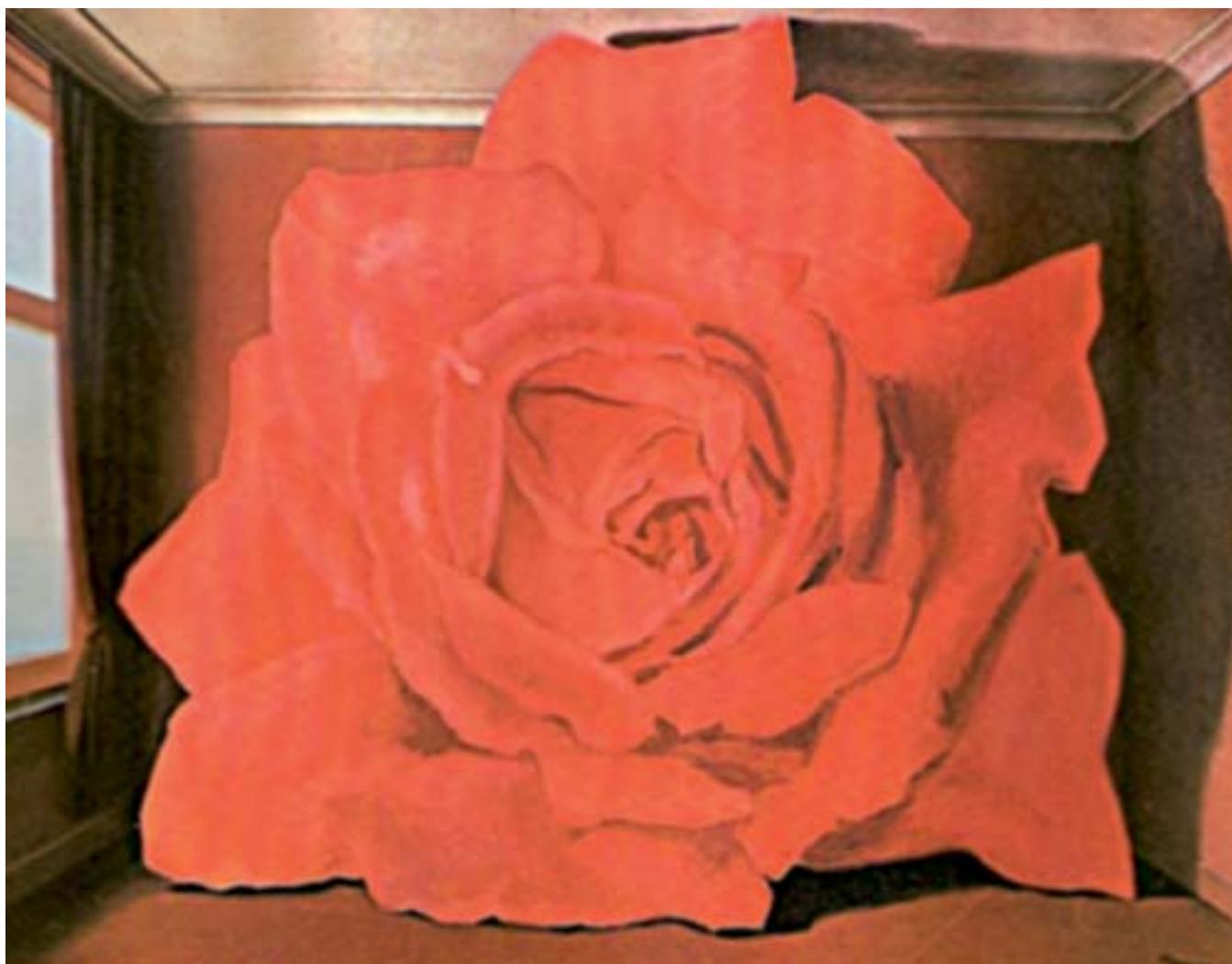




Boletim do Instituto de Saúde

Nº 46 – Dezembro de 2008

ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



Saúde Sexual e Reprodutiva



Sumário

❖ Editorial	1
❖ Pandora revista: considerações sobre a mulher, sua saúde e seus direitos	2
❖ Conhecendo melhor o prazer e a sexualidade de meninas e mulheres	6
❖ Depressão pós-parto, histórico reprodutivo materno e apoio social	9
❖ A singularidade feminina e concepções sobre DST em UBS da cidade de São Paulo ..	12
❖ A participação feminina na produção científica brasileira sobre HIV/aids, 1983-2007	18
❖ Introdução da oferta do preservativo feminino em serviços de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	22
❖ A interferência dos serviços de saúde na continuidade de uso do preservativo feminino.	26
❖ Comportamento sexual e preventivo de adolescentes de São Paulo - um estudo com estudantes do Ensino Médio	31
❖ A educação sexual na escola: elementos para uma avaliação dos esforços realizados	34
❖ Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa de Serviços Amigáveis aos Adolescentes: resultados da linha de base	38
❖ Atenção à saúde de mulheres vítimas de violência sexual: enfrentando o desafio	43
❖ Menopausa, homens e imaginário: reflexões sobre uma intervenção fílmica realizada no centro da cidade de São Paulo	45

BIS – Boletim do Instituto de Saúde
Nº 46 – Dezembro de 2008
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529

Publicação Quadrimestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2.000 exemplares
Rua Santo Antônio, 590 - Bela Vista
Cep: 01314-000 São Paulo - SP
E-mail: editora@isaude.sp.gov.br
Home page: <http://www.isaude.sp.gov.br>

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo:
Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenadora de Ciência, Tecnologia
e Insumos Estratégicos em Saúde:
Ricardo Oliva

Diretora do Instituto de Saúde:
Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde:
Sônia Ioyama Venâncio

Expediente:

Editoras Responsáveis por esta edição:

Regina Figueiredo e Sílvia Bastos

Comissão Editorial:

*Lenise Mondini; Marisa Feffermann; Monique B. Cerqueira; Olga Sofia F. Alves;
Regina Figueiredo; Teresa E. Rosa; Sandra M. T. Greger e Sílvia Bastos*

Colaboradores desta Edição:

*Ana Lúcia da Silva; Belkis Trench; Camila Zanutto Cardillo;
Cláudia Medeiros de Castro; Claudete Gomes dos Santos; Emma Otta;
Gabriela A. Silva; Kátia C. M. Pirolta; Lia Matos Viegas; Lígia Rivero Pupo;
Marina Cecchini; Neuber José Segri; Patrícia de Souza Rezende; Rafael Miyaschiro;
Regina Figueiredo; Renata de Felipe; Renato Barboza; Sandra Unbehauim;
Sílvia H. Bastos; Sônia Barros; Suzana Kalckmann; Sílvia Cavasin;
Tania Di Giacomo do Lago; Tereza Cristina de O. e Oliveira e Vera Sílvia Raad Bussab.*

Apoio Logístico:

Área de Comunicação - IS

Responsável Administrativa: *Bianca de Matos Santos*

Divulgação: *Núcleo de Documentação e Informação - IS*

Imagem de Capa e internas: *Magrit, R., Várias obras.*

Arte final, CTP, Impressão e Acabamento:

Páginas & Letras Editora e Gráfica Ltda.

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.

Editorial

Regina Figueiredo¹
e Sílvia Bastos

Os 20 anos de SUS - Sistema Único de Saúde nos remetem à reflexão de como andam os avanços das políticas públicas no país. A **Saúde Sexual e Reprodutiva** é uma das áreas da Saúde mais beneficiadas nas propostas de saúde, introduzidas a partir da Constituição Federal de 1988 e no SUS, por ela proposto, configurando-se numa pauta de estratégias para benefício, principalmente, de mulheres e adolescentes.

Por este motivo, esta edição do *BIS* - Boletim do Instituto de Saúde adentra temas da Saúde Sexual e Reprodutiva, discutindo as diversas questões a ela relacionadas.

Em "Pandora revista: considerações sobre a mulher, sua saúde e seus direitos", nossas alunas de Aprimoramento em Saúde Coletiva, Cardillo, Rezende e Oliveira fazem uma retrospectiva do que a Saúde Sexual e Reprodutiva representa enquanto avanço histórico nas condições da mulher brasileira; Figueiredo dá seqüência, apresentando aspectos da sexualidade feminina relevantes de serem observados para um bom trabalho em Saúde Sexual e Reprodutiva com mulheres e meninas; Viegas *et al.* apresentam uma discussão sobre a tão pouco estudada depressão pós-parto; Bastos e Silva apresentam as peculiaridades das percepções femininas sobre sua condição de mulheres e sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e seus riscos; Santos apresenta a importância da contribuição das mulheres na produção científica brasileira sobre HIV/aids; Figueiredo, Castro Filho e Bastos discutem a pioneira iniciativa de oferta da camisinha feminina na rede básica de saúde do município de São Paulo; Kalckmann reforça a importância deste método e da preparação de serviços e profissionais de saúde para acolherem a sua demanda. Especificando o público adolescente, Figueiredo, Pupo e Segri apresentam um retrato das práticas sexuais e preventivas de adolescentes; Pirotta *et al.* avaliam esforços com relação à proposição de Educação Sexual nas escolas para este público e Barbosa e Pirotta realizam uma avaliação da implantação do Programa Serviços Amigáveis de atenção a adolescentes em unidades de saúde. A edição é fechada com Kalckmann *et al.* apresentando os desafios da atenção a mulheres vítimas de violência sexual e Trench e Miyaschiro fazendo um curioso e reflexivo registro sobre o imaginário masculino sobre a questão da menopausa.

Com este trabalho, procuramos contribuir para a promoção da Saúde e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil, atualizando e sensibilizando profissionais de saúde para a importância desses temas.

¹ Pesquisadoras do Instituto de Saúde e Editoras responsáveis por esta edição.

Pandora revista: considerações sobre a mulher, sua saúde e seus direitos

Camila Zanutto Cardillo¹
Patrícia de Souza Rezende²
Tereza Cristina de O. e Oliveira³

Introdução

Para a discussão relacionada à mulher e à sua saúde, leva-se em consideração a historicidade do papel desempenhado por ela na vida social brasileira nos séculos XIX e XX. Os aspectos relativos à saúde feminina, à ênfase na maternidade, à discussão das relações de gênero e ao direito de exercer a cidadania são algumas das muitas inquietações e preocupações constantes para os profissionais da área da Saúde.

