a privacidade das mulheres, sua liberdade de

deixar de participar do estudo a qualquer momento e o sigilo das informações prestadas fossem respeitados.

## Resultados

### Características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres entrevistadas

As mulheres tinham, em média, 28,7 anos de idade (dp=6,4). Mais da metade trabalhava (54,3%) e vivia com o parceiro (79,8%). Dentre as mulheres com gravidez planejada, a idade média foi 29,9 anos (dp=5,6) e aproximadamente metade pertencia à classe A e B. A maior parte das mulheres era unida e com até duas gestações (tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres. São Paulo, 2016.

Variável	Todas as mulheres		Mulheres com gravidez planejada	
	n	%	n	%
<b>Idade</b>				
18 a 24 anos	87	28,8	19	19,0
25 a 29 anos	85	28,1	33	33,0
30 a 34 anos	70	23,2	26	26,0
35 anos ou mais	60	19,9	22	22,0
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental	58	19,2	19	19,0
Médio	159	52,7	52	52,0
Superior ou mais	85	28,1	29	29,0
<b>Trabalho remunerado</b>				
Não	138	45,7	44	44,0
Sim	164	54,3	56	56,0
<b>Classificação econômica</b>				
A e B	121	40,3	49	49,5
C, D e E	179	59,7	50	50,5

Variável	Todas as mulheres		Mulheres com gravidez planejada	
	n	%	n	%
<b>Vive com parceiro</b>				
Não	61	20,2	6	6,0
Sim	241	79,8	94	94,0
<b>Número de gravidezes</b>				
Uma	126	41,7	38	38,0
Duas	105	34,7	46	46,0
Três ou mais	71	23,6	16	16,0
<b>Tempo para engravidar*</b>				
Menos de um ano	-	-	74	75,5
De um a dois anos	-	-	19	19,4
Mais de dois anos	-	-	5	5,1
<b>Total</b>	<b>302</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\*Não há informação de mulheres que não planejaram a gravidez.

### Conhecimento sobre o preparo pré-concepcional

Dentre as mulheres entrevistadas, apenas 35,4% (n=107) já tinham ouvido falar sobre o preparo pré-concepcional e 16,2% (n=49) não conheciam nenhum serviço de saúde em que o mesmo fosse ofertado.

Entre as mulheres que conheciam o preparo pré-concepcional, a suplementação de vitaminas e minerais foi a medida mais conhecida (22,2%). Demais medidas foram citadas, como o tratamento de infertilidade e a realização de exames (Tabela 2).

**Tabela 2.** Medidas de preparo pré-concepcional conhecidas pelas mulheres entrevistadas. São Paulo, 2016.

Medidas	n	%
Suplementação de vitaminas e minerais	67	22,2
Tratamento de infertilidade	27	8,9

Medidas	n	%
Realização de exames	20	6,6
Visita ao serviço de saúde	14	4,6
Alimentação adequada	7	2,3
Tratamento em caso de consanguinidade	4	1,3
Estado ponderal adequado	4	1,3
Aconselhamento genético	4	1,3
Preparo financeiro	3	1,0
Exercício físico	3	1,0
Cuidado com o parceiro	2	0,7
<b>Vacina</b>	<b>2</b>	<b>0,7</b>
Interrupção ou diminuição de álcool, tabaco e outras drogas	2	0,7
Tratamento e controle de doenças preexistentes	2	0,7
Cuidado no âmbito da saúde mental	1	0,3

As mulheres que sabiam algo sobre o preparo pré-concepcional relataram que parentes e amigos foram as principais fontes de informação (44,0%), seguidos pelos profissionais de saúde (21,5%), internet (13,1%), televisão (11,2%), por experiência em gestações anteriores (8,4%) e revistas e jornais (2,8%).

### Razões para a não realização do preparo pré-concepcional entre as mulheres com gravidez planejada

O conhecimento insuficiente sobre o preparo constituiu o conjunto de razões mais frequente para a não realização do preparo pré-concepcional (tabela 3). Ressalte-se que 64% das mulheres relataram nunca ter ouvido falar sobre o preparo pré-concepcional. Ademais, 15,0% sequer conheciam algum serviço que oferecesse ações de atenção pré-concepcional. Outras razões alegadas foram de ordem pessoal, como ter engravidado muito rápido e, por isto, não houve tempo para realizar o cuidado pré-concepcional, ou o longo intervalo entre o desejo de engravidar e a confirmação da gravidez, desestimulando a realização do preparo pré-concepcional.

**Tabela 3.** Razões para não realização do preparo pré-concepcional entre mulheres com gravidez planejada. São Paulo, 2016.

Razões	n	%
<b>Razões relacionadas ao pouco conhecimento sobre o preparo pré-concepcional</b>		
Nunca ouviu falar sobre o preparo pré-concepcional	64	64,0
Achava que já tinha boa saúde ou não era o público-alvo do preparo pré-concepcional	4	4,0
Achava que a gravidez é natural e não deve ter intervenções	3	3,0
<b>Razões relacionadas aos serviços de saúde</b>		
Não conhece nenhum serviço de saúde que ofereça a atenção pré-concepcional	15	15,0
Serviço de saúde não ofereceu atenção pré-concepcional	5	5,0
Achava que o atendimento na UBS é muito demorado	2	2,0
<b>Razões de ordem pessoal</b>		
Não sabe, não pensou muito, deixou acontecer	6	6,0
Falta de tempo	4	4,0
Engravidou muito rápido, não deu tempo de realizar o preparo pré-concepcional	4	4,0
Experiência reprodutiva prévia	2	2,0
Demorou para engravidar e, por isto, desistiu de realizar o preparo pré-concepcional	2	2,0

### Discussão

Este estudo descreve o conhecimento sobre o preparo pré-concepcional entre mulheres usuárias dos serviços de atenção básica do SUS e apresenta as razões pelas quais mulheres que planejaram a gravidez não realizaram o preparo pré-concepcional.

É inegável a importância do preparo pré-concepcional para propiciar o desenvolvimento de uma gravidez saudável, pois seus benefícios, tais como a redução da mortalidade materna e infantil, são reconhecidos globalmente e ratificados

em conferências internacionais, as quais têm formulado recomendações e diretrizes visando à redução dos resultados adversos no processo da gravidez<sup>6</sup>.

Dentre os inúmeros elementos que podem favorecer a realização do preparo pré-concepcional, o planejamento da gravidez é certamente o mais importante<sup>5</sup>. Contudo, não é condição suficiente. Outros aspectos estão associados à sua realização, como alta escolaridade, estar em relacionamento estável, experiências reprodutivas prévias<sup>12</sup>, idade, exercer trabalho remunerado<sup>23</sup> e, como esperado, conhecer no que consiste, suas indicações e onde obter atenção pré-concepcional<sup>3,10</sup>.

Este estudo mostrou que a maioria das mulheres em idade reprodutiva, com gravidez em curso ou que tivessem engravidado nos últimos cinco anos, nunca ouviu falar sobre o preparo pré-concepcional. Isso significa que tais mulheres não sabiam que o período pré-concepcional é uma fase que demanda ações de saúde para melhores resultados maternos e infantis, como a redução da mortalidade materna e infantil, a redução do risco de doenças genéticas e exposição ambiental, o desenvolvimento social e econômico das famílias e comunidades – uma vez que apoia as mulheres a tomar decisões bem informadas e ponderadas sobre sua fecundidade e saúde, a melhoria da saúde dos bebês e crianças e, conseqüentemente, dos adolescentes e adultos, a promoção da participação dos homens – ao fomentar a consciência da importância da saúde e do seu comportamento sobre os resultados da saúde materna e infantil –, dentre outros benefícios<sup>4,26</sup>. Por de não conhecerem o preparo pré-concepcional, essas mulheres nem tiveram a possibilidade de tomar medidas de promoção da saúde para se preparar para a gravidez.

Da mesma forma que no grupo geral de mulheres entrevistadas, o conhecimento insuficiente

sobre o preparo pré-concepcional também se destacou quando consideradas apenas as mulheres com gravidez planejada. As razões relatadas para justificar a não realização do preparo estão no âmbito do desconhecimento sobre o preparo pré-concepcional, no âmbito de questões pessoais e no âmbito da organização dos serviços de saúde.

No que se refere ao desconhecimento sobre o preparo pré-concepcional, a principal razão citada pela maioria das mulheres para sua não realização foi que nunca ouviram falar sobre esse preparo. A literatura revela que, de fato, esse cuidado não é conhecido por parte das mulheres<sup>4</sup>. Isso significa que é um desafio fazer com que todos os casais e/ou mulheres saibam da existência e importância do cuidado pré-concepcional. No entanto, superado esse passo, há a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o que consistem essas ações, uma vez que a literatura mostra que algumas mulheres já ouviram falar sobre o cuidado pré-concepcional, mas não sabem no que ele consiste exatamente<sup>4,20,22</sup>.

É preciso reconhecer também que existem inúmeros tabus sobre essa prática. Por exemplo, é forte a concepção de que o preparo pré-concepcional é destinado apenas a mulheres com problemas de saúde ou de infertilidade<sup>10,24</sup>, ou a concepção de que o processo gravídico é romântico e natural e não deve ter intervenções<sup>3,10,18,24</sup>. Observou-se, também, neste estudo, que algumas mulheres não realizaram o preparo pré-concepcional porque acreditavam ter boa saúde e, por isso, não se consideravam público-alvo desse cuidado<sup>24</sup>. Essas crenças confirmam que o conhecimento sobre o preparo pré-concepcional é insuficiente.

Dentre as mulheres entrevistadas que já tinham ouvido falar sobre o preparo pré-concepcional, a principal medida conhecida foi a suplementação de vitaminas e minerais. Este resultado era esperado, pois a mesma é comumente contemplada nos manuais de pré-natal do Ministério

da Saúde<sup>8</sup>. As demais medidas foram pouco referidas pelas mulheres, ratificando a necessidade de tornar o cuidado pré-concepcional amplamente conhecido por todas as mulheres/homens/casais.

Somado a isso, algumas mulheres não conheciam serviços de saúde que oferecessem esse preparo. Esta observação pode ser decorrente da falta de divulgação, ou ainda, reflexo do não oferecimento do mesmo. Isto configura uma situação preocupante, já que as unidades básicas de saúde possuem espaços para o oferecimento dessa ação de saúde, como grupos de planejamento familiar, visitas domiciliares, consultas, entre outros. De fato, estudos têm apontado que os serviços de atenção básica têm realizado investimento ínfimo em ações de promoção de uma gravidez saudável, no período que antecede a concepção, como o cuidado pré-concepcional.<sup>21</sup>

Há ainda razões pessoais para a não realização do preparo pré-concepcional, como ter engravidado muito rápido e, por isso, não ter havido tempo para a realização do preparo pré-concepcional; a demora em engravidar, pois não sabem por quanto tempo irão realizar a medida; a presença de experiências reprodutivas prévias, talvez porque bons resultados de uma gravidez anterior indicassem para as mulheres que não havia a necessidade de tais medidas preventivas; e, por fim, a falta de tempo no dia a dia para a realização deste preparo.

Apesar de recomendações de preparo pré-concepcional estarem contidas nos manuais do Ministério da Saúde, não há política pública de saúde com foco específico no cuidado pré-concepcional<sup>7,8</sup>. Ainda, já foi observado o baixo nível de conhecimento sobre os cuidados pré-concepcionais entre os próprios profissionais de saúde<sup>2</sup>, o que pode explicar que a principal fonte de informação sobre o preparo pré-concepcional foram pessoas presentes no cotidiano das mulheres, como parentes e amigos. Diante disso, há

também a necessidade de esforços educacionais visando à formação de profissionais de saúde para o adequado manejo de mulheres em idade fértil<sup>17</sup>, incluindo obstetrias e enfermeiras que também têm expressivo potencial para oferecer esse cuidado.<sup>14,25</sup>

### Conclusão

O conhecimento de mulheres acerca do preparo pré-concepcional mostrou-se insuficiente, a ponto de ter sido a principal razão para a não realização desse preparo entre as mulheres que planejaram a gravidez nos serviços públicos estudados. É preciso que haja maior divulgação sobre o preparo pré-concepcional no Brasil, para que as mulheres possam identificar as medidas que podem ser tomadas antes de engravidar e quais os serviços de saúde que oferecem esses cuidados. Além disso, é necessário que os serviços de saúde, principalmente os ligados ao SUS, incorporem nas ações de rotina o preparo pré-concepcional como importante medida preventiva de saúde com potencial de melhorar os resultados da gravidez.

### Referências

1. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. Dados com base no levantamento socioeconômico 2014. [acesso em: 11 julho de 2016]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
2. Abu-Hammad T, Dreier J, Vardy DA, Cohen AD. Physicians' knowledge and attitudes regarding periconceptional folic acid supplementation: a survey in Southern Israel. *Med Sci Monit.* 2008; 14(5):262-267.
3. Bacelo TM, Lopes MS. Antecipar a vida - Consulta pré-concepcional - Caracterização das puérperas do Hospital de Santo André - Leiria. *Rev Port Med Geral Fam.* 2009; 25(1):19-29.
4. Baykan Z, Oztürk A, Poyrazoğlu S, Gün I. Awareness, knowledge, and use of folic acid among women: a study from Turkey. *Arch Gynecol Obstet.* 2011; 283(6):1249-1253.
5. Borges ALV, Santos AO, Nascimento NC, Chofakian CN, Gomes-Sponholz FA. Preparo pré-concepcional entre as mulheres brasileiras e a relação com o planejamento da gravidez. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(2):208-216.
6. Boulet SL, Parker C, Atrash H. Preconception care in international settings. *Matern Child Health J.* 2006; 10(5):29-35.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília; 2015.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2012.
9. Brasil. Lei nº 9.263 de 12 de janeiro 1996. Regula Planejamento Familiar. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1996.
10. Canady RB, Tiedje LB, Lauber C. Preconception care & pregnancy planning: voices of African American women. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2008; 33(2):90-97.
11. Cavaliere FB. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para mensuração de gravidez não planejada (London Measure of Unplanned Pregnancy) [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.
12. De Santis M, Quattrocchi T, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Chiaradia G et al. Folic acid use in planned pregnancy: an Italian survey. *Matern Child Health J.* 2013; 17(4):661-666.
13. Dott M, Rasmussen SA, Hogue CJ, Reefhuis J. National Birth Defects Prevention Study. Association between pregnancy intention and reproductive-health related behaviors before and after pregnancy recognition, National Birth Defects Prevention Study, 1997-2002. *Matern Child Health J.* 2010; 14(3) 373-381.
14. Heyes T, Long S, Mathers N. Preconception care: practice and beliefs of primary care workers. *Fam Pract.* 2004; 21(1):22-27.
15. Johnson KA. Public Finance Policy Strategies to Increase Access to Preconception Care. *Matern Child Health J.* 2006; 10(1):85-91.
16. Luton D; Forestier A; Courau S; Ceccaldi PF. Preconception care in France. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014; 125(2):144-145.
17. Kitamura K, Fetters MD, Ban N. Preconception care by family physicians and general practitioners in Japan. *BMC Fam Pract.* 2005 Jul 28; 6:31.
18. Mazza D, Chapman A. Improving the uptake of preconception care and periconceptional folate supplementation: what do women think? *BMC Public Health.* 2010; 10:786.

19. Mazza D, Chapman A, Michie S. Barriers to the implementation of preconception care guidelines as perceived by general practitioners: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13:36.
20. Moura ERF, Evangelista DR, Damasceno AKC. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(1):22-29.
21. Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(4):961-970.
22. Nascimento NC, Borges ALV, Fujimori E, Tsunehiro MA, Chofakian CBN, Santos AO. Preparo pré-concepcional entre as adolescentes grávidas: conhecimento e prática. *Rev Enferm UFPE.* 2015; 9(5):7895-7901.
23. Stephenson J, Patel D, Barrett G, Howden B, Copas A, Ojukwu O et al. How do women prepare for pregnancy? Preconception experiences of women attending antenatal services and views of health professionals. *PLoS One.* 2014; 9(7): e103085.
24. Van der Zee B, de Beaufort ID, Steegers EA, Denktas S. Perceptions of preconception counselling among women planning a pregnancy: a qualitative study. *Fam Pract.* 2013; 30(3):341-346.
25. Van Heesch PN, de Weerd S, Kotey S, Steegers EA. Dutch community midwives' views on preconception care. *Midwifery.* 2006; 22(2):120-124.
26. World Health Organization. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Geneva; 2012.

# Mortalidade Materna entre as mulheres negras em São Paulo: equidade?

## Maternal mortality among black women in São Paulo: equity?

Suzana Kalckmann<sup>1</sup>

### Resumo

A ocorrência de mortalidade materna mostra o desenvolvimento de uma sociedade, sua distribuição heterogênea entre determinados grupos e evidencia as inequidades que nela existem. Foram analisados os dados de mortalidade materna, a partir do DATASUS (SIM/SINASC), para as regiões administrativas do Estado de São Paulo, em dois períodos de tempo: de 2003 a 2008 e de 2009 a 2014. No estado de São Paulo, comparando os dois períodos considerados, houve aumento da Razão de Mortalidade Materna, que passou de 38,0 a 43,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Observou-se que para as mulheres de cor preta e cor parda, similar ao apresentado na literatura, há maior risco de morte materna quando comparadas às mulheres brancas. Os dados desagregados por cor mostram inequidades no atendimento às gestantes, nas diferentes regiões do estado.

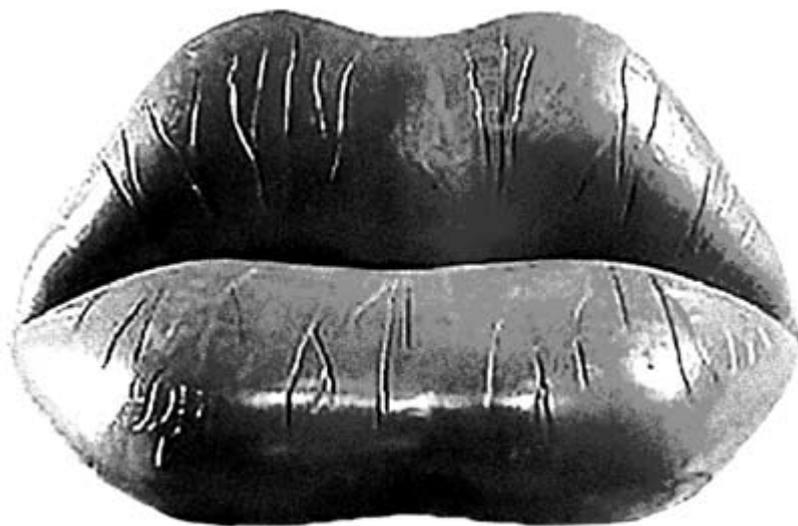
**Palavras-chave:** Mortalidade materna; Inequidades; Mulher negra; Racismo.

### Abstract

The occurrence of maternal mortality shows the development of a society, its heterogeneous distribution among determined groups is evidence of the inequities within. We analysed the maternal mortality data, from DATASUS (SIM/SINASC), for the administrative regions of the state of Sao Paulo, Brazil, in two periods of time: 2003-2008 and 2009-2014. In the Sao Paulo state, comparing the two periods considered above, there was an increase of the maternal mortality ratio, from 38.0 to 43.4 deaths for 100 thousand live births. We observed that, for the black and brown women, and similarly to literature, there is a greater risk of maternal mortality when compared with white women. Disaggregated data by colour show inequities in the attention towards the pregnant women in the different regions of the state.

**Keywords:** Maternal mortality; Race; Social inequity.

<sup>1</sup> Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.gov.br) é bióloga, mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo e Doutora em Ciências pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Pesquisadora Científica e Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



### Introdução

**E**ntre as inúmeras inequidades que as mulheres negras sofrem em nossa sociedade, inclusive na saúde, tem destaque a maior proporção de mortes maternas entre elas.

Morte materna é o óbito de mulheres durante a gravidez, parto ou aborto ou em até 42 dias após o fim da gestação (aborto ou parto). No sentido de possibilitar a comparação de dados entre regiões e períodos de tempo utiliza-se a Razão de Mortalidade Materna (RMM), que é o número de óbitos de morte materna por 100.000 nascidos vivos.

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde, não apenas da mulher, mas de toda a sociedade, pois evidencia as inequidades que nela ocorrem. Os dados do Quadro 1 nos ajudam a ver as imensas discrepâncias que ocorrem no mundo, com valores de RMM de 2054 (Sudão do Sul) a 2 (Estônia) no ano de

2010<sup>6</sup>. Vale ressaltar que as estimativas são desenvolvidas a partir de dados disponíveis por país. Segundo a UNICEF, há enorme diversidade na disponibilidade e qualidade dos dados entre os países, especialmente entre aqueles com altos níveis de mortalidade materna, para os quais são necessárias estimativas com uso de modelagem estatística<sup>12</sup>.

Segundo essas estimativas, o Brasil, em 2010, ocupava a 104<sup>a</sup> posição entre os países apresentados, com RMM de 56 por 100.000 nascidos vivos<sup>6</sup>.

A mortalidade materna, pela sua importância como marcador de desenvolvimento de um país, foi um dos quesitos a ser monitorado como Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que estabeleceu 8 metas para serem cumpridas pelos países consignatários da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, com o apoio de 191 nações, inclusive o Brasil<sup>3,8</sup>.

**Quadro 1** – Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos, segundo países selecionados para 2010.

País	RMM	País	RMM
Sudão do Sul	2,054	Brasil	56
Somália	1,000	Tunísia	56
Guiné-Bissau	790	Barbados	51
Camarões	690	México	50
Nigéria	630	Tailândia	48
Guiné	610	Costa Rica	40
Moçambique	490	China	37
Afeganistão	460	Santa Lúcia	35
Angola	450	Rússia	34
Senegal	370	Ucrânia	32
Quênia	360	Armênia	30
Etiópia	350	Uruguai	29
Haiti	350	Albânia	27
Uganda	310	Chile	25
África do Sul	300	Líbano	25
Paquistão	260	Estados Unidos	21
Índia	200	Porto Rico	20
Bolívia	190	Turquia	20
Nepal	170	Coreia do Sul	16
Rep.Dominicana	150	Nova Zelândia	15
Guatemala	120	Kuwait	14
Equador	110	Canadá	12
Jamaica	110	Reino Unido	12
Honduras	100	Bulgária	11
Marrocos	100	Portugal	8
Filipinas	99	Bélgica	8
Paraguai	99	França	8
Nicarágua	95	Suíça	8
Colômbia	92	Alemanha	7
Panamá	92	Austrália	7
Venezuela	92	Noruega	7
Coreia do Norte	81	Israel	7
Cabo Verde	79	Irlanda	6
Argentina	77	Espanha	6
Cuba	73	Polônia	5
Síria	70	Japão	5
Peru	67	Itália	4
Egito	66	Áustria	4
Gaza Strip	64	Suécia	4
Iraque	63	Grécia	3
Líbia	58	Estônia	2

Fonte: indexmundi.com

Para o Brasil, a meta era de reduzir em  $\frac{3}{4}$  a mortalidade materna entre 1990 a 2015. A RMM, que era de 141, em 1990, deveria passar a 35 por 100 mil nascidos vivos em 2015. Porém, segundo o próprio Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Infância (UNICEF), “nenhum país latino atingirá a exigência do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em reduzir, no mínimo, 75% da mortalidade materna até 2015”<sup>12</sup>.

No Brasil, apesar das inegáveis melhorias socioeconômicas e de medidas específicas adotadas para as mulheres grávidas que propiciaram maior acesso ao pré-natal e ao parto em serviços de saúde, as taxas de mortalidade são muito altas comparadas a países desenvolvidos e, mesmo que tenham se mantido estáveis nos últimos quinze anos, com estimativas de queda, ainda “revelam diferenças socioeconômicas e desigualdades na atenção de saúde que ocorrem entre as regiões”<sup>13</sup>.

Em um mesmo país há grandes discrepâncias entre as regiões, estados e cidades. Observamos, também, diferenças importantes entre grupos específicos em um mesmo espaço geográfico, evidenciando como a sociedade exclui grupos de cidadãos e cidadãs de seus direitos.

O ocorrido nos Estados Unidos é exemplar, segundo o *Centers for Disease Control and Prevention*, onde a mortalidade materna sofreu importante redução no período de 1940 a 1990, mas com enorme discrepância entre os valores quando se considera a cor das mulheres que morreram: entre as brancas, a RMM de 319,8 passou a 5,7/100 mil nascidos vivos; já entre as mulheres negras, a RMM passou de 781,7 para 18,6/100 mil nascidos vivos<sup>8</sup>.

No Brasil, diversos estudos mostram haver nítidas diferenças entre as proporções de morte materna quando se considera a cor da

mulher. Martins<sup>8</sup> encontrou maior razão de mortalidade materna para as mulheres pretas, com RMM de até 562,35/100 mil nascidos vivos e Risco Relativo de 6,7, ao analisar vários bancos de dados.

Em um estudo de análise de mortes maternas, no período de 2000 a 2006, no Mato Grosso, Teixeira e colaboradores<sup>11</sup> evidenciaram associação estatisticamente significativa entre cor e morte materna. As autoras relatam “Odds ratio 5,13 vezes maior para mulheres pretas e 5,71 para indígenas, se comparadas às mulheres brancas”<sup>11</sup>.

### **Mortalidade Materna no Estado de São Paulo**

Para o estado de São Paulo também foi apontado o maior risco de morrer em decorrência da gravidez entre as mulheres negras (pretas e pardas). No ano de 2007, a RMM foi 29,52 por 100 mil nascidos vivos entre as brancas, 249,79 entre as de cor preta e 54,24 entre as pardas<sup>2</sup>. Volochko<sup>15</sup> afirma que a razão de taxa preta/branca era de 10,3 em São Paulo.

No sentido de verificar se as diferenças entre a RMM por cor permanecem na atualidade no estado de São Paulo, calculamos as razões de Mortalidade Materna<sup>1</sup> (RMM) por Divisão Administrativa do Estado, desagregando os dados por cor da pele<sup>4</sup>, para dois períodos de tempo, de 2003 a 2008 (período 1) e 2009 a 2014 (período 2). Utilizamos os dados do DATASUS sem nenhum ajuste ou fator de correção, apesar da heterogeneidade de dados sem informação nas diferentes regiões do estado.

A RMM para o estado foi de 38,0 e 43,4 por 100 mil nascidos vivos no período de 2003 a 2008 e 2009 a 2014, respectivamente (Quadro 2), houve um importante aumento na RMM do

estado, provavelmente devido ao vírus H1N1, que provocou a morte de várias gestantes, em 2011.

Como se pode ver no Quadro 2, há no estado diversidade dos valores de RMM segundo a região de residência da mulher e o período de tempo considerado.

Os menores valores no período 1 foram 20,7, 24,9 e 25,1 por 100 mil nascidos vivos em São José do Rio Preto, Registro e Araçatuba, respectivamente. As RMMs maiores foram observadas na Baixada Santista (55,0) e em Sorocaba (46,3).

No período 2, as menores RMM foram na região de Ribeirão Preto (23,9), Franca (20,5) e Taubaté (25,6). As maiores foram observadas na Baixada Santista (71,4) e na região administrativa de Piracicaba (67,1).

Apesar da heterogeneidade entre as regiões, chama a atenção que praticamente em todas as regiões os valores das RMMs são muito maiores entre as mulheres de cor preta e parda. Se considerarmos o total para estado, observamos que entre as mulheres brancas a RMM é 34,6 e 37,6 100 mil nv, para os períodos 1 e 2, respectivamente. Para as mulheres de cor preta as RMMs passam a 273,1 e 101,3; para as de cor parda os valores foram 58,2 e 46,2 por 100 mil nascidos vivos para o período 1 e período 2, respectivamente.

Os resultados evidenciam excesso de mortes maternas entre as mulheres de cor preta e parda comparadas às brancas, indicando, como afirmam Volochko e Vidal<sup>14</sup>, “falta de regionalização, hierarquização e regulação da linha de cuidados de pré-natal, parto e puerpério”. Tais diferenças também explicitam as enormes diferenças socioeconômicas entre os grupos da sociedade.

No estado de São Paulo, para o período de 2003 a 2008, observamos 36 casos nos quais o quesito cor não foi preenchido em 1.385 óbitos maternos (3,0%); para o segundo período, de 2009 a 2014, foram 64 casos ignorados em 1.589 mortes (4,0%).

Quando se analisa a proporção de casos “ignorados” nos registros de nascidos vivos no

1 Número de óbitos de mulheres “morte materna” de cada cor/número de nascidos vivos de cada cor x 100.000.

**Quadro 2** – Razão de mortalidade por 100 mil nascidos vivos por cor, segundo região administrativa do Estado de São Paulo para os períodos 1 (2003 a 2008) e 2 (2009 a 2014)

Região administrativa SP	Período	Branca	Preta	Parda	Total
Grande SP	1	40,1	325,1	55,8	39,7
	2	43,5	93,2	45,3	47,1
Araçatuba	1	21,9	268,1	19,9	25,1
	2	25,3	294,1	37,8	38,3
Araraquara	1	22,4	559,4	53,3	28,0
	2	44,6	84,0	44,4	53,6
Baixada Santista	1	64,0	370,4	80,1	55,0
	2	58,7	238,8	74,4	71,4
Barretos	1	19,3	162,6	128,3	40,3
	2	30,3	387,2	71,2	50,9
Bauru	1	35,1	225,2	137,1	39,4
	2	19,1	54,2	37,3	23,7
Campinas	1	23,6	80,9	45,0	26,8
	2	31,5	63,7	43,9	36,5
Franca	1	19,7	268,8	9,5	29,3
	2	12,9	0,0	51,2	20,5
Marília	1	30,6	625,0	77,8	41,0
	2	29,9	253,0	95,6	45,4
Piracicaba	1	30,5	222,0	29,1	34,6
	2	64,0	140,8	64,5	67,1
Presidente Prudente	1	25,3	380,2	114,2	39,6
	2	22,4	0,0	46,2	31,0
Registro	1	9,7	0,0	73,6	24,9
	2	32,3	0,0	36,7	32,7
Ribeirão Preto	1	30,9	135,9	34,5	36,0
	2	21,8	99,8	8,0	23,9
São João da Boa Vista	1	35,5	112,1	67,8	34,8
	2	24,0	58,0	0,0	25,7
São José do Rio Preto	1	15,9	102,7	75,1	20,7
	2	33,6	116,6	26,7	35,3
Sorocaba	1	43,7	166,6	73,4	46,3
	2	39,9	71,6	50,4	42,1
Taubaté	1	29,0	428,7	92,0	38,7
	2	18,8	157,9	32,7	25,6
<b>Total</b>	1	34,7	273,1	58,2	38,0
	2	37,6	101,3	46,2	43,4

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

estado (SIM/SINASC) vê-se que no “período 1” eles eram cerca de 15%, proporção que passou a 1,5% no “período 2”. Vale informar que, em 2011, houve mudança no critério de preenchimento do quesito cor no registro de nascidos vivos; até então preenchido nos itens do recém-nascido, passou a constar no bloco referente aos itens da mãe, o que deve ter contribuído para a redução da mortalidade materna entre as mulheres de cor preta e parda.

### **Projeto-piloto “Saúde Sexual e Reprodutiva, Vulnerabilidade das Mulheres Negras às DST/Aids”<sup>III</sup>**

A mortalidade materna tem sido um dos indicadores usados nas intervenções do Projeto “Vulnerabilidade da mulher negra: saúde sexual e reprodutiva”<sup>1</sup> para iniciar as discussões com os profissionais das regionais de saúde sobre a maior vulnerabilidade das mulheres negras (de cor preta e parda) frente às questões de saúde sexual e reprodutiva. A primeira reação dos profissionais tem sido de surpresa, a maioria tem expressado que na sua região e seus serviços tais diferenças não ocorrem.

Nesses encontros, propomos o cálculo das RMM com seus próprios dados, diante dos quais esses profissionais expressam surpresa ao constatar se repetir o mesmo em sua região. Reconhecer que as mulheres negras têm maior probabilidade de morrer no período gravídico puerperal é contra o consenso popular que acredita que elas são “boas parideiras” por terem quadril largo e serem “feitas para procriar”<sup>7</sup>.

Com a análise dos casos ocorridos na região, é possível desconstruir a imagem estereotipada de que as mulheres negras pobres “não se cuidam”. Por outro lado, facilita a reflexão sobre o processo de “normalização” que a sociedade

adota, ao considerar normal que mulheres pobres e negras morram, mesmo que seja em decorrência de processos fisiológicos normais.

Verifica-se também que os dados sobre o município de São Paulo podem contribuir para as análises locais: “a hipertensão arterial voltou a ser a primeira causa de óbito de gestantes da raça negra (pretas e pardas), com incidência de 18,7%, seguida pelas hemorragias de 2º/3º trimestres e puerpério, com 11,0% de incidência”<sup>5</sup>. A abordagem desses dados tem propiciado a discussão sobre o racismo institucional e como os profissionais de saúde tem sido coniventes com o atendimento que agrava a já maior vulnerabilidade das mulheres negras.

Assim, a partir da sensibilização inicial, outros indicadores desagregados por cor são também sugeridos para análise.

Essas intervenções têm objetivado, além de dar visibilidade às iniquidades sofridas pelas mulheres negras, estimular para que os profissionais de saúde, especialmente os gestores, encontrem e adotem estratégias que possam garantir maior equidade nos serviços de saúde. Para tanto, considera-se fundamental a participação de articuladores de saúde da população negra, mulher, Atenção Básica e DST/Aids, grupos da vigilância epidemiológica, etc., que permitem que possam ser discutidas além de viabilizar futuras ações<sup>1</sup>.

### **Referências**

1. Batista LE, Kalckmann S. (Org). Saúde da População negra: subsídios para ação regional. SES SP, 2010. [acesso em: 29 ago 2016]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/plano-estadual-de-saude/subsidios\\_para\\_a\\_acao\\_regional.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/plano-estadual-de-saude/subsidios_para_a_acao_regional.pdf)
2. Batista LE. Introdução. In Kalckmann, S, Batista LE, Castro CM, Lago TG, Souza R. (Org). Nascer no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde; 2010; 21-23.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Objetivos de desenvolvimento do Milênio. [acesso em: 09 fev 2016]. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>

<sup>III</sup> Projeto conjunto do Instituto de Saúde com o CRT/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, composto pelos pesquisadores Luís Eduardo Batista, Suzana Kalckmann, Naila Janilde Seabra Santos, Sara Romero da Silva, Paula de Souza, Analice de Oliveira e Fabíola Santos Lopes.

4. Brasil.Ministério da Saúde.DATASUS.SIM/SINASC. [aceso em: 12 de maio de 2016]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
5. Comitê Central De Mortalidade Materna - PMSP. Relatório de Mortalidade Materna do Município de São Paulo - Triênio 2011-2013. São Paulo: Área Técnica Da Saúde Integral da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2014. [acesso em: 29 ago 2016]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MM20112013.pdf>
6. Indexmundi. Mortalidade Materna por país. [acesso em: 10 jun 2016]. Disponível em: [MM/Taxa%20de%20mortalidade%20materna%20por%20país%20-%20Mapa%20Comparativo%20entre%20Países%20-%20Mundo.html](http://www.indexmundi.com/pt/Mapa%20Comparativo%20entre%20Países%20-%20Mundo.html)
7. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saude-soc. 2007; 16 (2), p.146-155
8. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006;22 (11) :2473-2479. [acesso em: 29 ago 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022>.
9. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad. Saúde Públ. 2011; 27(4):623-638.
10. Silva, WM da. Mortalidade materna de adolescentes negras: a invisibilidade da cor. Dissertação [mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.
11. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2012; 12 (1): 27-35.
12. Unicer-Brasil. Mortes maternas caem um terço em todo o mundo. Brasília; 2016. [acesso em: 29 ago 2016]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/media\\_18811.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/media_18811.htm).
13. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet. 2011; Saúde no Brasil:32-46.
14. Volochko A, Vidal NP. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005. Bol. Inst. Saúde. 2010;12 (2):143-153.
15. Volochko A. Mortalidade materna: determinantes socio-políticos. In: Kalckmann S, Batista LE, Castro CM, Lago TG, Souza R (Org). Nascir no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010; p.111-132.

# Parto, mulher negra e violência: corpos invisíveis?

## Childbirth, black women and violence: invisible bodies?

Jaqueline Maria Santos<sup>1</sup>, Tamiz Lima Oliveira<sup>II</sup>, Raquel Souza<sup>III</sup>

### Resumo

Compreendendo a interseccionalidade da dupla opressão de gênero e raça que a mulher negra está sujeita, faz-se uma análise de como o parto é um procedimento carregado de dimensões políticas, sociais e culturais, consequentemente deixando sequelas não só físicas como psicossociais. Foi realizado um levantamento bibliográfico em pesquisas quantitativas e qualitativas sobre o assunto, e identificou-se através dos dados a presença da violência institucional e obstétrica como prática comum; a Política de Humanização do Parto precisa ser revisada e monitorada, há ausência de pesquisas que relacionem violência obstétrica com a questão racial.

**Palavras-Chave:** Parto. Mulheres Negras. Violência

### Abstract

Understanding the intersectionality of gender and race oppression in which black women are subject, an analysis was made concerning childbirth. The birth is influenced by political, social and cultural dimensions which results in physical and psychosocial sequels. A literature review about the matter was made, both quantitative and qualitative. The data showed institutional and obstetric violence as a common practice; The Humanized Childbirth Policy needs to be reviewed and monitored, there is lack of research that relates obstetric violence with racial issues.

**Keyword:** Parturition. Black women. Violence

<sup>1</sup> Jaqueline Maria Santos ([jaquelinemariasmi@gmail.com](mailto:jaquelinemariasmi@gmail.com)) é enfermeira pela Universidade Federal da Bahia e Mestranda em Relações Étnicas e Contemporaneidade na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

<sup>II</sup> Tamiz Lima Oliveira ([tamiz.oliveira@gmail.com](mailto:tamiz.oliveira@gmail.com)) é Assistente Social pela Universidade do Recôncavo da Bahia e Mestranda em Relações Étnicas e Contemporaneidade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia,

<sup>III</sup> Raquel Souza ([raquelsouzas@hotmail.com](mailto:raquelsouzas@hotmail.com)) possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo, graduação em Licenciatura em Ciências Sociais pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Atualmente Professora Colaboradora no Programa Pós-graduação de Relações Étnicas e Contemporaneidade na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.