Procura-se estabelecer, diante da vastidão e da complexidade do tema, pontos introdutórios e norteadores recorrendo à história da transformação da percepção corporal, das políticas públicas e do reconhecimento de demandas sociais, políticas e legais, para, assim, visualizar as condições atuais, os avanços e os desafios. Foram abordadas questões travadas no interior de movimentos feministas, dentre elas, a Saúde Sexual e Reprodutiva, o Planejamento Familiar e as circunstâncias encontradas hoje para efetivação de direitos relacionados a estes.

A escolha por este recorte decorre do fato de que a Saúde da Mulher está, primeiramente, associada ao valor e ao papel desempenhado pela mulher na sociedade e, também, à reivindicação justa de exercer suas liberdades no que se refere ao seu próprio corpo, sexualidade e vida reprodutiva. Exercer sua liberdade significa exercer direitos, ou seja, cidadania. Um debate de extrema relevância para aqueles que estão envolvidos na Saúde Pública.

Da vida doméstica à vida pública: as condições que envolveram a mulher na sociedade e seu direito a ter direitos

A naturalização das diferenças físicas e biológicas como diferenças culturais implica numa construção do que é ser mulher e do que é ser homem, em que aquela é fraca e naturalmente ligada à maternidade e este é forte e viril (SCOTT, 1991). O termo Gênero é uma construção cultural,

portanto abstrata, baseada em características concretas e agrupadas em diferenças sexuais, cuja trama de valores e crenças, sentimentos e comportamentos constituem modelos de feminino e masculino, que são atingidos e ditados aos sujeitos concretos.

Essas interpretações de homem e de mulher são aceitas e interiorizadas pelos indivíduos em nossa sociedade. As atribuições ao papel social feminino, têm como ponto de partida uma relação de poder e, como tal, desigual, em que a mulher assume o papel de dominada e o homem de dominador (BOURDIEU, 1999), caracterizando uma violência simbólica. Essa assimetria entre os gêneros, em especial, a constituição da função da mulher na sociedade, foi historicamente construída inserindo-a nos bastidores da vida pública sendo reservada ao papel de “dona” do lar e responsável pelos cuidados da família.

Segundo Desouza (2000), no Brasil colonial, as mulheres eram estereotipadas como fracas, submissas, passivas e sem poder na área pública. Ao invés de receber uma educação formal, elas eram treinadas para o casamento, para administrar a casa e criar os filhos.

Ao longo do Período Imperial, as mulheres galgaram a ampliação de seus papéis na sociedade e, assim, conquistaram algum espaço na vida pública, tendo alguma possibilidade de atuar na esfera do trabalho, área tipicamente dominada pelo homem. Observa-se já nesse período, as primeiras iniciativas de assistência ao parto nas Santas Casas de Misericórdia e nos domicílios, que só era acessível às brancas. Apesar dos incipientes avanços, o papel da mulher permaneceu secundário até a segunda metade do século 20, quando os movimentos feministas surgem no cenário político.

Da mesma forma que a mulher era submissa na esfera pública, assim o era na esfera privada. Na medida em que era percebida exclusivamente em sua função reprodutora, tinha a sexualidade e as fases da vida, como a puberdade, a gravidez e a menopausa, vigiadas e controladas. A expressão dos desejos eróticos estava vinculada à histeria e à loucura, impedindo a mulher de viver plenamente seu desejo sexual (FOUCAULT, 2006).

¹ Cientista Social formada pela Universidade de São Paulo e Aprimorada em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: camilazanutto@gmail.com

² Cientista Social formada pela Universidade Estadual Paulista e Aprimorada em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: psrezende@gmail.com

³ Nutricionista formada pela Universidade Estadual Paulista e Aprimorada em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: terezaollioli@gmail.com

Em “A História de Sexualidade”, Foucault (2006) analisa que, no século XIX, se desenvolve um saber a respeito da sexualidade, relacionado ao campo médico, que se tornou o novo lugar de denominação da sexualidade. De acordo com o entendimento médico, a sexualidade foi dividida em dois campos distintos: o positivo, da “normalidade” e o negativo, da “aberração”. A sexualidade positiva e, portanto, permitida era aquela concebida como saudável, higiênica, realizada no casamento com fins reprodutivos, recalcada, tímida e discreta. Em oposição, apresenta-se outra vista como negativa, que é danosa, ilícita e perigosa para a saúde, quer física ou mental (inclusive relacionando a mulher como receptáculo das doenças venéreas). A partir desta perspectiva, a mulher “normal” é a esposa e mãe, que tem seu corpo voltado inteiramente para as funções reprodutivas, sendo este corpo “perturbado” por estas funções.

Podemos perceber o quanto a mulher esteve alijada de poder na sociedade, inclusive sobre o próprio corpo, principalmente por sua característica biológica de reprodução. Visto como patrimônio do pai que era entregue ao marido no ato do casamento, o corpo era regido por padrões culturais que determinavam, por exemplo, os tipos de cabelos, nariz ou cor de pele que elas deveriam ter para serem consideradas bonitas e desejáveis. Padrões morais ou religiosos também influenciavam neste controle, já que cobriam as mulheres para que não provocassem pecados (DESOUZA, 2000).

O aumento da demanda de trabalho, em fins do século XIX e início do século XX - expansão cafeeira e advento da industrialização - implicou na inserção das mulheres no setor produtivo: fábrica, campo, telégrafo, correios, enfermagem, secretariado, além do magistério, que já era uma esfera de domínio feminino. Esta sociedade industrial que estava se configurando no Brasil, impulsionou a organização de mulheres que gradativamente, influenciadas pelas idéias anarquistas e socialistas, começam a ser perceber na sociedade enquanto sujeitos políticos, com condições de lutarem por seus direitos. Soma-se ao seu papel submisso na vida privada e sua percepção do corpo, as condições de trabalho em que se encontravam: discriminatórias, precárias e extorsivas, ainda ocupando poucas posições econômicas proeminentes (ÁVILA, 2003).

A luta pela emancipação da mulher ganhou destaque com o direito ao voto, em 1932. Porém, com o golpe de Estado de Getúlio Vargas, em 1937, o fechamento do Congresso restringiu os direitos civis políticos da população, fazendo o movimento de mulheres retroceder. Esse, só retomou suas forças só na década de 60, com o advento da contracultura (COSTA, 2005).

Vale lembrar que, na década de 30, embora sob a ditadura de Vargas, algumas medidas trabalhistas foram

reorientadas no sentido de uma regularização. Assim, mesmo as mulheres conseguiram alguns avanços como o início da assistência médica materno-infantil, a educação em saúde e a orientação alimentar. Se, por um lado, as conquistas políticas da sociedade retrocederam, as conquistas na área da Saúde ascenderam.

No conjunto dos movimentos contestatórios surgidos nos anos 60 (Movimentos Estudantis na França, Luta pacífica contra a guerra do Vietnã nos Estados Unidos e Movimento Hippie), após o tempo de refluxo, o movimento feminista ressurgiu no cenário mundial. Esse período foi marcado pela Revolução Cultural, também percebido nos cinemas e outros movimentos artísticos mundiais. A efervescência de idéias impulsionou o desenvolvimento da (re)organização feminista. A contestação dos costumes ecoa por muitas esferas da sociedade, inclusive na vida familiar tradicional e na moral sexual - definindo uma Revolução Sexual. Questões relacionadas à vida doméstica, familiar e sexual, passaram a ser tratadas com empenho, evidenciando o caráter político da opressão da mulher vivenciada de forma isolada no mundo privado, tornando pública a violência sexual, psicológica e física contra a mulher. Estes aspectos da vida social conturbada foram sentidos em muitos países, bem como no Brasil e outros da América Latina.

Em contrapartida, na mesma década, segundo Galvão (1999), os poderes públicos ao se empenharem em políticas de controle populacional, atrelavam-nas à questão da mulher. Dado o conjunto de preocupações neomalthusianas, em que o aumento da reprodução era visto como o responsável pelo atraso no crescimento econômico e na destruição do ambiente, exaurindo os serviços e ampliando a pobreza, uma gama de governos promoveu o controle de natalidade com programas verticais (VIEIRA, 2003). No Brasil, instituições privadas internacionais se incumbiram da redução da taxa de crescimento populacional com medidas de incentivo à esterilização feminina e a distribuição de pílulas anticoncepcionais de forma inadequada, sem acompanhamento médico. Tais medidas restringiam a possibilidade de autonomia da mulher com relação ao seu direito de decidir sobre sua vida reprodutiva e a saúde para seus corpos. Essa reivindicação de direitos foi pautada, nas discussões subseqüentes, no interior da luta feminista e outros movimentos sociais, que introduziriam na década de 80 o conceito de Planejamento Familiar.

Sob o impacto dos movimentos feministas internacionais de questionamento dos padrões comportamentais da época - em meio ao autoritarismo e repressão dos regimes militares - emerge, então, uma nova onda feminista no Brasil. Por se tratar de um movimento de resistência ao regime ditatorial e luta pela democracia, estava intimamente ligada aos movimentos de oposição política, pautan-

do sua luta anti-sexista também no interior da esquerda. A partir da segunda metade da década de 70, um novo contexto se configurava fomentando novas perspectivas de organização do movimento, inserindo questões ainda não muito bem abordadas até então, mas necessárias, como o princípio de autonomia.

Em período de transição democrática, nos anos 80, os movimentos de Mulheres, Negros e a Reforma Sanitária refutaram as políticas arbitrárias de controle da natalidade apresentando novas questões sobre o Planejamento Familiar, como um direito das pessoas: direito a ter saúde reprodutiva e direito de decidir sobre sua vida reprodutiva. Essa visão foi acolhida no corpo jurídico-normativo, desde a Constituição Federal de 1988. De acordo com Galvão (1999), o debate internacional com a Iniciativa Internacional para a Maternidade Segura, a Década da Mulher através da ONU e o Movimento de Sobrevivência Infantil, visaram promover a integração Planejamento Familiar com programas mais amplos de Saúde da Mulher, assim como a melhoria de sua qualidade de vida.

O movimento social de resistência se ampliou e novos grupos se uniram à luta das feministas, reivindicando seus direitos, como ocorreu com os grupos homossexuais. Dessa forma, o movimento feminista se multiplicou e passou a assumir novas bandeiras, levantando debates no interior da sociedade e fazendo emergir assuntos até então “proibidos” como o orgasmo feminino, sexualidade, anticoncepção e violência contra a mulher. Embasado no Marianismo, no aprisionamento do modelo de mulher idealizada à figura mítica de pureza e maternidade de Maria, mãe de Cristo, o crime passional por parceiro íntimo tinha por alegação a legítima defesa da honra. Esta forma de violência começou a ganhar visibilidade e emergir como uma questão social para a Justiça e para a Segurança Pública, como denúncia dos casos de violação dos direitos da mulheres (DESOUZA, 2000; COSTA, 2005).

Estas idéias, segundo Ávila (2003), produziram historicamente o conceito de Direitos Reprodutivos que, mais tarde, serviriam de base para a construção dos Direitos Sexuais. Outros movimentos de grupos oprimidos pelo moralismo que definia a heterossexualidade como única forma de expressão sexual “natural” (como o Movimento Gay e Lésbico) foram relevantes neste processo. Os Direitos Reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva e os Direitos Sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade, o que quer dizer que sexualidade e reprodução deveriam ser tratadas como dimensões de cidadania e, conseqüentemente, da vida democrática. A luta pela liberdade sexual e autonomia na decisão sobre a vida reprodutiva permeava o campo ideológico para romper com a moral conservadora ligada

aos defensores do regime militar, que prescrevia para as mulheres a submissão da sexualidade à reprodução.

Ao destacar as idéias sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos, Ávila (2003) julga de especial importância integrar o processo de construção dos mesmos ao movimento de construção dialético da democracia. Não o faz à toa, reflete sobre o fato de que a mulher precisa tomar para si seus direitos dos quais foram, historicamente, usurpada, enquanto estavam à margem de processos decisórios sobre a organização política da sociedade, sobre si e sobre seu próprio corpo. Em suas palavras:

“Para as mulheres, a condição de sujeitos construtores de direitos e neste caso, construtoras de direitos reprodutivos e direitos sexuais, significa romper com a heteronomia a que sempre estiveram submetidas, em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens. Essa repressão e esse controle do corpo e da sexualidade são elementos centrais da dominação patriarcal e da sua reprodução” (ÁVILA, 2003).

É importante ressaltar, que a persistente desigualdade entre homens e mulheres é um impedimento para o exercício da liberdade reprodutiva e sexual. A violência na vida cotidiana tem sido um forte mecanismo de manutenção da dominação sobre a vida sexual das mulheres. No terreno político, há uma forte reação por parte dos setores conservadores contra as propostas feministas de transformação social e cultural nestes campos. Por isso, a transformação cultural é uma dimensão estratégica para a produção de uma nova forma de relação entre os homens e as mulheres com base nos direitos reprodutivos (ÁVILA, 2003).

Um novo contexto se configura com a década de 1980 e discussões sócio-políticas já avançadas no interior dos movimentos sociais, que buscavam, além da redemocratização, uma reforma política e constitucional. Em 1983, foi lançada uma proposta de política que reconhecia os direitos reprodutivos da mulher. Essa proposta, denominada Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), significou uma nova e diferenciada abordagem da Saúde da Mulher. Constituído como marco histórico por introduzir um novo enfoque nas políticas públicas que deveriam estar centradas na integralidade e na equidade das ações de saúde, propondo abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e, não apenas, no ciclo gravídico-puerperal. Passou-se a enfatizar a necessidade de acesso à atenção preventiva e curativa, informação sobre o corpo e a saúde, incluindo, também o Planejamento Familiar e não mais a utilização de ações isoladas.

A Constituinte de 1988 definiu o Estado como responsável pelo Planejamento Familiar, tendo como princípios: a dignidade da pessoa humana, a paternidade responsável e a liberdade de decisão do casal, isentos de repressão. Portanto, a partir daí o Estado deveria propiciar recursos para o exercício desse direito.

No entanto, assim como outros direitos regulamentados na Constituição que, para serem reconhecidos, tiveram necessidade da criação de sucessivas leis e tratados, assim também ocorreu com os Direitos Sexuais e Reprodutivos. Muitos esforços foram empregados para que esses pudessem ser entendidos como direitos de todos (inclusive mulheres). Os Direitos Sexuais e Reprodutivos têm como princípios éticos a integralidade corporal, a autonomia pessoal, a igualdade e a diversidade e a proteção e promoção da saúde e garantia de direitos pelo Estado.

Durante a década de 80 e 90, houve importantes avanços na definição do que seria Saúde Materna, Saúde Reprodutiva e Saúde da Mulher, sendo que atualmente a Saúde Materna seria uma parte da Saúde Reprodutiva e esta seria uma continuidade da Saúde da Mulher. Junta-se à isso, a visualização da violência contra a mulher como questão de Direitos Humanos e de Saúde Pública, ganhando legitimidade. Até hoje sentimos exemplos das conquistas de tais reivindicações: hospitais da mulher, delegacias especializadas de direitos da mulher, conselhos da condição feminina, casas abrigo e, atualmente, a implantação da Lei Maria da Penha contra a violência doméstica, entre outros.

Para a efetiva implantação da Atenção Integral à Saúde da Mulher no país há necessidade de ampliar conquistas culturais e, também políticas, econômicas e sociais, com controle social eficaz, compromisso de gestores e a utilização dos recursos de forma adequada. Paralelamente, ressalta-se a dificuldade encontrada na articulação entre os profissionais de saúde e deles com os meios jurídicos, em que o linguajar e as diferentes formas de aproximação dos problemas enfraquece a possibilidade de intervenção concreta.

A falta de informação sobre direitos dos cidadãos e das mulheres contribui para que as ações públicas não se efetuem e esse não-cumprimento não seja reconhecido como dever. Em muitos casos, uma forte dimensão paternalista e assistencialista permeia o Estado e a sociedade brasileira, ainda ligadas às formas tradicionais de abordagem da figura da mulher e da sexualidade, e muitos direitos continuam vinculados à idéia de favor, caridade ou privilégio. Há urgência na criação, fortalecimento e implementação efetiva de rotinas e instrumentos públicos para a cobrança dos direitos, no âmbito administrativo, começando com o nível local. Esses instrumentos e rotinas devem ser de acesso público, amplamente divulgados, facilmente utilizáveis e localizados próximo às comunidades para que a população

tome posse de seus direitos e os efetive. Só então as violações diretas ou omissivas serão liquidadas.

O comprometimento de uma política pública de saúde para a promoção integral dos Direitos Sexuais e Reprodutivos então, finalmente,

"...representará uma conquista política para a democracia. Fortalecerá o processo de democratização da sociedade brasileira, contribuindo para superar suas heranças autoritárias, patriarcais e homofóbicas. Contribuirá também, para alterar os limites impostos pelo Estado à vida privada e assim contribuirá para uma cidadania que se estende à vida cotidiana..." (ÁVILA, 2003).

Deste modo, deixando de sustentar a repressão, o saber no campo da saúde se direciona para a defesa e garantia dos direitos, cumprindo seu papel na transformação em prol da justiça social e da igualdade, levando a democratização efetiva da vida sexual e reprodutiva.

Referências Bibliográficas

- ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, 19 (Sup. 2): S465-S469, 2003.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- COSTA, A.A.A. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. Niterói: **Revista Gênero**.v.5, n.2, 1º Sem 2005. p.9-35.
- DESOUZA, E. *et al.* A construção dos papéis sexuais femininos. **Psicologia: reflexão e crítica**, 13 (3), 2000. p.485-496.
- FOUCAULT, M. **A História da Sexualidade**. vol.1: A Vontade de Saber. Rio de Janeiro: Graal, 2006. (1984).
- GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. & Díaz, J. (Orgs.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Área Técnica de Saúde da Mulher / Ministério da Saúde, 2005.
- PNDS 2006. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Depto de Ações Programáticas Estratégicas.
- SCOTT, JOAN. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Recife: SOS/CORPO, 1991.
- VIEIRA, Elisabeth M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. BERQUÓ, E. (org.). In: **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.
- VILLELA, W.V. e ARILHA, M. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

Conhecendo melhor o prazer e a sexualidade de meninas e mulheres

Regina Figueiredo¹

Este artigo tem como objetivo apresentar uma visão sintética de alguns aspectos da sexualidade da mulher, atualizando algumas informações que nem sempre profissionais de saúde têm em sua formação. Foi redigido com base em diversas experiências de treinamentos e discussões realizados com médicos, ginecologistas, enfermeiros e outros que atuam com Saúde Sexual e Reprodutiva ao longo dos últimos cinco anos.

Sexualidade física feminina: crescimento e desenvolvimento

É fundamental, para um trabalho em Saúde Sexual e Reprodutiva, ter uma pequena noção do desenvolvimento do corpo feminino e de suas sensações, para melhor atuarmos e entendermos a sexualidade e o funcionamento orgânico das mulheres, inclusive na promoção da saúde preventiva entre jovens e adolescentes e na Educação Sexual de crianças.

A nossa sociedade, devido à falta de compreensão e diálogo sobre sexualidade entre as pessoas, que costuma ser tema tabu entre as famílias, tem evitado que vários conhecimentos já acumulados sobre a sexualidade feminina sejam repassados para usufruto e bem estar das mulheres e seu cuidado. Durante séculos, a esfera da sexualidade foi associada ao sexo e estigmatizada como algo indevido, sujo e desviante, principalmente para as mulheres.

Hoje, podemos nos libertar desses preconceitos e incluir em nossas concepções e ações informações claras e amplas sobre a sexualidade humana, de forma a produzir a produção do cuidado e do bem-estar de todos, em todas as fases da vida.

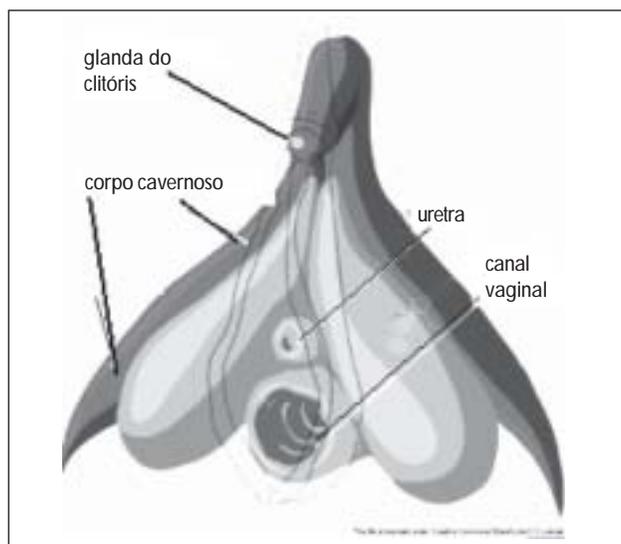
- Clitórís: o órgão sexual feminino:

O órgão sexual feminino de prazer e estímulo é o clitórís; a vagina é o órgão reprodutivo, porém não o de sensorialidade. A vagina, ao contrário do que se pensa, passado os primeiros 2 centímetros, é um canal sem qualquer enervação, portanto sem sensibilidade alguma - que só existe interiormente no colo uterino.