### Introdução

**E**ste texto apresenta uma breve discussão sobre aspectos relacionados ao parto, mas não especificamente ao procedimento médico, e sim compreendê-lo na perspectiva da protagonista do evento, verificando as implicações na vida da mulher parturiente e refletindo sobre a assistência desenvolvida pelas instituições que o realizam. O processo de institucionalização do parto no século XIX trouxe grandes transformações para o cenário da parturição, objetivando neutralizar os riscos e amenizar a mortalidade materna e infantil. Isso foi feito, porém, sem uma política adequada que garantisse às parturientes e aos recém-nascidos uma assistência humanizada e com qualidade<sup>8</sup>. Buscamos relacionar essa discussão à condição da mulher negra<sup>16</sup> que traz consigo as marcas do racismo, do sexismo e do patriarcado durante toda sua trajetória.

A construção da identidade social da mulher negra desde sua infância está associada a elementos negativos<sup>13</sup>. Representações essas que a colocam como submissa e/ou sexualizada, reveladas através de estereótipos de mãe-preta, mulata e empregada doméstica<sup>1</sup>. Pensando sobre as intelectuais negras afro-americanas:

O sexíssimo e o racismo atuando juntos perpetuam uma iconografia de representação da negra que imprime na consciência cultural coletiva a ideia de que ela está nesse planeta principalmente para servir aos outros. Desde a escravidão até hoje o corpo da negra tem sido visto pelos ocidentais como símbolo quintessental de uma presença feminina natural orgânica mais próxima da natureza animalística e primitiva (p. 468)<sup>14</sup>.

Elementos de inferiorização corroboram para essa construção negativa que permeia a saúde mental das mulheres negras, desde as

desigualdades de gênero reproduzidas pela sociedade, quanto à discriminação racial sofrida diariamente por elas. O gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e uma forma primeira de dar significado às relações de poder<sup>12</sup>. Dessa forma, gênero assume papel de relevância enquanto marcador das diferenças sociais entre homens e as mulheres. Tais diferenças, para além do aspecto biológico, devem ser explicadas a partir da determinação sociocultural.

### **Considerações acerca da violência obstétrica**

A discussão sobre violência obstétrica tem aumentado no início deste século em redes sociais, manifestações de rua, produções científicas e rodas de conversa. Mesmo com todo esse avanço, ainda se mostra um universo de significados e valores que ainda se tem muito a desbravar, principalmente quando comparada a produções sobre violência contra as mulheres expressas em outros espaços, como o domiciliar, geralmente realizada por parceiro íntimo.

A precarização da saúde, a falta de recurso, a infraestrutura e a sobrecarga dos profissionais não devem ser dissociadas das dimensões sociais dos sujeitos envolvidos – profissionais e pacientes. Entendendo o parto como um procedimento amplamente conhecido como delicado e doloroso, o que, na maioria das vezes, evidencia não o aspecto físico do procedimento, mas sim a violência e maus-tratos sofridos.

A carga simbólica que o ambiente da maternidade ocasiona na vida das mulheres são construtos de um misto de realização e insegurança, decorrente de uma série de violações de direitos. Toda mulher brasileira tem garantido pela Lei de Humanização do Parto<sup>3</sup> direito a escolher os procedimentos que serão realizados em seu corpo; a ter acesso a informações verdadeiras e

confiáveis; a ter respeito ao seu momento vivido, de ter contato com o seu filho após o parto; e a ter um acompanhante em todo o processo. Quando o profissional de saúde viola esses direitos, ou pratica qualquer ato contra a mulher em sua atividade reprodutiva, estará ele cometendo violência obstétrica, expressa nas seguintes tipificações<sup>8</sup>:

- **caráter físico:** ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor, ou dano físico; (...)
- **caráter psicológico:** toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acusação (...);
- **caráter sexual:** toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva (...);
- **caráter institucional:** ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos (...);
- **caráter material:** ações e condutas ativas e passivas com fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos (...);
- **caráter midiático:** são ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos (p.61-62, grifos dos autores)<sup>8</sup>.

Uma pesquisa pioneira, recentemente realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC) em 2010, resultou no levantamento de dados de âmbito nacional sobre a violência obstétrica<sup>23</sup>. Diante dos dados pode-se colocar estas ações

violentas enquanto uma questão de saúde pública ou epidemia nacional: das 2.365 mulheres entrevistadas, 25% responderam já ter sofrido algum tipo de violência; dessas mulheres violentadas, 10% realizaram exames de forma dolorosa; 10% sendo negados ou não oferecidos algum tipo de alívio à dor; 9% ouviram gritos e reclamações por parte dos profissionais durante o parto; 9% não receberam informações sobre algum procedimento realizado em seu corpo; 8% tiveram seu atendimento negado<sup>23</sup>.

Cabe ressaltar que o limite de cesáreas recomendado pela Organização Mundial de Saúde<sup>24</sup> é de 15% de cesarianas realizadas em uma instituição. Em discordância com o recomendado, no Brasil as taxas chegam entre 80% e 90% em alguns hospitais, em decorrência desse procedimento ser menos trabalhoso para a equipe de saúde e obter mais lucro no serviço particular.

Falta de humanização e violência de caráter psicológico e institucional são práticas de rotina nas instituições de saúde. Contudo, ações que incidam sobre o corpo também têm efeitos psicológico nas vítimas, como a episiotomia, o único procedimento cirúrgico no Brasil que pode ser realizado sem o consentimento da paciente, embora possa deixar sequelas psicológicas e físicas, como cicatrizes, dor, infecção, deiscência, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, resultados anatômicos e estéticos insatisfatórios, e complicações no parto.

### **Parto: reflexões sob a ótica da interseccionalidade do gênero e raça**

O gênero é constituído e representado de maneira diferente, segundo a localização dentro de relações de poder. Nossa inserção nessas relações globais de poder se realiza através de uma miríade de processos econômicos, políticos e ideológicos. Dentro dessas estruturas

de relações sociais não existimos simplesmente como mulheres, mas como categorias diferenciadas, tais como “mulheres da classe trabalhadora”, “mulheres camponesas” ou “mulheres imigrantes”. Cada descrição está referida a uma condição social específica. Vidas reais são forjadas a partir de articulações complexas dessas dimensões<sup>2</sup>.

Partiremos da reflexão acerca do parto como conceito analítico, que compreende diferentes mulheres, com vivências, experiências, escolhas particulares e inseridas em processos estruturais e ideológicos mais amplos. A posição da raça/etnia assinala certas comunalidades de resultados sociais. A classe se articula com esses eixos de diferenciação, como o racismo e o heterossexismo no delineamento de formas variáveis de oportunidades de vida para categorias específicas de mulheres. Como as desigualdades de gênero penetram em todas as esferas da vida, as estratégias das mulheres, em especial, as negras, envolvem o enfrentamento da posição subordinada das mulheres, tanto dentro das instituições do Estado quanto da sociedade civil. Nesse sentido, faremos uma análise sobre um olhar interseccional, corroborando com Creshaw:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (p.7)<sup>10</sup>.

Direcionando a esse recorte, o parto é vivenciado de forma diferenciada pelas mulheres que experienciam na sua intimidade a reprodução e a gestação de um ser, desenvolvida em

seu corpo, o que se espera socialmente, pois nas relações sociais este é um papel atribuído. Para algumas mulheres, gestação e parto são etapas esperadas da vida, são eventos saudáveis e inerentes ao ciclo reprodutivo feminino. A opção pelo parto revela a afirmação desta compreensão e o desejo de experienciá-lo num ambiente íntimo e acolhedor. Contudo, na realidade de muitas mulheres, este momento torna-se um momento de dor, angústia, medo, violações de direitos, violência e invasão ao seu corpo, como apontam Aguiar e Oliveira, o parto refere-se<sup>1</sup>:

Um evento social que integra o rol das experiências humanas mais significativas para os envolvidos. Diferente de outros eventos que requerem assistência hospitalar, o parto é um processo fisiológico normal que requer cuidado e acolhimento. Apesar disso, de acordo com a literatura vigente, esse momento é, várias vezes, permeado pela violência institucional, cometida justamente por aqueles que deveriam ser seus principais cuidadores (p. 80)<sup>1</sup>.

No corpo, incidem as estratégias de poder que dão passagem à produção das diferenças, espelhadas na contemporaneidade através da valorização dos símbolos da saúde fisiológica e mental, da beleza, da felicidade e da qualidade de vida, do caminho e desejo de viver a gestação, o parto, nestes corpos em cena. O corpo é o local onde se manifestam os efeitos do poder e, também, território para resisti-los. Suas considerações permitem verificar o modo como as relações de poder moldam e adestram os corpos no mundo moderno<sup>12</sup>.

As mulheres, em especial as negras, pela discriminação diária e resistência dos seus corpos invisibilizados, ainda não sabem ao certo em qual direção devem se posicionar para produzir um espetáculo digno e autêntico das dimensões

de seu porvir, em sua intuição, desejo e vontade de transformar-se e transcender-se, frente às óticas daqueles que capturam seus corpos, assim como descrevem as jovens negras<sup>18</sup>. A cena dos corpos das mulheres negras se dá pelo tempo que elas realizam seus percursos, itinerários de angústias e enfrentamentos; o parto é um momento em que elas se veem na posição de encarceramento de suas vidas e identidades. Na vida prática do cotidiano duro do labor de seus corpos, as mulheres negras interpretam seu tempo, de modo particular, a partir da classe social e da própria história.

Trazendo o conceito de parto, podemos entender que, para a Medicina, o parto é o estágio resolutivo da gestação, o nascimento do ser que se formou nos meses anteriores. É a expulsão do feto para o mundo exterior, através da via genital, ou pela retirada do bebê por via abdominal<sup>17</sup>. Em alguns grupos étnicos, o corpo é sagrado e o ritual do nascimento é visto como simbólico e a mulher é a protagonista dessa ação. Nessa perspectiva, os corpos ganham sentido socialmente, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas da mesma<sup>15</sup>.

Como os processos culturais são dinâmicos, convém lembrar que as instituições dão pouca atenção aos processos de racialização do gênero, classe e sexualidade, que podem ter diferentes significados políticos e culturais em contextos diferentes. Não se pode considerar um significado específico e negar diferenças culturais entre os povos.

O parto é culturalmente visto como uma forma de violência intrínseca, um fenômeno “fisiologicamente patogênico” na vida da mulher; e implicaria sempre em danos, riscos e sofrimentos; seria, portanto, patológico. Assim, é importante discutirmos a abordagem da humanização do parto preconizada pelo Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>3</sup> do Ministério da Saúde adota uma perspectiva

abrangente de compreensão do termo, integrando várias dimensões, uma vez que entende que a humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS<sup>11</sup>. A PNH enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

Mesmo com toda essa discussão sobre a humanização, percebe-se que as mulheres negras ainda são as maiores vítimas da discriminação racial e socioeconômica, exames de toque abusivos, agressão física e tortura psicológica. Um exemplo emblemático pode ser encontrado entre os dados do Relatório do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal do estado do Rio de Janeiro<sup>19</sup>, que sinaliza: “embora a mortalidade materna afete mulheres de todas as camadas sociais e econômicas, a razão sobre a mortalidade das mulheres da cor preta sobre as de cor branca é mais do que 7 vezes(...)”. Contradizendo o que assinala o Ministério da Saúde frente à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, evidencia que “não há como negar que persiste ainda hoje, na nossa sociedade, um racismo silencioso e não declarado”<sup>5</sup>. Na relação das mulheres negras com a sociedade, e nesta se insere os aspectos relacionados à saúde/doença, é extremamente relevante situarmos quanto as relações de opressão perpassam todas as dimensões da vida social<sup>18</sup>. Nessa perspectiva, as mulheres negras são

inseridas em espaços desvalorizados socialmente, ficando as mesmas em condições restritas de ascensão social e econômica.

Segundo dados da Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres, durante a apresentação do relatório socioeconômico da Mulher, a ministra destacou que os dados anunciam um protagonismo econômico das mulheres em ascensão e a queda da mortalidade materna, ressalta ainda muito preconceito e discriminação em relação às mulheres, em especial as negras. O relatório aponta que as gestantes brancas tinham mais acesso ao atendimento pré-natal, sendo que quase 75% delas tiveram sete ou mais consultas. Entre as gestantes pretas e pardas, apenas 56,4% e 54,8%, respectivamente, tiveram acesso a pelo menos sete consultas, que é o preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>7</sup>.

No que diz respeito às desigualdades relativas à mortalidade materna, o Relatório destaca que:

Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentavam percentuais por causas diretas acima da média nacional, 72,1%, 70,3% e 67,2%, respectivamente. Outra desigualdade considerável referia-se à cor ou raça das gestantes ou parturientes falecidas (...). Nesse tocante, pode-se constatar que, no Brasil, os óbitos de mulheres negras correspondiam a mais de 60% das mulheres mortas durante a gravidez e o puerpério, sendo que as mulheres negras representavam quase 52% da população feminina brasileira, destacou a Ministra” (p.27-30)<sup>7</sup>.

Nos espaços de cuidado à saúde, as questões relacionadas à violência institucional e obstétrica mostram sua complexidade na singularidade da vida de cada uma das usuárias do serviço. Entretanto, profissionais da saúde, por meio de suas práticas, são responsáveis por, ora construir

espaços de transformação social, ora por manter a ordem institucional, reproduzindo as desigualdades as quais se interseccionam com a classe social, raça, e etnia na relação de cuidado.

Uma vez que persiste ao longo desses anos nessa população a precocidade dos óbitos, as altas taxas de mortalidade materna e infantil, a maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como os altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra. Portanto, é dentro da perspectiva de promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, a discriminação e o enfrentamento ao racismo e sexíssimo nas instituições e serviços.

### Considerações Finais

O significado de ser mulher – biológica, social, cultural e psiquicamente – é considerado uma variável histórica, daquelas perspectivas materialistas que priorizam a classe, negligenciam as consequências sociais da divisão sexual do trabalho, privilegiam as heterossexualidades e dedicam escassa atenção aos mecanismos sociais que impedem as mulheres de atingir igualdade econômica, política e social.

Entendemos que o enfrentamento da problemática do corpo, parto, gênero, raça/etnia implicam o envolvimento e desenvolvimento de diferentes atores sociais, e articulação políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades da sociedade como um todo, visto que também não há uma compreensão da natureza humana e de sua relação direta com o meio através da sexualidade. Na perspectiva da equidade, é emergente a necessidade que incorpore ações específicas para assistência das mulheres negras, quilombolas, índias e seus recém-nascidos, uma vez que o fisiológico está subordinado ao simbólico social e, a corporeidade,

é socialmente construída. No processo de construção identitária destas populações ficam à margem em todos os aspectos, principalmente no quesito saúde reprodutiva aqui abordado. De fato, é importante desvelar quanto as discriminações raciais e sociais afetam a saúde mental das mulheres, conseqüentemente, podemos perceber um aumento da quantidade e da qualidade das informações relativas à saúde das mulheres negras em todos os aspectos.

### Referências

1. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo; 2010.
2. Brah A. Diferença, Diversidade, Diferenciação. Cad Pagu. 2006; 26:329-376.
3. Brasil. Programa de Humanização do Parto – Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000.
4. Brasil. Ministério da saúde. Programa de Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza-SUS: política nacional de humanização: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
7. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher. 1. ed. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2015. 181p. [acesso em: 16 ago 2016]. Disponível em: [http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/livro-raseam\\_completo.pdf](http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/livro-raseam_completo.pdf)
8. Brasil. Rede pela Maternidade Ativa. Comissão Parlamentar de Inquérito de Violência contra a Mulher. Dossiê da Violência Obstétrica. Parto Princípio. “Parirás com dor”. 2012.

9. Brenes, AC. História da obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. *Rev Méd Minas Gerais*. 2008; 18(2):141-147. [acesso em: 16 ago 2016]. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/14/13>
10. Crenshaw K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. *Rev Estud Fem*. 2002; 10(1):171-188.
11. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saúde Colet*. 2005; 10(3):627-637.
12. Foucault M. *Microfísica do Poder*. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2000.
13. Gonzalez L. Racismo e sexíssimo na cultura brasileira. *Ciências Sociais Hoje*. 1983; 2:223-244.
14. Hooks B. Intelectuais negras. *Rev Est Fem*. 1995; 3(2):464-479.
15. Louro GL. Organizadora. *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica; 2000.
16. Marcondes MM, Pinheiro L, Queiroz C, Querino AC, Valverde D. (Organizadores). *Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil*. Brasília : IPEA, 2013. 160 p.
17. Montenegro CAB; Rezende J. *Obstetrícia fundamental*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. 607p.
18. Oliveira RJ, Souza RM. Corpos em cena nas metrópoles globais: meninas negras, processos de subjetivação e cinema. *Revista da ABPN*. 2014; 7(15):175-192.
19. Rio de Janeiro. *Relatório do Comitê Estadual de Morte Materna*. Rio de Janeiro; 2007.
20. Scott JW. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". *Educ Real*. 1995; 20(2):71-99.
21. Sousa NS. *Torna-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1983.
22. Thébaud F. A medicalização do parto e suas consequências: O exemplo da França no período entre as duas guerras. *Rev Est Fem*. 2002. 10(2):415-427. [acesso em: 16 ago 2016]. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9607>
23. Venturi G, Recamán M, Oliveira S. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. 1. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.
24. World Health Organization. *WHO statement on caesarean section rates*. Genebra; Apr 2015. [acesso em: 16 ago 2016]. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/)

# Efeitos da exposição ao crack durante a vida intrauterina no desenvolvimento perinatal

## The exposure of crack effects during intrauterine life in the perinatal development

Alessandra Costa Timoteo<sup>I</sup>, Gislaine Eiko Kuahara Camiá<sup>II</sup>, Cristiane Lopes<sup>III</sup>

### Resumo

Identificar os efeitos da exposição intrauterina à cocaína, nas formas de crack, associada ou não ao uso de outras drogas de abuso, em neonatos. Estudo retrospectivo, realizado através de informações obtidas dos prontuários de 85 neonatos nascidos em um hospital filantrópico da cidade de São Paulo, de mães que declararam uso de crack durante a gestação. Os resultados demonstraram que 51 neonatos (60%) apresentaram idade gestacional de termo e 38% pré-termo. A maioria das mães apresentava sífilis 54,2%, 13,3% HIV e sífilis, e 7,2% somente HIV. Esses altos índices de infecção dessa população chama a atenção, gerando aumento de chances para problemas no desenvolvimento devido à exposição do feto. 1% apresentou alteração de perímetro cefálico (microcefalia) e 1% foi a óbito logo após o nascimento. Todos os neonatos apresentaram período de internação prolongado (26,5±1,9 dias). Esses dados em conjunto mostram que as mães que declararam ter consumido crack durante a gestação repercutiram com consequências negativas aos neonatos.

**Palavras-chave:** Crack; Cocaína; Gravidez; Neonatos.

### Abstract

Identify the effects of intra uterine exposure to cocaine, in the form of crack, associated or not with the use of other drugs of abuse in newborns. Retrospective study, conducted through information obtained from medical records of 85 neonates born in a philanthropic hospital in São Paulo, mothers who reported crack use during pregnancy. The results showed that 51 infants (60%) had gestational age at term and preterm 38%. Most mothers had syphilis 54.2%, 13.3% HIV and syphilis and 7.2% only HIV. These high rates of infection in this population calls attention, increasing chances for developmental problems due to exposure of the fetus. 1% had abnormal head circumference (microcephaly) and 1% died shortly after birth. All newborn have large periods of postpartum hospitalization (26.5 ± 1.9 days). These data together show that mothers who reported having used crack during pregnancy resonated with negative consequences for newborns.

**Keywords:** Crack; Cocaine; Pregnancy; Newborn.

<sup>I</sup> Alessandra Costa Timoteo (alecostaenf@outlook.com) é Enfermeira Obstetra, graduada pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).

<sup>II</sup> Gislaine Eiko Kuahara Camiá (gislainecamia@uol.com.br) é Enfermeira Obstetra, Mestre em Enfermagem, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>III</sup> Cristiane Lopes (crilopes29@hotmail.com) é Doutora em Farmacologia pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Assistente do Departamento de Ciências Fisiológicas da FCMSCSP.



### Introdução

O abuso de cocaína é um problema significativo não só na população em geral, mas também entre as mulheres grávidas. Na gravidez há troca de nutrientes, metabólitos e substâncias entre mãe e feto. Já que a cocaína atravessa rapidamente a placenta e é metabolizada lentamente no feto, este pode ser exposto a altas concentrações da droga por longos períodos<sup>10</sup>. Portanto, o uso de substâncias psicoativas pela mãe, incluindo a cocaína, tem potencial de alterar o desenvolvimento fetal.

Quando a gestante utiliza drogas ilícitas durante o período de gestação, como, por exemplo, a cocaína, existe a possibilidade de gerar um problema de saúde pública com importantes implicações econômicas e sociais<sup>3</sup>. A barreira placentária permite trocas nutritivas materno-ovulares e sua função é a difusão de nutrientes e oxigênio do sangue materno para o sangue do feto e

também a difusão de produtos de excreção do feto para a mãe<sup>7</sup>. Quando a mãe é exposta a substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, estas podem causar efeito sobre o desenvolvimento fetal: indiretamente, por alterar a fisiologia materna, ou diretamente, por atuação sobre o feto. Como o uso de cocaína tem aumentado de forma expressiva, seus potenciais efeitos sobre o desenvolvimento fetal passam a produzir impacto em nossa população.

A cocaína é um alcaloide psicoestimulante, extraído da folha de coca (*Erythroxylum coca*) e seu uso tem alta tendência de provocar abuso e dependência. Seu mecanismo de ação envolve principalmente o bloqueio da recaptura neuronal de noradrenalina e dopamina, aumentando os efeitos periféricos da atividade nervosa simpática e produzindo um marcante efeito estimulante psicomotor<sup>4</sup>. A cocaína envolve ao menos dois produtos: em pó, que é cheirada, produz efeitos mais sutis, é mais cara de usar, e o crack, que

é obtido a partir do hidrocloreto de cocaína, preparado com solventes e agregado na forma de cristais, para que seja fumado e é mais barato, produzindo efeitos mais intensos e seu uso está associado a crimes de rua e prostituição<sup>19</sup>.

A cocaína é uma substância moderadamente hidrofílica, com propriedade de atingir níveis na circulação placentária maiores do que o materno pela retenção coriônica, embora a demora no processo de transferência seja muito maior do que o observado nas substâncias lipofílicas. O potencial de transferência placentária da cocaína pode ser considerado moderadamente alto. Aproximadamente 3% a 5% da cocaína entram no sistema circulatório fetal através do líquido amniótico pela vascularização placentária ou do cordão umbilical. Dessa forma, o líquido amniótico funciona como um reservatório, expondo o feto constantemente à droga, ainda depois que a gestante interrompa o uso da mesma<sup>4</sup>.

O uso de cocaína na gestação está associado a maior risco de complicações, como o descolamento de placenta<sup>4,15,18</sup>, presença de mecônio no líquido amniótico, ruptura prematura de membranas ovulares<sup>12</sup>, neonatos pequenos para idade gestacional<sup>5</sup>, baixa estatura<sup>4,5</sup>, baixo peso ao nascer (BPN)<sup>4,5,11,17</sup>, anormalidades geniturinárias e da parede abdominal<sup>7,15</sup>, enterocolite necrosante<sup>18</sup>, prematuridade<sup>5,10,18</sup>, crescimento intrauterino restrito (CIUR)<sup>11,18</sup>, síndrome da morte súbita, transtornos eletrocardiográficos, óbito fetal, aborto<sup>18</sup>, dificuldade respiratória, infarto intestinal, infarto cerebral, microcefalia e aumento do risco de convulsões. Com relação ao comportamento, os recém-nascidos mostram maior grau de choro e irritabilidade, e são mais reativos a estímulos ambientais. Dentro de um mês esses comportamentos regridem significativamente, mas não aos níveis normais<sup>10</sup>.

Para a mulher, o consumo do crack leva frequentemente à prostituição e ao sexo inseguro

que, por sua vez, leva a gravidezes indesejadas acompanhadas das doenças sexualmente transmissíveis. Esta situação de vulnerabilidade física, psicológica e social é motivo de preocupação para os profissionais de saúde, justificando a necessidade de conhecer as repercussões do efeito do crack durante a gestação e a exposição fetal, conseqüentemente, contribuindo para o aprimoramento pessoal e como fonte de pesquisa para a comunidade acadêmica.

O estudo teve como objetivo identificar as repercussões desenvolvidas em neonatos cujas mulheres declararam uso de crack durante a gestação, com relação à idade gestacional, perímetro cefálico, peso, possíveis complicações cardiovasculares, desenvolvimento neurológico inicial e tempo de internação.

### **Método**

O desenho adotado para levantamento de dados foi retrospectivo, quantitativo, documental, realizado através de dados obtidos de prontuários das puérperas que tiveram seus partos realizados no Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no período de 2008-2012, que declararam uso de crack durante a gestação, e os prontuários de seus respectivos recém-nascidos.

A coleta dos dados foi realizada através de busca de informações nos prontuários e transcritos para um formulário. Os dados dos neonatos coletados foram: idade gestacional na qual ocorreu o parto; perímetro cefálico; peso do neonato; avaliação do desenvolvimento neurológico pelo teste de Ballard; tempo de internação do recém-nascido, Índices de Apgar no 1º e 5º minutos após nascimento. No que se refere aos dados maternos, duas mães apresentaram parto gemelar tendo amostra igual a 83 e de neonatos, igual a 85. Foram verificados dados

sociodemográficos, relato de uso de crack e outras substâncias, doenças infecciosas e número de consultas de pré-natal.

O projeto foi aprovado pelas Comissões Científicas do Curso de Enfermagem e do Departamento de Ciências Fisiológicas da FCMSCSP e da Diretoria de Enfermagem da ISCMSP e a aprovação do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da ISCMSP nº 340/11.

## Resultados

Os dados sociodemográficos e infecciosos das 83 mães foram coletados e analisados. A idade média foi de  $27,1 \pm 0,6$  anos, 89,2% solteiras e 7,2% casadas; em situação de exclusão social (42,2%) e com residência fixa (54,2%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos e infecciosos das mães incluídas neste estudo. N=83.

Características		
Estado Civil	N	%
Casada	06	7,2
Solteira	74	89,2
Não consta	03	3,6
Residência		
Exclusão social	35	42,2
Albergue/Penitenciária/	03	3,6
Pensionato	45	54,2
Residência fixa		
Doenças Infecciosas		
Sífilis	45	54,2
HIV e sífilis	11	13,3
HIV	06	7,2
Sífilis e Toxoplasmose	02	2,4
Hepatite C	01	1,2
Não apresentou doença infecciosa	18	21,7

A maioria (69,9%) das mães apresentou sífilis, sendo que 13,3% delas associado com o HIV e 2,3% associado com toxoplasmose. A frequência total de infecção por HIV foi de 20,5% (Tabela 1).

Apenas 21,7% das mães não apresentaram doenças sexualmente transmissíveis. Estes altos índices de infecção dessa população chamam a atenção, pois geram uma exposição ao feto, aumentando as chances de problemas no desenvolvimento.

Neste estudo a infecção por HIV soma 20,5%, sendo que 9,7% desta população teve ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO), 3,6% trabalho de parto associado à RPMO e 2,4% somente trabalho de parto. Portanto, 15,3% dos recém-nascidos com mães HIV positivo têm risco elevado de infecção viral, uma vez que a prevenção ocorre com a realização de parto cesárea antes do início do trabalho de parto, da ruptura das membranas ovulares e pré-natal adequado com uso de antirretroviral, o que não ocorreu com as mesmas. Por se tratar de um estudo transversal, não foi possível avaliar se os recém-nascidos foram infectados pelo HIV. Na literatura, há dados de que a transmissão vertical de HIV está estimada em 25%, se nenhuma medida preventiva for tomada e sem levar em conta a amamentação natural. Sendo que 20% da transmissão ocorre antes de 36 semanas, 50% entre 36 semanas e o parto, e 30% durante o parto<sup>14</sup>. Os dados encontrados neste levantamento apontam que os índices de infecção desta população podem ser maiores do que 25%, indicando a necessidade de cuidados especiais nos partos de mães que se declaram usuárias de crack.

A pobreza, desnutrição e as doenças sexualmente transmissíveis dificultam ainda mais a identificação da presença e das consequências da exposição intrauterina ao crack. Com base nos registros dos prontuários, mais da metade dos neonatos foi exposta a doenças infecciosas pelo diagnóstico materno positivo. Sendo a sífilis a mais prevalente, seguida de HIV e sífilis e somente HIV.

Tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, os fatores de risco

para a aquisição de sífilis por uma mulher em idade fértil são os seguintes: baixo nível socioeconômico, promiscuidade sexual, falta de acesso ao sistema de saúde, uso de drogas e abandono da escola. Em relação à sífilis congênita, acrescentam-se como fatores de risco: ausência de assistência pré-natal e gestante adolescente e/ou sem parceiro fixo. Em todos os estudos, é constante o dado de que o principal fator de risco para a sífilis congênita consiste no acompanhamento pré-natal inadequado, responsável por cerca de 70% a 90% dos casos encontrados<sup>6</sup>.

Os elevados índices de infecção por sífilis nas mães somaram 69,9% do total, revelando que a população consumidora de crack se expõe a muitos dos fatores de risco, trazendo consequências aos neonatos.

O perfil completo do uso de crack realizado pelas mães não foi obtido, pois não era o foco deste estudo e, por ser retrospectivo, foram coletadas apenas as informações que constavam nos prontuários. O uso de crack foi associado a outras drogas de abuso na maioria das mães (72,2%), sendo a associação mais frequente com o cigarro (33,8%). Em 51,9% dos prontuários não havia a data de último uso de crack, enquanto 30,1% das mães relataram ter usado crack pela última vez em período inferior a 24 horas antes do parto. A idade de início de uso de crack foi observada apenas em alguns prontuários, tendo idade desde 8 anos, e em 84,8% dos prontuários não foi encontrada esta informação (Tabela 2).

Foi pesquisado nos prontuários das mães o número de consultas de pré-natal e as idades gestacionais no momento do parto (Tabela 3).

Quanto ao número de consultas de pré-natal, o Ministério da Saúde (MS) orienta que a

gestante realize, no mínimo, seis consultas. No presente estudo apenas 8,4% das mães realizaram o pré-natal conforme preconizado. É alto o índice de gestantes usuárias de crack que não fizeram nenhuma consulta pré-natal, atingindo 79,6% desta população, enquanto 12,0% fizeram consultas de pré-natal em número abaixo do recomendado pelo MS. A idade gestacional no momento do parto pode ser avaliada por dois métodos: cronológico (Data da Última Menstruação) e exame de ultrassonografia (USG). A idade a termo foi encontrada em 13,2% dos neonatos pela idade cronológica e 16,9% pela de USG.

Os dados dos neonatos encontram-se na tabela 4.

**Tabela 2.** Perfil de uso de drogas de abuso encontrados nos prontuários das mães durante a gestação, N=83.

Drogas	N	%
Somente crack	23	27,7
Crack e cigarro	28	33,8
Crack e álcool	02	2,4
Crack, cigarro e álcool	08	9,6
Crack e outras drogas lícitas e ilícitas	22	26,5

Característica	N	%
Último consumo de crack antes do parto		
≤ 24 horas	25	30,1
1 a 8 dias	12	14,4
1 a 2 meses	02	2,4
2º mês gestação	01	1,2
Não consta	43	51,9

Idade de início de consumo de crack	N	%
08 a 12 anos	05	6,0
14 a 17 anos	04	4,8
18 a 29 anos	04	4,8
Não consta	70	84,4

**Tabela 3.** Dados da gestação encontrados nos prontuários das mães, N=83.

Nº Consulta de pré-natal	N	%
Nenhuma	66	79,6
Uma a cinco	10	12
Seis ou mais	07	8,4
IG Cronológica		
Pré-termo	18	21,7
Termo	11	13,2
Pós-termo	01	1,2
Não consta	53	63,9
IG USG		
Pré-termo	23	27,7
Termo	14	16,9
Não Consta	46	55,4

**Tabela 4.** Dados dos recém-nascidos (RN), N=85. PIG = pequeno para idade gestacional; T=termo; PT=pré-termo; AIG=adequado para idade gestacional.

Classificação	N	%
Peso adequado, PIG RNT	15	17,5
Peso adequado, PIG e RN PT	01	1,2
Peso adequado, AIG e RN T	18	21,2
Peso adequado, AIG e RN PT	01	1,2
Baixo peso, PIG e RN T	11	12,9
Baixo peso, PIG e RN PT	19	22,3
Baixo peso, AIG e RN T	02	2,4
Baixo peso, AIG e RN PT	14	16,5
Muito baixo peso, PIG e RN PT	01	1,2
Muito baixo peso, AIG e RN PT	01	1,2
Muito muito baixo peso, AIG e RN PT	02	2,4
IG – Método de New Ballard		
Pré-termo	32	37,6
Termo	51	60,0
Pós-termo	01	1,2
Não consta	01	1,2
Índice Apgar 1º e 5º min		
Escore 0 e 3	01	1,2
Escore 2 e 8	03	3,5
Escore 7 e 10	66	77,7
Escore 4 e 9	09	10,6
Escore ? a 9 (não foi calculado do 1º min)	03	3,5
Não consta	03	3,5

Presença de Mecônio		
Sim	17	20,0
Não	68	80,0
Reanimação		
Sim	19	22,4
Não	66	77,6
Óbito		
Sim	01	1,2
Hipótese diagnóstica ao nascer		
	N	%
Anoxia neonatal leve/moderada/ grave	23	27
Risco de infecção	39	45,9
Síndrome do pulmão úmido	02	2,3
Síndrome do pulmão úmido	01	1,2
Microcefalia	01	1,2
Síndrome de abstinência	01	1,2
Artéria umbilical única	01	1,2
Artéria umbilical única	15	17,6
Desconforto respiratório adaptativo	07	8,2
Sem diagnósticos de doenças		
Alta hospitalar do recém-nascido		
	N	%
Mãe	21	24,7
Familiares	18	21,2
Penitenciária	02	2,4
Instituição	41	48,2
Não consta	03	3,5
Tempo de internação (dias)	26,5±1,9	

Apresentaram peso adequado ( $\geq 2.500$  gramas) 41,1% dos neonatos, baixo peso (1.500 a 2.500 gramas) 54,1% dos neonatos, muito baixo peso (1.000 a 1.500 gramas) 2,4% e muito, muito baixo peso (abaixo de 1.000 gramas) 2,4 % dos neonatos.

É descrito que o peso ao nascer é determinado pelo CIUR e período gestacional curto, ou seja, a prematuridade<sup>1</sup>. O BPN é um fator de risco para a morte neonatal. Nos países desenvolvidos, a ocorrência de BPN está principalmente relacionada aos nascimentos pré-termo, enquanto em países em desenvolvimento, o principal fator é a má alimentação materna e a CIUR<sup>2</sup>.

Pelo método de New Ballard, foi estimada a idade gestacional ao nascer e foram encontrados os seguintes resultados: 37,6% dos neonatos

pré-termos, 60,0% termo, 1,2% pós-termo e 1,2% não constava. O tempo médio de internação foi de  $26,5 \pm 1,9$  dias (Tabela 4). Neste estudo, 58,9% dos RNs apresentaram peso abaixo de 2.500 gramas, e as mães incluídas neste estudo, em sua maioria, encontravam-se em exclusão social, usuárias de crack e outras drogas. Os fatores maternos, placentários e ambientais para CIUR estão relacionados ao estado nutricional, tabagismo, uso de drogas, insuficiência de perfusão uteroplacentária, situação socioeconômica desfavorável, menor escolaridade e insalubridade do ambiente<sup>2</sup>.

Estudos mostram que o uso de cocaína durante a gravidez aumenta a incidência de várias alterações na gestante e no neonato: baixo peso ao nascer, pequeno para idade gestacional (PIG), diminuição do perímetro cefálico, prematuridade, atraso global no desenvolvimento psicomotor, aumento de parto prematuro, descolamento prematuro de placenta, líquido amniótico meconial, ruptura prematura de membranas ovulares, CIUR, abortamento espontâneo e morte fetal intrauterina, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia<sup>9,13</sup>. Neste estudo, é possível identificar algumas dessas alterações.

De acordo com o índice de Apgar: 1,2% dos neonatos teve anoxia neonatal grave que persistiu até o 5º minuto (escore 0 e 3); 1,2% apresentou anoxia neonatal moderada que persistiu até o 5º minuto (escore 4 e 6); 3,5% apresentaram anoxia neonatal grave com boa recuperação até o 5º minuto (escore 2 e 8); 9,4% apresentaram anoxia neonatal moderada com boa recuperação até o 5º minuto (escore 4 e 9 e 6 a 9); 3,5% não tinham o Apgar do 1º minuto e 3,5% não tinham nenhum escore nos prontuários; 77,7% apresentaram Apgar com escore de 7 no 1º minuto e 10 no 5º minuto (Tabela 4).

Estudo realizado por Corrêa et al. mostra que placentas com alterações compatíveis com baixo fluxo sanguíneo estão associadas a

recém-nascidos com menores índices de Apgar no 1º e no 5º minuto e menor idade gestacional. Nos casos com infiltrado inflamatório foi observado menor peso ao nascer<sup>2</sup>.

A presença de mecônio no líquido amniótico foi encontrada em 20,0 % dos neonatos, 22,4% precisaram de reanimação e ocorreu 1 óbito. Quanto às hipóteses diagnósticas encontradas logo após o nascimento, 8,2% dos neonatos não apresentaram. O diagnóstico mais frequente foi o de risco de infecção (45,9%), seguido de desconforto respiratório adaptativo (17,7%). Na análise dos prontuários, alguns neonatos apresentaram mais de uma hipótese diagnóstica levando a um número maior destas, em relação à amostra da pesquisa. Dos dados mais relevantes, com relação à alta hospitalar, 48,2% dos neonatos foram para outras instituições devido à exclusão social da mãe.