O clitórís tem sua formação no desenvolvimento inicial da gravidez (todos os fetos são meninas - X - até o terceiro mês de gestação). Neste terceiro mês, apenas fetos com cromossomos Y, irão modificar esse clitórís, estendendo-o e transformando-o em pênis pela ativação hormonal. Da mesma forma, os ovários (gônadas internas), no caso masculino, descem e saem do corpo, formando os testículos e ficando recobertos pela pele do saco escrotal. Nas meninas essa pele é aberta, formando a entrada da vagina.

Portanto, terminações nervosas do saco e da vagina são similares, apenas, no primeiro, estão recobertas por pele e, na segunda, mais expostas pela mucosa vaginal. Terminações nervosas e formação interna do pênis e do clitórís também são similares: o primeiro numa região extensa, já no clitórís, ficam numa concentração de poucos centímetros, portanto ambos têm potencial de sensibilidade, desejo e excitação similar.

Os dois órgão, pênis e clitórís, têm a parte de baixo (freio) mais rico em enervações, local de maior sensibilidade, ambos possuem corpos cavernosos que se enrijessem e dilatam com estímulo e excitação, irrigando-se de sangue. Essa característica de ereção está presente desde bebês e é mais facilmente visualizada em meninos, porém ocorre de forma análoga entre as meninas (CAVALCANTI, 2006).



¹ Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@uol.com.br

Durante o processo de ereção que, entre crianças, pode ocorrer por estímulo de contato com algum objeto, temperatura diferente, ou, mesmo, espontaneamente, todo o entorno inferior do clitóris, que também concentra vasos sanguíneos, se dilata, ficando mais vermelho e “inchado”. Até uns 3 anos de idade toda a estimulação local realizada pela criança é casual, pois ainda não há uma percepção específica dos efeitos da ereção.

- Manipulação do corpo por meninas:

Por volta dos 3, 4, 5 anos, conforme a criança, entre ambos os sexos, ocorre a descoberta do próprio órgão sexual. Essa descoberta refere-se, na verdade, a descoberta do próprio poder do indivíduo de se auto-provocar uma ereção (FIGUEIREDO *et al*, 2008). Nos meninos isso é feito pegando-se o pênis; nas meninas - devido ao tamanho pequeno do clitóris -, é feito pela pressão do mesmo e de sua região do entorno. Esse massagear, que meninas realizam com as mãos, objetos ou brinquedos, provoca ereção clitoriana, a famosa “cosquinha” que muitas relatam e é tão prazerosa para elas, quanto a é a ereção do pênis dos meninos para eles.

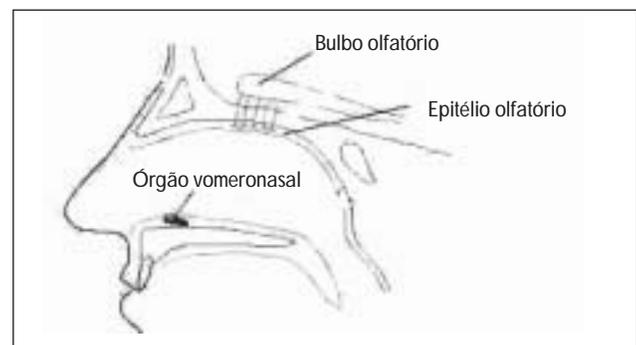
Ao contrário do que diz pressupostos freudianos, observa-se que a menina identifica o seu órgão e busca manipulá-lo e tem prazer e dá valor a sua nova “aquisição”. Fundamentos desta teoria que afirmam que, diferentemente dos meninos, as meninas entram em “latência” com o passar da idade com relação ao próprio estímulo sexual, não se fundamentam, visto que se baseiam na observação do comportamento feminino no padrão ocidental europeu e suas colônias, onde há um modelo delimitado de comportamento feminino que veta declarada ou sugestivamente todo e qualquer comportamento com relação a sua própria sexualização. A antropologia registrou, há muito, em suas etnografias tribais (MALINOWSKY, 1973, entre outros), que em sociedades onde não há uma repressão das manifestações e do interesse sexual feminino, o comportamento entre meninas é tão sexualizado como entre meninos (GAIARÇA, 1986). O que ocorre, no entanto, em todas as sociedades é que a partir dos 6 a 7 anos - período quando, como evidenciou Piaget e Greco (1974), há uma mudança cognitiva infantil que permite a aquisição significativa entre as crianças dos sentidos e das regras sociais. As crianças apreendem as orientações e regras do grupo adulto, inclusive com relação a sua sexualidade, e passam a projetar suas manifestações, cada vez mais, para o espaço privado/intimo, uma vez que são consideradas inadequadas para o espaço público na quase totalidade das sociedades.

É fundamental, também, compreender que toda a manipulação genital feminina ou masculina durante a infância até antes da puberdade **não tem** caráter de

“sexo”, ou seja, não se conota como indicadores para um prática sexual, uma vez que se constitui apenas enquanto descoberta da sexualidade e das sensações do indivíduo com ele próprio: ela representa auto-conhecimento, desenvolvimento e apropriação saudável da própria potencialidade sensitiva-genital.

- Puberdade e desejo sexual pelo “outro”: ação de feromônios:

A puberdade, com suas transformações provocadas pela ação intensa dos hormônios sexuais variam de família para família em seu início. Será ela que despertará o sentido e o interesse pelo outro indivíduo como prazeroso à sexualidade. Nesta fase, não apenas há o amadurecimento das gônadas masculinas e femininas - que iniciam seu funcionamento na produção de espermatozoides e óvulos, respectivamente -, mas também o funcionamento pleno do vômero nasal - órgão interno ao nariz, que capta os feromônios: hormônios sexuais produzidos nos pêlos pubianos e da axila e do entorno dos seios, nas mulheres, e da região peitoral e barriga, nos homens.



A partir desse período da puberdade passa, então a haver uma atração intrínseca por pessoas com alta produção de feromônios - entenda-se: adolescentes e jovens - que passam a agrupar-se motivando intensa sensação prazerosa. Esse comportamento pode ser verificado, não apenas na parceria sexual propriamente, mas no contato físico entre adolescentes amigos, mais observável entre meninas, uma vez que a cultura permite uma aproximação física de maior intensidade entre elas, do que entre meninos - quando costumam ser lidas erroneamente como manifestações de homossexualidade, só podendo ocorrer forma de “brigas de brincadeira” ou brincadeiras físicas.

Isso quer dizer que o agrupamento provocado pela puberdade, que formata a tão famosa “galera”, não é uma escolha, nem uma cópia de comportamentos dos outros, mas sim uma ação física de atração inconsciente observada universalmente a partir da puberdade e durante o início da juventude humana. No meio desta produção hormonal

intensa, captada efetivamente pelo nariz que gera intenso prazer e bem estar - lembremos as declarações de amor e carinho nas agendas entre amigas -, surge a exposição a feromônios diversos e a algum(ns) que serão sentidos, conforme apontam os estudos (GRAMER, 2005), de uma forma especial que produzirá a efetiva atração sexual-erótica por determinado parceiro(a) específico(a). Na maior parte das vezes essa ligação especial se dá com pessoas do sexo oposto, mas é recorrente na espécie humana, que ocorra para muitos, por pessoas do mesmo ou de ambos os sexos, refletidos nas atrações bi e homossexuais.

A compreensão da ação do feromônio e sua potencialização pós-adolescência é essencial para refutar teorias que remetem o início de interesse para a vida sexual como produto da mídia ou observação de cenas de nudismo, uma vez que explica que só há atração sexual na pessoa, quando já houve despertar da possibilidade física de atração por feromônios, portanto, a partir de uma idade biológica que aciona a disposição psicológica e não o oposto.

Toda a produção antropológica acumulada comprova que o interesse dos indivíduos em ter atração e contato sexual entre adolescentes não ocorre pela simples visualização do nu ou de relações sexuais no seu grupo - tão comum nas sociedades tribais tropicais. Só se verificam a partir de uma determinada mudança/condição física que permite tal maturidade. Assim, o comportamento tão comentado entre meninas hoje, deve ser visto como fruto muito mais da recém adquirida liberdade de expressão sexual das mulheres, que por tantos anos esteve contida na História Ocidental Moderna, adicionada a uma cultura atual de exibicionismo público que os padrões de beleza e "ficar" têm remetido.

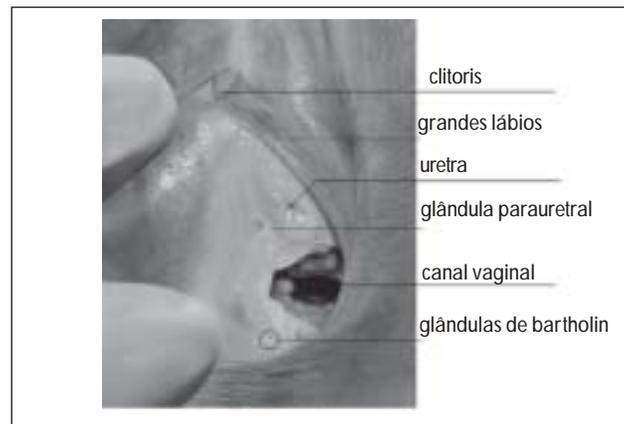
- Prazeres, gozos e orgasmos entre as mulheres: lubrificação e ejaculação feminina:

Se não fosse a repressão, assim como os homens, a maioria das mulheres teria crescido e se conhecido em estágios iniciais de auto-manipulação e conhecimento do corpo que, com a proximidade da puberdade virariam masturbação propriamente dita e, posteriormente, na adolescência ou a partir dela, passaria a visualizar (e até buscar) parceiros sexuais, como sempre se observou na História humana.

A estimulação dos órgãos sexuais femininos por ela mesma, ou por outros provoca intensa lubrificação da mucosa genital. Paralelamente, a prática penetrativa induz à contração vaginal, provocando ainda maior lubrificação no canal vaginal por glândulas localizadas em seu interior. Esse exercício físico da vagina - que é um músculo -, dependendo da intensidade pode provocar contrações vaginais involuntárias, tais como "tremores musculares de exaustão".

Já a excitação do clitóris, provocando a vaso-dilatação do seu entorno e sua ereção, estimula o par de glândulas

parauretrais (glândulas de skene), localizadas junto à parede da uretra. É esta que vem sendo denominada popularmente como "próstata feminina", que, em situação de muito estímulo libera um fluido transparente (ejaculação feminina) durante o ato sexual, que muitas pessoas, por desinformação, confundam com urina.