Um estudo qualitativo realizado com puérperas identificou as seguintes complicações neonatais: sífilis congênita, icterícia, BPN, prematuridade, desconforto respiratório e infecção neonatal. Os fatores de risco relacionados ao uso de drogas na gestação mais citados pelas entrevistadas foram: problemas familiares, ausência de parceiro, instabilidade financeira, baixa autoestima, falta de conhecimento sobre o uso de drogas e seus efeitos durante a gestação e as consequências para o recém-nascido<sup>8</sup>.

### Conclusão

Dos 85 prontuários de neonatos avaliados, nascidos no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da ISCMSP, de mães que declararam uso de crack durante a gestação, 60% apresentaram idade gestacional termo e 38% pré-termos; 1% apresentou alteração de perímetro cefálico (microcefalia) e 1% foi a óbito logo após nascer, e 8% não receberam diagnóstico de alteração após o nascimento. Nenhum neonato apresentou

complicações cardiovasculares ou neurológicas na primeira hora de vida. No entanto, apresentam longos períodos de internação pós-parto. As mães que declararam ter consumido crack durante a gestação tiveram recém-nascidos com alterações desde a idade gestacional a diagnósticos de alterações de saúde, mas não é possível afirmar que o uso de crack foi o fator principal.

O uso de drogas ilícitas, em especial o crack, é um fator de risco perinatal significativo. Qualquer abordagem da enfermagem em gestantes usuárias de drogas ilícitas deve conciliar a adesão ao pré-natal com ações voltadas à redução da exposição materna a essas substâncias. É importante que sejam criadas estratégias sociais com resultados positivos para atender gestantes e seus recém-nascidos, bem como a existência de uma equipe multidisciplinar para que possam identificar, acolher e oferecer acompanhamento a essa população.

### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 4v.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas).
2. Corrêa RRM, Salge AKM, Ribeiro GA, Ferraz MLF, Reis MA, Castro ECC, et al. Alterações anatomopatológicas da placenta e variações do índice de Apgar. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2006; 6(2):239-243.
3. Garcia-Bournissen F, Rokach B, Karaskov T, Koren G. Cocaine Detection in Maternal and Neonatal Hair: implications to Fetal Toxicology. *Ther Drug Monit*. 2007; 29(1):71-76.
4. Giusti J, Mitsuhiro SS, Zilberman ML. Gestação e Cocaína [artigo na internet]. Associação Brasileira de Psiquiatria. Rio de Janeiro; 2006. [acesso em: 04 mai 2015]. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/departamentos/coordenadores/coordenador/noticias/?dep=4&not=136>.
5. Gouin K, Murphy K, Shah PS. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 204(4):340.
6. Guinsburg R, Santos AMN. Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2010.
7. Guyton AC, Hall JE. Gravidez e lactação. In: \_\_\_\_\_. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p.1059-1073.
8. Jones HE, Berkman ND, Kline TL, Ellerson RM, Browner FA, Poulton W et al. Initial feasibility of a woman-focused intervention for pregnant African-American women. *Int J Pediatr*. 2011; 2011:389285.
9. Kassada DS, Marcon SS, Pagliarini MA, Rossi RM. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestante. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(5):467-471.
10. Keller RW Jr, Snyder-Keller A. Prenatal cocaine exposure. *Ann N Y Acad Sci*. 2000; 909:217-232.
11. Kuczkowski KM. The effects of drug abuse on pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007; 19(6):578-585.
12. Lemos T. Neurobiologia da Ação da Cocaína [artigo na internet]. Associação Brasileira de Psiquiatria. Rio de Janeiro; 2006. [acesso em: 09 abr 2015]. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/departamentos/coordenadores/coordenador/noticias/?not=134&dep=62>.
13. Martins-Costa SH, Vettorazzi J, Cecin GKG, Maluf JMRA, Stumpf CC, Ramos JGL. Crack: a nova epidemia obstétrica. *Rev HCPA*. 2013; 33(1):55-65.
14. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Trocas Materno-ovulares. In: Rezende M. *Obstetrícia fundamental*. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p.88-100.
15. Oyelese Y, Ananth CV. Placenta I Abruptio. *Obst and Gynecol*. 2006; 108(4):1005-1015.
16. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Moore PK. Estimulantes do SNC e psicomiméticos. In: \_\_\_\_\_. *Farmacologia*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p.584-591.
17. Richardson GA, Goldschmidt L, Willford J. The effects of prenatal cocaine use on infant development. *Neurotoxicol Teratol*. 2008; 30(2):96-106.
18. Rotta NT, Cunha GB. Prenatal exposure to cocaine: review of the neurobehavioral effects. *J Pediatr*. 2000; 76(3):179-184.
19. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World drug report 2013. New York: United Nations; 2013. 151p.

# Sífilis Congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil

## Congenital Syphilis: evaluation in primary health care services in the state of São Paulo, Brazil

Patricia Rodrigues Sanine<sup>I</sup>, Elen Rose Lodeiro Castanheira<sup>II</sup>, Luceime Olivia Nunes<sup>III</sup>, Marta Campagnoni Andrade<sup>IV</sup>, Mariana Arantes Nasser<sup>V</sup>, Maria Ines Battistella Nemes<sup>VI</sup>

### Resumo

O presente trabalho tem por objetivo avaliar a organização das ações relacionadas à prevenção da sífilis congênita em serviços de Atenção Primária do Estado de São Paulo/Brasil. Utiliza dados primários da aplicação em 2010 do Questionário QualiAB, respondido por 2.440 serviços de Atenção Básica que realizam pré-natal. Do universo estudado, 92% apresentam condições adequadas de estrutura e grande variabilidade de indicadores de processo; 99,5% solicitam sorologia para sífilis no pré-natal; 92% aplicam medicação intramuscular; 43,9% aplicam penicilina benzatina; 42,8% encaminham gestantes e parceiro com diagnóstico de sífilis para tratamento em outro serviço. Relatam ocorrência de casos de sífilis congênita nos últimos 3 anos, 15,1% dos serviços, e 12,6% não souberam informar. Embora grande parte dos serviços tenha condições instaladas para prevenção da sífilis congênita, a organização do processo de assistência compromete a efetividade do tratamento da sífilis durante a gestação, contribuindo com a crescente ocorrência de sífilis congênita.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Sífilis congênita.

### Abstract

This study aimed to evaluate the organization of actions developed at primary health care services, in the state of São Paulo/Brazil, to prevent congenital syphilis. The primary data used in this study were obtained through the QualiAB, in 2010. The questionnaire was answered by 2440 primary care services that perform prenatal consultations. From these, 92% presented adequate structural conditions and a great variety of process indicators: 99.5% requested serology for syphilis; 92% applied intramuscular medication; 43.9% applied benzathine penicillin; 42.8% referred pregnant women and their partners, when diagnosed with syphilis, to other health services for treatment. The occurrence of congenital syphilis cases in the last three years was reported by 15.1% of the services and 12.6% were not able to inform. Even though most services have adequate structure to prevent congenital syphilis, the organization of the care process compromises the effectiveness of the treatment of syphilis during pregnancy, contributing to the increasing occurrence of congenital syphilis.

**Keywords:** Health evaluation; Primary health care; Congenital syphilis.

<sup>I</sup> Patricia Rodrigues Sanine (patsanine@yahoo.com.br) é fonoaudióloga, doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista (UNESP).

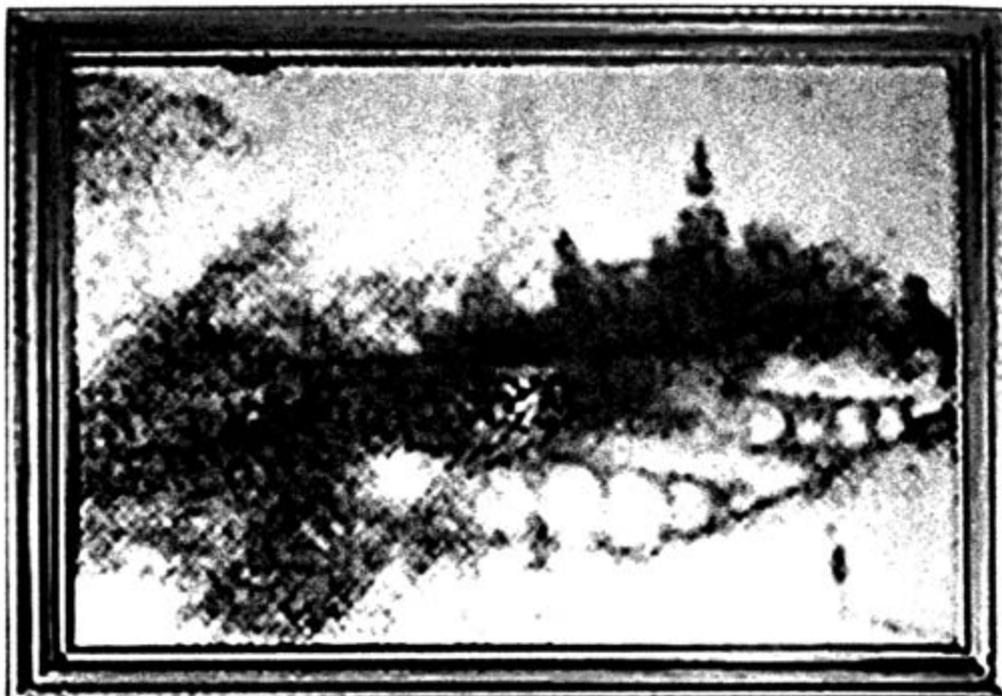
<sup>II</sup> Elen Rose Lodeiro Castanheira (elen@fmb.unesp.br) é médica e professor assistente doutor do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP).

<sup>III</sup> Luceime Olivia Nunes (olivia@fmb.unesp.br) é administradora, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista (UNESP).

<sup>IV</sup> Marta Campagnoni Andrade (martacamp@usp.br) é médica, doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (USP) e professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

<sup>V</sup> Mariana Arantes Nasser (manaranasser@gmail.com) é médica, doutora em Medicina Preventiva e diretora técnica do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

<sup>VI</sup> Maria Ines Battistella Nemes (mibnemes@usp.br) é médica e professora associada II do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).



### Introdução

A melhoria da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). A ocorrência de agravos de saúde evitáveis por ações no âmbito da APS – aqueles que quando prevenidos ou diagnosticados e tratados adequadamente podem reduzir o risco de complicações, internações hospitalares e óbitos – expressa a ocorrência de falhas no desempenho da assistência prestada pelos serviços e, nesse sentido, constitui um importante indicador de qualidade, acessibilidade e resolubilidade da APS<sup>1,3</sup>.

Entre as causas evitáveis por uma adequada atenção à gestante, destaca-se a sífilis congênita<sup>11</sup> que, em razão da disponibilidade de medidas efetivas de redução do risco de transmissão durante a gestação, simplicidade diagnóstica e fácil manejo clínico/ terapêutico, é considerada um evento marcador da qualidade da assistência prestada pelos serviços de APS<sup>7,15,21</sup>.

Apesar dos esforços desempenhados pelo Ministério da Saúde, em consonância com organizações internacionais, os casos de sífilis congênita vêm apresentando crescimento em todo país, inclusive no estado de São Paulo, cuja taxa de incidência por mil nascidos vivos passou de 1,1 em 2001 para 3,9 em 2013<sup>10,15,16</sup>.

Tendo em vista a transcendência da sífilis congênita, a existência de protocolos legitimados e largamente difundidos, o baixo custo e disponibilidade dos insumos necessários ao diagnóstico e tratamento, poder-se-ia esperar que no estado de São Paulo houvesse redução progressiva do número de casos e, mesmo erradicação da sífilis congênita, à medida que se ampliasse a cobertura do pré-natal. No entanto, os números apresentados sugerem a existência de falhas nos processos desenvolvidos nos serviços de APS, com a consequente não interrupção da cadeia de transmissão, apesar da ampla cobertura do pré-natal e do elevado número de diagnósticos de sífilis durante a gestação, evidenciando a

necessidade de avaliar o processo de prevenção da sífilis congênita<sup>12,15</sup>.

A partir desse contexto, o presente trabalho tem por objetivo avaliar a organização de serviços paulistas de APS para prevenção da sífilis congênita durante a gestação, enquanto uma das dimensões presentes na determinação do quadro atual.

### **Método**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de corte transversal, que analisa indicadores selecionados a partir da aplicação do Questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), no estado de São Paulo, no ano de 2010<sup>4,5</sup>.

Sua aplicação foi disponibilizada para todos os serviços do estado – independentemente de seu modelo organizacional (Unidades de Saúde da Família ou não) –, a partir de adesão voluntária do gestor municipal de saúde<sup>5</sup>. Do banco de dados com 2.735 serviços foram excluídos aqueles que referiram não realizar pré-natal (10,7%), totalizando, no presente trabalho, um universo de 2.440 serviços.

Os serviços foram agrupados, a partir do modo como se autodeclararam, em quatro “tipos” de arranjos organizacionais: 1) Unidade Saúde da Família (USF); 2) Unidade Básica de Saúde “tradicional” (UBS); 3) Unidade Básica de Saúde com Programa de Agente Comunitário de Saúde e/ou Programa Saúde da Família (UBS – PACS/ESF); e 4) Outros (unidades atípicas ou serviços que não possuem equipe fixa em período integral).

Utiliza como referencial a teoria do trabalho<sup>13</sup> e como quadro avaliativo, os pressupostos de Donabedian, em que se espera que serviços com boas estruturas, apresentem processos de trabalho adequados e que efetivem os resultados esperados, destacando-se a importância do processo na obtenção de bons resultados<sup>8,18</sup>. A

qualidade avaliada é definida por critérios e padrões construídos a partir dos pressupostos do SUS e, em especial, do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral a Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis”<sup>15</sup>, que prevê a testagem para diagnóstico da sífilis durante o pré-natal como medida de rotina e estabelece os procedimentos necessários para detecção e tratamento dos casos nos serviços de APS.

Para avaliar a organização dos serviços em relação às ações de prevenção da sífilis congênita durante a gestação, foram considerados 16 indicadores agrupados em dois domínios: “Disponibilidade de recursos” (06) e “Assistência à gestante e prevenção de sífilis congênita” (10), cujas distribuições das frequências favoreceram a identificação de falhas. Outra estratégia de análise foi a seleção de indicadores diretamente relacionados ao tratamento da sífilis em gestantes, verificando-se a distribuição dicotômica de suas frequências pelas variáveis “aplicar” ou “não aplicar” penicilina benzatina na própria unidade de saúde e conforme o tipo de serviço. Os testes foram realizados no pacote IBM/SPSS v.21.0, com nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB|UNESP (nº 4262-2012) e é parte dos resultados da dissertação de mestrado de Sanine<sup>20</sup>.

### **Resultados**

Os 2.440 serviços de APS avaliados em relação à prevenção da sífilis congênita durante a gestação encontram-se localizados em 579 municípios do estado de São Paulo, dos quais 48 (8,3%) apresentam população acima de 100 mil habitantes, e 531 (91,7%) possuem menos de 100 mil habitantes, sendo 260 (45%) destes, com menos de 10 mil. A distribuição espacial dos municípios com pelo menos um serviço avaliado pode ser observada na Figura 1.

**Figura 1.** Distribuição no estado de São Paulo dos municípios que realizam acompanhamento do pré-natal entre os que aderiram ao QualiAB, 2010.



Em relação aos arranjos organizacionais, os 2.440 serviços avaliados se autoidentificaram como sendo: 49,4% USF, 32,3% UBS “tradicionais”, 14,8% de UBS com PACS/ESF, e 3,5% de serviços aqui denominados “outros”.

As frequências dos indicadores são apresentadas na Tabela 1. Em relação à disponibilidade de recursos destaca-se que, apesar da presença de médico e enfermeiro, disponibilidade de antibióticos e condições para tratamentos intramusculares, apenas 43,9% dos serviços referiram aplicar esse medicamento. Em relação à assistência à gestante e prevenção de sífilis congênita, observa-se que, embora somente 54 serviços afirmem não tratar sífilis, os indicadores de atendimento à gestante confirmam o hiato entre a existência das condições necessárias e o não cumprimento do tratamento da sífilis ao afirmarem que encaminham a gestante e o parceiro para tratamento em outros serviços.

Entre os serviços estudados, 308 (12,6%) não souberam informar se houve casos de sífilis congênita entre gestantes usuárias do serviço nos últimos três anos, enquanto 72,3% negaram a ocorrência de casos.

A comparação dos indicadores relacionados ao tratamento da sífilis em gestante com significância estatística, conforme o tipo de serviço, considerando os serviços UBS (UBS “tradicional” e UBS com PACS/ESF) e USF, enquanto modelos polares, são apresentados na Tabela 2, dado que demonstra que as UBS realizam em maior proporção a aplicação da penicilina benzatina, tratam mais a gestante e o parceiro no próprio local, e possuem mais informações sobre a ocorrência de casos de sífilis congênita.

Na Tabela 3 apresenta-se a relação estatisticamente significativa entre os indicadores relacionados ao tratamento da sífilis e a aplicação ou

**Tabela 1.** Frequência dos indicadores de prevenção da sífilis congênita durante o pré-natal em 2440. Serviços de APS do estado de São Paulo, segundo domínios de análise, 2010

Domínios	Indicadores	Frequência	
		(n)	(%)
<b>Disponibilidade de recursos</b>	Presença de médico fixo na equipe	2199	90,1
	Presença de enfermeiro fixo na equipe	2307	94,5
	Realização de tratamento intramuscular	2246	92,0
	Disponibilidade dos antibióticos mais utilizados	2291	93,9
	Realização de teste de gravidez na urina na unidade (tipo Pregnosticon ou $\beta$ HCG)	1411	57,8
<b>Assistência à gestante e prevenção de sífilis congênita</b>	Aplicação de Penicilina Benzatina	1071	43,9
	Captação de gestantes para inscrição no pré-natal por ACS	1545	63,3
	Solicitação de exames durante o pré-natal	2431	99,6
	Convocação de gestantes faltosas	2140	87,7
	Solicitação de sorologia para sífilis 1 vez durante o pré-natal	251	10,3
	Solicitação de sorologia para sífilis 2 vezes durante o pré-natal	2154	88,3
	Convocação de faltosos com resultado(s) de exame(s) alterado(s)	2168	88,9
	Tratamento de sífilis para a gestante e seu parceiro na unidade	1257	51,5
	Encaminhamento da gestante e parceiro para tratamento de sífilis em outro serviço	1045	42,8
	Tratamento de sífilis para a gestante na unidade e encaminhamento do parceiro para outro serviço	77	3,2
	Casos de sífilis congênita nos últimos 3 anos	369	15,1

Fonte: QualiAB, 2010

**Tabela 2.** Distribuição dos indicadores de prevenção da sífilis congênita durante o pré-natal em 2440. Serviços de APS do estado de São Paulo, segundo o tipo de serviço, 2010

Indicadores	Tipo de serviço		p-valor
	USF (n=1.206)	UBS (n=1.148)	
Aplicação de Penicilina Benzatina	467 (38,7%)	565 (49,2%)	<0,0001
Tratamento dos casos de sífilis:			
• Tratamento gestante e seu parceiro na unidade	540 (44,7%)	670 (58,3%)	<0,0001
• Encaminha gestante e parceiro para tratamento em um serviço	617 (51,1%)	403 (35,1%)	<0,0001
• Tratamento gestante e encaminha parceiro	16 (1,3%)	51 (4,4%)	<0,0001
Existência de casos de sífilis congênita	149 (12,3%)	203 (17,6%)	0,0003

Fonte: QualiAB, 2010

**Tabela 3.** Distribuição dos indicadores de prevenção da sífilis congênita durante o pré-natal em 2440. Serviços de APS do estado de São Paulo, segundo aplicação de penicilina benzatina na unidade, 2010

Indicadores	Não aplica Penicilina (n=1369)	Aplica Penicilina (n=1071)	p-valor
Presença diária de médico ou enfermeira	1299 (94,9%)	1059 (98,9%)	<0,001
Disponibilidade de tratamento intramuscular	1194 (87,2%)	1052 (98,2%)	<0,001
Solicitação de exames para gestantes durante o pré-natal	1361 (99,4%)	1070 (99,9%)	0,046
Solicitação de sorologia para sífilis 1 vez durante o pré-natal	159 (11,6%)	92 (8,5%)	0,0123
Solicitação de sorologia para sífilis 2 vezes durante o pré-natal	1189 (86,8%)	965 (90,1%)	0,012
Tratamento de sífilis para a gestante e seu parceiro na unidade	555 (40,5%)	702 (65,5%)	<0,001
Encaminhamento da gestante e parceiro para tratamento de sífilis em outro serviço	721 (52,6%)	324 (30,2%)	<0,001
Existência de casos de sífilis congênita	173 (12,6%)	196 (18,3%)	0,001

Fonte: QualiAB, 2010

não aplicação de penicilina benzatina, que apontam incoerências entre a afirmação de tratamento dos casos de sífilis em gestantes e a não aplicação de penicilina benzatina; do mesmo modo que há incoerências em relação aos que afirmam aplicar e encaminham para tratamento em outro serviço.

### Discussão

Um primeiro destaque cabe à redução do universo de serviços avaliados no presente trabalho em relação ao conjunto de unidades que responderam à aplicação do QualiAB em 2010. Considerando-se o total de 2.735 serviços de APS que responderam ao instrumento, chama a atenção que embora 96,9% (n=2.649) declarassem desenvolver ações de assistência à saúde da mulher, aproximadamente 11% (n=295) não acompanhavam o pré-natal. Essa elevada proporção possivelmente esteja relacionada à centralização do pré-natal em um único serviço de APS, que é observada em vários municípios do interior do estado, contrariando a descentralização esperada

desse programa para toda a rede de unidades de APS como estratégia de acesso e ampliação do impacto na diminuição da morbimortalidade materna e infantil<sup>9,25</sup>,

Por outro lado, estudos brasileiros mostram que o fato do serviço ofertar acompanhamento ao pré-natal não garante por si só bons resultados, visto que, mesmo com a disponibilidade de protocolos e uma alta cobertura pré-natal, existem diferentes qualidades nos cuidados oferecidos pelos serviços<sup>22</sup>. Ou seja, os problemas com a qualidade do pré-natal não estão centralmente colocados na dimensão do acesso, mas referem-se principalmente a falhas técnicas no seguimento e cuidado das mulheres gestantes, seus parceiros e familiares<sup>2,10,15,17,23</sup>.

Em relação à prevenção da sífilis congênita, uma das questões mais importantes é que os serviços estejam organizados para ofertar o tratamento na própria unidade<sup>14,15</sup>. Nonato<sup>19</sup> refere que, em todo o mundo, cerca de 2 milhões de gestantes são infectadas por ano pela sífilis, a maioria delas por falta de testagem ou tratamento adequado.

Nos 2.440 serviços avaliados, em relação à disponibilidade de recursos, chama a atenção o baixo número de unidades que realizam teste de gravidez (57,8%). A realização do teste no próprio serviço possibilita o acolhimento das mulheres com suspeita de gravidez, tanto para abordar o significado da gestação, em cada situação particular, quanto para dar início precoce ao pré-natal ou apoio à gravidez indesejada, apresentando-se como estratégia para a vinculação da gestante desde o início da gravidez, permitindo a identificação e intervenção precoce em fatores de risco ou agravos existentes, assim como a atenção a condições de vulnerabilidade que exijam cuidados específicos<sup>14,19</sup>.

Para a prevenção da sífilis congênita, uma primeira condição refere-se aos recursos disponíveis no serviço para tratar os casos de sífilis em gestantes na própria unidade de saúde, evitando assim sua transmissão para o feto<sup>19</sup>. Nesse caso, os recursos referem-se à existência de profissionais capacitados – técnicos de enfermagem –, que façam aplicações de medicação injetável por via intramuscular, disponibilidade do medicamento (penicilina benzatina), além da presença de médico e/ou enfermeiro, tanto para prescrever quanto para dar o suporte técnico necessário em caso de reação<sup>14,15</sup>.

Por meio da análise do domínio “Disponibilidade de Recursos”, observa-se que 92% realizam tratamentos por via intramuscular, apenas 6,1% relatam a falta frequente dos antibióticos, 90,1% referem possuir pelo menos um médico e 94,5% contam com pelo menos um enfermeiro no quadro fixo de funcionários. Entretanto, apenas 43,8% dos serviços realizam a aplicação da penicilina benzatina. Tais indicadores apontam claramente a existência de um hiato entre as condições necessárias e o processo de trabalho para o tratamento, uma vez que, em média, 92% deles

dispõem do conjunto dos recursos necessários para o tratamento dos casos de sífilis.

Em relação ao processo de assistência à gestante e prevenção da sífilis congênita, observa-se que apenas 0,5% dos serviços avaliados não solicitam sorologia para sífilis, número muito inferior ao estudo anterior realizado em municípios de grande porte no estado de São Paulo, que descreve que 16% a 31% das gestantes que realizavam pré-natal não tinham acesso aos exames laboratoriais básicos, incluindo a sorologia para sífilis<sup>24</sup>.

Recomenda-se que a sorologia para sífilis (VDRL; FTA-Abs) seja solicitada duas vezes durante a gestação, no primeiro e terceiro trimestre, como medida para rastrear infecções preexistentes ou novas e de diagnosticar possíveis recontaminações<sup>14,15</sup>. No entanto, apesar do elevado acesso a esse exame, já que quase 100% dos serviços o solicitam, a realização em dois momentos durante o pré-natal não ocorre em 11,7% dos serviços avaliados.

Alguns estudos apontam uma grande variabilidade em relação à solicitação do exame VDRL durante o pré-natal – pelo menos um exame durante o pré-natal, entre 66% e 95% dos casos, e de uma segunda solicitação, até a 30ª semana gestacional, entre 0,2% e 20,7%<sup>23,24</sup>.

A “captação de gestantes para inscrição no pré-natal por ACS” potencializa o início do pré-natal mais precocemente, além de possibilitar a identificação e maior acolhimento de condições de risco e vulnerabilidade. Chama a atenção que praticamente todos os serviços que possuem agentes comunitários de saúde (ACS) na composição da equipe, referem tal prática em suas rotinas, embora não sejam os serviços do tipo USF ou UBS com PAC/ESF os que mais tratam os casos de sífilis em gestantes.

Outras limitações em relação ao seguimento no pré-natal, com possíveis implicações na

prevenção da sífilis congênita, foram observadas nos indicadores “convocação de gestantes faltosas” e “convocação de faltosos com resultado(s) de exame(s) alterado(s)”, uma vez que em torno de 10% dos serviços não apresentam estratégias de convocação de faltosos e vigilância sobre os exames alterados.

Em relação à disponibilidade de tratamento, apenas 51,5% dos serviços ofertam tratamento da sífilis para a gestante e seu parceiro, e 3,2% tratam a gestante e encaminham o parceiro para outro serviço. O grande número de unidades de saúde que não realizam o tratamento no próprio local onde é realizado o pré-natal e a não abordagem dos parceiros mostra-se como um dos principais obstáculos a uma efetiva prevenção da sífilis congênita, pois cria barreiras de acesso e de adesão, além de interromper o diálogo e o vínculo tão necessários ao diagnóstico e acompanhamento dessa doença<sup>7,14,15</sup>.

A identificação de muitos serviços que não ofertam tratamento para sífilis às gestantes, e tampouco aos parceiros, é também observada em estudos de outras regiões brasileiras<sup>6,10</sup> e apresenta-se como um dos principais fatores da ocorrência de sífilis congênita em crianças cujas mães realizaram o acompanhamento do pré-natal nos serviços<sup>15,19,23</sup>.

Cabe lembrar que, para além dos serviços que não possuem o medicamento ou o profissional capacitado para a prescrição e suporte para a aplicação de medicamentos intramuscular, não há impedimentos para a realização do tratamento nos serviços de APS. Vários estudos comprovam que a reação anafilática em decorrência da aplicação de penicilina é um evento extremamente raro, com ocorrência em torno de 0,002% dos casos. Além disso, os serviços de APS devem dispor dos insumos e dispositivos técnicos necessários ao atendimento de eventuais situações de emergência<sup>2,15</sup>.

A ocorrência referida de casos de sífilis congênita em 15,1% dos 2.440 serviços avaliados pode representar uma maior identificação dos casos e, portanto, maior sensibilidade desses serviços ao problema. Por outro lado, o aumento na taxa de sífilis congênita<sup>16</sup> e os relatos de existência de subnotificações de casos<sup>10,19</sup> levam ao questionamento da ocorrência de casos entre os serviços que relataram sua ausência (72,3%).

Talvez a maior gravidade, neste sentido, esteja no número de serviços que não souberam informar a existência de casos entre suas gestantes que realizaram o acompanhamento do pré-natal (12,6%), sugerindo falta de integração entre os serviços de vigilância que concentram tais informações, o que permite questionar se esses serviços acompanham adequadamente suas gestantes no pós-parto e se acolhem e fazem o seguimento dos recém-nascidos.

Nonato<sup>19</sup> destaca a importância da notificação da sífilis na gestação como mecanismo de acompanhamento e controle da doença, e também como ferramenta de eleição de prioridades e planejamento de ações. Neste sentido, para além da constatação da existência de serviços com ocorrência de sífilis congênita e da verificação de limitações relacionadas à disponibilidade de recursos e da assistência à gestante, a associação dos indicadores favoreceu identificar incoerências não explícitas na rotina dos serviços, tais como: 1) os serviços que apresentaram maiores frequências de solicitação de sorologia para sífilis são aqueles que não aplicam penicilina benzatina, ou seja, diagnosticam, mas não tratam; 2) há serviços que aplicam a penicilina benzatina em sua rotina, porém, não realizam o tratamento da sífilis durante o pré-natal; 3) em contrapartida, há serviços que relatam oferecer o tratamento na unidade e não realizam aplicação deste antibiótico; 4) entre os serviços que declaram a aplicação de penicilina benzatina, 1,1% não possuem, na equipe fixa da

unidade, a presença do profissional necessário – o médico ou enfermeiro – para realizar a sua prescrição (Tabela 3).

Como dado adicional, é relevante apontar que os serviços que mais aplicam a penicilina benzatina são: as UBS; aqueles que dispõem com maior frequência do pediatra fixo na equipe; e os que mais informam a ocorrência dos casos de sífilis congênita. Isso permite supor que estes serviços estão mais atentos a esse problema e, assim, valorizam a ocorrência de casos, ou seja, informam melhor do que aqueles que não o fazem.

### Recomendações

O conjunto dos dados apresentados permitiu constatar que, embora existam condições de estrutura, a organização do processo de assistência no pré-natal compromete a efetividade do tratamento da sífilis durante a gestação, o que torna evidente a urgência de se repensar as práticas relacionadas às oportunidades de tratamento da sífilis, conferindo maior responsabilidade dos diversos pontos da rede de atenção com a qualidade ao pré-natal nos serviços, especialmente nas unidades de atenção primária à saúde.

### Referências

1. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(6):1337-1349.
2. Araujo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Públ*. 2012; 46(3):479-86.
3. Avelino CCV, Goyatá SLT, Nogueira DA, Rodrigues LBB, Siqueira SMS. Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um

município de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(4):1285-1293.

4. Castanheira ERL, Nemes MIB, Zarili TFT, Sanine PR, Corrente JE. Avaliação de Serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Saúde Debate*. 2014; 38(103):679-691.

5. Castanheira ERL, Sanine PR, Zarili TFT, Nemes MIB. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a institucionalização de uma cultura avaliativa? In: Akerman M; Furtado JP, organizadores. *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.

6. De Lorenzi DRS, Araújo BF, Graziotim L, Basso E. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul/RS no período de 1998-2002. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2005; 17(1):5-9.

7. Domingues RMSM, Saracen V, Hartz ZMA, Leal MC. Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. *Rev Saúde Públ*. 2013; 47(1):147-157.

8. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260(12):1743-1748.

9. Dongxu W, Yuhui S, Stewart D, Chun C, Chaoyang L. Factors associated with the utilization and quality of prenatal care in western rural regions of China. *Health Education*. 2012; 112(1):4-14.

10. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(6):1109-1120.

11. Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, Leal MC, Szwarcwald CL et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19(2):173-176.

12. Mendes JDV. Mortalidade Infantil no estado de São Paulo em 2014. *Gais Informa*. 2015; 7(47).

13. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

14. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília; 2016.

15. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Brasília; 2015a.

16. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico: Sífilis*. Brasília; 2015b.

17. Monteiro CA, Franca Junior I, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Públ.* 2000; 34(6):19-25.
18. Nemes MIB. Avaliação em saúde: questões para os Programas de DST/aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 2001.
19. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015; 24(4):681-694.
20. Sanine PR. Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde no estado de São Paulo [dissertação de mestrado]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu da Unesp; 2014.
21. Secretaria de Estado da Saúde. Agenda do gestor municipal de saúde no estado de São Paulo. 1. ed. São Paulo: SES/SP; 2010. 320p.
22. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17(1):131-139.
23. Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Latino americano de Enfermagem.* 2008; 16(6).
24. Szwarcwald CL, Junior AB, Miranda AE, Paz LC. Resultados do Estudo Sentinela-Parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2007; 19(3-4):128-133.
25. Zere E, Kirigia JM, Duale S, Akazili J. Inequities in maternal and child health outcomes and interventions in Ghana. *BMC Public Health.* 2012; 12(252):2-10.

# Problematizações acerca do uso de métodos de proteção às DST entre lésbicas/bissexuais sob a perspectiva de gênero<sup>1</sup>

**Problematizations about the use of methods of protection against STD among lesbians / bisexuals under the gender perspective**

Julliana Luiz Rodrigues<sup>II</sup>

## Resumo

A visibilidade de mulheres lésbicas tem suscitado questões pertinentes à saúde desse grupo. A literatura aponta que valores hegemônicos de masculinidade e feminilidade atravessam discursos e interferem nas ações de cuidado. A saúde sexual, compreendida como direito, deve ser pensada incluindo-se aspectos socioculturais como determinantes para a qualidade da atenção dispensada. Este artigo tem por objetivo discutir como a inserção de métodos de proteção às DST é problematizada na relação e as estratégias preventivas que são efetivadas na parceria lésbica. Pautada em vertente qualitativa, utilizou-se entrevistas semiestruturadas e anotações em diário de campo para obtenção dos relatos. Entrevistou-se nove mulheres lésbicas ou bissexuais entre 19 e 46 anos, residentes na cidade de São Paulo, no ano de 2011. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Os resultados vislumbram a relação entre construções de gênero e o cuidado dispensado à saúde sexual. Valores relativos à feminilidade hegemônica podem operar vulnerabilizando mulheres quanto à exposição às doenças sexualmente transmissíveis. Discursos sobre sexo seguro entre lésbicas são praticamente inexistentes, dificultando o uso de quaisquer métodos de proteção na cena sexual. A vulnerabilidade ao adoecimento sexual, remete à estrutura de organização dos serviços de saúde, que reiteram expectativas de gênero e às lacunas programáticas.

**Palavras-chave:** Saúde sexual; Gênero; Homossexualidade feminina.

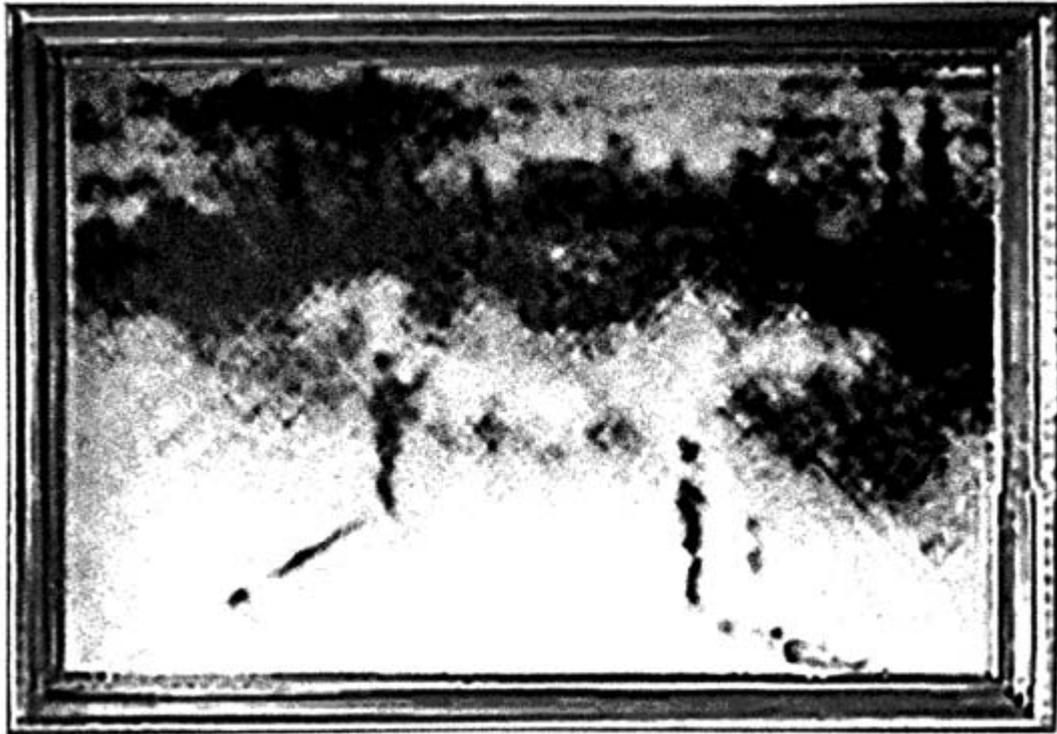
## Abstract

The visibility of lesbian women has raised issues relating to the health of this group. The literature suggests that hegemonic values of masculinity and femininity go through speeches and interfere with the care actions. Sexual health, understood as a right, should be considered including in socio-cultural aspects as critical to the quality of attention. This article aims to discuss how the inclusion of the STD protection methods is problematized in the relationship and the preventive strategies that are effective in lesbian partnership. Guided by qualitative aspect, we used semi-structured interviews and notes in field diary to obtain the reports. nine lesbian women interviewed or bisexual between 19 and 46 years, residents in the city of São Paulo, in 2011. The interviews were recorded, transcribed and analyzed. The results envision the relationship between gender constructions and the care given to sexual health. Amounts related to hegemonic femininity can operate vulnerabilizando women and exposure to sexually transmitted diseases. Discourses on safe sex between lesbians are virtually non-existent, making it difficult to use any protection methods in sexual scene. Vulnerability to sexual illness, refers to the organizational structure of health services which reiterate gender expectations and programmatic gaps.

**Keywords:** Sexual health; Gender; Lesbian.

<sup>I</sup> O artigo apresentado é parte dos resultados da dissertação de mestrado realizada na Faculdade de Saúde Pública-USP (2011) intitulada "Estereótipos de gênero e o cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais"

<sup>II</sup> Julliana Luiz Rodrigues (jullianalrodrigues@gmail.com) é psicóloga, Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.



### Introdução

O crescimento dos movimentos sociais relacionados à temática da lesbianidade e a afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos têm favorecido a visibilidade de lésbicas/bissexuais e promovido importantes debates no campo da saúde. Porém, ações que promovam efetivamente o cuidado em saúde sexual dessas mulheres ainda são incipientes.

Estudos, a maioria disponível na literatura internacional<sup>1,7,8</sup>, trazem dados preocupantes relativos à saúde sexual e reprodutiva das lésbicas: menor solicitação por parte dos profissionais da saúde de exames Papanicolaou e de prevenção ao câncer de mama, acesso à consulta ginecológica sem regularidade ou somente quando surgem maiores agravos à saúde, além do uso pouco frequente de métodos de proteção às doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Comportamentos de prevenção às DST raramente são considerados e efetivados entre as

parceiras, como apontam pesquisas realizadas no Brasil. No estudo conduzido na cidade de São Paulo por Barbosa e Facchini<sup>5</sup>, os relatos especificamente acerca da percepção de riscos e de necessidades de cuidados associados às DST/aids remetem ao contato sexual com homens, colocando as relações com mulheres como mais seguras. O uso de preservativo nos acessórios compartilhados entre mulheres e para a prática de sexo oral raramente é feito<sup>18,19</sup>.

Outro estudo, com 10 mulheres de camadas médias de Porto Alegre (Rio Grande do Sul) demonstrou que, apesar de se declararem conscientes da possibilidade de transmissão de doenças pela via sexual, as mulheres lésbicas diziam que se expunham a elas por considerar que eram de fácil tratamento<sup>17</sup>.

Mesmo sendo baixa a transmissão de DST/aids entre mulheres lésbicas, os profissionais da saúde não deveriam pressupor que estas mulheres têm automaticamente baixo risco de adquirir

quaisquer DST<sup>18,19</sup>. A transmissão do HIV entre mulheres lésbicas sempre foi presumida, na ausência de fatores de risco mais específicos<sup>18,19</sup>.

Com relação à baixa procura pelos serviços de saúde, a literatura aponta possível existência de discriminação nesses locais, despreparo dos profissionais para lidar com as “especificidades” desse grupo populacional e dificuldades das mulheres para conversar com o profissional sobre sua homo ou bissexualidade<sup>4,5,17,18</sup>.

Neste artigo, a adoção de métodos de proteção às DST entre lésbicas é analisada, considerando que comportamentos relacionados à prática sexual estão em constante diálogo com valores hegemônicos que permeiam a sexualidade e suas moralidades.

### **Método**

Os dados obtidos são provenientes de parte dos resultados de pesquisa de Mestrado intitulada “Estereótipos de Gênero e o Cuidado em Saúde Sexual de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” realizada na cidade de São Paulo nos anos de 2010 e 2011. Foram entrevistadas em profundidade nove mulheres lésbicas/bissexuais com idades entre 19 e 46 anos, todas residindo na capital paulistana. A seleção das informantes se deu de forma a contatar participantes com idade, condição afetiva (estar em relacionamento estável ou não) e nível socioeconômico o mais variado possível.

A entrevista foi conduzida a partir de um roteiro, previamente elaborado. No tema sobre práticas sexuais, procuramos compreender mais detalhadamente como se dava a inserção de métodos de proteção às DST/aids. Os cuidados éticos na investigação respeitaram a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 1996, através do oferecimento de Termo de Consentimento Livre Esclarecido para as entrevistadas

que quisessem participar do estudo e garantia de anonimato de suas informações; os nomes constantes nos resultados são fictícios.

A análise foi realizada após leitura exaustiva da transcrição das entrevistas. Num primeiro momento, o material obtido foi organizado em cinco categorias temáticas, uma delas referia-se especificamente sobre a inserção de métodos de proteção às DST nas relações sexuais. Posteriormente, analisamos as diferentes respostas das participantes acerca de um mesmo tema, buscando correlacionar com as diversas condições quanto à idade, nível socioeconômico e situação conjugal.

### **Resultados**

Das entrevistadas, quatro delas eram moradoras de bairros periféricos, pertenciam a camadas populares e utilizavam a Unidade Básica de Saúde (UBS) para cuidados em saúde. As 5 demais tinham uma condição socioeconômica mais elevada e utilizavam médicos de convênios particulares. Entre o total de nove participantes, cinco estavam solteiras na ocasião de nossa entrevista; uma estava namorando um rapaz e três moravam na mesma residência com sua respectiva parceira.

Diante da pergunta sobre se utilizavam algum recurso que as protegessem de doenças sexualmente transmissíveis, todas apontaram que era importante utilizar algum método de proteção às DSTs/aids numa relação sexual com outra mulher, mas nenhuma verbalizou fazer uso de quaisquer recursos:

*Não, não uso. Na verdade, é um assunto que eu não conheço muito. Eu acho que pode ter riscos de doenças, mas, enfim... não sei (Cíntia).*

*Não, nunca usei. Mas eu acho que seria importante usar, eu acho que seria importante ter maiores informações para usar (Flora).*

*Com mulher, não. Mas eu acho que seria necessário, seria bacana (Gisele).*

As explicações oferecidas pelas participantes sobre o não uso foram atribuídas ao fato de desconhecerem os métodos disponíveis, ou por conta da indisponibilidade de recursos viáveis, ou, ainda, devido ao estranhamento que inserir um método de proteção na cena sexual poderia causar à parceira. Na tentativa de promover uma discussão mais consistente, discutiremos, a seguir, sobre os diferentes discursos que surgiram.

O estranhamento referido pelas participantes ao propor o uso de camisinha nas práticas sexuais com mulheres remete aos valores construídos em torno deste material: possibilidade de serem julgadas tendo uma atitude masculina ou a algum elemento não desejável:

*Numa relação heterossexual é normal o cara parar na farmácia e comprar camisinha, agora entre mulheres eu não imagino isso acontecendo. Já tem essa dificuldade, o que a menina vai pensar? Estou louca! (Gisele).*

*Ela vai achar estranho, vai me dizer: “Pô, por que usar a camisinha comigo, se geralmente ninguém usa?” (Mara).*

Outra dificuldade em inserir o preservativo foi atribuída por ser um insumo indicado para a prática sexual com homens, não com mulheres:

*(...) quando a gente estava no momento “vamos que vamos”, eu falei para ele pegar a camisinha e ele me falou que não tinha camisinha. Sabe o que eu fiz? Falei “olha, meu filho, sinto muito, não dá”. Vesti a roupa, peguei um ônibus e voltei para minha casa. A camisinha era condição.*

*[E se fosse uma menina?]*

*Vixe, eu nem ia pensar nisso! (Patrícia).*

*Eu usava a camisinha com homens, mas usava para não engravidar. O problema era pegar barriga. (Anita).*

Finalmente, o não uso de métodos de proteção no sexo foi justificado pelas participantes devido ao desconhecimento sobre o tema e/ou indisponibilidade de recursos viáveis.

Todas reconheciam a importância de utilizar algum recurso no sexo com mulheres. Listaram algumas possibilidades, mas evidenciaram quanto o assunto não é discutido e, portanto, não sabiam da efetividade dos materiais existentes, se eram realmente necessários e úteis para as diversas práticas sexuais realizadas, tampouco onde adquiri-los:

*(...) eu acho bem mais difícil [me prevenir com uma mulher] do que com um cara, bem mais difícil. Não é divulgado, ninguém fala nisso, na verdade, eu fico na dúvida (Cíntia).*

*Com o homem é fácil, bota uma camisinha no pênis e resolveu a história, com a mulher como é que você faz? (...) Não sei. Eu não sei como seria... (Diana).*

Interessantemente, mesmo estando cientes acerca dos riscos de transmissão de doenças, elas relataram a sensação de inadequação ao lançar mão de métodos de proteção na cena homossexual. A estranheza que poderia causar à parceira era suficiente para que optassem por prescindir de tal cuidado.

Assim, falta de informações sobre sexo seguro na parceria lésbica foi apontada como grande entrave para prevenção. A camisinha feminina foi referida como “aceitável” na relação sexual entre duas mulheres, contudo, as participantes não sabiam se, de fato, era viável para oferecer proteção às DST. Ainda assim, o preço elevado deste insumo foi pontuado como importante empecilho.

A condição afetiva das participantes também se mostrou relevante: menor preocupação

com a prevenção esteve presente nas mulheres com relacionamentos estáveis, pois afirmaram que o uso de métodos de proteção de DST era dispensável a partir da fidelidade acordada.

As relações estáveis foram referidas como mais seguras, pois com a intimidade conquistada é possível conhecer comportamentos da parceira, permitindo que outras/novas práticas sexuais sejam incluídas:

*Com o namoro é possível incluir outras práticas (...). Eu acho que só analisando o comportamento, você já vê quanto ela é solta na cama, se tem o perfil de quem nunca se cuidou, nunca se preveniu, ou se ela tem alguma consciência, entendeu? (Gisele, solteira).*

Já que nenhuma participante fez uso de quaisquer recursos para prevenção de DST, perguntamos a elas se recorriam a algumas estratégias para diminuir os riscos. As mulheres afirmaram que a principal estratégia consistia em conhecer “com quem se vai para a cama”.

O conhecer a parceira foi descrito por atitudes de evitar o contato com mulheres que tivessem número elevado de parceiras(os) e, também, a partir de observações cuidadosas sobre sua vida pessoal:

*É preciso conhecer a menina para viver algo sexual com ela. (...) O cuidado que eu tinha era observar se ela era limpinha, sabe, se ela se cuidava. (Josi).*

*Depois de uma conversa, depois que você vê quanto que a menina é asseada, quanto ela cuida dela mesma, daí você sabe se vale a pena ou não.*

*(...) a gente conversando com a pessoa, sabendo um pouco do passado dela, (...) por exemplo, observar a pessoa tomando banho, você já sabe quanto de higiene ela tem. (Mara)*

Como estratégias de prevenção no sexo entre mulheres, além da observação da vida pessoal como acima referido, também eram estabelecidas hierarquias de parcerias, na qual as bissexuais eram classificadas como “grupos de risco” e as que mantinham envolvimento exclusivamente lésbicos, as que ofereciam menores riscos ou risco zero de contaminação.

### **Discussão/recomendação**

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que todas as participantes se preocupavam com o tema da prevenção de doenças na prática sexual entre mulheres, consideravam-no importante, mas nenhuma fez uso de quaisquer materiais. Tais dados foram semelhantes a outros estudos realizados com mulheres lésbicas na cidade de Porto Alegre<sup>17</sup> e São Paulo<sup>5</sup>.

Ao pensarmos em prevenção de DST, a camisinha masculina é o primeiro material acionado. No entanto, o uso deste insumo nas relações sexuais merece algumas reflexões. A ligação que o preservativo faz com a sexualidade feminina parece ocorrer prioritariamente para evitar a gravidez e menos pela via da sexualidade. O que torna compreensível seu uso estar relacionado ao contato sexual com homens e não com mulheres, conforme os relatos obtidos na pesquisa.

Partindo das reflexões de Villela<sup>21</sup>, de que o comportamento de autoproteção poderia ser compreendido como herança de delegar à mulher a prevenção em não engravidar, a inserção de métodos por iniciativa de mulheres parece estar relacionada prioritariamente à prevenção de gravidez. Assim, a função contraceptiva atribuída ao preservativo, mais do que sua função de proteção às DST, pode fazer com que seu uso, no contexto de parceria lésbica, fique sem sentido.

Apesar do preservativo masculino ter sido verbalizado entre as participantes como a principal maneira de se proteger, ele é dispensável

num contexto de relação sexual na qual o risco de engravidar é zero.

Além disso, ao propor ou carregar preservativos, a mulher é vista como sexualmente ativa ou à procura de sexo – percepção que talvez contradiga as normas socialmente aceitas de sua passividade<sup>12</sup>.

A dificuldade em solicitar ou propor o uso de métodos de proteção às DST/aids, também foi pontuada pela possibilidade de incitar dúvida quanto ao cuidado que a parceira dedicava à saúde sexual. Heilborn e Gouveia<sup>16</sup>, em estudo sobre sexualidade de mulheres (heterossexuais) de camadas populares do Rio de Janeiro, encontraram que o simples pedido vindo delas para usar preservativo poderia levantar algum tipo de desconfiança do parceiro.

Não encontramos estudos no Brasil que discutissem possíveis incômodos gerados no casal lésbico, mas os relatos das nossas participantes sugerem significados semelhantes ao apontado por Heilborn e Gouveia<sup>16</sup>, localizando o pedido do preservativo como questionamento da conduta da parceira.

A solicitação da camisinha por parte da mulher numa relação heterossexual parece ser sustentada pelo pressuposto de que o homem tem (ou teve) várias parceiras sexuais, daí a necessidade de se prevenir (além do risco de gravidez). Isso é esperado socialmente, uma vez que a masculinidade é reforçada quando o sujeito do sexo masculino é associado à atividade sexual, onde desempenho e quantidade de parceiras reiteram noções de virilidade.

Na direção oposta, propor o uso de métodos de proteção na relação sexual entre mulheres pode adquirir o sentido de questionar e sugerir que a companheira tem elevado número de parceiras sexuais.

Dados semelhantes de que o relacionamento estável sugere exclusividade sexual a partir de acordos de fidelidade e, portanto, oferece menor

risco de transmissão de DST foram encontrados no estudo de Barbosa e Facchini<sup>5</sup>. Uso pouco frequente de métodos de proteção também são recorrentes entre casais heterossexuais que estão em situação conjugal<sup>3,6,20</sup>.

A ideia de que preservativo não combina com casamento<sup>10,12,13,14</sup> também se fez presente nos relacionamentos lésbicos, pelo sentido que a fidelidade adquire na relação conjugal. Acrescido da noção de que a mulher é *naturalmente mais fiel*, dificulta-se o trabalho da prevenção em contexto de parceria homossexual feminina.

O método de proteção explicitado na frase “conhecer a pessoa com quem se vai para a cama” verbalizado pelas participantes deste estudo, aproximou-se dos achados obtidos por Meinerz<sup>17</sup> e assemelhou-se às respostas de homens e mulheres (heterossexuais) encontradas na pesquisa de Gogna e Ramos<sup>12</sup>.

Observações sobre a vida pessoal são permeadas por valores de gênero, fazendo com que mulheres classificadas como mais “soltas” ou “desinibidas” manifestassem maiores riscos de transmitir doenças pela via sexual, visto a proximidade que tinham com comportamentos promíscuos.

De acordo com Heilborn<sup>15</sup>, a adoção de métodos de proteção “esbarra em definições cristalizadas de ‘pureza/poluição’ dos parceiros, fazendo com que a ideia de ‘pessoa conhecida’ – leia-se aquela que, em princípio, compartilha o mesmo universo de valores – recaia fora do campo de um possível agente de contaminação” (p.203). Assim, problematizar o uso de métodos de proteção no sexo requer discussões sobre os níveis de pureza ou poluição que são atribuídos aos parceiros sexuais, níveis esses que dependem, entre outras coisas, da proximidade da pessoa e dos julgamentos estabelecidos diferentemente a homens e mulheres, de acordo com valores hegemônicos de masculinidade e feminilidade.

Reconhecemos alguns esforços que têm sido feitos para que os primeiros passos sejam dados na produção de discursos a respeito da prevenção de DST na parceria lésbica. Entretanto, os relatos das entrevistas nos mostram que as recomendações ainda permanecem distantes do cotidiano das mulheres.

Supomos que os entraves sobre a adoção de práticas preventivas nos comportamentos sexuais são inúmeros e complexos. Além da pequena divulgação dos materiais produzidos, percebemos outras dificuldades que merecem reflexões. Uma delas diz respeito às construções de gênero e as moralidades em torno da sexualidade.

O imaginário “ser cuidadosa e atenta à saúde” adquire uma dinâmica especialmente importante nas práticas sexuais entre mulheres: parece contribuir para que elas fiquem menos preocupadas em lançar mão de ações de cuidado com a saúde. Os valores associados à sexualidade feminina dispensam uso de métodos de proteção de DST, ou, pelo menos, diminuem a necessidade de inseri-lo na cena homossexual, devido à menor possibilidade de transmissão de doenças, se comparada ao contato com homens. As representações de que as DST/aids se pegam no contato sexual com homens, somadas à suposição de que mulheres são mais atentas ao seu estado de saúde, e, por isso, se cuidam mais, favorece a vivência de experiências sexuais desprotegidas na relação homossexual feminina.

Assim, as discussões oriundas dos nossos dados apontam para uma importante relação entre feminilidade e exposição às DST: prática sexual associada à expressão do afeto, na sexualidade feminina, opera vulnerabilizando as mulheres lésbicas, na medida em que, ao se propor o uso de quaisquer métodos de proteção, tal atitude pode ser interpretada como questionamento sobre o sentimento da parceira ou insinuar desconfiança quanto à possibilidade de múltiplas parcerias.

Outra dificuldade na adoção de comportamentos preventivos na parceria lésbica é a associação historicamente produzida da camisinha para prevenção do HIV entre casais gays ou de seu uso como recurso contraceptivo nos envoltórios heterossexuais. Em ambos os contextos, os discursos em torno do preservativo não incluem mulheres lésbicas.

O comportamento homossexual feminino, de forma ainda mais acentuada que a sexualidade feminina heterossexual, tende, historicamente, à invisibilidade no discurso médico-ginecológico e no campo acadêmico<sup>2</sup>. A ausência de discursos sobre sexo seguro na parceria lésbica exprime a estreita relação que cuidado com saúde teve e ainda tem com a reprodução, ficando a sexualidade em segundo plano.

Encontramos poucos estudos que dialogassem com as construções de feminilidade e masculinidade, deixando esse tema especialmente difícil de ser discutido com a literatura nacional.

### **Considerações finais**

Serviços de saúde organizados, prioritariamente, para necessidades reprodutivas, divulgação precária de materiais informativos sobre os riscos de doenças no sexo entre mulheres e o despreparo dos profissionais denunciam a vulnerabilidade programática a que a prevenção de DST/HIV/aids entre lésbicas está submetida.

Intervenções na área da saúde a respeito da homossexualidade feminina reclamam por, pelo menos, duas medidas. Primeiro, que a possibilidade de transmissão de doenças via sexual seja incluída como preocupação nas políticas públicas nacionais e, segundo, a construção de novos sentidos de masculinidade e feminilidade, que, certamente, não depende apenas da produção de discursos e práticas de saúde, mas não pode prescindir deles, do mesmo modo que não

pode prescindir da incorporação imediata de tais discursos e práticas transformadoras em ações e posturas rotineiras no interior do serviço de saúde.

A dimensão romântica do sexo dificulta a possibilidade de diálogo sobre a transmissão de doenças; assim nos parece que tal dimensão deveria ser problematizada nas discussões sobre sexualidade também entre lésbicas homo e bissexuais.

Reconhecemos as raízes históricas para tal escassez e a partir de estudos que denunciem silêncios e lacunas é que podemos avançar na construção de políticas públicas de saúde que deem visibilidade às mulheres lésbicas e bissexuais.

### Referências

1. Aaron DJ, Markovic N, Honnold JA, Janosky JE, Schmidt NJ. Behavioral risk factors for disease and preventive health practises among lesbians. *Am J Public Health*. 2001; 9(6):972-975.
2. Almeida GES. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis*. 2009; 19 (2):301-331.
3. Barbosa RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/São Paulo: Editora 34; 1999. p.73-88.
4. Barbosa RM, Koyama MAH. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(7):1511-1514.
5. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(2):291-300.
6. Berquó E, organizadora. *Comportamento sexual da população brasileira e percepção do HIV/aids*. Brasília (DF)/São Paulo: Ministério da Saúde/CEBRAP; 2000.
7. Denenberg R. Report on lesbian health. *Women Health Issues*. 1995; 5(2):81-91.
8. Diamant AL, Schuster MA, Lever J. Receipt of preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med*. 2000a; 19(3):141-148.
9. Diamant AL, Wold C, Spritzer K, Gelberg L. Health behaviours, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual and heterosexual women. *Arch Fam Med*. 2000b; 9(10):1043-1051.
10. Giffin K. *Homens, heterossexualidades e reprodução no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP; 1997.
11. Gogna M. Contribuições para repensar a prevenção das DST. In: 2º Seminário, Saúde Reprodutiva em Tempos de aids; mar 13-15. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ; 1997. p.55-60.
12. Gogna R, Ramos S. Crenças leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs. In: Barbosa, RM, Parker, R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/São Paulo: Editora 34; 1999. p.229-248.
13. Guimarães CD. Mulheres, homens e Aids: o visível e o invisível. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, organizadores. *A aids no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p.217-230. (Série História Social da Aids, vol. 2).
14. Guimarães CD. Mas eu conheço ele! Um método de prevenção do HIV/aids. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres*. Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 169-180. (Série História Social da Aids, vol.7)
15. Heilborn ML. Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: Marsiglia RMG, Goldenberg P, Gomes MHA, organizadoras. *O clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.197-208.
16. Heilborn ML, Gouveia PF. “Marido é tudo igual”: mulheres populares e sexualidade no contexto da aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/São Paulo: Editora 34; 1999, p.175-198.
17. Meinerz NE. *Entre mulheres – estudo etnográfico sobre a constituição da parceria homoerótica na cidade de Porto Alegre [dissertação de mestrado]*. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul; 2005.
18. Pinto VM. *Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres [dissertação de mestrado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.
19. Pinto VM, Tancredi MV, Tancredi Neto A, Buchalla CM. Sexually transmitted disease / HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*. 2005; 19(4):64-69.
20. Silva CGM. O significado da fidelidade e as estratégias para prevenção da aids entre homens casados. *Rev Saúde Públ*. 2002; 36(4):40-49.
21. Villela WV. Prevenção do HIV/aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/São Paulo: Editora 34; 1999. p.199-214.

# Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil<sup>I</sup>

**The Line of Care for breast and cervical cancer: a study about referral and counter referral in five health-care regional branches of Sao Paulo, Brazil**

Silvia Helena Bastos de Paula<sup>II</sup>, Anna Volochko<sup>III</sup>, Regina Figueiredo<sup>IV</sup>

## Resumo

Pretende-se neste artigo discutir aspectos da integralidade do cuidado partindo das condições sob as quais as regionais de saúde de São Paulo articulam a referência para o cuidado oferecido às mulheres afetadas por câncer de colo uterino e de mama, como marcadores de efetividade da referência regional nesta linha de cuidado. É estudo de avaliação com utilização de métodos mistos, por recorte oriundo de estudo mais amplo apoiado com recurso de edital da FAPESP. A pesquisa foi feita em cinco regionais de saúde do Estado de São Paulo de março a dezembro de 2006. As solicitações de mamografia da rede primária de atenção não tinham referência estruturada, dependendo de contatos pessoais, com obstáculos diversos, especialmente no tocante ao câncer de colo uterino, ao tratamento de infecções genitais das mulheres e de seus parceiros, e à referência e contrarreferência precoce para colpocitopatologia, cirurgia e serviço oncológico que eram críticos. Após dez anos da realização desse estudo e edição de novas políticas sobre atenção oncológica, é necessário promover estudos que permitam comparar o efeito dessas iniciativas e o grau do sistema de referências e contrarreferências.

**Palavras-chave:** Linha de cuidado; Referência; Câncer de colo de útero; Câncer de mama.

## Abstract

The aim of this work is to discuss aspects of the integrated care from the particularities under which the health-care regional branches of São Paulo articulate the referral of the care offered to women affected by cervical and breast cancer as indicators on the effectiveness of the regional referral system in this *line of care*. This is an evaluation study with mixed methodology and is a part of a bigger study sponsored by FAPESP. The study was performed in five health-care regional branches from the state of São Paulo from March through December 2006. The mammography requests from the health-care primary network do not have a structured referral system, they are dependent on personal contacts and diverse obstacles; specially concerning to cervical cancer, the treatment of genital infections of the women and their couples and the early referral and counter referral towards colposcopy, surgery and oncological services that were critical. Ten years after performing this study and with the issuing of new policies on oncological care, it is necessary to promote studies that allow us to compare the effect of those initiatives and the situation of the referral and counter referral system.

**Keywords:** Line of care; Referral; Cervical cancer; Breast cancer.

<sup>I</sup> Resultados referentes à linha de cuidado de câncer de colo e mama do Projeto "Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP", realizado pelo Convênio Fapesp, CNPq e PP SUS, nº 05/58542-7<sup>32</sup>.

<sup>II</sup> Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos58@gmail.com) é enfermeira, doutora em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças (SES/SP), mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e membro do Núcleo de Práticas de Saúde e da Linha de Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva.

<sup>III</sup> Anna Volochko (volochko@isaude.sp.gov.br) é médica, doutora em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças (SES/SP), Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

<sup>IV</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, Mestre em Antropologia Social e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Membro do Grupo Técnico de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



### Introdução

**P**retende-se discutir aspectos da integralidade do cuidado partindo das condições sob as quais as regionais de saúde de São Paulo articulam a referência para o cuidado oferecido às mulheres afetadas por câncer de colo uterino e de mama, analisados como marcadores de efetividade da referência regional nesta linha de cuidado.

Partiu-se da premissa de que para atenção básica operar a integralidade é necessário se estabelecer adequada rede física e instrumentos que tornem possível a comunicação entre níveis no atendimento às necessidades de saúde da mulher pelo acesso a serviços resolutivos do nível secundário em termos da realização de consultas e exames especialistas, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos e acesso a tratamento adequado, o que depende do funcionamento da referência e contrarreferência. A atenção integral à saúde, objeto do Sistema Único de Saúde,

por meio de rede hierárquica e por região, que se inicia pela organização do processo de trabalho na rede básica e soma-se às ações em outros níveis de assistência, compondo rede articulada para garantir o acesso ao “cuidado à saúde”<sup>17</sup>.

O câncer no Brasil é reconhecido como problema de saúde pública desde 1919, e até meado do século 20 era visto como doença que afetava principalmente as mulheres, pois era percebido na sua relação com órgãos reprodutores femininos. A partir de 1975, com a criação dos sistemas de informação, foi observada a alta prevalência de câncer de mama, o que pode ter contribuído para a sua inclusão na agenda de políticas públicas de saúde, em 1984. Hoje este agravo é prioridade da política de saúde e recebe investimento em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde do país, desde a atenção primária com o rastreamento, até a atenção especializada no tratamento da doença<sup>30</sup>.

Estimativas do Instituto Nacional do Câncer para 2016-2017<sup>26</sup> apontam 560 mil casos novos de câncer. Entre mulheres, o tipo mais frequente é o câncer de mama (28,1% de casos novos) e o terceiro mais frequente é o câncer de colo uterino (7,9% de casos novos). Em São Paulo, estima-se que ocorrerão 15.570 casos novos de câncer de mama no biênio em curso e o índice será 69,70/100 mil, e 2.120 casos novos de câncer de colo uterino com índice de 9,5/100 mil habitantes.

Até 1990, o câncer de colo – em 70% dos casos – era diagnosticado na fase invasiva. Com a oferta de exames Papanicolaou nos serviços de atenção primária, o diagnóstico, atualmente, em 44% dos casos, é feito na fase precursora de lesão neoplásica maligna. A morbidade e mortalidade por câncer de colo uterino têm tendência de queda nos últimos anos, porém, a sua relação com infecção pelo HPV, que causa mutilações e mortalidade, não se encontra controlada, mesmo se tratando de um agravo evitável por prevenção primária. A maior incidência de morte por carcinoma de colo acomete mulheres acima de 45 anos com 76,13 % dos casos registrados, o que determina a idade avançada como um fator de risco para a mortalidade e exige cuidados para um rastreamento organizado e pronto tratamento dos casos diagnosticados com alterações citológicas<sup>23</sup>.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental para garantir acesso universal dos cidadãos aos serviços e ações de saúde com equidade, de acordo com suas necessidades, e para oferecer atenção íntegra. As redes são formadas por relações e pactos entre pessoas, serviços e sistemas que atuam de forma interdependente e com responsabilidade partilhada entre os pontos da rede<sup>13</sup>. A RAS só funciona se houver usuários, políticos, gestores e trabalhadores comprometidos, e essa é condição indispensável para atenção aos agravos decorrentes de câncer de mama e de colo uterino que, por sua natureza, envolvem a rede de atenção básica, as redes secundárias e terciárias e a rede oncológica. Especialmente nas Unidades

Básicas ou nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) que são porta de entrada do usuário no sistema de saúde, se constituem em espaços importantes de práticas multiprofissionais e por estarem mais próximas do lugar onde vivem as pessoas, trazem mais possibilidades de contato dos profissionais da saúde com a comunidade<sup>26</sup>.

A referência e contrarreferência em apoio à rede de atenção básica de saúde são meios de operar o sistema, articulando os diversos níveis de complexidade tecnológica no sistema local, estadual e federal. A Lei Orgânica da Saúde<sup>7</sup> prevê que entre as diretrizes do SUS deve ocorrer: o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (art. 198, II); a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (art. 7º, inciso II). Assim, toda gestão das referências passa pelo nível local, que depende dos demais entes federal e estadual, com diferentes funções na organização e funcionamento do SUS, admitida por especialistas como a única política social realmente instituída no país.

O sistema de referência e contrarreferência visa a estabelecer um fluxo regulado e ordenado de usuários(as) entre os pontos de atenção à saúde, vislumbrando-se práticas resolutivas e orientadas pelo princípio da integralidade. As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial” com a finalidade de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades de saúde de modo equânime e íntegro<sup>19</sup>.

O Programa Integral de Saúde da Mulher<sup>9</sup> foi proposto no Estado de São Paulo em 1983 e iniciado em 1985. A Política Nacional de Saúde da Mulher incorpora os enfoques de gênero, etnia, integralidade e promoção da saúde (Brasil, 2004). Por sua amplitude e complexidade, este

programa pode ser decomposto em várias linhas de cuidados, que, necessariamente devem se articular para realizarem a integralidade. Entre elas, destacam-se a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer de colo cérvico-uterino e identificação precoce do câncer de mama; assistência ao climatério e outros, inscritos no rol dos direitos sexuais e reprodutivos<sup>18</sup>.

Os obstáculos para o diagnóstico oportuno e acesso aos meios de tratamento são as principais causas para a alta mortalidade, que, além de determinar pior prognóstico para as mulheres, aumentam o custo do tratamento para o sistema de saúde. O câncer de mama representa, entre as neoplasias do sexo feminino, a de maior importância em razão da alta incidência e o elevado coeficiente de mortalidade no Município de São Paulo, com maior incidência entre os 50 e 59 anos<sup>29</sup>. Ao se considerar as diretrizes de programação do Pacto de Saúde do Ministério da Saúde<sup>10</sup>, a cobertura prevista para esta população é de 80%, o que resulta em população de referência para este procedimento.

Quanto ao câncer de colo uterino, a principal estratégia de prevenção tem sido o procedimento da coloração de Papanicolaou na citologia oncológica, que consiste em processo de múltiplas etapas destinadas a mostrar a morfologia, os graus de maturidade e de atividade metabólica das células<sup>1</sup>. Segundo o INCA<sup>23</sup>, o exame de Papanicolaou identifica, em 80% dos casos, alterações celulares que podem se transformar em câncer. Se houver lesões em estádios iniciais, o que acontece na maioria dos casos de mulheres que fazem exames periodicamente, a cura é de 100%. O câncer do colo do útero é mais prevalente entre mulheres com iniciação sexual precoce e com múltiplos parceiros, também estando relacionado à infecção pelo HPV e a fatores como tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais.

O enfoque da integração dos sistemas e redes de saúde abrange diversos aspectos inter-relacionados, tais como: regulação dos serviços;

processos de gestão clínica; condições de acesso aos serviços; recursos humanos; sistemas de informação e comunicação; e apoio logístico. Diversos desses aspectos são considerados por Hartz e Conrandiopoulos<sup>20</sup> como elementos decisivos para garantir a integração das redes de saúde.

O tema da referência e do acesso para integralidade tem se constituído em preocupação permanente na gestão do SUS, aperfeiçoada pela criação dos princípios orientadores do processo de regulação da atenção estabelecidos pelo Pacto pela Saúde, de 2006<sup>16</sup>, da Portaria 1.559, de 2008<sup>6</sup>, da Política Nacional de Regulação do SUS e no Decreto 7.508, de 2011<sup>4</sup>, que dispõe sobre a organização do SUS e assevera que “Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região”<sup>15</sup> e a Portaria nº 1.631 de 1º de outubro de 2015<sup>5,8</sup>, que trata de critérios e aspectos orientadores, mas não impositivos, para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, e revoga a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002, que foi criada logo depois da instituição do SUS, mas já não atendia ao que se entende como necessidade de serviços no SUS<sup>13</sup>.

A regulação dos serviços é tarefa indelegável do gestor do sistema de saúde e compreendem os seguintes processos: o planejamento da oferta de ações e serviços com base nas necessidades de saúde da população; estabelecimento de responsabilidades e de metas quantitativas e qualitativas da atenção para as unidades de prestação de serviços dos diferentes níveis de complexidade; regulação da utilização dos serviços; e acompanhamento e avaliação dos resultados alcançados para a correção dos processos de trabalho.

Para este artigo tomou-se como referência a linha de cuidado em saúde da mulher nos cuidados de prevenção e controle de câncer de mama

e colo de útero e os fatores que favorecem ou que são barreiras à referência e contrarreferência.

### **Método**

Estudo avaliativo com utilização de métodos mistos. Recorte oriundo de estudo mais amplo “Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP”, apoiado com recurso de edital da FAPESP/CNPq – SUS nº 05/58542-7<sup>32</sup>. A pesquisa foi realizada em cinco regionais de saúde do Estado de São Paulo, de março a dezembro de 2006.

As regionais foram selecionadas por agrupamentos considerando-se semelhanças em relação à capacidade instalada de saúde, ao esforço do gestor para garantir os mecanismos de referência e às condições de vida e riqueza, segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS). Foram classificadas e selecionadas para o estudo: Campinas – CPN (grupo 1 – elevados esforços de referência e melhores condições de vida e riqueza); Piracicaba – PRC (grupo 2 – elevados esforços de referência e condições medianas de vida e riqueza); São José do Rio Preto - SJRP (grupo 3 – elevados esforços de referência e mediana oferta de serviços e condições de vida e riqueza); Mogi das Cruzes – MC (grupo 4 – níveis médios de esforços de referência e mediana oferta de serviços e baixas condições de vida e riqueza); e São José dos Campos – SJC (grupo 5 – baixos níveis de esforços para referência e baixa oferta de serviços de saúde e medianas condições de vida e riqueza), em consenso estabelecido com os parceiros dessa pesquisa – Coordenadoria das Regiões de Saúde (CRS-SES-SP) e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP)<sup>32</sup>.

A região com maior concentração de municípios com mais de 100.000 habitantes é parte da região metropolitana de São Paulo (Regional de Mogi das Cruzes), seguida da Região de Campinas, São José dos Campos, Piracicaba e São

José do Rio Preto. Vale destacar que 95% dos municípios da Região de São José do Rio Preto têm menos de 50.000 habitantes.

Neste trabalho se busca uma primeira aproximação com a questão da referência para o câncer de mama e câncer de colo com base nos princípios de universalidade e integralidade do SUS e pela análise dos seguintes indicadores de processo: referência para mamografia em mulheres de 40 anos ou mais; referência para tratamento quimioterápico, radioterápico e internações; realização de exame de Papanicolaou para a população de 25-59 anos, e referência para tratamento de lesões de alto grau.

Foram levantados dados primários com entrevistas e secundários de relatórios e do Sistema de Informação do SUS - DATASUS (dados de referência SIAB, SIA e SIH, SIM)<sup>12</sup>. O material empírico foi produzido por meio de entrevistas e analisado pela técnica de análise temática, segundo Bardin<sup>2</sup>, seguindo os passos de definição de unidades de análise; categorização (codificação, classificação de categorias); seleção de conteúdos que represente as categorias; análise e críticas com base no material teórico e nas observações de campo. As entrevistas realizadas com gestores regionais e municipais de temas definidos para a análise das entrevistas, pactos de referência, instrumentos de referência e contrarreferência e Programação Pactuada Integrada (PPI) incorporaram linhas de cuidado do câncer de colo de útero e de mama, programadas pelos municípios de acordo com os aspectos de necessidade, a partir da atenção básica, com a perspectiva da integralidade: diabetes mellitus, hipertensão arterial, pré-natal.

### **Resultados**

Os dados foram analisados segundo a referência teórica que fundamenta o SUS, e a da integralidade, comparando as diferentes realidades regionais e municipais, visando à melhoria da rede de atenção à saúde às mulheres afetadas

por câncer de mama e de colo de útero. Os resultados serão apresentados em duas etapas: quantitativa e qualitativa.

### Indicadores da linha de cuidado do câncer de mama

As modalidades terapêuticas para o tratamento do câncer de mama são cirurgia oncológica, quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia.

#### a) Concentração de mamografias

De acordo com Quadro 1, São José dos Campos foi a regional com a maior concentração

de mamografias entre as regionais estudadas, com 0,17 mamografias por mulher de 50 a 69 anos, seguida pela de Campinas – 0,13; São José do Rio Preto – 0,12; Mogi das Cruzes – 0,11 e Piracicaba com 0,08. Como se pode ver, a meta da cobertura recomendada de 0,5 ficou muito aquém em 2003. Na regional de São José dos Campos, 58,33% dos municípios tiveram cobertura abaixo da média da regional com 7 municípios sem registro de mamografia e 41,67% apresentaram cobertura acima da regional, tendo São Sebastião apresentado a maior concentração de mamografias.