É importante salientar que a ejaculação feminina ou mesmo a liberação de lubrificação vaginal por espasmos se constituem como gozos físicos e não como orgasmos. Orgasmo é a sensação intensa, produzida no sexo após intensa liberação de alguns neurotransmissores de prazer pelo cérebro. Portanto, este pode vir ou não no momento do gozo físico. Nas mulheres, especificamente, muitas vezes o orgasmo vem independente da ejaculação feminina e pode ou não estar associada a ela, como à maior lubrificação vaginal, da mesma que se observa orgasmo fruto da prática de sexo anal, sem liberação de nenhuma substância local.

Referências Bibliográficas

- CAVALCANTI, A.L. Efeitos do citrato de sildenafila na circulação do clitóris em mulheres na pós-menopausa com disfunção orgástica avaliada por Doppler. Tese [Doutorado]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.
- FIGUEIREDO, R. BASTOS, S.; KALCKMANN, S. Sexualidade, prática sexual na adolescência e prevenção de gravidez e DST/Aids, incluindo a contracepção de emergência. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.
- GAJARÇA, J. A. Sexo: tudo que ninguém fala sobre o tema. São Paulo: Editora Agora, 1986.
- GRAMER, K.; BERNHARD, F.; NEAVE, N. Human pheromones and sexual attraction. Viena: **European Journal Obstetric Gynecology Reproduction Biology**, Feb 1;118 (2), 2005, p.135-42.
- MALINOWSKY, B. A vida sexual dos selvagens. Petrópolis: Vozes, 1973.
- PIAGET, J.; GRECO, P. **Aprendizagem e conhecimento**. São Paulo: Freitas Bastos, 1974.

Depressão pós-parto, histórico reprodutivo materno e apoio social¹

Lia Matos Viegas²
 Gabriela A. Silva³
 Marina Cecchini⁴
 Renata de Felipe⁵
 Emma Otta⁶
 Vera Silvia Raad Bussab⁷

A depressão pós-parto (DPP) é um distúrbio emocional que ocorre nos primeiros meses após o parto, com características típicas da depressão, tais como choro, tristeza, labilidade emocional, sentimentos de culpa, perda de apetite, ideação suicida e perturbação de sono, sentimentos de inabilidade ou deficiência para cuidar de crianças, dificuldades de concentração e memória, fadiga e irritabilidade (ROBERTSON *et al.*, 2004; HILTUNEN; 2003; SCHMIDT *et al.*, 2005), que pode comprometer o desenvolvimento do bebê e, em casos extremos, colocar em risco a integridade física da mãe e do bebê.

Pesquisas têm indicado que a prevalência da DPP é muito variada, encontrando-se entre 3,6% na Alemanha (BALLESTREM *et al.*, 2005) a 37,1% no Brasil (CRUZ *et al.*, 2005). No Brasil, particularmente, algumas das prevalências encontradas são 13,4% em Brasília (SANTOS *et al.*, 1999), 19,1% em Pelotas, RS (MORAES *et al.*, 2006) e 37,1% em São Paulo, SP (CRUZ *et al.*, 2005).

Diversos são os fatores de risco que podem estar relacionados com a DPP. A meta-análise de Robertson, Grace, Wallington e Stewart (2004) apontou como principais fatores: depressão ou ansiedade durante a gravidez, história passada de doenças psiquiátricas, histórico de DPP na família, eventos de vida estressantes, suporte social problemático, neuroticismo, problemas conjugais e complicações durante a gestação. Outra revisão da literatura (SCHWENGBER; PICCININI, 2003) também encontrou esses fatores de risco associados à DPP, apontando ainda relação entre idade e DPP, sendo que mães mais jovens apresentaram sintomas depressivos com maior frequência.

Suporte social, fator associado à DPP, pode ser entendido como um conjunto de fatores sócio-ambientais que

atuam de forma protetora, habilitando os indivíduos a lidar mais adequadamente com estressores ambientais (LIMA, 1999). Tem-se constatado que, no puerpério, o suporte social atua como um fator de proteção contra a DPP especialmente efetivo quando é fornecido pelo companheiro da mãe (DRESSEN; BRAZ, 2000).

No presente artigo, que apresentará resultados parciais de uma pesquisa longitudinal que está sendo realizada por pesquisadores da Universidade de São Paulo a respeito da DPP em mães da periferia da Zona Oeste de São Paulo, avaliaremos a importância de fatores do histórico reprodutivo da mãe, como idade da menarca, número de filhos, paridade e idade da mãe, fatores que têm relações com o estresse e o suporte social da história afetiva prévia e atual da mãe.

Estudos a respeito da idade da primeira menstruação têm apontado que as experiências prévias de estresse social e afetivo têm influência direta na idade da primeira menstruação, sem prejuízo do entendimento de que a menarca também sofre a influência de fatores diversos como condições genéticas e nutricionais (por exemplo, ADAMS, 1991). Situações de conflito na infância e na pré-adolescência, tais como estresse na vida familiar, infelicidade conjugal dos pais, conflitos com a mãe e rejeição do pai mostraram-se associadas à menarca mais precoce (KIM *et al.*, 1997), confirmando a teoria de Belsky, Steinberg e Draper (1991), segundo a qual recursos imprevisíveis ou escassos, vínculos parentais instáveis e falta de confiabilidade familiar promoveriam estratégia comportamental quantitativa, com puberdade precoce, atividade sexual acelerada, maior número de filhos e baixo envolvimento afetivo. Embora as previsões decorrentes desse modelo tenham se confirmado apenas parcialmente em alguns estudos, como por exemplo Varella (2007), para jovens universitárias brasileiras, ou Schmitt e colaboradores (2005) num trabalho intercultural, o conjunto de resultados sobre o assunto recomenda análises adicionais, criando um interesse especial para a investigação de relações com a DPP. Com base na proposição de Belsky e colaboradores, esperamos que as mães que apresentam DPP tenham uma menarca mais precoce se comparadas com as mães sem DPP.

¹ Projeto Temático 06/59192.2 desenvolvido com apoio da FAPESP e Projeto Instituto do Milênio com apoio do CNPq.

² Psicóloga, Especialista em Laboratório do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: lia.viegas@usp.br

³ Psicóloga, Mestranda do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: gabriela.silva@gmail.com

⁴ Psicóloga, Mestranda do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: cecchini.nina@gmail.com

⁵ Bióloga, Mestranda do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: redefelipe@usp.br

⁶ Psicóloga, Professora Titular do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: emmaotta@usp.br

⁷ Psicóloga, Professora Titular do Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: vsbussab@usp.br

A variável número de filhos será analisada, em nossa pesquisa, pois, além de estar prevista no modelo de Belsky e colaboradores, que prevê um número maior de filhos em ambientes estressantes, também pode representar uma dificuldade adicional para o investimento materno: cada criança representa custos para seus pais - alimentação, educação e afeto. Em um meio com recursos escassos, como a periferia, a vinda de uma nova criança poderá ser um desencadeador de DPP, pois representaria maior necessidade de investimento - investimento esse que a mãe, muitas vezes, não tem condições de fazer. O Suporte Social que a mãe receberá, todavia, terá maior chance de ser insuficiente, nesse ambiente, se o número de filhos for muito grande, uma vez que o grupo que poderá dar esse suporte possui as mesmas dificuldades da mãe. Testaremos, a respeito desse ponto, duas hipóteses: 1) mães com mais filhos teriam maior chance de ter DPP; 2) mães primíparas teriam menor chance de desenvolver DPP.

A investigação da influência do fator idade da mãe será feita com base na indicação da literatura, ainda que não de forma consensual, de associação de menor idade com maior tendência a apresentar DPP (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Metodologia

Participaram desta pesquisa 192 mães que realizaram o pré-natal em três Unidades Básicas de Saúde do distrito do Butantã, no município de São Paulo. A média de idade dessas mães era de $24,8 \pm 6,2$ anos.

Os dados analisados para esse artigo foram coletados: 1) durante o último trimestre da gestação, quando foram feitas perguntas sobre o histórico reprodutivo (paridade, número de filhos vivos e idades da mãe e de sua menarca) e 2) entre nove e 12 semanas após o parto, quando foi aplicada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE), um questionário com dez perguntas de fácil compreensão, elaborado por Cox, Holden e Sagovsky (1987), que avaliam como a mulher se sentiu na última semana (ex: "Na última semana, tenho me sentido tão triste que tenho chorado; Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas"). Quatro possibilidades de resposta são oferecidas, variando a pontuação de zero a três, de acordo com a severidade do sintoma. Os pontos são somados, obtendo-se um escore total que pode variar entre zero e 30. O estudo de validação para o Brasil, feito por Santos, Martins e Pasquali (1999), mostrou que escores iguais ou superiores a 12 são indicativos de depressão pós-parto.

Para análise dos dados, dividimos as mães em dois grupos, com base nos escores na EDPE: 1) escores ≥ 12 (Grupo DPP) e 2) escores ≤ 11 (Grupo Controle).

Resultados

A média dos escores das 192 mães na EDPE foi de $8,9 \pm 6,4$, com variação entre zero e 29. O grupo DPP foi composto por 54 mães e o grupo controle, por 138. Foi encontrada, portanto, prevalência de 28% de DPP na amostra estudada. Análise feita através de teste t mostrou diferença significativa entre os grupos quanto ao número de filhos ($t(1, 190) = 2,889$, $p = 0,004$), com média superior no Grupo DPP ($1,1 \pm 0,9$) que no Controle ($0,7 \pm 0,9$). Foi encontrada, também, uma tendência marginalmente significativa de diferença entre a idade dos dois grupos ($t(1, 190) = 1,874$, $p = 0,068$) sendo que as mães do Grupo DPP eram mais novas ($23,6 \pm 6,2$ anos) que as do controle ($25,4 \pm 6,2$ anos). Além disso, encontrou-se uma diferença marginalmente significativa na idade da menarca ($t(1, 188) = 1,656$, $p = 0,099$). As mães do Grupo DPP tiveram menarca mais precoce ($12,6 \pm 1,6$ anos) que as do Controle ($13,0 \pm 1,6$ anos).

Também foi realizada uma análise para verificar associação entre a presença de indicadores de DPP e paridade (primípara, múltipara). Encontrou-se uma associação marginalmente significativa, mostrando que mães múltiparas tiveram DPP (64,8%) com frequência superior às primíparas (35,2%) ($\chi^2(1) = 2,514$, $p = 0,077$).