**Quadro 1** – Concentração de mamografias - médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regiões selecionadas do Estado de São Paulo, 2003.

	<b>Campinas</b> 42 municípios	<b>Mogi das Cruzes</b> 11 municípios	<b>Piracicaba</b> 26 municípios	<b>S.J.Campos</b> 12 municípios	<b>S.J. Rio Preto</b> 101 municípios
Inferior (%)	48,57	81,82	84,62	58,33	94,06
Superior (%)	51,43	18,18	15,38	41,67	5,94
Média	<b>0,13</b>	<b>0,11</b>	<b>0,08</b>	<b>0,17</b>	<b>0,12</b>
Limites % mín-máx	0,00 - 0,55	0,00 - 0,41	0,00 - 0,13	0,00 - 0,22	0,00 - 0,35
Municípios abaixo da média	27 mun. <	7 mun. <	18 mun. <	7 mun. <	91 mun. <
Municípios acima da média	Bragança Paulista >	Itaquaquecetuba >	Piracicaba >	São Sebastião >	Jales >

A inclusão de mamografias na atenção à saúde da mulher no SUS se deu em 1999, com a distribuição de 50 mamógrafos em comodato para estados de todo o país, decorrente da criação do Programa Viva Mulher, que, até então, só realizava prevenção de câncer de colo uterino. Com a inclusão da mamografia, pensou-se no primeiro momento tratar de casos já em fase avançada e só em 2000/2001 se tratou de identificar câncer em estágio inicial<sup>11</sup>.

A mamografia é o exame recomendado para investigação de alterações nas mamas e para o rastreamento do câncer de mama. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 60% das mulheres de 50 a 69 anos no país tinham feito mamografia nos dois anos anteriores à data da pesquisa. Essa proporção teve variedade segundo regiões, sendo de 38,7% na Região Norte; 47,9% na Nordeste; 55,6% na Centro-Oeste; 64,5% na Sul; e 67,9% na Região Sudeste.

São Paulo conta atualmente com 433 mamógrafos e capacidade para realizar 4,4 mamografias para 240 mil mulheres pelo SUS. Segundo a OMS, a oferta desejável é no mínimo de 1/240 mil mulheres. Ainda assim, o câncer de mama no estado apresenta-se como importante causa de morte entre mulheres, o que exige inovação para promover o acesso e agilidade nas intervenções pós-diagnóstico inicial com responsabilidade partilhada, tanto dos serviços primários quanto dos demais pontos da rede no cuidado longitudinal dessas mulheres. A estruturação adequada de Centro de Alta complexidade em oncologia (CACON) no estado, constitui uma área crítica da saúde neste estado, mesmo depois da revisão dos parâmetros de programação que prevê nas Regiões Sudeste e Sul, será observada a razão de 1 (um) estabelecimento de saúde habilitado para cada 1.300.000 (um milhão e trezentos mil) habitantes<sup>22</sup>.

#### **b) Internações por câncer de mama**

No Quadro 2 observa-se que na Regional de São José do Rio Preto, 64,36% dos municípios tiveram média de internações abaixo da regional, com 45 municípios sem registro de internação e 35,64% acima da média regional, com o município de Meridiano apresentando 856,16 internações por 100.000 mulheres de 50 a 69 anos, o maior valor do estudo, configurando-se em referência para a região. Em São José dos Campos, 83,33% dos municípios estão abaixo da média regional, com 5 municípios sem internações e 16,67% acima. Caraguatatuba apresentou o maior percentual de internações (227,55) por motivo de câncer de mama.

Na Regional de Piracicaba, 73,08% dos municípios têm menos internações que a média regional, com 7 municípios sem internações e 26,92% com mais internações que a regional, e Cordeirópolis apresentando índice de internações de 410,85/100.000 mulheres de 50-69

anos. Na Regional de Campinas, 57,14% dos municípios têm menos internações que a média da regional, mas apenas 4 municípios não registraram nenhuma internação e 42,86% tiveram mais internações que a média da regional. Lindoia apresentou o maior valor 503,78/100.000 mulheres de 50-69 anos.

Apesar de apresentar a menor média, Mogi das Cruzes apresenta menor desigualdade quanto a internações, com 45,45% abaixo do valor da regional e 54,55% acima dele. O menor valor ocorreu no município de Salesópolis, com 31,93/100.000 mulheres de 50-69 anos, e o menor em Santa Isabel, com 162,12 /100.000 mulheres de 50 - 69 anos.

A regional de São José do Rio Preto apresenta o maior índice de internação por câncer de mama: 142,02/100.000 mulheres de 50 a 69 anos, seguidos por São José dos Campos - 137,33; Piracicaba - 131,21; Campinas - 125,91; e Mogi das Cruzes com 49,24. Verifica-se que todas as regionais, exceto Mogi das Cruzes, que tem menos da metade das internações das demais, cada uma tem um valor semelhante e elevado (Quadro 2).

#### **c) Sessões de quimioterapia por câncer de mama**

A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos no tratamento de câncer, denominada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral, específica para destruição de células malignas. A quimioterapia é classificada em curante, adjuvante (que age diminuindo a incidência de metástases a distância), neoadjuvante ou prévia, que visa à redução parcial do tumor, objetivando permitir o complemento terapêutico, cirúrgico e/ou radioterápico e paliativo, que não tem finalidade curante, mas almeja melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente<sup>22</sup>.

**Quadro 2** – Índice de internações por câncer de mama em cinco regiões de saúde de São Paulo, 2003.

	<b>Campinas</b> 42 municípios	<b>Mogi das Cruzes</b> 11 municípios	<b>Piracicaba</b> 26 municípios	<b>S.J.Campos</b> 12 municípios	<b>S.J. Rio Preto</b> 101municípios
Inferior (%)	57,14	45,45	73,08	83,33	64,36
Superior (%)	42,86	54,55	26,92	16,67	35,64
Média	<b>125,91</b>	<b>49,24</b>	<b>131,21</b>	<b>137,33</b>	<b>142,02</b>
Limites	0,00 - 503,78	31,93 - 162,12	0,00 - 410,8	0,00 - 227,55	0,00 - 856,16
Municípios abaixo da média	4 mun. <	Salesópolis<	7 mun. <	5 mun. <	45 mun. <
Municípios acima da média	Lindoia >	Santa Isabel >	Cordeirópolis >	Caragatatuba >	Meridiano >

De acordo com o Quadro 4, na Regional de São José do Rio Preto é também onde ocorre a maior diferença intermunicipal. Em 69,31% dos municípios a média está abaixo dos valores da regional e em alguns municípios não há sessões de quimioterapia registradas, enquanto em 30,69% a média é maior que a da regional, com o município de Urupês alcançando o valor máximo do estudo (10.351,93 sessões).

O índice de sessões de quimioterapia alcançou valores muito elevados em todas as regionais estudadas, com São José do Rio Preto liderando com 3.719,38/100.000 mulheres de 50 a 69 anos, seguida por São José dos Campos – 3.645,14 e com valores bem mais baixos, Piracicaba – 2.852,34; Campinas – 2.474,47 e Mogi das Cruzes – 2.242,58. Vale ressaltar que se estima que a estrutura de referência e hospital-escola seja um fator que influi nos números de procedimentos realizados.

**Quadro 3** – Sessões de quimioterapia por câncer de mama - médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas, Estado de São Paulo, 2003

	<b>Campinas</b> 42 municípios	<b>Mogi das Cruzes</b> 11 municípios	<b>Piracicaba</b> 26 municípios	<b>São José Campos</b> 12 municípios	<b>S.J. Rio Preto</b> 101 municípios
Inferior (%)	78,57	50,00	76,92	83,33	69,31
Superior (%)	21,43	50,00	23,08	16,67	30,69
Média	<b>2.474,47</b>	<b>2.242,58</b>	<b>2.852,34</b>	<b>3.645,14</b>	<b>3.719,38</b>
Limites	507,04 - 6.184,90	1.437,98 - 3.231,49	0,00 - 4.852,34	0,00 - 4.792,28	0,00 - 10.351,93
Municípios abaixo da média	Nazaré Paulista <	Guararema <	2 mun. <	2 mun. <	15 mun. <
Municípios acima da média	Tuiuti >	Poá >	Araras >	São José Campos >	Urupês >

#### d) Sessões de radioterapia por câncer de mama

A radioterapia é o uso clínico de radiação ionizante com a finalidade de causar danos letais a células malignas. Dose pré-calculada de radiação é aplicada em zona que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada. As radiações ionizantes são eletromagnéticas ou corpusculares e carregam energia. Ao interagirem com os tecidos, tais radiações dão origem a elétrons rápidos que ionizam o meio e criam efeitos químicos como a hidrólise da água e a ruptura das cadeias de ADN. Um aparelho de radioterapia tem capacidade de atender em média 6 pacientes por hora, se utilizado 10 minutos de aplicação por atendimento.

A regional com o maior índice de sessões de radioterapia por câncer de mama foi Piracicaba, com 162,47/100.000 mulheres de 50 a 69 anos, seguida pelas de São José do Rio Preto – 149,72; Mogi das Cruzes – 138,14; Campinas – 133,19; e São José dos Campos, com 122,47.

#### e) Mortalidade por câncer de mama

Em relação à mortalidade por câncer de mama verifica-se discreta tendência de queda

em todas as regiões, exceto a de Campinas, que é classificada como de elevados esforços de referência e oferta de serviços, com melhores condições de vida e riqueza. Em relação ao câncer de mama, a redução da mortalidade depende então de referência e contrarreferência a centros de diagnóstico por imagens e a centros oncológicos especialistas. Essas pacientes necessitam no pós-operatório de ações de recuperação, como fisioterapia e natação, bem como próteses mamárias.

#### Linha de cuidados para o câncer de colo de útero

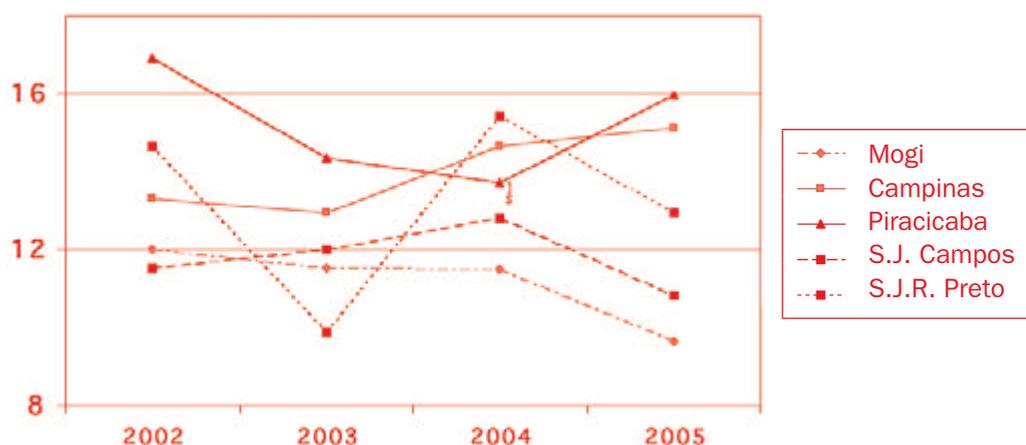
Até 1990, o câncer de colo de útero, em 70% dos casos, era identificado em fase invasiva. Atualmente, com a oferta de exame de Papanicolaou nos serviços de atenção primária, o diagnóstico atualmente em 44% dos casos é feito na fase precursora de lesão maligna<sup>23</sup>.

A morbidade e mortalidade por câncer de colo uterino apresentaram tendência de queda nos últimos anos, porém, a sua relação com infecção pelo papilomavírus humano (HPV), que causa mutilações e mortalidade, não se encontra controlada, mesmo se tratando de um agravo evitável por ações de prevenção primária. A

**Quadro 4** – Sessões de radioterapia por câncer de mama - médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas, Estado de São Paulo, 2003.

	<b>Campinas</b> 42 municípios	<b>Mogi das Cruzes</b> 11 municípios	<b>Piracicaba</b> 26 municípios	<b>S.J.Campos</b> 12 municípios	<b>S.J. Rio Preto</b> 101 municípios
Média	<b>133,19</b>	<b>138,14</b>	<b>162,72</b>	<b>122,47</b>	<b>149,72</b>
Limites	0,00 - 501,00	0,00 - 648,64	0,00 - 265,49	0,00 - 978,47	0,00 - 727,27
Municípios abaixo da média	9 mun. <	Biritiba-Mirim <	8 mun. <	2 mun. <	58 mun. <
Municípios acima da média	Vargem >	Salesópolis >	Sta. Maria Serra >	Jambeiro >	Macedônia >

**Figura 1.** Coeficiente de mortalidade por câncer de mama nas cinco regiões do estado de São Paulo estudadas, 2002-2005.



maior incidência de morte por carcinoma de colo de útero encontra-se em mulheres acima de 45 anos, com 76,13% dos casos registrados, o que determina a idade avançada como um fator de risco para a mortalidade e exige cuidados para um rastreamento organizado e pronto tratamento dos casos alterados diagnosticados.

A linha de cuidados com o câncer de colo de útero se inicia na Atenção Primária, com ações de promoções e preventivas de sexo seguro e cuidados referentes à identificação precoce e tratamento oportuno de infecções sexualmente transmissíveis na mulher e seus parceiros(as), que são as verdadeiras ações preventivas do câncer de colo de útero.

Foram considerados como casos de câncer de colo uterino todos os casos assim mencionados, somados aos de câncer de útero sem outra especificação. Esse último refere-se em geral a casos de câncer invasivo em estágio avançado, na maioria, originários do colo uterino, provavelmente diagnosticados tardiamente.

As normas do Programa Integral de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde de

São Paulo têm meta de cobertura estabelecida sob pacto com os municípios em 80% da população-alvo de mulheres de 25 a 59 anos, e 100% de mulheres que apresentem lesões avançadas do tipo em que se recomenda pronto tratamento pela realização de exame de Papanicolaou em todas as usuárias de Unidades Básicas de Saúde, com ou sem queixas de escorrimentos. O protocolo de exame de Papanicolaou era, nos casos novos, o de fazer um exame que, se negativo, seria repetido no próximo ano e, se novamente negativo, seria agendado em intervalos trianuais, sempre que o resultado fosse negativo. Em casos de alterações mais importantes, a orientação era tratar a cervicite e repetir o exame entre 6 e 12 meses depois do tratamento. Obedecidas às normas, esperar-se-ia uma cobertura de 0,4 por mulher de 25 a 59 anos da população<sup>29</sup>.

Todavia, nem sempre esse protocolo é seguido e, muitas vezes, a coleta para o exame de Papanicolaou precede a consulta ginecológica e é realizada em mulheres com corrimento, dificultando a análise citológica do esfregaço. Outro problema técnico é não coletar material da

endocérvice, lugar do surgimento de adenocarcinomas, perdendo a oportunidade de diagnosticá-los em estágio inicial, quando ainda é uma lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I). Muitas vezes serão identificadas apenas quando avançam para uma lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III), ou até como carcinoma epidermoide invasor<sup>23</sup>.

#### f) Concentração de exames de Papanicolaou

Analisando-se o Quadro 7 acerca da concentração de exames de Papanicolaou, verifica-se entre as regionais estudadas que São José do Rio Preto teve a maior proporção de exames de citologia (0,25/mulher), seguida pelas de Campinas (0,23) e Mogi das Cruzes (0,21). São José dos Campos e Piracicaba ficaram bem abaixo, com respectivamente 0,17 e 0,13. Todas as regionais apresentaram concentrações médias em 2004 bem abaixo da recomendada.

**Quadro 5** – Concentração de exames Papanicolaou – médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	<b>Campinas</b> 42 municípios	<b>Mogi das Cruzes</b> 11 municípios	<b>Piracicaba</b> 26 municípios	<b>S.J.Campos</b> 12 municípios	<b>S.J. Rio Preto</b> 101 municípios
Inferior (%)	33,33	66,64	57,69	41,67	43,56
Superior (%)	66,67	34,36	42,31	58,33	56,44
Média	<b>0,23</b>	<b>0,21</b>	<b>0,13</b>	<b>0,17</b>	<b>0,25</b>
Limites	0,00 - 0,62	0,00 - 0,35	0,00 - 0,51	0,00 - 0,74	0,00 - 2,18
Municípios abaixo da média	3 mun. <	2 mun. <	9 mun. <	Sta. Branca <	7 mun. <
Municípios acima da média	B.J. Perdões >	Arujá >	Analândia >	Monteiro Lobato >	Populina >

Os dados do SIAB, fonte das informações quanto à coleta de Papanicolaou, são dados de produção, não sendo possível saber a quantas pessoas se referem. É possível que residentes de municípios, onde não houve registro de coleta, utilizem unidades de saúde de outros municípios, ou, ainda, que haja sub-registro de informações de coletas feitas pelas demandas de trabalho com poucos funcionários. Por último não se sabe o número de mulheres atendidas nem a proporção de coletas de exames Papanicolaou feitas fora do âmbito do SUS.

#### g) Internações por câncer de colo uterino

No Quadro 6, a regional de Piracicaba apresentou a maior média de internações entre as estudadas, 107,39 internações por 100.000 mulheres de 25 a 59 anos; seguida por Campinas, com 79,11; São José do Rio Preto, com 36,12; Mogi das Cruzes, com 28,29; e Piracicaba, com 18,97. Não se tem informação sobre o procedimento executado nas internações que pode ter sido cirurgia, ou as primeiras sessões de quimioterapia e/ou radioterapia, ou mesmo internação terminal para terapia paliativa.

**Quadro 6** – Internação por câncer de colo uterino – médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	<b>Campinas</b> 42 municípios	<b>Mogi das Cruzes</b> 11 municípios	<b>Piracicaba</b> 26 municípios	<b>S.J.Campos</b> 12 municípios	<b>S.J. Rio Preto</b> 101 municípios
Inferior (%)	71,43	36,36	69,23	58,33	76,24
Superior (%)	28,57	66,64	30,77	41,67	23,76
Média	<b>79,11</b>	<b>28,29</b>	<b>107,39</b>	<b>18,97</b>	<b>36,12</b>
Limites	0,00 - 346,85	19,14 - 55,70	0,00 - 359,62	0,00 - 24,96	0,00 - 1273,89
Municípios abaixo da média	14 mun. <	Guarulhos <	9 mun. <	5 mun. <	68 mun. <
Municípios acima da média	Sta. Barbara D'Oeste >	Biritiba-Mirim >	Rio Claro >	S. J. Campos >	Monções >

A falta de incidência de casos de câncer de colo uterino não permite avaliação qualificada das internações nem dos procedimentos terapêuticos referentes a esse tipo de câncer, contados como índices específicos da população de mulheres de 25 a 59 anos.

#### **h) Quimioterapia por câncer de colo uterino**

Quanto às sessões de quimioterapias do Quadro 9, foram aplicadas em pacientes com câncer de colo de útero. A região de São José do Rio Preto apresentou o maior índice de sessões de quimioterapia feitas, de 37,03/100.000 mulheres de 25 a 59 anos, seguidas pelas regionais de Piracicaba, com 33,22; São José dos Campos, com 30; Mogi das Cruzes, com 25,42; e Campinas, com 9,91.

Quanto às sessões de quimioterapia realizadas em pacientes com câncer de colo de útero, São José do Rio Preto foi a regional com o maior índice de sessões de quimioterapia feitas, de 37,07/100.000 mulheres de 25 a 59 anos, seguidas pelas regionais de Piracicaba, com 33,22; São José dos Campos, com 30; Mogi das Cruzes, com 25,42, e Campinas, com 9,91.

Em São José do Rio Preto, 85,15% dos municípios tinham média abaixo da média regional e 83 municípios não tiveram sessões de quimioterapia, enquanto de outro lado, 14,85% tiveram acima da

média da regional, e o município de Marinópolis índice de 603,62/100.000 mulheres de 25 a 59 anos.

Na regional de Piracicaba, 80,77% dos municípios tiveram médias abaixo da regional, com 15 deles sem nenhuma sessão de quimioterapia, e 19,23% com médias acima, culminando com o município de Analândia, que teve 383,14 sessões.

Em São José dos Campos, 81,82% dos municípios tiveram médias de quimioterapia abaixo da média regional. Em 5 deles não houve sessões de quimioterapia e nos demais 18,85%; a média superou a da regional, e Caraguatatuba teve a maior média: 53,36 de sessões de quimioterapia.

Na regional de Mogi das Cruzes, um pouco menos da metade dos municípios (45,45%) teve menos sessões de quimioterapia que a média da regional, com 2 deles sem nenhuma sessão e pouco mais da metade (54,55%) teve médias superiores às da regional, o valor máximo ocorrendo no município de Biritiba-Mirim.

Na regional de Campinas, pouco mais de 80% dos municípios tiveram média de sessões abaixo da regional, com 32 municípios sem sessões de quimioterapia. Pouco menos de 20% dos municípios tiveram mais sessões de quimioterapia do que a regional, com o município de Bragança Paulista apresentando o maior valor – 116,86/100.000 mulheres de 25 a 59 anos.

**Quadro 7** – Quimioterapia por câncer de colo uterino – médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	<b>Campinas</b> 42 municípios	<b>Mogi das Cruzes</b> 11 municípios	<b>Piracicaba</b> 26 municípios	<b>S.J.Campos</b> 12 municípios	<b>S.J. Rio Preto</b> 101 municípios
Inferior (%)	80,95				
Superior (%)	19,05	54,55	19,23	18,85	14,85
Média	<b>9,91</b>	<b>25,42</b>	<b>33,22</b>	<b>30,00</b>	<b>37,03</b>
Limites	0,00 - 116,86	0,00 - 129,97	0,00 - 383,14	0,00 - 53,36	0,00 - 603,62
Municípios abaixo da média	32 mun. <	2 mun. <	15 mun. <	5 mun. <	83 mun. <
Municípios acima da média	Bragança Pta. >	Biritiba-Mirim >	Analândia >	Caraguatatuba >	Marinópolis >

**i) Radioterapia por câncer de colo uterino**

Quanto ao Quadro 8, das sessões de radioterapia, a regional de Piracicaba apresentou o maior índice de 43,63/100.000 mulheres de 25 a 59 anos, seguida pela de São José dos Campos, com 37,30%; Mogi das Cruzes, com 35,81%; Campinas, com 32,95%; e São José do Rio Preto,

com 28,77%. Em Piracicaba, quase 70% dos municípios tiveram índice de sessões de radioterapia inferiores aos da regional e pouco mais de 30% maiores, com 15 municípios sem sessões de radioterapia e o município de Ipeúna apresentando o maior índice de 492,13/100.000 mulheres de 25 a 59 anos.

**Quadro 8** – Radioterapia por câncer de colo uterino – médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas. Estado de São Paulo, 2003.

	<b>Campinas</b> 42 municípios	<b>Mogi das Cruzes</b> 11 municípios	<b>Piracicaba</b> 26 municípios	<b>S.J.Campos</b> 12 municípios	<b>S.J.Rio Preto</b> 101 municípios
Inferior (%)	54,76	54,55	69,27	75,00	82,18
Superior (%)	45,24	45,45	30,77	25,00	17,82
Média	<b>32,95</b>	<b>35,81</b>	<b>43,63</b>	<b>37,3</b>	<b>28,77</b>
Limites	0,00 - 170,21	0,00 - 66,12	0,00 - 492,13	0,00 - 72,04	0,00 - 603,62
Municípios abaixo da média	14 mun. <	4 mun. <	15 mun. <	6 mun. <	81 mun. <
Municípios acima da média	Artur Nogueira >	Mogi das Cruzes >	Ipeúna >	Ubatuba >	Marinópolis >

Na regional de São José dos Campos, 75% dos municípios tiveram índice abaixo dos da Regional de Saúde, com 6 municípios sem radioterapia. E entre os 25% de municípios com índices acima da regional, Ubatuba teve o maior valor de 72,04/100.000 mulheres de 25 a 59 anos. Em Mogi das Cruzes, pouco mais da metade, de 54,55% dos municípios, teve índices de radioterapia abaixo da média da regional, com 4 municípios sem esse tipo de terapia; e 45,45% estavam acima da média da regional, com o município-sede apresentando o maior valor, 66,12. Em Campinas, praticamente as mesmas proporções de municípios da regional de Mogi das Cruzes apresentavam valores abaixo e acima dos da regional, com 14 municípios sem registro de radioterapia e o município de Artur Nogueira com os maiores valores de 170,21/100.000 mulheres de 25 a 69 anos.

São José do Rio Preto foi a regional com a menor média: 82,18% abaixo dela, e 81 municípios sem registro de radioterapia, mas também apresentou o município com o maior registro do

estudo: Marinópolis, com 603,62/100.000 mulheres de 25 a 59 anos.

#### j) Mortalidade por câncer de colo uterino

Pelo Quadro 9 pode-se constatar que a regional de São José do Rio Preto foi a que apresentou a menor mortalidade por câncer de colo uterino, de 4,9/100.000 mulheres de 25 a 59 anos, e São José dos Campos a maior mortalidade 9,61, enquanto as demais, Piracicaba (6,38), Campinas (7,52) e Mogi das Cruzes apresentaram valores intercedentes.

Em São José do Rio Preto, quase 90% dos municípios tiveram mortalidade abaixo da média da regional, mas 90 municípios dela não tiveram nenhuma morte, e pouco mais de 10% superaram a média do município Álvares Florence, que apresentou a maior mortalidade – 105,04.

Na Diretoria Regional de Piracicaba, quase 70% dos municípios tiveram mortalidade abaixo da média da regional; e 16 deles não apresentaram nenhuma morte, embora o índice do município de Santa Gertrudes tenha sido o quádruplo da regional.

**Quadro 9** – Mortalidade por câncer de colo uterino – médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média das regionais selecionadas. Estado de São Paulo. 2003

	<b>Campinas</b> 42 municípios	<b>Mogi Cruzes</b> 11 municípios	<b>Piracicaba</b> 26 municípios	<b>S.J.Campos</b> 12 municípios	<b>S.J.Rio Preto</b> 101 municípios
Inferior (%)	66,67	66,67	69,23	53,85	89,11
Superior (%)	33,33	33,33	30,77	46,15	10,89
Média	<b>7,52</b>	<b>7,88</b>	<b>6,38</b>	<b>9,61</b>	<b>4,9</b>
Limites	0,00 - 86,81	0,00 - 20,55	0,00 - 27,17	0,00 - 134,41	0,00 - 105,04
Municípios abaixo da média	20 mun. <	Salesópolis <	16 mun. <	5 mun. <	90 mun. <
Municípios acima da média	Pedra Bela >	Guararema >	Sta. Gertrudes >	Monteiro Lobato >	Álvares Florense >

Dois terços dos municípios de Campinas tiveram índice abaixo da daquela regional com 20 municípios sem mortes e 1/3 com valores superiores, com o máximo alcançado pelo município de Pedra Bela, com mais de 10 vezes. Praticamente o mesmo acontece na Região de Mogi das Cruzes, na qual o município de Salesópolis não apresentou mortes, e o de Guararema teve um índice de 20,55/100.000 mulheres de 50 a 69 anos. Em São José dos Campos, pouco mais da metade dos municípios da DIR teve mortalidade menor que a média regional, com 5 municípios sem mortes, mas o município de Monteiro Lobato apresentou índice mais de 13 vezes maior.

A mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, em quase 100% dos casos, se for diagnosticada na fase inicial. O curso de um tumor pode levar até 15 anos para que se dê o desfecho de óbito. O prognóstico no câncer de colo uterino depende muito da extensão da doença no momento do diagnóstico, e a mortalidade está intensamente associada ao diagnóstico tardio em fases avançadas. Segundo os registros de hospitais brasileiros de câncer, em média, a metade das pacientes tem diagnóstico inicial em estágio III ou IV (Brasil, 2004). Segundo estudo executado por Thuler e Mendonça<sup>31</sup>, com base em dados coletados em 96 centros oncológicos brasileiros, entre 1995 e 2002, 45,5% das pacientes já se encontravam nos estádios III-IV no momento do diagnóstico da neoplasia.

No numerador das internações, procedimentos terapêuticos e mortalidade por câncer de colo de útero somaram-se aos eventos referentes ao câncer de colo de útero e ao câncer de porção não especificada do útero, assumindo-se que a maioria é decorrente de câncer de colo de útero invasivo diagnosticado tardiamente, em estado avançado.

## Referenciamento na linha de cuidado no câncer de mama e de colo uterino

Na opinião dos informantes da regional de esfera municipal, os esforços para pacto e referência se apresentam mais intensos e orientados para a política de descentralização do SUS.

*“Os esforços são enormes, porque eu trabalho aqui há dezesseis anos e à medida que a gente vai avançando, principalmente com a gestão plena, o município vai se apropriando. (...) é o Município que fica com toda essa responsabilidade, é na sua porta que vêm as necessidades. Então você tem que se organizar para racionalizar e planejar de acordo”* (Informante de Município que oferece referência).

Na opinião dos informantes de uma regional e de dois municípios pesquisados, é nas relações de pactos das referências da atenção básica para média e alta complexidade que existem grandes problemas quanto à linha de cuidado de saúde da mulher. Vale ressaltar que foi citado por diversas vezes nas entrevistas a falta de referência formal para câncer de colo e mama, e o frequente encaminhamento informal, além da busca direta de usuários por serviços de referência na capital.

O pacto de referências, por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI) e a organização das referências regionais, foi comentado de modo superficial pelo informante da Diretoria Regional; além disso, o município que oferece serviços de referência, ao contrário, sabe que existe um processo de organização do sistema e afirma haver participado com informações para a elaboração do Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) e afirma, ainda, que as ações de saúde da mulher deveriam ter prioridade no referido plano.

*“em relação a exames, os municípios se queixam muitíssimo de demora nos resultados dos exames, por exemplo, o Papanicolaou, a colposcopia, então, é uma queixa assim geral, este tipo de coisa(..) Em relação a leitões,*

*por exemplo, do ponto de vista obstétrico eu acho que existe uma cobertura razoável, acho que até satisfatória (...) mas do ponto de vista de cirurgias ginecológicas e de outros problemas que atingem a mulher, acho ainda muito deficitário”* (Informante da Diretoria Regional).

*“Teve um PDR e são focos prioritários (...) e aos partos, planejamento familiar, câncer de colo, câncer de mama (...) também violência sexual e doméstica“* (Informante do município que oferece referência) .

Em 2006, o primeiro obstáculo das ações de identificação precoce de câncer foram os *ras-  
treamentos* mamográficos. Os mamógrafos, em regra, eram equipamentos de hospitais ou de centros diagnósticos por imagem privados, e seu acesso era muito restrito. Os requerimentos de mamografia a partir da rede primária de atenção não tinham referência estruturada, dependendo de contatos pessoais e obstáculos diversos, fazendo com que muitas mulheres desistissem de procurar o exame. Quando os sintomas aparecem, em geral já é tarde para intervenções terapêuticas com boa chance de cura ou de remissão.

Em relação à referência de exames para câncer, Papanicolaou, colposcopia e eletrocauterização:

*“Todas as unidades fazem coleta, é adequado, inclusive nós, junto com a enfermeira(..) agora treinamos 300 profissionais da área de saúde e estão terminando o prático agora, até final de dezembro”* (Informante da diretoria Regional) .

Há uma oferta suficiente de vagas na referência, mas em relação à quimioterapia e radioterapia a oferta é menor que a demanda.

*“...é insuficiente porque nós vimos agora no mutirão de mamografia que mais de onze mil mulheres fizeram o exame, mas tem município que ainda tem demanda, então insuficiente”* (Informante de município).

Os mutirões de mamografia feitos pela Secretaria de Estado da Saúde sinalizam o reconhecimento da dimensão e gravidade do problema, mas, além de haver críticas gerais relacionadas a ações de campanha, têm divulgação e abrangência ainda pequenas.

Outra questão é a qualidade das imagens produzidas com proporção apreciável de resultados inconclusivos e que não são repetidas. No caso de suspeita ou identificação de neoplasias, os encaminhamentos para confirmação diagnóstica também não estão estruturados e ocorrem demoras preocupantes.

Acerca dos instrumentos utilizados na referência para os encaminhamentos são sempre formais; no entanto, não têm padrões, mas seguem modelos de cada município. A Central de Vagas é acionada apenas em casos de exceção e a contrarreferência funciona muito bem apenas no município de Campinas; contudo, há estímulo das diretorias regionais para que isso ocorra de modo geral, uma vez que a atuação de serviços autônomos, como os das universidades, dificulta que sejam “assumidas” responsabilidades em concordância com os trâmites de atenção definidos na rede pública, fato que ocorre em várias outras regionais do Estado.

*“Essa forma que a gente conversa sempre com o secretário de saúde, com a responsável pela área da mulher para conseguir buscar as mulheres para fazer exame, coleta de exame, depois não só, porque tem mulher que demora para buscar o resultado, né? Então, assim, os resultados tem que ser vistos pela unidade... e se tiver alguma alteração, ir atrás dessa mulher e seguir essa mulher no tratamento, se for um tratamento que o município não tenha condições de estar realizando, então, para ela ser encaminhada para os serviços de referência”* (Informante da Diretoria Regional) .

No município que concentra os serviços de referência de uma regional, o informante se refere à importância da informação para tomar iniciativas de planejamento e avaliação de maneira a avançar no papel de prestador de serviços de atenção básica de forma universal e integral.

*“ninguém tinha dados e informações para poder trabalhar (...) quanto a isso, falta, você não tem um sistema de monitoramento, um sistema que possa estar controlando. Então tem que trabalhar no diagnóstico situacional e, depois disso, estar brigando mesmo a nível de região, na CIR, a nível de PPI... e são instrumentos que a gente tem e serve de um norte para a gente planejar e investir melhor”* (município que oferece referência).

Para o tratamento de doenças crônicas, como o câncer, o sistema deve ser articulado e trabalhar com transversalidade de modo que promova a continuidade do tratamento, garantindo, assim, acesso aos diversos serviços necessários. Segundo Lavras<sup>24</sup>, a fragmentação do SUS se dá, entre outras razões, pela desarticulação entre gestores e gerência das instâncias de saúde e dos serviços, bem como da desarticulação nos próprios serviços, como, por exemplo, desarticulação das unidades básicas e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, causando falta de continuidade no tratamento.

Outro fator envolvido é a falta de comunicação entre diferentes profissionais que prestam cuidados ao mesmo indivíduo, causas de fragmentação. Percebendo-se essa fragilidade no cuidado ao câncer, com a criação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) foram instituídas redes de atenção, e uma delas foi a Rede Oncológica (RO), a qual visa oferecer essa integralidade no atendimento e tratamento do câncer em rede. As redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde e pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos, por meio de sistemas de apoio e de gestão, mecanismos que busquem garantir a integralidade do cuidado<sup>24</sup>.

Isso se pode perceber na síntese do Quadro 10. Existe, como foi citado por diversas vezes nas entrevistas, a falta de estrutura para a referência formal para câncer de colo e de mama, além de frequente encaminhamento informal e a busca direta de usuários por serviços de referência na capital. De outro lado, apesar da falta de condições de municípios menores na adoção de medidas preventivas para referência, há certo acomodamento no envio para os municípios maiores e pouco esforço na criação de mais equipamentos de saúde com promoção de mais autonomia.

**Quadro 10** – Síntese da estrutura para referência para câncer de mama e de colo uterino nas regionais selecionadas do Estado de São Paulo, 2003

Linha cuidado	Mogi das Cruzes	Campinas	Piracicaba	São J. Campos	São J. Rio Preto
<b>Mamografia</b>	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	<b>Adequado</b>	<b>Insuficiente</b>
<b>Biópsia de mama</b>	Insuficiente	<b>Adequado</b>	<b>Adequado</b>	Insuficiente	<b>Insuficiente</b>
<b>Cirurgia de câncer de mama</b>	Insuficiente	Insuficiente	<b>Adequado</b>	Insuficiente	
<b>Cirurgia de câncer de colo</b>	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	<b>Insuficiente</b>
<b>Quimioterapia</b>	<b>Inexistente</b>	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	<b>Insuficiente</b>

Entre os resultados obtidos que dificultam o acesso dos pacientes e o bom funcionamento dos sistemas de referência e contrarreferência nas áreas pesquisadas estão: 1) Limitada oferta de consultas e exames especialistas; 2) Inexistência ou precariedade da contrarreferência; 3) Organização das atividades de regulação ainda deficiente; 4) Baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos; 5) Informalidade e precariedade em termos de sistemas de informação e comunicação; 6) Falta de execução plena da PPI; 7) Baixa compreensão do funcionamento sistêmico entre hospitais universitários e serviços de maior complexidade.

Em síntese, foram apontados problemas de estrutura para referência: falta de leitos para câncer, superlotação de vagas e longa espera; teto financeiro baixo para atendimentos de alta complexidade; difícil comunicação interna das prefeituras quanto às discussões mensais que ocorrem nas regionais de saúde. Esses achados são corroborados no estudo de Mori<sup>27</sup>, que chama a atenção para avanços relevantes na regulação, mas que não há apropriação das metas e/ou divulgação delas para os profissionais, de acordo com o pacto estabelecido para cada município, sugerindo negligência às normas estabelecidas pelas legislações vigentes, tornando difícil fazer considerações quanto ao cuidado da doença; bem como a avaliação de seus serviços e a alocação de recursos para eles e para necessidade de adequado sistema de contrarreferência, como condição para se construir redes. Chama-se a atenção ainda para a quase ausência desta prática e o difícil esforço de os profissionais transformarem em ação aquilo que é recomendado pelo sistema a favor da garantia da integralidade.

Ainda, Medeiros<sup>25</sup> encontrou indícios de persistência de situações em desfavor do acesso e referência para câncer de mama no SUS, situação ainda mais acentuada na estrutura de redes

em pequenos municípios. Por outro lado, estatísticas revelam avanços na prevenção e controle de câncer de colo uterino.

### Considerações finais

Persiste nos dias de hoje a inadequação da atenção de média e alta complexidade em razão de demandas artificiais e estrangulamentos de oferta em algumas áreas<sup>3</sup>. No tocante ao câncer de colo de útero, o tratamento de infecções genitais das mulheres e de seus parceiros, e a referência e contrarreferência precoce à colpocitopatologia, cirurgia e serviço oncológico são críticos. Embora o ginecologista seja rotineiramente treinado para intervenções cirúrgicas de carcinoma *in situ*, de colo uterino ou outro câncer ginecológico, a diferença está no regime e oportunidade do acompanhamento e/ou tratamento oncológico (radioterapia ou quimioterapia) necessário.

Em relação ao câncer de mama, a redução da mortalidade depende, então, de referência e contrarreferência a centros de diagnóstico por imagem e a centros oncológicos especialistas. Essas clientes necessitam, no pós-operatório, de ações de recuperação, como fisioterapia e nataçãõ, bem como próteses mamárias.

Uma reivindicação presente em vários depoimentos foi a tomada de iniciativa do governo estadual na discussão e resolução acerca de uma política para resolver o problema da falta de infraestrutura dos municípios de pequeno porte.

A análise dos dados mostrou que a relação rede básica/serviços especialistas dá-se de modo desarticulado, com atenção fragmentada, baixa resolução, incertezas quanto ao atendimento, desinformação profissional sobre a rede de especialidade, encaminhamentos dependentes de critérios individuais e utilização não sistemáticas de documentos que tornam formal a referência e a contrarreferência. Conclui-se que há



- e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/ParametrosSUS.pdf>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/regulacao.pdf>.
17. Cecílio LC, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, 2003. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://lrc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/A%20INTEGRALIDADE%20DO%20CUIDADO%20COMO%20EIXO%20DA%20GEST%C3%20HOSPITALAR.pdf>.
18. Corrêa S, Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos. Pauta global e percursos brasileiros. In Berquó E. (organizadora). Sexo & vida. Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora Unicamp; 2003.
19. Franco TB, Júnior HMM. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das Linhas do Cuidado. Linha de Cuidado e Integralidade da Atenção. Em: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (organizadores.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.
20. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad. Saúde Pública. 2004; 20[Sup2]:S331-S336. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26>.
21. Instituto Nacional de Câncer. Controle de câncer de mama: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA, Ministério da Saúde; 2004. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em:
22. INCA. Estimativas 2016-2017: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; s/d. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>.
23. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Rev Bras Cancerol. 2006; 52(3):213-236. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_52/v03/pdf/normas\\_recomendacoes.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_52/v03/pdf/normas_recomendacoes.pdf).
24. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de redes Regionais de Atenção Saúde no Brasil. Soc Saude. 2011; 20(4):867-74. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>.
25. Medeiros C. Redes de atenção em saúde: o dilema dos pequenos municípios. 2013. 201p. [Tese Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2013.
26. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O Enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da Atenção Primária. Rev. Bras. Cancerol. 2012; 58(3):389-398. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v03/pdf/08\\_artigo\\_enfermeiro\\_prevencao\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_cotidiano\\_atencao\\_primaria.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/08_artigo_enfermeiro_prevencao_cancer_colo_uterio_cotidiano_atencao_primaria.pdf).
27. Mori NLR. Rede de atenção ao câncer de mama: a busca da integralidade na organização do sistema de referência e contrarreferência. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual Paulista – UNESP. Botucatu; 2013.
28. São Paulo [cidade]. Secretaria da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim CEInfo - Análise. São Paulo; 2006.
29. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Documento elaborado por técnicos da SES – Registro de Programação e Pactuação no Estado de São Paulo. São Paulo; 2003.
30. Teixeira LA, Fonseca CM. De doença desconhecida um Problema de Saúde Pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2007. [acesso em: 6 set 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca\\_desconhecida\\_saude\\_publica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf)
31. Thuler LCS, Mendonça G A Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005; 27(11):656-60. [acesso em 6 set 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n11/28706.pdf>
32. Venancio SI, Nascimento PR, Rosa TEC, Bersusa AA, Mondini L, Saldiva SRDM et al. Referenciamento: compatibilizando universalidade e integralidade no SUS-SP (Convênio Fapesp – CNPq – SUS nº 05/58542-7). São Paulo: Instituto de Saúde; 2007. (Relatório Técnico de Pesquisa).

# Fatores que dificultam a adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou

## Factors that difficult the adherence of the women to pap smear

Milena Gouvea Theodoro<sup>1</sup>, Alessandra Costa Timoteo<sup>II</sup>, Gislaine Eiko Kuahara Camiá<sup>III</sup>

### Resumo

O estudo teve como objetivo identificar os fatores que dificultam a adesão das mulheres ao exame de citologia oncológica/Papanicolaou. Pesquisa descritiva/exploratório, com amostra constituída por 100 mulheres de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região central do município de São Paulo. A faixa etária predominante situava-se entre 40 e 60 anos (50%), com escolaridade de ensino médio (37%), solteiras (51%). Das mulheres entrevistadas, 15% nunca realizaram o exame, 56% realizaram há três anos, 26% há quatro anos ou mais, 3% não souberam referir. Quanto às dificuldades para a sua realização, 63% referiram o agendamento, 58% a falta de tempo, 41% o medo, 28% a vergonha, 23% a dificuldade financeira e, por último, distância (9%). É fundamental que os profissionais atuantes em UBS, entre eles o enfermeiro, informem às mulheres sobre a importância do exame de citologia oncológica e sua realização com a periodicidade adequada, estabelecendo estratégias para vencer o medo, diminuir suas ansiedades, conscientizar essas mulheres para administrar o tempo, facilitar o agendamento e proporcionar a detecção das lesões precursoras, o tratamento e a adesão.

**Palavras-chave:** Prevenção; Câncer uterino; Cooperação do paciente.

### Abstract

The study aimed, identify the factors that difficult the adherence of the women to take the oncologic cytology examination/Pap Smear. Descriptive, exploratory research, with sample of 100 women from a Basic Health Unit (BHU) of the central region of São Paulo. The predominant age group was between 40 to 60 years old (50%), with a high school education (37%), single (51%). Among the women interviewed, 15% never performed the examination, 56% did three years ago, 26% did four years ago or more, 3% could not mention. Regarding the difficulties for its realization, 63% mentioned the schedule, 58% lack of time, 41% fear, 28% shame, 23% financial difficulty and finally, distance (9%). It is essential that professionals working at BHU, including nurses, inform women about the importance of cytology examination and its execution with the appropriate frequency, establishing strategies to overcome fear, decrease your anxiety, aware these women to manage time, facilitate scheduling and provide detection of precursory injuries, treatment and adhesion.

**Keywords:** Prevention; Uterine cancer; Patient cooperation.

<sup>1</sup> Milena Gouvea Theodoro (mitheo@terra.com.br) é Enfermeira graduada pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).

<sup>II</sup> Alessandra Costa Timoteo (alecostaenf@outlook.com) é Enfermeira Obstetra, graduada pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).

<sup>III</sup> Gislaine Eiko Kuahara Camiá (gislainecamia@uol.com.br) é Enfermeira Obstetra, Mestre em Enfermagem, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).



### Introdução

O câncer cérvico-uterino é uma afecção que se caracteriza por transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão invasora, num prazo de 10 a 20 anos. Sendo uma doença de crescimento lento e silencioso, a detecção precoce é extremamente importante, visto que existe possibilidade de cura, se as lesões precursoras forem diagnosticadas em fase inicial por meio de exames específicos realizados com a população<sup>3</sup>.

O exame mais utilizado é a citologia oncótica ou Papanicolaou, que é um método rápido e não invasivo, embora vulnerável a erros na coleta e de preparação da lâmina, podendo ocasionar má interpretação dos resultados<sup>3</sup>. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA)<sup>6,7</sup>, o rastreamento para o câncer do colo do útero por meio do exame citopatológico deve ser realizado anualmente em mulheres de 25 a 64 anos,

sendo que após dois exames anuais consecutivos negativos, o intervalo indicado para realizá-lo passa a ser de três em três anos. Vale ressaltar que essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras do câncer cérvico-uterino<sup>6,8</sup>.

Atualmente, as mudanças no estilo de vida e a maior exposição aos fatores ambientais têm aumentado o número de doenças crônicas e neoplasias no Brasil, evidenciando um sério problema de saúde pública<sup>7</sup>. Neste contexto, o câncer de colo de útero vem ocupando lugar de destaque, fazendo com que as taxas de incidência por essa doença fique na quarta posição entre as mulheres no mundo. Para o ano de 2016, no Brasil, são esperados 16.340 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres<sup>7</sup>.

Os fatores de risco que contribuem para a etiologia desta doença são: início precoce das

relações sexuais, multiparidade, promiscuidade pessoal ou do parceiro, má higiene sexual, infecções pelo papilomavírus humano (HPV), tabagismo, deficiência imunitária, irradiações ionizantes, uso de anticoncepcionais orais e deficiência de vitaminas A e C<sup>3,7,8</sup>.

Mesmo com uma extensa cobertura para a realização do teste de Papanicolaou, muitas mulheres relatam nunca ter realizado esse exame, referindo alguns fatores para esta não adesão: vergonha, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo, parceiros que não permitem que suas esposas compareçam, falta de interesse, dificuldades financeiras, dificuldade no agendamento, falta de tempo, ser um exame embaraçoso e desconfortável, e medo “do exame ser positivo”. Isso leva a uma deficiência na estratégia de captação dessas mulheres para realização desse exame preventivo que tem como prioridade garantir, não só o atendimento, como a entrega do resultado e o acompanhamento das mulheres em todo o processo de diagnóstico<sup>5,17, 14</sup>.

Neste contexto, a Enfermagem tem papel fundamental na prevenção desse tipo de câncer, sendo responsável pela identificação da população de alto risco, pelo desenvolvimento de ações de supervisão e pelo controle dos programas de educação, orientação e esclarecimento de dúvidas frequentes em relação à neoplasia e, também, quanto à realização do exame de colpocitologia<sup>11</sup>, tentando diminuir as ansiedades das mulheres, informá-las sobre os fatores de risco e conscientizá-las que, mesmo com dificuldades, é necessária a realização do exame para detectar lesões precursoras em estágios iniciais do câncer cérvico-uterino, antes do aparecimento de seus sintomas, visando a proporcionar o tratamento e uma maior adesão.

Assim, este trabalho teve como objetivo identificar os fatores que dificultam a adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou.

## **Método**

Foi realizado um estudo descritivo/exploratório, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na região central do município de São Paulo, pertencente à subprefeitura da Sé. A amostra foi composta por 100 mulheres que estavam na recepção deste serviço, no período de abril a junho de 2010.

Os critérios de inclusão foram: serem mulheres que não realizaram o exame de Papanicolaou há pelo menos três anos ou mais e que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: ter realizado o exame de Papanicolaou anualmente e/ou há até dois anos e onze meses.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética da Prefeitura do município de São Paulo e as clientes que aceitaram participar da pesquisa foram chamadas individualmente para um local reservado para responderem às perguntas do formulário.

O formulário foi composto por duas partes: a primeira caracterizava a população, com iniciais do nome, idade, escolaridade e situação conjugal; a segunda abordava especificamente o tema a ser pesquisado: número de gestações, paridade, uso de contraceptivo oral, ano do último exame de Papanicolaou, importância em realizar o exame, finalidade e dificuldades para a realização do mesmo, tais como: vergonha, medo, falta de tempo, agendamento, distância e condições financeiras.

## **Resultados**

Neste estudo, a faixa etária variou de 18 a 74 anos, sendo 50,0% mulheres entre 40 e 60 anos e 7,0% com mais de 61 anos. Quanto à escolaridade, 37,0% da amostra apresentava ensino médio (completo e incompleto); 22,0% ensino

superior (completo e incompleto); 40,0% ensino fundamental I e II (completo e incompleto); e 1,0% sem escolaridade.

Em relação à situação conjugal, 75,0% não tinham companheiro fixo e 25,0% eram casadas ou em união estável. Quanto aos aspectos reprodutivos, o percentual de mulheres nuligestas e aquelas com uma gestação (primigestas) foi igual a 28,0% cada; com duas ou mais gestações totalizaram 44,0% e 66,0% apresentaram um ou mais partos.

Questionadas sobre a realização do último exame de Papanicolaou, 15,0% das mulheres afirmaram nunca ter realizado o exame, porém, 56,0% afirmaram tê-lo feito há três anos e 26,0% há quatro anos ou mais.

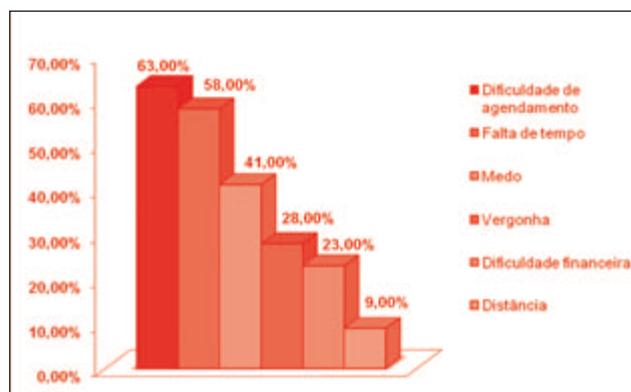
Na amostra, mais da metade das mulheres (56,0%) realizou o exame há três anos, porém, quando questionadas sobre o resultado dos dois últimos exames, não souberam informar, mas referiram não estar realizando o exame anualmente devido às dificuldades encontradas para a sua realização.

Em relação à finalidade do exame de Papanicolaou, 84,0% disseram saber a finalidade; destas, 42,3% responderam que este exame tem como finalidade prevenir/evitar doenças e/ou o câncer de útero.

Quanto aos motivos citados pelas mulheres entrevistadas para a não adesão ao exame de Papanicolaou, os principais foram: dificuldade de agendamento (63,0%) e a falta de tempo (58,0%), seguido pelo medo (41,0%) e pela vergonha em realizar o exame (28,0%) (Figura 1).

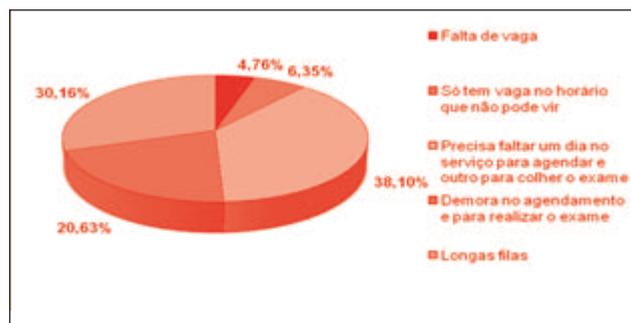
A dificuldade de agendamento do exame de Papanicolaou foi apontada por 63 mulheres (63,00%); destas, 24 mulheres (38,10%) referiram que isso implicaria ter de faltar um dia no serviço para agendar e outro dia para colher o exame, e 19 usuárias (30,16%) afirmaram que para realizar o agendamento era necessário enfrentar longas filas (Figura 2).

**Figura 1.** Motivos citados pelas mulheres de uma UBS do município de São Paulo para não adesão ao exame de Papanicolaou. (n=100).



OBS: Cada fator foi avaliado individualmente, por ter sido citado mais de uma vez.

**Figura 2.** Motivos citados pelas mulheres de uma UBS do município de São Paulo no que se refere à dificuldade de agendamento para a realização do exame de Papanicolaou. (n=63)



Com relação à falta de tempo, das 58 mulheres, 47 (81,03%) referiram trabalhar todos os dias, dificultando, assim, sua realização na data estipulada pela UBS.

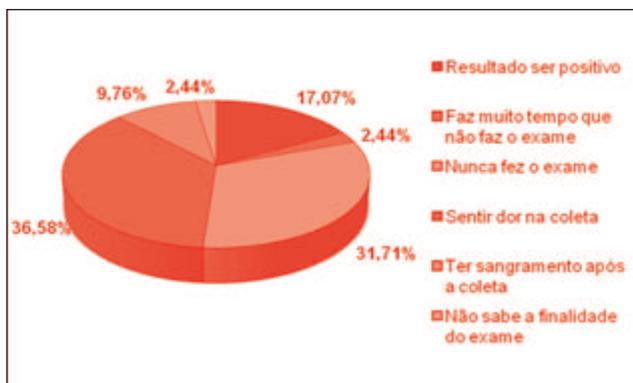
A dificuldade financeira para a realização do exame de Papanicolaou foi citada por 23 mulheres; destas, 14 (60,87%) alegaram perder um dia de serviço para agendar, outro para a coleta do exame e outro para buscar o resultado, correndo

o risco de não receber, mesmo levando um comprovante da unidade.

A distância foi citada por 9,0% da amostra e, destas, 44,44% referiram a necessidade de transporte, com uma ou várias conduções para chegar à UBS e por ser distante de suas residências.

O medo foi referido por 41 mulheres como empecilho para a realização do Papanicolaou, e 15 (36,58%) relataram medo de sentir dor na coleta e 13 (31,71%) apontaram ter medo do exame por desconhecê-lo ou nunca tê-lo realizado (Figura 3).

**Figura 3.** Motivos citados pelas mulheres de uma UBS do município de São Paulo no que se refere ao medo para a realização do exame de Papanicolaou. (n=41)



### Discussão

Os resultados demonstram que o grupo etário onde há maior risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero é o que menos realiza o exame, justificando ser um problema de Saúde Pública. De acordo com o INCA, geralmente a doença é percebida a partir dos 30 anos e aumenta seu risco rapidamente até atingir as faixas etárias acima de 50 anos<sup>7</sup>. Vale ressaltar que a população deste estudo tem escolaridade

suficiente para saber os benefícios do exame e sua periodicidade.

No estudo realizado no município de São Paulo, enfocando a cobertura e os motivos para a realização ou não do exame de Papanicolaou, das 1.049 mulheres entrevistadas, 932 (88,84%) relataram ter feito o Papanicolaou alguma vez na vida, destas, 61 mulheres (6,54%) realizaram o exame três a cinco anos atrás e 31 mulheres (3,32%) há mais de cinco anos; a maioria (63,62%) realizou o exame há menos de um ano<sup>14</sup>.

Em outra pesquisa utilizando dados do Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), com amostra de 290 mulheres que foram entrevistadas quanto aos fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou, mostrando que a prevalência de não realização do exame foi significativamente mais elevada entre as mulheres com até quatro anos de escolaridade (64,40%)<sup>1</sup>.

Quanto à situação conjugal, observa-se que mulheres solteiras são as que mais referem dificuldades para a não adesão ao exame preventivo, evidenciando séria preocupação, pois a tendência de mulheres solteiras sem parceiro fixo constitui fator de risco para o aumento da predisposição ao desenvolvimento da doença, devido à multiplicidade de parceiros sexuais<sup>3</sup>.

Os estudos reforçam a associação do câncer de colo de útero com a atividade sexual das mulheres. Muitos referem alto índice em mulheres com múltiplos parceiros sexuais ou que tenham iniciado atividade sexual precocemente ou, ainda, que tiveram muitos partos, ou que seus companheiros tivessem várias parceiras sexuais, podendo relacionar também com a infecção viral pelo HPV<sup>6,7,8</sup>. Os hormônios da gravidez e a paridade promovem hiperplasia polipoide e ectopia do epitélio colunar endocervical, deixando-o sujeito a fenômenos metaplásicos, sendo importante no surgimento de modificações celulares iniciais dos processos neoplásicos cervicais.<sup>12</sup>

Quanto aos motivos citados para a não realização do exame de colpocitologia oncótica, as causas principais somam-se à dificuldade de agendamento e à falta de tempo (Figura 1), as quais podem ser explicadas pela demanda das unidades básicas de saúde, principalmente desta que se localiza na região central onde a abrangência é maior, fazendo com que as mulheres faltem em seus empregos, promovendo menor adesão ao exame de Papanicolaou. Já os sentimentos de medo e vergonha, referidos pelas pesquisadas, podem ser apreendidos como uma sensação de desproteção e impotência que a posição ginecológica proporciona. Por isso, os profissionais devem promover uma interação humanizada com as clientes.

No estudo realizado em Campinas, um dos motivos apontados para a não realização do exame foi a dificuldade em marcá-lo por 13,7% das mulheres<sup>1</sup>. Outra pesquisa realizada com 30 mulheres revelou que 10 mulheres (33,33%) mencionaram também a dificuldade no agendamento das consultas<sup>13</sup>.

Comparando com o presente estudo, os dados corroboram com a dificuldade encontrada pelas mulheres em agendar o exame, tendo como motivo principal a necessidade de ter que faltar no serviço, por causa do tempo gasto para realizar seu agendamento, o exame e a espera para o atendimento (Figura 2).

Quanto ao sentimento de medo relacionado ao câncer cervicouterino (Figura 3), ele costuma ser criado e perpetuado pelo próprio discurso de risco presente nas campanhas em saúde pública, convencendo as pessoas da ameaça e do perigo que correm se não adotarem certos comportamentos preventivos. Considera-se que o medo pode servir como um elemento regulatório e propulsor para a realização do exame de Papanicolaou, devido à crença perante a doença, induzindo um sentimento de culpa, de obrigação e de responsabilidade. Na prática, ao contrário, o medo pode adquirir um efeito diferente ao que

se deseja, tornando-se muito mais um elemento restritivo, pois vários estudos mostram que sentimentos de medo em relação ao exame de Papanicolaou, à doença, à dor do exame ginecológico e ao recebimento de um resultado positivo são motivos comuns para a sua não realização<sup>13,15</sup>.

O presente estudo mostrou maior percentual de mulheres que referiram sentir medo da dor durante a coleta, seguido de nunca terem realizado este exame, e ainda houve um resultado significativo com relação às mulheres que referiram ter medo do resultado. Outros estudos demonstram que o medo de sentir dor durante a coleta e quanto ao receio do resultado, esteve presente para muitas mulheres quando se trata da realização do exame Papanicolaou<sup>2,9,13,18</sup>.

O fator vergonha também foi apontado como motivo para a não adesão ao exame de Papanicolaou, assim como em outros estudos<sup>10,12,13,14,17,18</sup>, provocando uma atitude de aversão em relação ao mesmo.

Atualmente o modelo de atenção básica adotado no Brasil, em especial a Estratégia Saúde da Família, é um diferencial na superação de barreiras no que se refere ao exame colpocitológico, identificando e captando as mulheres que não o realizam<sup>10</sup>, minimizando dos fatores citados, principalmente a dificuldade de agendamento, falta de tempo, filas longas e a distância.

### Conclusão

Os resultados encontrados revelam a existência de muitas dificuldades a serem vencidas para aumentar a adesão ao exame de Papanicolaou, demonstrando uma deficiência dos serviços da Atenção Básica à Saúde quanto ao atendimento às mulheres, sendo que a dificuldade no agendamento, seguida pela falta de tempo, pelo medo, vergonha, dificuldade financeira e a distância do serviço vêm sendo apontados como os principais inibidores à sua realização.

O medo ainda é um obstáculo a ser superado pelas mulheres, pois muitas acreditam que, além da posição desconfortável do exame, o receio de receber um resultado positivo é muito grande, associando-o como uma sentença prejudicial à vida, fazendo com que desistam de agendar o exame, justificando outros fatores para a sua não realização. Vale ressaltar que quando a mulher é acolhida e esclarecida sobre o procedimento a ser executado ela terá maior adesão ao exame.

Portanto, é fundamental que os profissionais atuantes em UBS, entre eles o enfermeiro, informem as mulheres sobre a importância do exame de citologia oncológica e sua realização com a periodicidade adequada, estabelecendo estratégias para vencer o medo, diminuir suas ansiedades, conscientizar as mulheres para administrar o tempo, facilitar o agendamento e proporcionar a detecção das lesões precursoras, o tratamento e a adesão, diminuindo dessa forma, o índice de câncer cervicouterino.

### Referências

1. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(11): 2329-2338.
2. Batista RPB, Mastroeni MF. Fatores associados à baixa adesão ao exame colpocitológico em mães adolescentes. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(6):879-88.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Falando sobre o câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Custo-efetividade no rastreamento do câncer cervicouterino no Brasil: um estudo exploratório. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005. 61p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008. 488p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015. 122p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. 124 p.
9. Cesar JA, Santos GB, Sutil AT, Cunha CF, Dumith SC. Citopatológico de colo uterino entre gestante no Sul do Brasil: um estudo transversal de base populacional. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2012; 34(11):518-523.
10. Davim RMB, Torres GV, Silva RAR, Silva DAR. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2005; 39(3):296-302.
11. Gerk MAS, Freitas SLF, Barros SMO. Consulta de Enfermagem com ênfase na prevenção do câncer cervicouterino e de mama: projeto de extensão desenvolvido em Campo Grande (MS). *Acta Paul Enferm*. 2000; 13 (esp. parte II):193-195.
12. Gomes CHR, Silva JA, Ribeiro JA, Penna RMM. Câncer Cervicouterino: Correlação entre Diagnóstico e Realização Prévia de Exame Preventivo em Serviço de Referência no Norte de Minas Gerais. *Rev. Bras. Cancerol*. 2012; 58(1):41-45.
13. Neves SR, Freitas MM, Soares TF. Percepção de mulheres usuárias do Hospital de Clínicas de Uberlândia acerca do exame de Papanicolaou. *Cad. Esp. Fem*. 2007; 18(2):437-457.
14. Pinho AA, França-Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(suppl2):303-313.
15. Pinho AA, França-Junior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev. Bras. Saúde Mater Infant*. 2003; 3(1):95-112.
16. Ramos NPD, Amorim JA, Lima CEQ. Câncer do colo do útero: influência da adequação da amostra cervical no resultado do exame citopatológico. *Rev. Bras. Anal. Clin*. 2008; 40(3):215-218.
17. Silva DW, Andrade SM, Soares DA, Turini B, Schneck CA, Lopes MLS. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2006; 28(1):24-31.
18. Teixeira L. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. *Hist. Cienc. Saúde*. 2015; 22(1):221-240.

# Representações do corpo feminino na prevenção do câncer de colo de útero<sup>I</sup>

## Representations of Body Female in the Cervical Cancer Prevention

Edemilson Antunes de Campos<sup>II</sup>, Lidiane Mello de Castro<sup>III</sup>, Francine Even de Sousa Cavalieri<sup>IV</sup>

### Resumo

O objetivo deste artigo é compreender as representações sobre o corpo feminino de mulheres que fizeram o Papanicolaou. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa, com roteiro de entrevistas semiestruturadas, com mulheres em idade reprodutiva, moradoras do Jardim Keralux, localizado na zona leste do município de São Paulo, Brasil. O Papanicolaou é carregado de significados e permite analisar as representações sobre o corpo feminino, a partir das crenças presentes no contexto sociocultural no qual as mulheres estão inseridas. A prática de se depilar antes do exame, bem como a ausência da menstruação, aponta para uma representação do corpo feminino considerado “impuro”, permitindo às mulheres darem um sentido à necessidade de se fazer a prevenção de câncer de colo de útero, por meio do Papanicolaou. Busca-se contribuir para a compreensão da importância dos aspectos socioculturais que operam na prevenção de câncer de colo de útero.

**Palavras-chave:** Câncer de colo de útero; Gênero; Papanicolaou.

### Abstract

The purpose of this article is to understand the representations of the female body by women who had a Pap test. Therefore, a qualitative research was carried out from a screenplay by semi-structured interviews with women of reproductive age, residents of Jardim Keralux, located in the East Zone of São Paulo, Brazil. The Pap test is loaded with meaning and allows you to analyze the representations of the female body, from the beliefs present in the sociocultural context in which women are embedded. The practice of shaving before the exam, as well as the absence of menstruation, points to a female body representation considered “unclean”, allowing women to give a sense of the need to make the prevention of cervical cancer through Pap smear. The aim is to contribute to the understanding of the importance of socio-cultural aspects that operate in the prevention of cervical cancer.

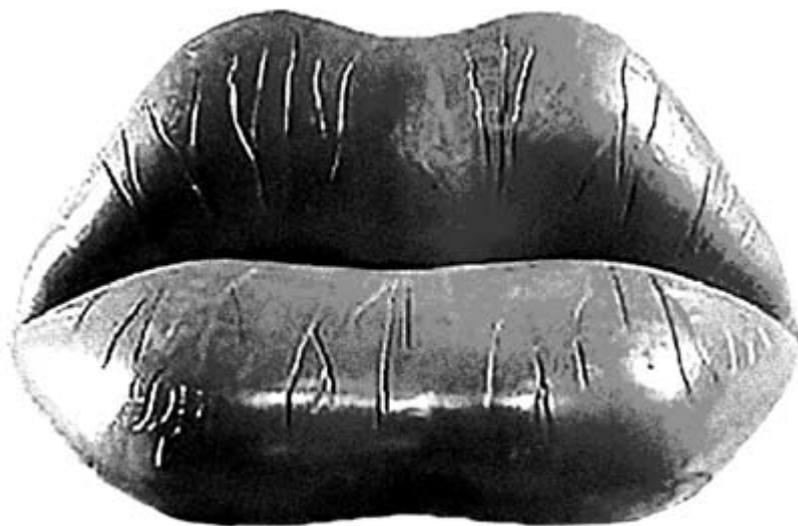
**Keywords:** Cervical cancer; Gender; Pap test.

<sup>I</sup> Esta pesquisa contou com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP –, processos números: 2011/08356-3 e 2012/17472-0 e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq –, processos números: 148908/2013-6 e 470617/2011-0.

<sup>II</sup> Edemilson Antunes de Campos (edicampos@usp.br) é Professor no curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades e Professor e Orientador no Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem, ambos da Universidade de São Paulo, pesquisador e orientador da Pesquisa “Corpo, Cultura e Sexualidade: representações e práticas de mulheres sobre o exame preventivo de câncer cervicouterino: Papanicolaou”.

<sup>III</sup> Lidiane Mello de Castro (lidianeoz@usp.br) cursa o doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo e Auxiliar de pesquisa no Projeto “Corpo, cultura e sexualidade: representações e práticas de mulheres sobre o exame preventivo de câncer cervicouterino: Papanicolaou”, desenvolvido na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

<sup>IV</sup> Francine Even de Sousa Cavalieri (francineeven@gmail.com) cursa o mestrado em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e foi bolsista de Iniciação Científica no Projeto “Corpo, cultura e sexualidade: representações e práticas de mulheres sobre o exame preventivo de câncer cervicouterino: Papanicolaou”, desenvolvido na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.



### Introdução

O câncer de colo de útero é uma neoplasia maligna que atinge milhares de mulheres em todo o mundo, chamando a atenção da comunidade científica, das autoridades médicas e governamentais. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, em 2016, há um risco estimado de 15,85 casos novos de câncer de colo de útero a cada 100 mil mulheres<sup>11</sup>.

O estado de São Paulo tem uma taxa estimada de 9,50 novos casos de câncer de colo de útero por 100 mil mulheres<sup>15</sup> para o ano de 2016. No município de São Paulo, a doença é a sexta causa de morte entre as neoplasias entre as mulheres, com uma taxa bruta de mortalidade, no ano de 2011, de cerca de 4,00 óbitos por 100 mil mulheres<sup>10</sup>. Apenas neste município, a estimativa de novos casos para 2016 é de 11,60 por 100 mil mulheres<sup>15</sup>.

Dada as altas taxas de prevalência de câncer de colo de útero na população feminina, a

realização periódica do Papanicolaou é considerada a melhor estratégia para o rastreamento e prevenção desse tipo de câncer, devendo ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, na faixa etária de 25 a 64 anos, considerada a de maior incidência desse tipo de câncer<sup>10</sup>.

Embora exista um exame clínico que permite sua prevenção, detecção precoce e tratamento, no Brasil, nas últimas décadas não há reduções significativas na morbimortalidade das mulheres em idade reprodutiva, acometidas pelo câncer de colo uterino<sup>13</sup>.

As pesquisas da área de Ciências Sociais e saúde têm evidenciado o modo como os aspectos socioculturais influenciam na adesão das mulheres ao Papanicolaou<sup>2,5,14</sup>. Destacam-se os estudos sobre o modo como as complexas relações de gênero influenciam a prevenção de câncer de colo de útero<sup>1,9</sup>.

O conceito de gênero é social e historicamente construído, e define de forma assimétrica

as relações entre homem e mulher, particularmente, aquelas relativas ao corpo e à sexualidade<sup>6</sup>. Assim, na concepção tradicional da feminilidade, a exposição da genitália e a manipulação das zonas erógenas do corpo feminino pelo profissional de saúde podem gerar vergonha e constrangimento, por se tratar de ações consideradas moralmente incorretas, levando as mulheres, muitas vezes, à não realização do Papanicolaou, principalmente quando o profissional é do gênero masculino.

É, portanto, seguindo a linha das pesquisas das Ciências Sociais e Saúde, que a pesquisa aqui apresentada objetivou compreender as representações do corpo feminino de um grupo de mulheres moradoras da periferia da Cidade de São Paulo, as quais realizaram periodicamente o Papanicolaou.

### **Métodos**

Para dar conta dos objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa qualitativa, realizada entre 2011 e 2013 no Jardim Keralux, localizado no distrito de Ermelino Matarazzo, na zona leste da cidade de São Paulo.

A escolha do local da pesquisa deveu-se ao fato de que é um bairro cuja população é considerada vulnerável para o acesso das redes de proteção à detecção precoce e tratamento de câncer de colo de útero.

Seguindo a linha conceitual de Jodelet<sup>7</sup>, as representações sociais são entendidas como uma forma de conhecimento socialmente construída e compartilhada, que compõem os sistemas de interpretação social, possibilitando, aos indivíduos, formularem uma compreensão sobre a experiência vivida a qual orienta suas práticas sociais.

Nesse sentido, as representações sobre o corpo, a saúde e a doença inauguram uma ordem

de sentido, no interior da qual as mulheres orientam suas práticas de cuidados à saúde, assegurando a elaboração de um código comum. Esse código constitui-se enquanto um campo semântico por meio do qual suas experiências podem ser comunicadas e seus conteúdos significativos são construídos. Esse referencial levou à escolha da utilização de entrevistas individuais semiestruturadas a serem realizadas com mulheres moradoras dos bairros citados, de forma a obter suas representações sociais sobre o câncer de colo uterino.

As entrevistas ocorreram após concordância na participação da pesquisa e assinatura do TCLE e garantia de sigilo e anonimato das informações, e uso de nomes fictícios em publicações de resultados.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas com o objetivo de identificar, por meio da inferência, os núcleos de sentido e as significações sobre o Papanicolaou e suas implicações sobre a vida sexual e reprodutiva, objetivando uma síntese interpretativa, permitindo compreender as representações sobre o corpo feminino desse grupo de mulheres, moradoras da periferia da cidade de São Paulo.

### **Resultados**

Foram entrevistadas ao todo 09 (nove) mulheres, todas são migrantes da região Nordeste do Brasil e moram em São Paulo há pelo menos 10 anos. Todas são mães de pelo menos um filho, uma trabalha como dona de casa, enquanto as demais também trabalham fora, em locais próximos à moradia, desempenhando funções que exigem baixa escolaridade. Todas elas fazem o Papanicolaou periodicamente, pelo menos uma vez por ano.

Os dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas (quadro 1) apontam, ainda, que a maioria é católica ou evangélica.

**Quadro 1** – Dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas

Nome	Id	Nat.	Religião	Est. Civil	Filhos	Profissão	Freq. Papanicolaou /ano
01 Yolanda	37	PI	Católica	Solteira	01	Auxiliar serviços gerais	Duas vezes
02 Vânia	32	BA	Católica	Solteira	01	Operadora de máquinas	Duas vezes
03 Mari	45	BA	Católica	Viúva	01	Dona de casa	Uma vez
04 Maísa	31	BA	Católica	Casada	01	Ajudante de cozinha	Uma vez
05 Eliana	36	RN	Evangélica	Casada	02	Auxiliar serviços gerais	Uma vez
06 Márcia	38	PE	Evangélica	Solteira	01	Ajudante-geral	Uma vez
07 Sandra	45	SP	Não info.	Casada	05	Auxiliar de limpeza	Uma vez
08 Sílvia	31	BA	Católica	Casada	02	Auxiliar de limpeza	Duas vezes
09 Marcela	44	PE	Evangélica	Casada	04	Auxiliar de limpeza	Uma vez

As mulheres entrevistadas revelam que se preparam para a realização do Papanicolaou, muitas vezes por vergonha do próprio corpo. Exemplo disso, é o que nos diz Sílvia, entrevistada 08, quando aponta seu preparo anterior ao exame: “Só depilação e não pode estar menstruada”.