Discussão

Os resultados encontrados, embora sejam ainda parciais e parte de uma pesquisa mais ampla em andamento, trouxeram informações interessantes sobre a relação da DPP com a idade da mãe e o seu histórico reprodutivo. Primeiramente, notamos que a prevalência da DPP na amostra está acima da encontrada em outras pesquisas, inclusive pesquisas brasileiras, como a feita para validação da EDPE no Brasil (SANTOS *et al.*, 1999), ainda que inferior ao valor encontrado em outras pesquisas na cidade de São Paulo (CRUZ *et al.*, 2005). Deve-se observar, porém, que a amostra estudada não é estratificada, ou seja, não é representativa da população, de forma que o resultado encontrado deve ser tomado como uma característica do grupo estudado, não podendo ser generalizada para o universo da cidade de São Paulo.

Em consonância com a literatura (SCHWENGBER; PICCININI, 2003) encontramos uma tendência de relação negativa entre idade e DPP. Outras análises feitas com a presente amostra (CAMARGO, 2005), visando avaliar a associação entre adolescência e DPP, indicaram que a adolescência, isoladamente, não se apresentou como um fator de risco, mas em interação com outras variáveis, contribuiu para aumentar a prevalência de DPP: por exemplo, ser adolescente sem o suporte do pai da criança esteve relacionado com escores altos na EDPE.

Uma explicação para a relação entre DPP e o número de filhos vivos está diretamente relacionada à falta de recursos

financeiros. As participantes eram atendidas em Unidades Básicas de Saúde, ou seja, unidades públicas que oferecem atenção primária em saúde gratuitamente. Na situação de pobreza em que a maior parte das mulheres se encontrava, uma criança a mais para criar representava um importante aumento de investimento financeiro. O aumento de gastos causado pela existência de um novo filho muitas vezes obrigava a mãe a ingressar no mercado de trabalho para aumentar a renda da família. Muitas mães relataram dificuldade para conseguir trabalhar, pois não tinham condições de cuidar do recém-nascido e tinham dificuldade para conseguir suporte vagas em creches.

Uma outra explicação para a relação entre DPP e o número de filhos vivos está relacionada com a paternidade, pois muitas mães multiparas relataram ter filhos de companheiros anteriores e ter medo que os atuais maridos ou companheiros passassem a maltratar os filhos mais velhos delas dos quais não eram pais biológicos.

Em relação aos dados encontrados para a menarca encontramos tendência de relação inversa entre idade da menarca e maior chance de desenvolver DPP de acordo com a hipótese do ambiente estressante de criação (KIM *et al.*, 1997). Esta associação é mais uma indicação de que a mulheres da nossa amostra estavam submetidas a um ambiente hostil.

Conclusão

Os quatro fatores investigados - número de filhos, idade da mãe, idade de menarca da mãe e paridade - mostraram efeitos ou tendências no sentido previsto pelas hipóteses iniciais: maior associação de DPP com um número maior de filhos, com multiparidade, com menarca mais precoce e com idade menor das mães. O conjunto de resultados aponta determinação multifatorial: embora os três primeiros fatores sejam compatíveis entre si, na medida em que número de filhos e paridade sejam praticamente medidas do mesmo fenômeno, e que a lógica do período de tempo sustente a associação de menarca mais precoce com número de filhos, a tendência à DPP em mães mais jovens aponta uma determinação de outra natureza. Ainda assim, em última análise, todos os fatores poderiam estar associados a situações de maior vulnerabilidade materna para o investimento nos filhos. Pode-se pensar nessa vulnerabilidade como decorrência direta do ambiente sócio-afetivo e das dificuldades financeiras, mas também é possível aventar uma vulnerabilidade interna, decorrente de estresse na história afetiva prévia da mãe, ao qual a menarca precoce estaria associada. O prosseguimento da presente pesquisa permitirá o aprofundamento dessas análises.

Nosso trabalho aponta para fatores de risco da depressão pós-parto e para mecanismos psicológicos

subjacentes, contribuindo para políticas de prevenção e práticas de intervenção. Conhecer o transtorno é a melhor forma de se conseguir preveni-lo.

Referências Bibliográficas

- ADAMS, J.F. Earlier menarche, greater height and weight: a stimulation-estresse factor hypothesis. Provincetown: **Genetic Psychology Monographs**, v.104, 1981. p.3-22.
- BALLESTREM, C.L.V.; STRAUB, M.; KACHELE, H. Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany - implications for the utilization of treatment. Viena: **Archives Women's Mental Health**, v.8, 2005. p.29-35.
- BELSKY, J. STEINBERG, L., DRAPER, P. Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: an evolutionary theory of socialization. Oxford: **Child development**, v.62, 1991. p.647-670.
- CAMARGO, L.A.; SILVA, G.A.; OTTA, E. Mãe adolescente e solteira: vulnerabilidade no desenvolvimento de depressão pós-parto? In: **15º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA USP**. São Paulo: 15º SIICUSP/ Videolar S.A., 2007.
- COX, J.L.; HOLDEN, J.M.; SAGOVSKY, R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10. Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Londres: **British Journal of Psychiatry**, v.150, 1987. p.782-786.
- CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 27 n.4, 2005. p.181-188.
- DRESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. Brasília: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.16 n. 3, 2000. p.221-231.
- HILTUNEN, P. **Maternal Postnatal Depression, Causes And Consequences**. Dissertação de Doutorado. Oulu, University of Oulu, 2003.
- KIM, K., SMITH, P.; PALERMITI, A.L. Conflict in the childhood and reproductive development. Santa Barbara: **Evolution and Human Behavior**, v.18, 1997. p.109-142.
- LIMA, M.S. Epidemiologia e impacto social. São Paulo: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, 1999. p.1-5.
- MORAES, I.G.S., PINHEIRO, R.T., SILVA, R.A., HORTA, B.L., SOUSA, P. L. R.; FARIA, A.D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 40 nº 1, 2006. p. 65-70.
- ROBERTSON, E.; GRACE, S.; WALLINGTON, T.; STEWART, D.E. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Seattle: **General Hospital Psychiatry**, v.26, 2004. p.289-295.
- SANTOS, M.F.S., MARTINS, F.C; PASQUALI, L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil; **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.26, p.32-40; 1999.
- SCHMIDT E.B.; PICCOLOTO, N. M.; SCHMIDT, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Itatiba: **Psico-USF**, v.10, nº1, 2005, p.61-68.
- SCHMITT, D.P. ET al. Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture and strategies of human mating. Cambridge: **Behavioral and Brain Sciences**, v.28, 2005. p.247-311.
- SCHWENGBER, D.D.S; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto na interação mãe-bebê, Campinas: **Estudos de Psicologia**, v. 8, nº3, 2003. p.403-411.
- VARELLA, M.A.C. **Variação individual nas estratégias sexuais: alocação de investimentos parentais e pluralismo estratégico**. Dissertação [Mestrado]. São Paulo: Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia DA Universidade de São Paulo, 2007. PP. 148.

A singularidade feminina e concepções sobre DST em UBS da cidade de São Paulo

Silvia Bastos¹
Ana Lúcia da Silva²

Introdução

Discute-se as concepções de usuárias sobre “ser mulher” e o cuidado com a saúde com foco na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), nos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde da cidade de São Paulo. Apresenta-se um recorte de estudo de tese (BASTOS DE PAULA, 2007) que investigou aspectos de cuidados básicos para mulheres em Saúde Sexual e Reprodutiva e a relação com as DST.

Para compreender a importância de discutir o cuidado específico quanto às mulheres em relação às DST, é necessário lembrar implicações sociais e a evolução das políticas que apoiam e configuram o sistema de cuidado no país. Na década de 1980, o Ministério da Saúde formulou a proposta de Assistência Integral à Saúde da Mulher, com metas para o atendimento na Atenção Primária, incorporando o conceito de Saúde Reprodutiva, tendo, ainda, o propósito de romper com o cuidado centrado na determinação biológica e no ciclo gravídico-puerperal (OSIS, 1998).

Na década de 1960, a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, em Teerã (1968), deu os passos iniciais para discussão política quanto à liberdade de casais decidirem sobre sua prole. Esta seria a semente dos Direitos Reprodutivos, porém, foi em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo - Egito, que se definiu Saúde Sexual e Reprodutiva como um direito básico dos seres humanos. Os princípios desse direito preconizam que os indivíduos têm direito a ter vida sexual saudável e segura, com acesso a informações sobre a sexualidade, contracepção, prevenção de DST/aids e a liberdade para decidirem sobre ter filhos ou não, quantos e o espaçamento entre as gravidezes (CIPD, 2003).

As DST são agravos que compreendem não somente as doenças venéreas propriamente ditas, como: sífilis e gonorréia, cancro mole, linfogranuloma venéreo (doença de Nicholas-Favre Durand), donovanose, além do “condiloma

acuminatum” causado papilomavírus humano (*human papillomavirus* - HPV) - virose cujo papel patogênico está associado ao câncer de colo uterino -, herpes genital tipo II, hepatite, uretrites e vaginites por trichomonas, uretrites, balanites e vaginites provocadas por cândida, pediculose pubis e molusco contagioso (McCOOL *et al*, 2006).

As mulheres são particularmente afetadas por DST, pois têm singularidades biológicas e psicossociais que as dispõem à maior vulnerabilidade para agravos do trato reprodutor e sexual. A vulnerabilidade da mulher existe no plano biológico, por aspectos de anatomia e fisiologia e em razão da tendência de ter infecções com sintomas indefinidos, o que retarda o diagnóstico e encerra a possibilidade de complicações graves e, também, pela impotência diante de situações de abuso sexual e econômico (McCOOL *et al*, 2006; BASTOS *et al*, 2000).

Dados da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) mostram que o coeficiente de incidência de aids femininos quase dobrou de 1991 a 2000, de 10,42 para 19,19 casos por 100 mil mulheres, enquanto para os homens diminuiu de 58,57 para 43,54; também se verificou o crescimento de casos notificados de infecção pelo papilomavírus humano (HPV) que é associado a novos casos de câncer de colo uterino, o que contribuiu para que o governo municipal criasse meios para promover e estimular a discussão sobre as ações de prevenção ao HPV (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO/SP, 2007).