Sobre a razão dela se depilar, ela responde: *A enfermeira do postinho fala que não precisa. Ela sempre fala, mas eu tenho vergonha. Aí, eu me depilo. Eu fico com vergonha se eu não depilar, então, sempre que vou, eu me depilo. E sempre ela reclama, ela fala: “Não precisa vir depilada”. Só que eu tenho vergonha. E ela fala: “Não precisa ter vergonha”. Então, eu sempre me depilo e ela sempre reclama. (Sílvia, entrevistada 08)*

Perguntada sobre o motivo de se sentir envergonhada, ela conclui:

*Eu tenho vergonha de estar ali cheia de pelo e a enfermeira olhar. Eu fico com vergonha, porque, às vezes, pode ser que dá alguma alteração e ela tem que chamar o médico. Eu fico constrangida. Esse exame é muito constrangedor, mas a gente é obrigada a fazer.*

*Então, eu tiro todo o pelo e assim me sinto mais à vontade.*

Embora não haja nenhuma recomendação, por parte dos profissionais de saúde, as mulheres entrevistadas relatam que fazem a depilação antes de realizar o exame de Papanicolaou. É isso que também nos diz Sandra, entrevistada 07:

*Só faço a depilação para fazer a coleta. É o jeito de a gente ser. Todas nós, mulheres, quando vamos fazer um Papanicolaou, fazemos a depilação, porque acho que é chato chegar lá toda amontoada, suja, cheia de cabelos para fazer um exame desses. Sempre, eu e minhas filhas, todas fazemos. É hábito, é higiene. Isso vem de família, aprendi com minha tia e com a minha mãe. Isso aí já vem de anos.*

Já Marcela, entrevistada 09, relata que não realiza o exame durante a menstruação e também se depila, quando indagada sobre a preparação do exame:

*A enfermeira manda não ir fazer o exame nos dias da menstruação. Ela fala para deixar passar sete dias, porque pode sangrar muito. Ela fala também para não ter relação sexual*

*três dias antes. Eu obedeco à ordem. Eu também tiro os pelos com barbeador. Porque eu acho que é feio e eu fico mais limpinha. Assim, eu acho que é mais fácil para eles fazer o exame. Eu não gosto de ficar com pelo grande. Eu acho mais limpo. Até quando está descendo, quando molha, fica parecendo que está sujo.*

A representação do corpo feminino como “impuro” também pode ser evidenciada na narrativa de Marcela, entrevistada 09:

*A mulher é bicho feio. Muito esquisito a gente. Todo mês sangra. A mulher sofre mais, passa por muitas coisas. Ela fica grávida e, no final da gravidez, ela sente enjoo, sente ardor. Depois, para ter a criança, ela passa por dor, por preocupação, tristeza até na hora de ganhar a criança. Depois, todo mês, ela fica menstruada e, no final de tudo isso, o prazer é do homem mesmo. Nós temos que carregar esse peso até o fim. Foi Deus que nos fez assim.*

Essa representação reforça a ideia de que a mulher está destinada à dor, ao sofrimento. Já a entrevistada Sandra revela que tanto a realização do exame quanto os cuidados ligados à higiene pessoal estão literalmente associados à limpeza e à beleza:

*Eu fiz o primeiro Papanicolaou com uns 20 anos. Eu tive uma ferida e o médico queimou a ferida dentro do útero. Eu nunca mais parei, e, até hoje, eu vou atrás do Papanicolaou. Porque a enfermeira fala: “Seu útero está limpo; seu útero está bonito”.*

## Discussão

No Brasil, o Ministério da Saúde, através dos Cadernos da Atenção Básica: Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama<sup>12</sup>, recomenda como preparação para o exame de Papanicolaou

apenas que devem ser evitadas as relações sexuais com o uso de lubrificantes, o uso de medicamentos ou anticoncepcionais vaginais nas 48 horas que antecedem o exame e que ele não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico. Embora saibamos disso, as narrativas das entrevistadas são emblemáticas e reveladoras da maneira como várias mulheres vivenciam a experiência do Papanicolaou e, por essa via, manifestam suas representações do corpo feminino.

O que tanto a depilação dos pelos pubianos quanto a menstruação revelam sobre o modo como as mulheres entrevistadas concebem o próprio corpo? A obra de Douglas<sup>4</sup> sobre os rituais de purificação oferece uma pista importante para responder a essas questões. A separação entre o que é limpo e sujo reflete o modo como o mundo social é organizado, isto é, como os sistemas de classificação social tornam nossa experiência social inteligível. A impureza mistura o que não deve ser misturado, ao mesmo tempo em que mistura fronteiras sociais e simbólicas que mantêm o mundo social em ordem. A oposição *limpo X impuro* assume, assim, um valor moral capaz de qualificar a experiência vivida. Por isso, é comum nos referirmos à “sujeira” como algo mau, impuro, como um dano que alguém nos fez no passado. Limpar significa purificar, restabelecer a ordem de sentido, nos afastando do mal.

Assim, as entrevistadas Sandra e Sílvia apontam que fazem a depilação como forma de se preparar para a coleta de material para o exame citopatológico. Ambas acionam um sistema moral que concebe os pelos como algo “impuro”; algo que não pode estar presente durante o exame. Seguindo a linha aberta por Douglas, os pelos pubianos seriam considerados “matéria fora do lugar”, particularmente, durante a realização do Papanicolaou, pois eles são considerados como “sujeira”.

A entrevistada Sandra acredita, mesmo, que a raspagem dos pelos pubianos é uma questão de higiene, pois ela se sente “*suja*” quando não se depila. Ela também nos diz que aprendeu isso com sua tia e sua mãe, um aprendizado que “*já vem de anos*”, o que reforça a ideia de que a cultura fornece a ordem de sentido, na qual vai se estabelecer o sistema de crenças e de classificação social, mais especificamente o que define os limites entre o puro e o impuro.

Para as mulheres entrevistadas, o sangue menstrual seria, dessa forma, considerado impuro, devendo ser, por isso, a razão de evitar a realização do exame nesse período. Leal<sup>8</sup> observa que o corpo feminino é concebido, nos grupos populares, a partir dos movimentos de abertura e fechamento, fatores que indicam seu bom funcionamento, de modo que o sangue menstrual é, em alguns momentos, considerado sujo, um fluido que deve ser eliminado, que opera a limpeza do corpo. As representações do sangue indicam, portanto, que ele pode ser concebido ora como um sinal fertilidade da mulher, ora como algo sujo, um resto que deve ser evacuado.

Essa representação da menstruação também aparece na narrativa da entrevistada Marcela, que aponta que acredita que o exame não deve ser realizado quando está menstruada e associa isso à higiene, beleza e necessidade de depilação de pelos.

Assim, a depilação está ligada à sujeira, provocada pela menstruação, dessa forma, Marcela se sente mais limpa. O movimento de descida do sangue menstrual corresponde a essa ideia de que o corpo da mulher está aberto e que o sangue deve ser eliminado. O aspecto molhado, úmido do sangue, reforça a representação de algo sujo, que deve ser evitado durante o exame.

Contudo, como compreender a prática da depilação, se ela não tem nenhum efeito técnico, segundo os profissionais de saúde, para a coleta

do material para o exame citopatológico? Qual o significado que a retirada dos pelos pubianos têm para as mulheres entrevistadas?

Como a depilação é entendida pelas mulheres entrevistadas como um ato de limpeza, o corte dos pelos pubianos, embora não tenha nenhum efeito técnico, faz com que elas acreditem que ajudam os profissionais de saúde; por isso realizam esse procedimento a fim de que se sintam “*mais à vontade*” durante a coleta do material para o exame citopatológico.

Ou seja, ao cortarem os pelos pubianos, as mulheres creem que facilitam a realização do exame, de maneira que ele se torna mais aceitável e inteligível. A mulher passa a fazer parte do exame não apenas como objeto de uma intervenção médica, mas sim como um sujeito que também é responsável por sua execução. Não por acaso, mesmo diante das reclamações da enfermeira, Sílvia se depila para fazer o exame. Na lógica das mulheres, a raspagem dos pelos tem um sentido físico, pois facilita a realização do exame, mas também um sentido moral, pois as deixam à vontade e menos constrangidas.

A representação do corpo feminino como “impuro” também pode ser evidenciada na narrativa de Marcela, entrevistada 09, que acredita que a mulher é “*um bicho feio*”, que “*sofre*” e “*sangra*”, reforçando também a ideia de que a mulher está destinada à dor e ao sofrimento. Com efeito, o ciclo vital da mulher, aí incluídas a gravidez e a menstruação, é compreendido como carregado de desprazer e dor, de maneira que, por oposição de gênero, o prazer seria destinado ao homem.

Essa representação do corpo da mulher como imperfeito é reforçada pelo processo de medicalização, que enfatiza a ideia de que o corpo do homem é considerado perfeito, em oposição aos aspectos fisiológicos em que o corpo da mulher se diferencia, tais como: a menstruação, a gravidez e a menopausa; ele é concebido como

disfuncional, anormal, perigoso e defeituoso, por isso necessita de intervenções médicas<sup>13</sup>.

Assim, o Papanicolaou evidencia o modo como o corpo da mulher é representado em suas dimensões físicas e morais, reafirmando a crença de que o corpo feminino é impuro e necessita de uma intervenção que o deixe limpo, como definiu a entrevistada Sandra que, por fazer Papanicolaou repetidamente, acredita que seu útero está limpo e bonito.

A seguir, no quadro 2, é possível visualizar o modo como o Papanicolaou sinaliza para uma representação do corpo feminino, a partir da oposição entre o que é considerado puro e impuro:

**Quadro 2** – Representações do corpo feminino

PURO	IMPURO
Útero limpo	Útero sujo
Ausência de ferida no colo do útero	Presença de ferida no colo do útero
Depilação	Pelos
Ausência da menstruação	Menstruação
Sem corrimento	Corrimento
Sem cheiro	Mau cheiro

Essas representações reforçam as crenças que esse grupo de mulheres tem sobre si e sobre seu corpo, de maneira que o útero considerado “limpo” contrapõe-se ao útero “sujo”; a “ausência” de feridas no colo do útero representa o corpo puro e sua “presença” o impuro; a “depilação” é considerada uma prática de purificação, que limpa o corpo, enquanto que os “pelos pubianos” simbolizam o corpo impuro. A ausência da menstruação é um signo do corpo puro, enquanto a sua presença representa a impureza do corpo feminino. A ausência de cheiro é relacionada ao corpo considerado puro, enquanto o “mau cheiro” representa o impuro.

As representações relativas à impureza e à pureza do corpo feminino permitem a esse grupo de mulheres organizar, dar um sentido à experiência, diante da obrigação de fazer um exame, considerado constrangedor, mas fundamental para a prevenção de câncer de colo de útero.

### Considerações finais

Este trabalho apresenta como um grupo de mulheres, moradoras da periferia da cidade de São Paulo, constrói representações sobre seu corpo, a partir da realização do Papanicolaou e dos códigos sociais e culturais partilhados no contexto sociocultural no qual elas vivenciam a experiência do exame.

Assim, diante das altas taxas de mortalidade de câncer de colo de útero e a necessidade de se fazer a prevenção por meio do Papanicolaou, recomenda-se uma atenção especial às representações e às crenças das mulheres sobre o corpo feminino, na medida em que elas orientam e dão sentido à experiência do exame preventivo.

Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos às crenças das mulheres, a partir de uma escuta que respeite as representações que elas elaboram sobre si mesmas. Embora as representações possam ser consideradas imaginárias, seus efeitos são reais e podem determinar a decisão das mulheres em fazer ou não a prevenção de câncer de colo de útero.

A realização de roda de conversa com as mulheres, que permita a elas exporem suas crenças sobre o seu corpo e o Papanicolaou, é fundamental para deixar as mulheres à vontade quanto à realização do exame. Oficinas que abordem o tema do Papanicolaou e o modo como as mulheres o entendem também pode ser uma boa estratégia para ajudar na adesão à prevenção ao câncer de colo de útero.

Assim, o sistema de saúde pode oferecer uma assistência humanizada às mulheres, que respeite as suas crenças sobre o corpo feminino, bem como que entenda o modo como as mulheres concebem a necessidade de realização do Papanicolaou.

### Referências

1. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(4):909-14.
2. Cruz LMB, Loureiro RPA. Comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc*. 2008; 17(2):120-31.
3. Davis-Floyd R. *Birth as an American rite of passage*. 2. ed. Berkeley: UC Press; 2003.
4. Douglas M. Pureza e perigo: ensaio sobre a noção de poluição e tabu. Lisboa: Edições 70; 1991.
5. Duavy LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cervicouterino: estudo de caso. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007; 12(3):733-42.
6. Heilborn ML. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferença na saúde. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadores. *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.197-208.
7. Jodelet D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001.
8. Leal OF. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: Leal OF, organizadora. *Corpo e significado: ensaios de antropologia social*. 2. ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2001. p.15-36.
9. Löwy I. Le genre du cancer. *Clio FGH*. 2013; 37:65-83.
10. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento de câncer de colo de útero*. Rio de Janeiro: Coordenação-Geral de Ações Estratégicas; 2011.
11. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar. *Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Coordenação de Prevenção e Vigilância; 2015.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres de colo de útero e da mama*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
13. Oliveira MV, Guimarães MDC, França EB. Fatores associados à não realização de Papanicolaou em mulheres quilombolas. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19:4535-44.
14. Paula AF, Madeira AMF. O exame citopatológico sob a ótica da mulher que o vivencia. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2003; 37:88-96.
15. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Área Técnica da Saúde Integral da Mulher. *Câncer ginecológico*. São Paulo; s/d. [acesso em: 24 jun 2016]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/CancerGinecologico.pdf>

# O controle estatal dos corpos e da sexualidade das mulheres encarceradas

## The state control of incarcerated women's bodies and sexuality

Maria Fernanda Terra<sup>1</sup>, Rute Alonso<sup>II</sup>

### Resumo

A mulher presa é abandonada por familiares e pelo Estado. “Esquecimento” esse alicerçado pela argumentação de que a população carcerária feminina é inferior à masculina. Uma das transgressões da mulher no sistema penitenciário é a ruptura com o modelo patriarcal, no qual ela deveria ser frágil, dócil e cuidadora da família. Os estabelecimentos penais destinados às mulheres, em sua maioria, não são adaptados às necessidades biológicas e psicológicas femininas e tampouco oferecem possibilidades para a ressocialização. O aumento do encarceramento feminino ocorre ao lado da feminização da pobreza, haja vista que as mulheres têm menos oportunidade de acesso à propriedade de capital produtivo e ao trabalho remunerado ou capacitação. A problematização desses contextos coloca a saúde frente à necessidade de reconhecer que marcadores de desigualdade como gênero, raça e classe social barram o acesso e aumentam a vulnerabilidade dessas mulheres a adoecimentos.

**Palavras-chave:** Sexualidade; Gênero; Prisão.

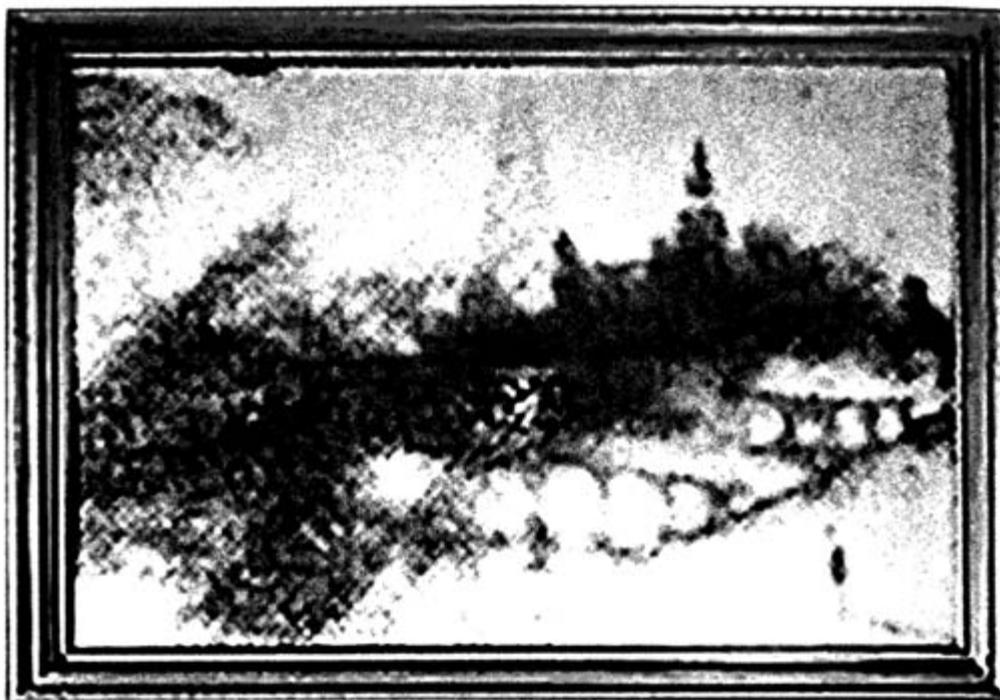
### Abstract

The arrested woman is abandoned by family and the state. “Forgetfulness” grounded by the argument that the female prison population is lower than the male. One of the woman's transgressions in the prison system is the break with the patriarchal model, in which she should be fragile, docile and family's caregiver. The prisons for women, in most cases, are not adapted to the female biological and psychological needs and do not provide possibilities for rehabilitation. The increase in female imprisonment is side by side with the poverty feminization, once women have less opportunity to access to the productive capital's property and paid work or training. Problemizing these contexts puts to health the need to recognize that inequality markers such as gender, race and social class foreclose access and increase the women's vulnerability to illnesses.

**Keywords:** Sexuality; Gender; Prison.

<sup>1</sup> Maria Fernanda Terra (mfterra@gmail.com) é Enfermeira. Doutoranda no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP-SP. Professora de Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

<sup>II</sup> Rute Alonso (mariaderute@gmail.com) é Advogada. Presidente da União de Mulheres da Cidade de São Paulo.



### Introdução

**E**ste artigo se propõe a refletir quanto à efetivação do direito sexual das mulheres sob privação de liberdade. O aumento da população feminina encarcerada tem sido exponencial no Brasil. Essa população subiu de 5.601 para 37.380 detentas entre 2000 e 2014, crescimento de 567% em 15 anos<sup>5</sup>. No total, elas representam 6,4% da população carcerária brasileira, que é de aproximadamente 607 mil detentos<sup>12</sup>.

O aumento do encarceramento reflete as situações de extrema desigualdade social e a única estratégia do Estado para enfrentar os problemas que são sociais, econômicos e estruturais no país. A condição de encarceramento aparta o indivíduo da vida social e priva-o de direitos constitucionalmente assegurados, como o direito à saúde, principalmente às mulheres. Os ambientes a que são submetidas durante o encarceramento, na maioria das vezes, não são construídos para

suprir suas necessidades enquanto mulheres e mães. Por outro lado, previamente ocupados por homens, esses lugares não suportaram as demandas masculinas, sendo desativados e repassados para abrigá-las. Nesse contexto, pensar na mulher grávida, que amamenta, ou na implementação do direito à visita íntima não é possível nesse ambiente.

A mulher presa geralmente é abandonada por familiares e pelo Estado. O abandono da família se dá pela vergonha da violação do papel social feminino na sociedade; o abandono pelo Estado ocorre quando este não supre as necessidades específicas do corpo biológico da mulher, como, por exemplo, a oferta precária de absorventes em quantidade adequada para as presas. Essa situação de “esquecimento” pode ser alicerçada pela argumentação de que a população carcerária feminina é significativamente menor do que a masculina, cerca de 7% do total geral<sup>12</sup>. Há que se olhar, porém, para o contexto do

cárcere sob a perspectiva de gênero e observar que, mesmo dentro dessa instituição disciplinar, violadora de direitos, as mulheres recebem um tratamento desigual em relação ao destinado aos homens encarcerados.

Para além das necessidades biológicas não supridas, tem-se a violação dos corpos e da subjetividade das mulheres, quando sua sexualidade é apagada pela regulamentação tardia da visita íntima e dificuldade de acesso às suas parceiras e/ou parceiros. Nesse sentido, é necessário analisar o contexto sob a perspectiva relacional de poder<sup>3,20</sup> e compreender que, dentro desta instituição disciplinar, há violação dos direitos das mulheres e, conseqüentemente, grande potencial para produzir adoecimentos. Durante o encarceramento das mulheres se acentua, entre todas as violações, a violação dos direitos sexuais e reprodutivos abordados tradicionalmente pelos serviços de saúde no Brasil.

### Perfil das mulheres presas

De acordo com dados do Ministério da Justiça<sup>4</sup>, a faixa etária das mulheres presas no Brasil varia de 18 a 45 anos. Sua raça e/ou cor da pele são 45% parda, 37% branca e 16% negra. O principal crime cometido por elas é o tráfico de drogas, o qual corresponde a 60%, seguido de crimes contra o patrimônio, que representam 23%. No que tange às mulheres, o sistema penal é ainda mais rígido e reproduz, além da seletividade classista, a discriminação de gênero, ou seja, são punidas duplamente, seja pelo controle formal (do Poder Judiciário à execução penal), seja pelo informal (família e sociedade).

O abandono das mulheres encarceradas por seus familiares decorre dessa dupla transgressão e conseqüentes repressões somadas à questão logística: como o número de presas mulheres é menor em comparação ao de homens,

há menos penitenciárias femininas, o que resulta, em muitos casos, no afastamento da presa de sua localidade natal, dificultando as visitas, visto que a locomoção de familiares exige despesas econômicas que, na maioria dos casos, não são comportadas pelas famílias<sup>4</sup>.

Assim, ao encarar o sistema de justiça criminal em uma perspectiva de gênero, observamos que a aplicação da pena pública funciona como mecanismo de controle dirigido primordialmente aos homens, enquanto operadores de papéis masculinos na esfera pública. Por outro lado, o controle dirigido às mulheres, enquanto operadoras de papéis femininos na esfera privada, tem sido o uso do controle informal materializado na família, sendo a violência contra a mulher (dos maus-tratos à violação) e o homicídio penas privadas equivalentes à pena pública. O controle informal exercido por família, escola, Igreja, vizinhança, amigos e por todas as esferas da vida das mulheres dá pouca margem ao controle formal limite do sistema punitivo. Contudo, o sistema de justiça criminal serve como mecanismo público integrativo do controle informal dirigido à mulher: reforça o controle patriarcal ao criminalizar a mulher em algumas situações específicas e a conduz ao lugar da vítima, mantendo-a, enquanto coisa, em seu lugar passivo. Um exemplo importante vem de relatos de mulheres grávidas encarceradas que, ao darem à luz, foram algemadas à cama e não tiveram direito a outro acompanhante além do agente policial que a escoltava, figura que, muitas vezes, desempenha o papel de algoz<sup>8</sup>.

### Sexualidade por trás das grades

A compreensão de que a sexualidade seria algo dado pela natureza, inerente ao ser humano, impede compreendê-la em sua dimensão social e política ou em construção. Dessa forma, a

sexualidade das mulheres presas é composta de diversos fatores que podem – ou não – influenciar suas práticas sexuais dentro da penitenciária. Embora não seja incomum relacionar as práticas homossexuais dentro do cárcere à ausência de relações heterossexuais, devido ao abandono sofrido por parte dos companheiros e à precária implementação do direito à visita íntima<sup>6</sup>.

A mulher encarcerada é desestimulada em sua vida sexual pela burocratização da visita íntima<sup>16</sup>. Além disso, há as presidiárias homossexuais que têm companheiras extramuros e que encontram dificuldade para realizar a visita íntima, que, em geral, é mais difícil para parceiras do mesmo sexo.

A visita íntima é autorizada como benefício na maior parte dos países latino-americanos. Ela surgiu no México e no Brasil, consentida pela primeira vez em 1924, no Rio de Janeiro, aos homens encarcerados que fossem civilmente casados e tivessem bom comportamento. Em 1929, já não era necessária a exigência do casamento civil e, em 1933, esse tipo de visita foi estendido aos presos provisórios<sup>7</sup>.

Para as mulheres, a visita íntima foi regulamentada pela primeira vez em 1999. No estado de São Paulo, o direito à livre disposição da sexualidade da mulher encarcerada só foi reconhecido em dezembro de 2001. Contudo, isso não retira as dificuldades de sua implementação, haja vista que não basta o desejo de receber a visita íntima. A desigualdade de gênero fica evidente ao comparar a visita íntima nos presídios femininos com as visitas nas penitenciárias masculinas.

Para os homens, a visita sexual foi introduzida com regras bastante flexíveis, baseadas nas práticas instituídas pelos próprios detentos, organizadas de maneira a favorecer o contato com as parceiras e manter o elo familiar. Propiciam-se condições para que o homem encarcerado realize seus encontros sexuais, garantindo a satisfação

e a tranquilidade masculinas e, conseqüentemente, o controle da prisão, evitando motins.

Embora isso ocorra, a implementação da visita íntima nas penitenciárias brasileiras, em geral, dá-se de forma precária, em especial nas unidades femininas. Essa precariedade corrobora com o abandono sofrido pelas mulheres encarceradas por seus parceiros, haja vista que são poucos os homens que se dispõem a passar pela revista vexatória que antecede qualquer visita às penitenciárias. Dessa forma, apesar de, em 70% dos estabelecimentos prisionais, existir permissão para visita íntima, apenas 9,68% das presas recebem esse tipo de visita<sup>2</sup>.

A relação entre espaço prisional e visita íntima permite avaliar, em uma perspectiva de gênero, a expressão e o exercício da sexualidade em um espaço de disciplina tido como tipicamente masculino. O tratamento desigual ocorre, apesar de elaborações normativas acenarem para a redução da discriminação de gênero, como a Resolução nº 1/1999<sup>10</sup> e a Resolução nº 96/2001<sup>1</sup> do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. Os desafios para a concretização do direito à visita íntima esbarram na criminalização das mulheres que delinquiram e na omissão do Estado na efetivação de políticas públicas. O sistema penal duplica a situação de violência contra as mulheres encarceradas, seja pela invisibilidade com que as (não) trata, seja por meio da violência institucional que reproduz a violência estrutural das relações sociais patriarcais e de opressão sexista.

Dialogar sobre a igualdade de acesso possibilita a reflexão sobre a efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos, que precisa passar por políticas públicas que prezem pela saúde integral da mulher em todos os seus âmbitos. A negação e a precarização na implementação do direito de visita íntima impossibilitam à mulher o direito

de escolher engravidar, de exercer sua sexualidade livremente, ainda que não satisfaça os padrões heteronormativos. Ademais, as proibições de autoridades e funcionários às visitas íntimas – baseadas em argumentos como: “a mulher engravida”; “a mulher tem necessidades sexuais diferentes das masculinas e, portanto, não necessitaria de relações sexuais” –, estão carregadas de machismo, evidenciando o uso instrumental do direito para a manutenção de uma sociedade patriarcal<sup>15</sup>.

Contudo, apesar de referida previsão normativa, as mulheres que se relacionam com outras mulheres podem ter seus direitos violados dentro dos estabelecimentos nos quais cumprem sua pena, já que “em muitas unidades prisionais femininas as mulheres são punidas quando flagradas tendo relações homossexuais”<sup>18</sup>.

### **O encarceramento das mulheres**

O controle da sexualidade das mulheres na sociedade ocidental sempre aconteceu sob ação da Igreja, do Estado e/ou da família. Na era medieval, a criminalidade feminina relacionava-se com bruxaria e prostituição e já contrariava a moral cristã e o comportamento esperado das mulheres. Por isso, por muito tempo, o estudo da criminalidade feminina limitou-se aos “delitos de gênero”, como infanticídio, aborto e homicídios passionais<sup>19</sup>.

A menor ocorrência de encarceramento feminino permitiu que o discurso criminológico afirmasse, “generosamente e com cavalheirismo”, que a mulher delinque menos. No entanto, isso não era visto como sinal de superioridade, mas como natural inferioridade das mulheres<sup>17</sup>.

A criminalidade feminina é cercada de representações e determinismos biológicos que refletem a estrutura da cultura patriarcal, que as restringe à esfera privada, doméstica. A delinquência

feminina não deixa de ser vista como expressão de amoralidade e/ou excesso de masculinidade; esta seria a característica de criminosas perigosas, por sua similitude com os homens e por terem rompido com o padrão de comportamento tradicional feminino. A mulher criminosa é, portanto, duplamente condenada: legalmente, por meio de um processo criminal; e socialmente, por ser considerada sexual e biologicamente anormal<sup>8</sup>. Uma mulher “normal” teria sua sexualidade subordinada à maternidade. A mãe “normal” coloca as filhas ou filhos em prioridade absoluta. A criminosa, porém, não hesitaria em abandoná-los ou induzi-los à prostituição. Assim, a prostituta passa a ser o melhor exemplo de delinquente feminina.

A condenação das mulheres que cometem crimes não tem qualquer traço de neutralidade. Elas carregam o estigma de ser, inicialmente, mulheres que, em sua maioria, são de baixa renda e com escolaridade precária. Posteriormente, recebem o rótulo de delinquentes, que se estenderá mesmo após alcançarem a liberdade. No Brasil, os delitos cometidos por elas nas últimas décadas têm se equiparado aos chamados “delitos masculinos”, como tráfico de entorpecentes, roubos, sequestros, homicídios e outros.

O aumento da participação das mulheres no mundo do crime ocorre ao lado de um processo conhecido como feminização da pobreza. Este decorre do fato de que as mulheres têm menos oportunidade de acesso à propriedade de capital produtivo e ao trabalho remunerado ou capacitação, sendo reservado a elas o espaço privado e, aos homens, o espaço público. A criminalidade feminina foi construída a partir de estereótipos de papéis sexuais pela lei penal, que se estabeleceu pautada pela visão social das condutas tipicamente masculinas e femininas.

A quantidade de mulheres encarceradas no Brasil aumentou 42% entre 2007 e 2012<sup>8</sup>. Em dezembro de 2007, havia 24.052 mulheres nas

prisões brasileiras cumprindo pena nos regimes fechado e semiaberto, ou em medida de segurança nos hospitais de custódia. Cinco anos depois, havia 34.159 mulheres no sistema carcerário, um acréscimo de 10.107 pessoas<sup>6</sup>. Este cenário de crescente e maciço encarceramento feminino acompanha a realidade histórica vivida por elas, na qual as condutas criminosas femininas não podem ser consideradas em absoluto isentas de estereótipos de papéis sexuais, visto que, comumente, elas ocupam espaços subalternos na dinâmica do tráfico e atuam de modo similar ao do companheiro ou de outra figura masculina. Muitas vezes, essas mulheres processadas pela Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006)<sup>3</sup> são autuadas em flagrante transportando drogas para os maridos e/ou companheiros que estão presos<sup>4</sup>.

A estrutura do cárcere não foi pensada considerando as especificidades de gênero. As políticas penitenciárias foram pensadas pelos homens e para os homens. As mulheres são uma parcela da população carcerária situada na invisibilidade de suas necessidades, que, muitas vezes, não são atendidas, e sua dignidade é constantemente violada<sup>21</sup>. As mulheres encarceradas são relegadas ao segundo plano. A maioria dos estabelecimentos penais em que as mulheres se encontram detidas é mista, com alas e celas masculinas adaptadas a elas. De acordo com o relatório elaborado pela Pastoral Carcerária, Conectas Direitos Humanos e Instituto Sou da Paz, no Brasil há 508 unidades prisionais com mulheres encarceradas<sup>6</sup>. Destas, somente 58 são exclusivamente femininas e 450 são compartilhadas entre homens e mulheres. Assim, as mulheres têm seus direitos violados ao serem encarceradas em estabelecimentos sem qualquer tipo de tratamento que vise à sua ressocialização e com equipamentos que atendam às suas necessidades específicas femininas, como creche ou berçário para seus filhos.

A mulher encarcerada encontra-se em uma situação de exceção em relação aos homens presos. Além da questão estrutural, geralmente são abandonadas pela família enquanto, em média, 85% dos homens presos recebem visitas femininas de companheiras, namoradas, esposas, mães, apenas 8% das mulheres presas recebem visitas<sup>13</sup>.

Na prisão, homens e mulheres formam sistemas sociais distintos e são socializados de maneiras diferentes, havendo maior incidência de objetivos moralizadores às mulheres presas, para que assumam valores de passividade e submissão, no intento de que retomem o papel esperado pela sociedade – esposas e mães exemplares, dedicadas às suas famílias e aos homens<sup>4</sup>. Nesse contexto, a honra da mulher depende do reconhecimento de suas capacidades em retornar ao modelo de mãe e dona de casa. Para tanto, a instituição disciplinar do cárcere torna-se um meio estatal utilizado na “domesticação” dos corpos femininos subversivos.

### **O controle da sexualidade das mulheres encarceradas**

Os sistemas punitivos da sociedade exercem o controle sobre os corpos, ainda que não recorram a castigos violentos ou sangrentos. O corpo das mulheres encarceradas está mergulhado num campo político no qual as relações de poder têm alcance imediato. O corpo só se torna força útil se é, ao mesmo tempo, corpo produtivo e corpo submisso. Sob o cárcere, as mulheres têm receio de lutar pelo direito à visita íntima, dentre outros direitos, pois temem ser consideradas promíscuas, reafirmando a predominância da educação patriarcal que lhes é imposta há séculos<sup>21</sup>.

Muitas vezes, o controle do exercício da sexualidade das mulheres vem das próprias

encarceradas, que consideram que a condição feminina deve estar intimamente ligada à questão reprodutiva, por isso aparece na figura da mãe – passiva, dócil e assexuada – correspondendo ao principal papel que lhe é destinado na sociedade. Por isso, há vergonha e condenação quando há desejo sexual e quando demandam visita íntima como meio de satisfazê-lo. A indignidade imposta pela administração, quando da realização da visita íntima, pode ser compreendida como uma punição adicional a essas mulheres que ousaram romper com o padrão feminino uma vez, ao se tornar criminosas, e ousam rompê-lo mais uma vez quando exercem a sexualidade dentro do cárcere.

O controle da sexualidade das mulheres castra seus direitos e é utilizado como instrumento coercitivo da subjetividade das mulheres encarceradas. Em muitas unidades prisionais femininas, elas são punidas quando flagradas tendo relações homossexuais. A punição aplicada pelos agentes penitenciários funciona como demonstração de seu poder legal de punir<sup>1</sup>. Assim, a privação e a violação ao direito sexual da mulher podem ser analisadas sob duas vertentes: na individual, como restrição à liberdade, privacidade, intimidade e autonomia, ou seja, ao livre exercício da sexualidade e da reprodução sem qualquer discriminação, coerção ou violência; e sob a dimensão coletiva, pela ausência de políticas públicas que assegurem a concretização desses direitos, além do acesso às informações em educação sexual e reprodutiva, da discussão e oferta de métodos contraceptivos e a prevenção à violência de gênero<sup>11,14</sup>.

### Conclusão

O emprego da lente de gênero para analisar o cárcere permite observar a desigualdade de tratamento dado às mulheres em relação aos

homens em situação de privação de liberdade. O direito penal foi elaborado como instrumento do Estado para punir os sujeitos que ocupam o espaço público (controle formal), ou seja, os homens. Enquanto isso, a punição das mulheres pela sociedade, Igreja e família se dá no espaço privado (controle informal). Isso permite compreender os motivos pelos quais as violências contra as mulheres, em especial a violência doméstica, são tão naturalizadas na sociedade. Quando as mulheres pobres subvertem seu papel social (passividade e maternidade), há grande chance de que sejam capturadas pelo sistema penal e sofram penas mais duras do que as aplicadas aos homens, indicando a expectativa de que retornem aos lugares almejados e sob o controle do Estado, da Igreja e da família.

A dificuldade no gozo do direito à visita íntima das mulheres presas é uma das formas de controle e punição ao exercício de sua sexualidade. A vergonha em exigir o direito à visita íntima e, desta forma, assumir que sentem desejo sexual, ou a vergonha de ter de realizar a visita nas próprias celas, em meio às demais companheiras, devido à não regulamentação do direito por parte do Estado, corroboram com a violação do direito a uma vida sexual durante o período em que estão presas.

A violação de direitos é ainda maior quando aborda as sexualidades tidas como subalternas e que escapam à heteronormatividade. Mulheres que se relacionam com outras mulheres têm mais dificuldade em gozar o direito à visita íntima. Além da dificuldade em contatar companheiras extramuros, os relacionamentos entre as mulheres dentro das penitenciárias são, na grande maioria dos casos, reprimidos pelas agentes penitenciárias, já que a homossexualidade dentro do cárcere é tida como alternativa à falta de acesso das mulheres aos seus parceiros.

Contudo, pouco se fala sobre a fluidez da sexualidade, sobre as relações de poder entre as presas, sobre a ausência da censura familiar por distanciamento e abandono, sobre a inexistência da heterossexualidade compulsória, etc. Enquanto o cárcere existir, haverá violação de direitos. No caso das mulheres encarceradas, tal como com as mulheres em geral, as violações se dão, em especial, no que tange ao exercício pleno de suas sexualidades.

### Referências

1. Angotti B. Entre as leis da ciência, do Estado e de Deus: o surgimento dos presídios femininos no Brasil. São Paulo: IBCCRIM – Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 2012.
2. Bitencourt CR. Falência da pena de prisão: causas alternativas. 3. ed. São Paulo: Saraiva; 2004.
3. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Justiça em números 2014: ano-base 2013/Conselho Nacional de Justiça: Brasília: CNJ; 2014.
4. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN – junho de 2014. Brasília; 2014.
5. Brasil. Ministério da Justiça. Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN. Brasília; 2015.
6. Brasil. Relatório da situação atual do sistema carcerário: mulher presa e egressa. Ministério da Justiça: Brasília; 2008.
7. Buglione S. A mulher enquanto metáfora do Direito Penal; 2000.
8. Carreira D. Relatório Nacional para o Direito Humano à Educação: Educação nas prisões brasileiras. São Paulo: Plataforma DHESCA; 2009.
9. Coelho Netto, HH, Borges PCC. A mulher e o direito penal brasileiro: entre a criminalização pelo gênero e a ausência de tutela penal justificada pelo machismo. Revista de Estudos Jurídicos UNESP. 2013; 17(25):317-336.
10. Espinoza O. A mulher encarcerada em face do poder punitivo. São Paulo: IBCCRIM; 2004.
11. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
12. Internacional Centre for prison studies. World Prison Brief. [On line]. [Acesso em: 7 mar. 2016]. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/>.
13. Lemgruber J. Cemitério dos vivos – análise sociológica de uma prisão de mulheres. Rio de Janeiro: Forense, 1999.
14. Lima GMB, Pereira Neto AF, Amarante PDC, Dias MD, Ferreira Filha MO. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. Saúde em Debate: Rio de Janeiro. 2013; 37(98): 446-56.
15. Lima M. Da visita íntima à intimidade da visita: a mulher no sistema prisional. [Mestrado]. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2006.
16. Louro GL. O corpo educado: Pedagogias da sexualidade. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.
17. Mendes SR. Criminologia feminista – novos paradigmas. São Paulo: Saraiva, 2014.
18. Ramos LS. O reflexo da criminalização das mulheres delinquentes pela ausência de políticas públicas de gênero. Em questão: os direitos sexuais e reprodutivos. In: XIX Encontro Nacional do CONPEDI; 2010:1202-1216.
19. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. Cad. Saúde Públ. 2009; 25(suppl2):205-216.
20. Scott, JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade. 1995;20(2):71-99.
21. Zaffaroni ER. A mulher e o poder punitivo. In: Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher. Mulheres vigiadas e castigadas. São Paulo: CLADEM-Brasil; 1995.