Singularidade feminina

Para Morin, o ser humano é, ao mesmo tempo, singular e múltiplo. Desde o momento da fertilização e com desenvolvimento da concepção, todo ser humano possui singularidade que está impressa na combinação de seus caracteres genéticos, o que o faz único na diversidade. Nossa identidade é, portanto, uma unidade múltipla. Morin (2005) afirma:

“Assim, todos os seres humanos têm em comum os traços que fazem a humanidade da humanidade: uma individualidade e uma inteligência de novo tipo, uma qualidade cerebral que permite o surgimento do espírito, o qual permite o surgimento da consciência” (MORIN, 2005, p. 59)

¹ 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. Contato: silviabastos@isaude.sp.gov.br

² Enfermeira e Doutora em Enfermagem, Professora do Programa de Pós-graduação da PPG CCD da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES-SP. Contato: analu@isaude.sp.gov.br

O autor atribui lugar distinto para a mulher nas relações de poder na sociedade, mas reconhece que a Sociologia não define a mulher (MORIN; NAOUM, 2003). A mulher no Brasil, desde os primórdios da colonização foi objeto de dominação. O país que constituiu sua sociedade pelo domínio das minorias e sob o patriarcalismo, pelo qual as mulheres, junto aos escravos, se constituíam em propriedade de seus senhores e maridos, recebe estas influências de maneira peculiar.

Na segunda metade do Século 20, ocorreu a revolução dos costumes sob a influência dos movimentos feministas dos anos 1960, da invenção da pílula contraceptiva e de conquistas paulatinas de movimentos sociais no plano dos direitos civis e humanos cujos antecedentes estão na Revolução Francesa (1789). Nos anos de 1960, a mulher rompeu a barreira do espaço privado e passou, a cada década, a marcar espaço no lugar antes ocupado por homens.

Nos anos de 1980, foi descoberto o vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus - HIV*) o que alterou a forma, como, até então, as pessoas lidavam com a liberação sexual e com as relações de poder e dominação na intimidade de homens e mulheres. Nos tempos de aids, as preocupações com as DST oscilaram entre a sombra e a luz, a atenção por parte de políticas públicas, como nos grandes movimentos sociais de ativismo político pelos direitos de pessoas infectadas pelo HIV, quando também houve a abertura para a discussão sobre orientação sexual e sexualidade e, em certa medida, provocando a quebra de paradigmas sobre a essência das relações humanas.

A família se transformou e, ainda em processo, veio dar lugar a outras configurações familiares antes não admitidas ou até imaginadas. Estas novas configurações puseram em discussão a antiga identidade feminina de procriadora, cuidadora dos filhos e do lar, dando vistas a novos desafios desta identidade, como um fenômeno construído socialmente de forma recursiva e dialógica, numa tensão entre as necessidades internas e as influências sociais, entre a singularidade e a multiplicidade (MORIN, 2001).

Dimensão biofísica: concepções de corpo e saúde

O conceito de concepção, que denominamos também crença, é caracterizado por certa plasticidade, o que favorece a emergência de diversificadas posições neste entorno. Uma concepção, segundo Oliveira (1999), não se configura apenas como produto, mas como processo de atividade de construção mental do real, cuja elaboração ocorre por meio de informações aprendidas, por meio dos sentidos, de relações interpessoais. Esses construtos vão se acumulando na memória do sujeito, de forma codificada, organizada e categorizada num sistema cognitivo global e coerente.

As concepções de corpo têm variedade no tempo e remontam à filosofia grega clássica. Platão (428-348 a.C.)

considerava o corpo a prisão da alma, mas admirava a sua beleza e, ainda, o reconhecia como **lugar de doenças e paixões**. Na era cristã, **o corpo** era profano e **mortal**, a alma sagrada e eterna. Descartes (1596-1650) estabeleceu a separação corpo/alma para livrar a ciência das amarras da Igreja. No século 18, com a Revolução Industrial, a visão de corpo era de **força motriz da produção**. Nas palavras de Merleau-Ponty: "...porque sou esse animal de percepções e de movimentos que se chama corpo" (1975, p.438).

Em 2008, quando o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, alcança 20 anos, ainda têm-se a necessidade de dimensionar a verdadeira situação das DST. Não se dispõem de dados fidedignos sobre a incidência nem a prevalência desses agravos nas áreas adscritas às unidades básicas de saúde (UBS). A vigilância e a prevenção e promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva estão, assim, desfocadas para planejar e avaliar suas ações. Por isso, optou-se por conhecer as concepções das mulheres usuárias de UBS, acerca desse problema, buscando identificar em suas falas o seu "olhar" sobre saúde e DST e, também, questões do plano individual, do espaço privado e de suas implicações na saúde, com vistas em compreender sua singularidade e a forma de como atuar na redução de sua vulnerabilidade (MANN *et al.*, 1993; AYRES, 1997).

Método

Participaram deste estudo 24 mulheres, cuja escolaridade variou de alfabetizada a nível fundamental, com idade entre 18 e 67 anos, sendo a maior concentração entre 35 a 40 anos. Eram predominante pardas e afrobrasileiras, todas usuárias de serviços básicos de saúde da cidade de São Paulo. Considerando-se o objetivo do estudo, foram escolhidas usuárias que buscavam o serviço para cuidados pessoais de saúde há, no mínimo, seis meses. Os dados foram coletados em sala de reunião nas UBS, durante três sessões de grupo focal. Foram oferecidas e desenvolvidas oficinas sobre o tema: "mulher e saúde".

- Organização do grupo focal:

- O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Todas as participantes foram esclarecidas e concordaram previamente em colaborar com ele e foram informadas da possibilidade de interrupção e desistência durante o grupo focal. Duas desistiram de participar, sendo retiradas no cômputo das participantes.
- Foram realizados três grupos, ao fim dos quais, já se podia perceber a reprodução das idéias dos grupos anteriores. A adequação deste número pode ser confirmada por Morgan (1988);
- Cada reunião de grupo focal tinha a duração de uma hora e meia a duas horas na coleta de dados e,

de mais 45 minutos, em atividade de oficina, totalizando 8 horas de gravação em áudio que foram transcrição de modo literal.

- O número mínimo de participantes no grupo focal foi definido em 6 e o máximo em 12.
- O perfil das usuárias das UBS observadas foi heterogêneo. No Grupo Focal 1 - Região Central -, eram moradoras antigas da região central da cidade, de cortiços e de rua e trabalhadoras das vizinhanças. Quanto aos Grupo Focal 2 e 3 - da região periférica da cidade -, as usuárias eram, na maioria, domésticas, com trabalho informal, companheiras ou esposas de presos, e a minoria tinha trabalho registrado, exercendo suas funções em confecções de roupas, hospitais e pequenos comércios.
- Os grupos foram realizados segundo roteiros de questões abertas: de concepções sobre ser mulher e concepções sobre saúde e DST. Utilizou análise de falas seguindo Bardin (2000) e Silva e Camillo (2007).
- A coordenação foi feita por profissional experiente em condução de grupos, acompanhado por um auxiliar que acionava o gravador sob permissão dos presentes. O material foi gravado em áudio digital *in loco* e transposto para arquivos de computador e foi transcrito na íntegra.

Resultados e discussão

Os grupos focais com as mulheres transcorreram de modo tranquilo e procurou-se adaptá-los aos diversos cenários das UBS.

Encontrar a unidade e o sentido nas falas é criação ideológica. Por isso, pode-se dizer, que o sujeito é um acontecimento simbólico: "Se não sofrer os efeitos do simbólico, ou seja, se ele não se submeter à língua e à história, ele não se constitui, ele não fala, ele não produz sentidos" (ORLANDI, 2005, p.49). Sobre o material, utilizou-se dois recortes: as concepções sobre "ser mulher" e o conhecimento e crenças sobre as DST.

- Concepções sobre "ser mulher":

Iniciou-se a discussão no grupo, direcionando o foco para levá-las a se descobrirem ou se perceberem como mulheres: as respostas foram agrupadas nos seguintes núcleos de sentido: (1) descoberta do corpo; (2) sexualidade; (3) maternidade; (4) indiferença ou submissão. Não se observou qualquer característica especial nos depoimentos das mulheres nos diferentes grupos (Quadro 1).

Espera-se que as falas possam expressar suas vivências e, com isto, elucidar, de maneira complexa, os elementos capazes de levar ao conhecimento sobre a relação das mulheres com o cuidar da saúde. A escuta e a comunicação em grupos, a um só tempo, contribui para refutar o reducionismo referente à naturalização do corpo e do movimento humano, revelando

Quadro 1: Fato ou situação que levou as mulheres a se perceber como mulher. São Paulo, 2007.

Núcleo de sentido	Trechos de falas selecionados
1. Descoberta do corpo	1. "Quando eu vi que era mulher? Quando meus seios começaram a crescer..." 2. "Para mim foi aquele negócio no meio das pernas [lágrimas discretas], minha mãe me bateu... Pois contei para uma vizinha [sobre a primeira menstruação] era uma vergonha!" 3. "Foi na primeira menstruação" 4. "Quando minha mãe falou que eu era menina e me deu um vestidinho cor de rosa"
2. Sexualidade	1. "Quando tive o primeiro orgasmo" 2. "...[o] casamento [mas só] depois de um ano" [referindo-se ao primeiro orgasmo] 3. "Na primeira relação sexual" 4. "Ah!!!!!!!! Foi no primeiro beijo"
3. Maternidade	1. "Eu descobri mesmo foi quando fiquei grávida" 2. "Quando fui mãe pela primeira vez aí senti que era ser mulher..." 3. "Quando a gente passa a ser mãe" 4. "Quando tive minha filha" 5. "Ah! É difícil... Gravidez, dar a luz..."
4. Indiferença ou submissão	1. "Ah! Eu não sei!" 2. "Tudo que vem a mulher aceita de bom e de ruim"

os aspectos culturais e sociais, expondo algo que é comum a todos os seres humanos, ou seja, a linguagem do corpo que está sempre se reorganizando.

Ainda, no grupo focal, explorou-se a discussão sobre "ser mulher" por se considerar esta dimensão importante para atuar na prevenção de DST; uma questão intimamente relacionada à imagem que a mulher tem de si mesma e da sua sexualidade. Ao se perguntar o que é ser mulher, percebeu-se um *frisson*: muitos risos e inquietações não-expressas em palavras, mas em risos nervosos, nas faces vermelhas e nos cochichos. Encontrou-se como núcleos de sentido: (1) afirmação no espaço público, (2) manutenção no espaço privado, (3) sofrimento, (4) 'perplexidade' (Quadro 2).

A concepção de cada usuária do que para ela é "ser mulher" foi discutida em cada um dos sentidos, esclarecendo-os por indagações sobre a descoberta do "ser mulher" pelas mudanças do corpo e da puberdade, pela descoberta do sexo, pelo prazer, ou pelo sofrimento, pela experiência de engravidar e ter filhos, ou por ser capaz de lutar e suportar sofrimentos.

Para as participantes, o espaço público surge como o lugar de lutas e conquistas. Ser mulher, neste espaço, é ser guerreira. Para aquelas cujo foco é o espaço privado, a concepção de mulher que surge é a maternidade e a mulher cuidadora.