# Saúde sexual e saúde reprodutiva no campo da aids: uma análise da produção científica nas Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO

## Sexual health and reproductive health in AIDS field: an analysis of the scientific production in Social Sciences and Humanities in Health at ABRASCO

Renato Barboza<sup>I</sup>, Aurea Maria Zöllner Ianni<sup>II</sup>, Olga Sofia Fabergé Alves<sup>III</sup>,  
Rani Beatriz Cruz Evangelista dos Santos<sup>IV</sup>

### Resumo

Analisou-se a produção científica sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva no campo da aids nas seis edições dos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, promovidos pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), entre 1995 e 2013. Realizou-se um estudo exploratório, descritivo e retrospectivo de abordagem quantitativa, baseado nos anais dos congressos. No universo analisado foram publicados 364 trabalhos sobre a aids e, entre esses, 85 abordaram a saúde sexual e a saúde reprodutiva, correspondendo a 0,9% do total. Constatou-se que, majoritariamente, os estudos são produzidos pela academia, ancorados em metodologias qualitativas e que há uma concentração de trabalhos nas instituições que atuam no campo da Saúde Coletiva nas regiões Sudeste e Nordeste. No que concerne à observância dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos é mister qualificar as práticas de saúde nos serviços especializados em DST/aids e da Atenção Básica. Recomenda-se o aprofundamento dos estudos sobre a conjugalidade e a sorodiscordância entre pessoas vivendo com HIV e aids e sobre o impacto do estigma e da discriminação nas condições de saúde, sobretudo nas populações mais vulneráveis e/ou invisibilizadas nas suas necessidades de saúde.

**Palavras-chave:** Síndrome da imunodeficiência adquirida; Direitos sexuais e reprodutivos; Ciências sociais e saúde; Saúde de minorias.

### Abstract

We analyzed the scientific literature on the sexual health and reproductive health in AIDS's field in the six editions of the Brazilian Congresses of Social Sciences and Humanities in Health, promoted by the Brazilian Association of Graduate Studies in Public Health (ABRASCO), between 1995 and 2013. We conducted an exploratory, descriptive, retrospective, quantitative study, based on the Annals congresses'. In the universe analyzed were published 364 papers on AIDS and among these, 85 have addressed sexual health and reproductive health, corresponding 0.9% of the total. It was found that, mostly studies were produced by the academy, anchored in qualitative methodologies and there are a works concentration at the institutions that works in the field of Public Health in the Southeast and Northeast. As regards the observance of Sexual Rights and Reproductive Rights it is important qualify the health practices in specialized units for STD/AIDS and primary care. It is recommended deepen studies on the marital and serodiscordance among people living with HIV and AIDS and the stigma and discrimination impact on the health conditions, especially on the most vulnerable people populations' and/or invisibles in their health needs.

**Keywords:** Acquired immunodeficiency syndrome; Sexual and reproductive rights; Social and health sciences; Minority health.

<sup>I</sup> Renato Barboza (renato@isaude.sp.gov.br) é cientista social, Mestre em Saúde Coletiva, pesquisador científico VI do Instituto de Saúde da SES/SP e pesquisador do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo.

<sup>II</sup> Aurea Maria Zöllner Ianni (aureanni@usp.br) é cientista social, Doutora em Ciência Ambiental e Livre-Docente em Ciências Sociais em Saúde pela Universidade de São Paulo, professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

<sup>III</sup> Olga Sofia Fabergé Alves (olga.alves@butantan.gov.br) é cientista social, Mestre em História da Ciência pela Universidade de São Paulo, pesquisadora científica IV do Instituto Butantan da SES/SP

<sup>IV</sup> Rani Beatriz Cruz Evangelista dos Santos (rani.beatriz@isaude.sp.gov.br) é graduanda em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Paulo, estagiária do Instituto de Saúde da SES/SP



### Introdução

A criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979 contribuiu para o incremento da produção científica das Ciências Sociais em Saúde, sendo considerado um marco na institucionalização do campo da Saúde Coletiva e do subcampo, atualmente denominado Ciências Sociais e Humanas em Saúde<sup>9,18,15</sup>.

Entre as questões presentes na trajetória do subcampo e ancorados na perspectiva teórica de Marsiglia *et al.*<sup>14</sup>, elegemos o tema aids e a discussão sobre a saúde sexual e reprodutiva, considerando sua relevância para o aprimoramento das políticas e das práticas em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, o presente artigo objetiva analisar a produção científica sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva no campo da aids nos Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em

Saúde (CBCSHS), promovidos pela ABRASCO, entre 1995 e 2013.

Nos marcos internacionais dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, destaca-se a Conferência do Cairo em 1994, que estabeleceu a igualdade entre homens e mulheres, a autonomia para a tomada de decisões sobre a saúde sexual e reprodutiva, livres de coerção e discriminação, além do acesso ao planejamento reprodutivo e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids, com ênfase na inclusão de adolescentes e jovens do sexo masculino. E a Conferência de Beijing em 1995, que definiu esses direitos, como Direitos Humanos, necessários para o alcance da igualdade de gênero, conferindo maior visibilidade aos Direitos Sexuais, definidos de forma autônoma em relação aos Direitos Reprodutivos<sup>20,25</sup>.

Esses direitos estão em consonância com as conquistas no campo dos Direitos Humanos fundamentais e sua implementação depende da posição assumida pelo Estado na condução das

políticas públicas de promoção e atenção à saúde sexual e reprodutiva<sup>26</sup>. Nessa ótica, o Brasil foi um dos signatários dos Princípios de Yogyakarta, plataforma internacional que reafirma os Direitos Humanos como universais, interdependentes e indivisíveis e reconhece a identidade de gênero e a orientação sexual como elementos essenciais para a dignidade de cada pessoa. No direito à saúde, o princípio 17 ressalta o papel dos Estados em assegurar o acesso a serviços que respeitem as diversidades, de modo que as pessoas sejam empoderadas para tomar decisões livres e informadas quanto aos cuidados em saúde. Para tanto, implica envidar esforços para a formação dos profissionais da saúde quanto à diversidade sexual e o reconhecimento dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos<sup>24</sup>.

Recentemente, o Ministério da Saúde definiu um conjunto de diretrizes para promover esses direitos, tais como: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; a educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo as DST/aids; a formação dos profissionais da Atenção Básica; o incremento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia); a expansão dos serviços de atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; a ampliação de referências para o aborto previsto em lei; e a atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento, entre outras<sup>16</sup>.

### Metodologia

O presente artigo é um desdobramento de um projeto financiado pelo CNPq, que estudou temas emergentes nos cinco CBCSHS, entre 1995 e 2011<sup>8</sup>. A análise foi atualizada com os dados obtidos em outro projeto que investigou o tema aids no VI CBCSHS em 2013<sup>2</sup>. No Brasil, os congressos da ABRASCO constituem-se num dos principais lócus institucionalizado para a socialização e

o intercâmbio da produção científica do subcampo das Ciências Sociais e Humanas em Saúde<sup>6</sup>.

Realizou-se um estudo retrospectivo, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa sobre a produção da saúde sexual e reprodutiva no campo da aids. Os dados foram coletados nos Anais dos seis CBCSHS, entre 1995 e 2013. Nas duas primeiras edições, a seleção dos trabalhos foi efetuada por meio da leitura de cada resumo publicado nos anais. Nos demais foi conduzida através da busca ativa das palavras-chave nos CD-ROMs e nos sites dos congressos. Foram encontrados 9.378 resumos que compõem o universo da análise. Para a seleção dos resumos, utilizaram-se as palavras-chave: aids; HIV; soropositividade; vulnerabilidade; grupo de risco; doenças sexualmente transmissíveis (DST); infecções sexualmente transmissíveis (IST); terapia antirretroviral; ARV; coquetel; homossexuais; heterossexuais; gays; sexualidade; saúde sexual, saúde reprodutiva; direitos sexuais; direitos reprodutivos; violência sexual; estigma; discriminação; prevenção; métodos contraceptivos; preservativo; e parceiros sorodiscordantes. Posteriormente à compilação dos trabalhos sobre aids, foram identificados e classificados os resumos que abordaram o tema saúde sexual e saúde reprodutiva, bem como os subtemas e outros afins.

Os dados coletados foram classificados e organizados em um banco de dados em planilha Excel, com as seguintes variáveis: congresso, vínculo institucional dos autores (Academia, Serviço de Saúde/Secretaria [denominado Serviços] ou Organização Não Governamental [ONG]), estado de origem da instituição, macrorregião, tipo de estudo (pesquisa ou relato de experiência), metodologia, modalidade de apresentação (oral, pôster, pôster eletrônico ou publicação nos anais), temas/objetos afins sobre saúde sexual e reprodutiva, população-alvo e lócus do estudo/experiência. Os dados foram submetidos à análise descritiva baseada em frequências absolutas e relativas.

O projeto financiado pelo CNPq entrevistou atores-chave da ABRASCO e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (Protocolo nº 013/2010).

### Resultados e discussão

No universo dos trabalhos analisados sobre o tema aids (N=364) nos seis CBCSHS, verificou-se que a produção sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva esteve presente em todas as edições, perfazendo um total de 85 trabalhos apresentados, correspondendo a 0,9% da produção total da ABRASCO e 23,3% do tema aids (Tabela 1). No campo da aids, a discussão sobre a saúde sexual e reprodutiva é um tema estratégico para o planejamento e desenvolvimento de ações voltadas à prevenção, ao diagnóstico oportuno das DST, sobretudo do HIV e à integralidade da atenção às populações afetadas e à população em geral<sup>16,17,21,22</sup>.

**Tabela 1.** Frequência absoluta e relativa dos trabalhos em geral e sobre Saúde Sexual e Reprodutiva nos CBCSHS da ABRASCO, 1995-2013.

Congresso	Trabalhos		Saúde Sexual e Reprodutiva	
	N	%	N	%
I	398	4,2	3	3,5
II	437	4,7	5	5,9
III	2.032	21,7	4	4,7
IV	3.168	33,8	16	18,8
V	1.482	15,8	27	31,8
VI	1.861	19,8	30	35,3
<b>Total</b>	<b>9.378</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Fonte: Anais dos Congressos ABRASCO.

Ao analisarmos a evolução da proporção dos trabalhos encontramos dois períodos distintos. Um primeiro período, delimitado até o III CBCSHS com uma produção ainda incipiente e menor do

que 6% em relação ao total dos congressos. E um segundo período, entre o IV e o VI congressos, quando houve um crescimento contínuo, concentrando 85,9% da produção sobre o tema. Comparando-se a primeira e a última edição dos congressos, verificou-se que a produção científica, oriunda de pesquisas e relatos de experiências, aumentou 10 vezes. Pode-se inferir que a abordagem sobre a saúde sexual e reprodutiva no contexto da aids continuará presente nos congressos da ABRASCO, dada a relevância epidemiológica e a cronificação da doença<sup>7,17</sup> (Tabela 1).

No que se refere à instituição de origem, constatou-se que a maioria dos trabalhos foi conduzida por instituições acadêmicas, perfazendo 81,2% (N=69) dos resumos publicados. Na sequência, as instituições de saúde, denominadas “Serviços”, constituídas por unidades de saúde e órgãos executivos das três esferas de gestão do SUS, corresponderam a 7% (N=6); e as “ONGs”, incluindo associações e fundações privadas, tiveram a menor produção com apenas 2,4% (N=2) (Tabela 2). Cabe ponderar que a produção majoritária das universidades está associada ao perfil acadêmico dos congressos da ABRASCO. No entanto, a participação ativa de profissionais que atuam no sistema público e privado de saúde, bem como nas entidades do Terceiro Setor, tem crescido<sup>8,9</sup>.

A análise do vínculo dos autores evidenciou que 9,4% (N=8) dos trabalhos selecionados sobre o tema em questão foram conduzidos, por meio de parcerias entre a academia e os serviços (Tabela 2). Essas interfaces refletem a trajetória da aids, sobretudo a parceria na execução de projetos acadêmicos e de intervenção, envolvendo as secretarias estaduais e municipais e as respectivas unidades de saúde, e em menor escala as organizações da sociedade civil. Na presente análise não foram identificadas parcerias com ONGs.

Na tabela 2, aferiu-se que os cinco temas mais investigados pelas instituições abordaram,

prioritariamente, a saúde sexual e reprodutiva (16,5%), e outros subtemas e objetos associados, mencionados nos resumos, tais como: prevenção às DST/aids (14,1%); vida cotidiana e soropositividade (12,9%); produção de conhecimento teórico-metodológico em saúde sexual e reprodutiva e relações de gênero (9,4% cada); e percepção de risco sobre DST/aids (8,2%). Chama a atenção a baixa frequência de trabalhos sobre questões

relevantes no contexto da organização dos serviços e das práticas de saúde, tais como: o acesso da população; as práticas de aconselhamento e oferta do teste anti-HIV; e o enfrentamento da problemática do estigma e da discriminação das pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA). Nessa ótica, somente um trabalho problematizou as lacunas na formação profissional em saúde sexual e reprodutiva.

**Tabela 2.** Frequência absoluta e relativa dos temas e subtemas sobre saúde sexual e reprodutiva nos CBCSHS da ABRASCO, segundo o vínculo institucional dos autores, 1995-2013.

Temas/Subtemas	Academia		Serviços		ONG		Parcerias		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Saúde sexual e saúde reprodutiva	12	17,4	0	0	1	50	1	12,5	14	16,5
Prevenção às DST/aids	8	11,6	2	33,3	1	50	1	12,5	12	14,1
Vida cotidiana e soropositividade	9	13,0	1	16,7	0	0	1	12,5	11	12,9
Produção de conhecimento teórico/metodológico	8	11,6	0	0	0	0	0	0	8	9,4
Relações de gênero	7	10,1	0	0	0	0	1	12,5	8	9,4
Percepção de risco em DST/aids	6	8,7	0	0	0	0	1	12,5	7	8,2
Representações sociais	5	7,2	0	0	0	0	1	12,5	6	7,1
Maternidade	1	1,4	2	33,3	0	0	1	12,5	4	4,7
Qualidade da assistência	3	4,3	0	0	0	0	1	12,5	4	4,7
Perfil epidemiológico	3	4,3	0	0	0	0	0	0	3	3,5
Acesso aos serviços de saúde	2	2,9	0	0	0	0	0	0	2	2,4
Aconselhamento e teste anti-HIV	2	2,9	0	0	0	0	0	0	2	2,4
Estigma e discriminação	2	2,9	0	0	0	0	0	0	2	2,4
Formação de profissionais	0	0	1	16,7	0	0	0	0	1	1,2
Mídia	1	1,4	0	0	0	0	0	0	1	1,2
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Fonte: os autores.

No campo das Ciências Sociais em Saúde, a pouca visibilidade desses temas estratégicos para a promoção da saúde sexual e reprodutiva demonstra a necessidade de estudos que aprofundem a compreensão da dinâmica e dos contextos de vulnerabilidade nas dimensões

programáticas e sociais da epidemia, subsidiando as políticas e as práticas de saúde<sup>22</sup>. Não obstante os esforços envidados pelos gestores, a formação dos profissionais dos serviços especializados em DST/aids e, sobretudo, da Atenção Básica, segue sendo um desafio, uma

vez que as equipes não re(conhecem) esse tema como um direito, percebem-se despreperadas e inseguras ou ainda reproduzem concepções conservadoras e estigmatizantes sobre a sexualidade<sup>3,17,21,24</sup>.

Ainda no que tange à distribuição dos trabalhos, constatou-se que a produção acadêmica foi mais diversificada, abrangendo quase todos os temas e proposições associadas à saúde sexual e reprodutiva, comparada à produção dos “Serviços” e das ONGs (Tabela 2). O conjunto dos trabalhos apresentados pelos “Serviços” está em consonância com as diretrizes programáticas para a prevenção e tratamento das DST/aids preconizadas pelo Ministério da Saúde, como as ações de prevenção primária e secundária para populações mais vulneráveis e população em geral; e os protocolos para redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita<sup>17</sup>. Destacam-se, na pequena produção das ONGs, o desenvolvimento de projetos de prevenção e a discussão sobre a saúde sexual e reprodutiva, conduzida por grupos de apoio, direcionados às PVHA.

Os estudos originaram-se de todas as macrorregiões brasileiras. Verificou-se que houve concentração nas instituições das regiões Sudeste e Nordeste, respectivamente, 53,6% (N=45) e 33,3% (N=28), perfazendo 86,9% da produção científica do país. Na região Sul foram encontrados sete trabalhos (8,3%), seguida da Centro-Oeste com três (3,6%) e da Norte com apenas um (1,2%), realizado em parceria com uma instituição do Nordeste. No Sudeste, o Rio de Janeiro liderou o ranque (46,7%), seguido por São Paulo (35,6%) e Minas Gerais (13,3%). No Espírito Santo não houve produção sobre o tema e os projetos conduzidos em parceria, na modalidade academia/serviços, responderam por 4,4% dos resumos. No Nordeste, aferiu-se a contribuição de seis estados, a saber: Ceará (28,6%), Paraíba (21,4%), Bahia (17,9%), Pernambuco

(14,3%) e Rio Grande do Norte (7,1%). Cabe frisar que a concentração de trabalhos nas regiões Sudeste e Nordeste tem sido observada em outros congressos da ABRASCO, uma vez que a maioria das instituições acadêmicas atuantes no campo da Saúde Coletiva localiza-se nessas regiões, sobretudo no Sudeste<sup>9</sup>. Foram encontrados dois resumos da Argentina no IV e VI congressos.

A Tabela 3 detalha a evolução dos temas e subtemas associados à saúde sexual e reprodutiva no campo da aids nos CBCSHS. Como referido anteriormente, no primeiro período, delimitado até o III congresso, a produção foi incipiente e irregular, com ênfase na discussão sobre as práticas de prevenção às DST/aids. No segundo período, após o IV congresso, aumentou consideravelmente e foram incorporados novos objetos com presença regular nas últimas três edições. Não obstante ao incremento da produção científica, causa espécie que a discussão sobre o estigma e a discriminação das PVHA foi restrita ao I e VI congressos; as práticas de aconselhamento e oferta do teste anti-HIV, abordadas apenas no IV e VI congressos; e o acesso aos serviços de saúde, somente no último congresso. Cabe frisar que, no segundo período, foram incorporadas algumas temáticas relevantes para abordagem da saúde sexual e reprodutiva, presentes até a última edição, tais como: as relações de gênero (N=8); as representações sociais dos profissionais da saúde e das PVHA (N=6); e a qualidade da assistência nos serviços especializados em DST/aids (N=4). Contudo, no Brasil, os estudos sobre o estigma da aids e seus efeitos nas condições de saúde das PVHA, ainda são recentes e as análises em geral não privilegiam os determinantes sociais<sup>13</sup>.

**Tabela 3.** Frequência absoluta e relativa dos temas e subtemas sobre saúde sexual e reprodutiva nos CBCSHS da ABRASCO, 1995-2013.

Temas/Subtemas	I		II		III		IV		V		VI		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Saúde sexual e saúde reprodutiva	0	0	2	40	0	0	0	0,0	7	25,9	5	16,7	14	16,5
Prevenção às DST/aids	1	33,3	0	0	2	50	2	12,5	6	22,2	1	3,3	12	14,1
Vida cotidiana e soropositividade	0	0	1	20	0	0	2	12,5	1	3,7	7	23,3	11	12,9
Produção de conhecimento teórico/metodológico	0	0	0	0	1	25	2	12,5	3	11,1	2	6,7	8	9,4
Relações de gênero	0	0	0	0	0	0	2	12,5	4	14,8	2	6,7	8	9,4
Percepção de risco em DST/aids	0	0	1	20	0	0	2	12,5	2	7,4	2	6,7	7	8,2
Representações sociais	0	0	0	0	0	0	1	6,3	1	3,7	4	13,3	6	7,1
Maternidade	0	0	0	0	1	25	1	6,3	2	7,4	0	0	4	4,7
Qualidade da assistência	0	0	0	0	0	0	1	6,3	1	3,7	2	6,7	4	4,7
Perfil epidemiológico	0	0	1	20	0	0	2	12,5	0	0	0	0	3	3,5
Acesso aos serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	2	6,7	2	2,4
Aconselhamento e teste anti-HIV	0	0	0	0	0	0	1	6,3	0	0	1	3,3	2	2,4
Estigma e discriminação	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,3	2	2,4
Formação de profissionais	1	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,2
Mídia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,3	1	1,2
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Fonte: os autores.

O número de participantes e de trabalhos aprovados cresceu significativamente ao longo dos seis CBCSHS e implicou reconfigurar o processo de submissão e apresentação. No III e IV congressos foram introduzidos eixos temáticos com subtemas, abordando a reprodução, a sexualidade e gênero. No V e VI congressos foram instituídos grupos temáticos (GT) para aprofundar os debates ao longo da programação. Entre os 21 GTs do V congresso, três abordaram gênero, sexualidade e saúde; masculinidade e produção de cuidado; práticas de saúde, aids, gênero e discriminação. No último congresso, dos 35 GTs, cinco discutiram aids, sexualidade e reprodução; HIV/aids, políticas e subjetividades; gênero, equidade e políticas públicas; gênero, sexualidade e direito à saúde; e gênero, saúde e desenvolvimento. Assim, pode-se afirmar que as mudanças na organização e no conteúdo dos temas induziram a participação de pesquisadores de várias instituições, bem como o incremento da produção científica no campo da aids e da saúde sexual e reprodutiva.

Os trabalhos da modalidade pesquisa foram majoritários, perfazendo 91,8% (N=78), contra 8,2% (N=7) dos relatos de experiência. As principais populações priorizadas nas pesquisas foram: as PVHA (N=25), com destaque para as mulheres, os idosos e as gestantes, abordados em serviços especializados em DST/aids; os adolescentes e jovens (N=15) em ações de prevenção nas escolas e na Atenção Básica; os casais sorodiscordantes (N=7); as mulheres heterossexuais (N=6); e os homens heterossexuais e gays (N=5 cada). Idosos, lésbicas, travestis, transexuais e gestantes foram as populações mais invisíveis (N= 1 a 3). A maioria das experiências relatou ações de prevenção às DST/aids com adolescentes.

Atualmente, no que concerne às PVHA, incluindo os adolescentes e os jovens, o desejo da maternidade e da paternidade é um fato e demanda a observância das políticas de planejamento

reprodutivo em curso no SUS<sup>7,16</sup>. Contudo, ainda há resistência dos profissionais em reconhecer as necessidades reprodutivas das PVHA como um Direito Humano<sup>7, 21, 22</sup>. O aconselhamento reprodutivo dos casais deve ser conduzido por equipes multidisciplinares qualificadas, com base na atenção integral e humanizada, considerando-se o momento clínico adequado e o acesso eficaz aos protocolos de redução da transmissão vertical e de outras tecnologias reprodutivas, integrando desde o pré-natal a rede de Atenção Básica e as maternidades<sup>17</sup>.

Os estudos sobre conjugalidade e sorodiscordância, fenômeno associado à melhoria da qualidade e expectativa de vida em PVHA, ainda são um tema emergente nas Ciências Sociais em Saúde. No locus dos serviços de saúde especializados em DST/aids ou não, deve-se reconhecer e aprimorar as práticas de prevenção e atenção integral, na ótica dos direitos sexuais e reprodutivos dos casais sorodiscordantes. Na quarta década da epidemia, o estigma e o preconceito relacionados à vivência da sexualidade nesse segmento da população, ainda são desafios que devem ser encarados pelas equipes de saúde e pela sociedade<sup>12</sup>.

No cenário contemporâneo, o não reconhecimento dos idosos pelos profissionais da saúde como sujeitos de Direitos Sexuais, aumenta o risco das DST nessa população e reduz as oportunidades de aconselhamento e diagnóstico precoce e, conseqüentemente, o encaminhamento oportuno para os serviços de referência<sup>1</sup>. Na mesma perspectiva, ativistas LGBTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) reivindicam o respeito aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos preconizados no SUS, com vistas a enfrentar barreiras culturais e ampliar o acesso integral e equânime aos serviços e às linhas de cuidado<sup>5, 10</sup>. Vale reiterar que a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” reafirma os princípios do SUS e determina que a integralidade

da atenção deve ser humanizada e livre de preconceitos e discriminação, integralidade essa associada à orientação ou à identidade sexual<sup>4</sup>.

Nas escolas, a abordagem dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos na adolescência, geralmente limita-se à informação pontual sobre a prevenção das DST/aids e da gravidez, reproduzindo uma visão biologizante e restritiva da sexualidade, desconectada das diretrizes preconizadas nos parâmetros curriculares nacionais. O envolvimento dos gestores e da comunidade escolar, e a formação dos educadores são estratégias vitais para reverter esse cenário<sup>23</sup>.

No que se refere à metodologia, constatou-se o predomínio da abordagem qualitativa

(69,4%) em consonância com o perfil desses congressos na ABRASCO e com o incremento na última década dos estudos qualitativos na Saúde Coletiva<sup>11</sup>. A metodologia quantitativa apareceu em segundo lugar (12,9%), seguida das abordagens mistas com 10,6%. No processo de investigação dos temas, a academia adotou todas as metodologias, ao passo que os serviços e as parcerias (academia/serviços) foram ancorados na qualitativa e nas mistas. Nas ONGs, os trabalhos foram quantitativos (Tabela 4). O uso de metodologias diversificadas na condução das pesquisas reflete a complexidade dos objetos tratados pelas Ciências Sociais em Saúde e a interdisciplinaridade do campo<sup>19</sup>.

**Tabela 4.** Frequência absoluta e relativa dos trabalhos sobre Saúde Sexual e Reprodutiva nos CBCSHS da ABRASCO, segundo a metodologia, 1995-2013.

Metodologia	Academia		Serviços		ONG		Parcerias		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Qualitativa	49	71,0	5	83,3	0	0	5	62,5	59	69,4
Quantitativa	9	13,0	0	0	2	100	0	0	11	12,9
Quanti./quali.	6	8,7	1	16,7	0	0	2	25	9	10,6
Sem inform.	5	7,2	0	0	0	0	1	12,5	6	7,1
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Fonte: Anais dos Congressos Abrasco.

Quase a metade dos trabalhos (N=42) foi apresentada na modalidade oral (49,4%), evidenciando a relevância do tema nos CBCSHS. Na sequência, o formato pôster, com 19 resumos (22,4%); pôster eletrônico com 14 (16,5%); e publicação nos anais com 10 resumos (11,8%). A academia teve mais visibilidade do que as demais instituições, respondendo por 52,2% (N=36) dos trabalhos orais. Entre os serviços, as apresentações orais e de pôsteres corresponderam a 50% cada. As ONGs não apresentaram nenhum trabalho oral, apenas pôster e pôster eletrônico (50% cada).

### Considerações finais

A análise dos CBCSHS da ABRASCO evidencia a relevância do tema da saúde sexual e da saúde reprodutiva no campo da aids. Revela que os estudos socializados nesses congressos, majoritariamente são produzidos pela academia, ancorados, principalmente, em metodologias qualitativas e que há uma concentração de trabalhos nas instituições que atuam no campo da Saúde Coletiva nas regiões Sudeste e Nordeste.

No que concerne à observância dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, previstos

nas plataformas internacionais que o Brasil é signatário e preconizados nas diretrizes das políticas do SUS, ainda temos um longo caminho a percorrer no sentido de qualificar as práticas de saúde nos serviços especializados em DST/aids e da Atenção Básica. É mister no campo das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, avançar nos estudos sobre a conjugalidade e a sorodiscordância entre PVHA e sobre o impacto do estigma e da discriminação nas condições de saúde, sobretudo entre as populações mais vulneráveis e/ou invisibilizadas nas suas necessidades de saúde.

### Referências

1. Barboza R. Aids, envelhecimento e vulnerabilidades: uma nova agenda no campo da Saúde Coletiva. In: Belkis T, Rosa TEC, organizadores. Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. p.297-320.
2. Barboza R, Santos, RBCE. O tema aids no VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, ABRASCO 2013 [projeto de pesquisa]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015.
3. Bellenzani R, Santos AO, Paiva V. Agentes Comunitárias de Saúde e a Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens na Estratégia Saúde da Família. Saúde Soc. 2012; 21(3):637-650.
4. Brasil. Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. Diário Oficial da União. 31 mar 2006. Seção 1.
5. Brasil. Portaria GM nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF; 2011.
6. Canesqui AM. As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Physis. 2008; 18(2):215-250.
7. Gonçalves TR, Carvalho FT, Faria ER, Goldim JR, Piccini CA. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/aids: revisando a literatura. Psicol. Soc. 2009; 21(2):223-232.
8. Ianni AMZ, Barboza R, Alves OSF, Rocha ATS, Viana SDL, Torres R. Questões contemporâneas nas Ciências Sociais em Saúde: o estudo de temas emergentes nos congressos brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, ABRASCO 1995 – 2007 [relatório final de pesquisa]. São Paulo; 2012.
9. Ianni AMZ, Spadacio C, Barboza R, Alves OSF, Viana SDL, Rocha ATS. Os Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO: um campo científico em disputa. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20(2):503-513.
10. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. Saúde Soc. 2008; 17(2):11-21.
11. Luz MT, Mattos RS. Dimensões qualitativas na produção científica, tecnológica e na inovação em Saúde Coletiva. Ciênc. Saúde Coletiva. 2010; 15(4):1945-1953.
12. Maksud I. Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/aids. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(6):1196-1204.
13. Maksud I. Estigma e discriminação: desafios da pesquisa e das políticas públicas na área da saúde. Physis. 2014; 24(1):311-321.
14. Marsiglia RMG, Spinelli SP, Lopes MF, Silva TCP. Das Ciências Sociais em Saúde: produção científica de pós-graduação em ciências sociais. Ciênc. Saúde Colet. 2003; 8(1):275-285.
15. Minayo MCS. A Produção de Conhecimentos na Interface entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Coletiva. Saúde Soc. 2013; 22(1):21-31.
16. Ministério da Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília, DF; 2005.
17. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica, n.26. Brasília, DF; 2010.
18. Nunes ED. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. Rev. Saúde Públ. 2006; 40(Nº esp.):64-72.
19. Nunes ED, Ferreto LE, Oliveira ALO, Nascimento JL, Barros NF, Castellanos MEP. O campo da Saúde Coletiva na perspectiva das disciplinas. Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15(4):1917-1922.
20. Organização das Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo. 1994. [acesso em: 28 abr 2016]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>
21. Paiva V, Ayres JRCM, Segurado AC, Lacerda R, Silva NG, Silva MH et al. A sexualidade de Adolescentes Vivendo com

HIV: direitos e desafios para o cuidado. Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(10):4199-4210.

22. Paiva V, Ferguson L, Aggleton P, Mane P, Kelly-Hanku A, Giang LM et al. The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(3):477-486

23. Pirotta KCM, Barboza R, Pupo LR, Unbehaum S, Cava-  
sin S. Programas de orientação sexual nas escolas: uma  
análise das lacunas na implementação de políticas públi-  
cas a partir da percepção dos alunos da rede municipal  
de ensino de São Paulo. Rev. Gestão & Políticas Públicas.  
2013; 3(1):190-210.

24. Princípios de Yogyakarta. Princípios sobre a aplicação  
da legislação internacional de direitos humanos em relação

à orientação sexual e à identidade de gênero. Yogyakarta;  
2007. [acesso em: 28 abr 2016]. Disponível em: [http://  
www.clam.org.br/pdf/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf)[http://  
www.clam.org.br/pdf/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf)

25. United Nations. The Fourth World Conference on Women  
- Beijing Declaration and Platform for Action. 1995. [aces-  
so em: 28 abr 2016]. Disponível em: [http://www.un.org/  
womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf)[http://www.  
un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA E.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf)

26. Ventura M, organizadora. Direitos Sexuais e Direitos Re-  
produtivos na Perspectiva dos Direitos Humanos: síntese  
para gestores, legisladores e operadores do direito. Rio de  
Janeiro: Advocaci; 2003.



## Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, redigidos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

**Fontes de indexação:** o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

**Copyright:** é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

**Patrocinadores:** o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

**Resumo:** os resumos dos artigos submetidos à publicação deverão ser enviados para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br), antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

**Submissão:** os artigos submetidos à publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br) e terem entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.

**Título:** deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

**Autor:** o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico), com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a que pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

**Subtítulos do texto:** nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

**Corpo do texto:** o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts. após o parágrafo.

**Transcrições de trechos dentro do texto:** devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

**Citação de autores no texto:** deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

**Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros):** devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

**Referências bibliográficas:** preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

**Espaçamento das referências:** deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts. após o parágrafo.

**Termo de autorização para publicação:** o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

**Obs.:** no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da Resolução CNS 196/1996, será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

**Avaliação:** os trabalhos são avaliados pelos editores científicos, por editores convidados e pareceristas *ad hoc*, a cada edição, de acordo com a sua área de atuação.

**Acesso:** a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

**Portal de Revistas da SES-SP** – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>  
**Instituto de Saúde** – [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)

## Orientação aos autores – Notas técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde

Notas Técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde incluem pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de avaliação de tecnologias de saúde (ATS), que possam contribuir para subsidiar a tomada de decisão sobre incorporação e ou exclusão de tecnologias no sistema de saúde. Ensaio e reflexões sobre aspectos metodológicos e sobre políticas relacionadas à ATS também são bem-vindos.

### Tamanho do texto

- «Deve ter até 2.000 palavras (excluindo resumo, tabela, figura e referências), no máximo uma tabela ou figura e até 10 referências. Sugere-se a seguinte distribuição das partes do texto: Introdução (até 600 palavras); Método (até 300 palavras); Resultados e Discussão (até 1000 palavras); Recomendação (até 100 palavras).
- «O resumo não precisa ser estruturado e deve ter até 150 palavras, e ser apresentado em português e inglês.

### Estrutura do texto

- «Não há uma estrutura para apresentação de Notas Técnicas no formato ensaios e reflexões.
- «As Notas Técnicas relativas a pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de ATS, devem

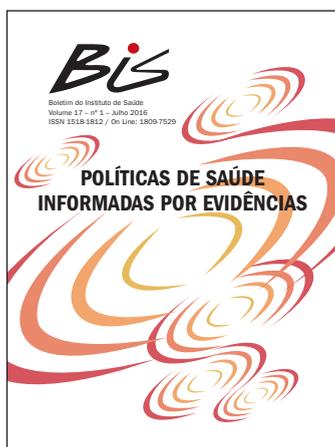
obedecer a seguinte estrutura: Introdução que aborde o contexto de realização do parecer ou informe, o problema estudado, e a tecnologia avaliada; Método com pergunta de investigação estruturada, bases de dados de literatura, estratégias de busca de informações científicas, critérios para seleção e análise dos estudos incluídos; Resultados e Discussão que inclua uma apreciação sobre as limitações do estudo, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Recomendação que possa subsidiar uma tomada de decisão por gestores nos diferentes âmbitos do sistema de saúde.

- «Fontes de financiamento: devem ser declaradas todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- «Conflito de interesses: deve ser informado qualquer potencial conflito de interesse.
- «Aspectos éticos: informar sobre avaliação por um comitê de ética em pesquisa, quando pertinente.
- «Colaboradores: devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- «Agradecimentos: incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

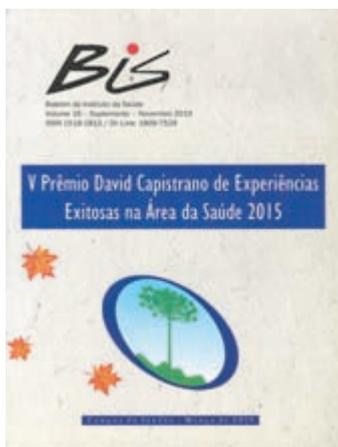




# BIS – números já editados



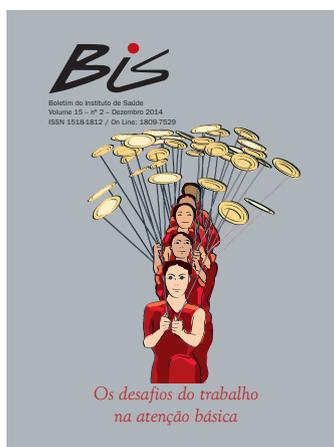
(v. 17 - nº 01) / 2016  
Políticas de Saúde  
informadas por evidências



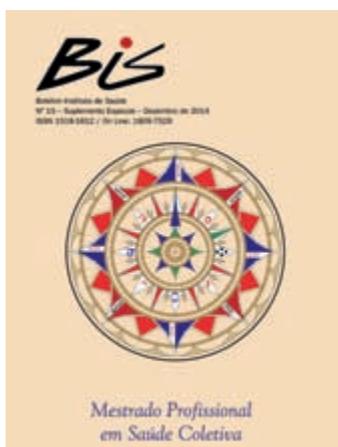
(v. 16 - suplemento) / 2015  
V Prêmio David Capistrano  
de Experiências Exitosas  
na Área da Saúde 2015



(v. 16 - nº 01) / 2015  
Estratégias para alcançar  
um desenvolvimento  
integral na primeira infância



(v. 15 - nº 02) / 2014  
Os desafios do trabalho  
na atenção básica



(v. 15 - suplemento) / 2014  
Mestrado Profissional  
em Saúde Coletiva



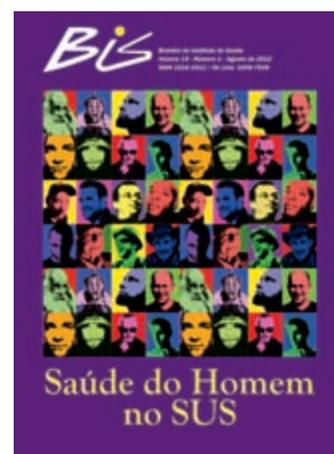
(v. 15 - nº 01) / 2014  
Enfrentamento da violência  
pela Saúde II



(v. 14 - nº 03) / 2013  
Enfrentamento da violência  
pela Saúde



(v. 14 - nº 02) / 2013  
Avaliação de Tecnologias  
de Saúde



(v. 14 - nº 01) / 2012  
Saúde do Homem  
no SUS