Mesmo diante de certa perplexidade do que é 'ser mulher' e da discussão mais aberta sobre sexo, sedução e prazer, as participantes com mais de 35 anos consideraram importante

Quadro 2: Concepções de usuárias das UBS sobre o que é 'ser mulher'. São Paulo, 2007.

Núcleo de sentido	Trechos de falas associados
1. Afirmação no espaço público	<ol style="list-style-type: none"> 1. "É ter seu próprio espaço, trabalhar... conquistar, né!" 2. "Ser mulher?... É tudo!" [gíria que significa ser o máximo] 3. "É ser uma lutadora" 4. "Ser mulher... é ser guerreira" 5. "É se amar, ser linda, usar batom... ser sexy!" [risos]
2. Manutenção no espaço privado	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Ser mulher é ser mãe!" 2. "É padecer no paraíso..." [bordão ligado ao sofrimento materno] 3. "Ser mulher é cuidar dos filhos" 4. "É ter muita responsabilidade na criação dos filhos" 5. "Ser mãe, esposa e amiga"
3. Sofrimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. "O que é ser mulher? Não é bom ser mulher... sofre demais.." 2. "É ser sofredora... é só sofrimento, a gente sofre demais!"
4. Perplexidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. [silêncio...pensativa] "É um mistério..." 2. "A mulher é um dom de Deus ... Sem explicação.. Porque só Deus.." [saberia explicar]

tratar desses assuntos pela na troca de idéias no grupo e isto gerou manifestações positivas na saída do recinto.

De forma muito apropriada, verifica-se:

"A mulher passa a viver para o amor: amor a seus filhos, a seu esposo, a sua casa. Para tanto, ela deveria se manter pura, distante dos problemas e das tentações do mundo exterior - o mundo do trabalho -, que deveria ficar sob o encargo do homem." (ROCHA-COUTINHO, 1994, p.29).

A seguir, discutiu-se sobre a concepção de corpo. Vide as concepções no Quadro 3.

No início da discussão sobre o corpo houve muitos risos, não se sentiam à vontade para opinar; havia surpresa, vergonha e constrangimentos para falar de si, expressos em risos nervosos, na troca de olhares e hesitações em se manifestarem. Refletir sobre o corpo era algo desconhecido e perturbador, que despertava medos e vergonhas advindos de uma cultura que exerce seu poder sobre o corpo, escondendo-o, reprimindo-o, fazendo-o perceber-se como fonte de pecados e, simultaneamente, exaltando-o em sua beleza e no erotismo de corpos perfeitos que se tornaram modelos corporais a ser seguidos.

Ao discutirem entre si, realizaram movimento recursivo de influir e serem influenciadas pelas opiniões expressas no grupo. Também, para elas, o corpo tem diferentes concepções e,

Quadro 3: Concepções de usuárias das UBS sobre o seu corpo. São Paulo, 2007.

Núcleo de sentido	Trechos de falas associados
1. Corpo e auto-imagem negativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Hoje está mais ou menos assim, cintura está na cabeça, o peito sobre barriga..." [risos] 2. "Meu corpo? Uma tragédia depois do meu filho..."
2. Corpo e auto-estima	<ol style="list-style-type: none"> 1. "O meu corpo é importante e não tem que ver com o marido" 2. "Saber pensarSaber se respeitar" 3. "Vejo o corpo no jeito de gostar de si mesma..." 4. "O meu corpo é para se valorizar..." 5. "Gostar de si mesma" 6. "O corpo é pra gostar da gente... É tudo, na vida da gente é a nossa casa..." 7. "Todas temos um corpo atraente, basta cuidar, fazer ginástica..." 8. "Para uns [é] instrumento de admiração e prazer..."
3. Corpo como objeto de cuidado	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Usar camisinha para se proteger... para proteger o corpo" 2. "A mulher tem um corpo para se cuidar a mulher tem que se cuidar..." 3. "Malhar e se cuidar..." 4. "É se cuidar...só isso"
4. Incapacidade de opinar	<ol style="list-style-type: none"> 1. [silêncio] "Ah! Eu não sei te falar"

por pertencerem a camadas sociais com menor acesso à informação e escassos recursos econômicos, expressam, em síntese: o corpo como objeto de auto-cuidado, sujeito a transformações com o tempo e com a maternidade e que, no caso delas, leva à auto-depreciação, ao se compararem aos estereótipos de beleza. Estes aspectos merecem enfoque particular, pois os padrões de valor e beleza da mulher vigentes na sociedade de consumo influem em sua subjetividade e intersubjetividade.

Refletir sobre o corpo, nos dias de hoje, é estar diante de múltiplas possibilidades de interpretações, dada à polissemia de concepções criadas e vividas socioculturalmente. Constatou-se, na experiência desses grupos, aspectos também destacados por Silva *et al* (2003) ao afirmar que a realidade do corpo é complexa, admitindo-se a necessidade de se considerar os múltiplos antagonismos da existência para entendê-la. Tem mais facilidade de compreender o outro quem consegue conhecer a si mesmo, como seria ideal no exercício profissional na saúde, mas os profissionais, com formação centrada na biologia, em detrimento dos aspectos subjetivos do corpo, mantêm o predomínio de ações de cuidado quase que exclusivamente de caráter técnico, com intenção apenas da cura física.

Partindo do princípio de que o corpo serve de referência para a compreensão da existência material do ser humano, o conceito de saúde/doença tem sido objeto de interesse ao longo da história, pois saúde/vida como também doença/morte estão sob relação dialógica com o corpo e mantêm movimentos de recursividade no decorrer de uma existência. A concepção de saúde dependerá da que se tenha do organismo e de sua relação com o meio ambiente, que mudará em cada cultura e de uma época para outra.

O foco nas DST, um problema de Saúde Pública relacionado com a intimidade das pessoas, com sua identidade e práticas sexuais, trouxe como resultado o seguinte: a maioria das respostas foi negativa para dizer com algum detalhe o que é doença sexualmente transmissível; das 24 mulheres participantes da pesquisa, 14 opinaram, e a verruga (HPV) foi reconhecida de pronto como DST para 4 delas quando uma se manifestou; outras 4 afirmaram não saber do que se tratava, uma nomeou vários tipos de DST e outra, ainda, disse não ter DST, mas apenas doença inflamatória pélvica (DIP) (Quadro 4).

Sobre as DST, as usuárias fizeram referência à preocupação com uso de preservativo (condom) em apenas 3 depoimentos (12,5 %). Uma vez que não houve intenção na pesquisa de se quantificar qualquer aspecto, mas sim sua diversidade, é relevante considerar o fato de que no conjunto de 24 mulheres, 5 não souberam explicar o que é uma DST e, demonstrando a necessidade de se inovar os recursos de comunicação e as linguagens utilizados em ações de Promoção de Saúde.

Para a mulher admitir-se sob risco de contrair uma DST, há necessidade de superar barreiras ligadas a um conjunto de referências da história singular de cada uma e, a um só tempo, geral. O vínculo entre o profissional de saúde e a usuária, a capacidade dele para compreender as dimensões psicossociais que influem nos riscos de contrair uma DST em cada usuária e as concepções de cada uma, que interferem no cuidado em saúde, podem contribuir para superar essas barreiras.

Outro modo de ver as falas das mulheres no grupo e sua importância para conhecer as usuárias é o assinalado por Morin: significa que quando falo a um tempo, em que afirmo "eu", coloca-se "nós", comunidade cálida da qual somos

parte; contudo, não há somente o "nós", no "eu falo", também, está o "se fala", fala-se de algo que é a coletividade; em cada "eu" humano há algo do "nós" e do "se", portanto, o "eu" não é puro nem único (MORIN, 1996, p.54).

O grupo focal mostrou o "eu" impregnado do "nós" e, seu valor como técnica e, até, como método favorece a interação dialógica de diferentes concepções sobre Saúde Sexual e Reprodutiva. Por meio do grupo focal deu-se um salto para se captar, na "complexidade das falas", as concepções que as mulheres têm sobre si mesmas, seus corpos, e quais idéias fazem sobre DST.

Considerações Finais

Existem mulheres que ainda ignoram ou sabem bem pouco sobre as DST e não compreendem o porquê do preservativo entre os cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva; para elas não existe este risco por serem casadas, ou ainda, por seus maridos serem idosos. Esta concepção, entretanto, não as isentam de risco nem a seus conceitos. Uma série de fatores sociais, econômicos, médicos e educacionais vêm sendo deixados de lado pelos gestores e por prestadores de cuidado em saúde e não são tomados em conta pelos indivíduos e pelos casais, o que tem sido responsável pela persistência e, até, crescimento de algumas DST.

Em síntese, as concepções das mulheres sobre as categorias corpo e atenção às DST, expressas nas atividades de grupo focal desta pesquisa, referem-se a idéias que incluem crenças, significados, conceitos, proposições, imagens mentais e preferências, entre outras. Sobre as DST em si, ainda persistem muitas dúvidas sobre quando realmente a mulher deve suspeitar de uma DST, pois o corrimento vaginal é comum e embora cause sofrimento, as mulheres hesitam em admitir que possa ser uma DST, e há equívocos sobre a origem da doença inflamatória pélvica, considerada em geral não relacionada a uma DST. Constatou-se que entre as usuárias do estudo, existem diferentes graus de conhecimento quanto às DST e assuntos relacionados. Mesmo residindo na comunidade do serviço de saúde, a informação não é de fácil acesso ou a mulher não tem interesse, ou não é estimulada para captar as mensagens da forma como estas lhes são apresentadas.

Quadro 4: Conhecimentos das usuárias a respeito de DST nas UBS do estudo, São Paulo-SP, 2008.

Grupo Focal 1	Grupo Focal 2	Grupo Focal 3
"Nada, doenças transmitidas sexualmente"	"Doença sexualmente transmissível?"	"A aids"
"Gonorréia. Sífilis, herpes, e têm outras..."	"Doença da relação sexual"	"É a parte de usar camisinha"
"Pega na hora do risco..." [da transa sem preservativo]	"Da relação oral..."	"É usar camisinha para prevenir as DST"
"É verruga?"	"Não é da relação anal...?"	"DST? Eu não sei"
"Não sei"		"Eu também não sei!"

Nos grupos, as usuárias se referiram à aids como um problema evitável com o uso de preservativo, mas isso não se estende às outras DST. Assim, resta um desafio aos serviços: como tratar essa dissociação.

Referências Bibliográficas

- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA Jr., I., CALAZANS, G.J. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABIA, 1997. p.20-37.
- BASTOS, F.I.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 16 (supl.1): S65-S76, 2000. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2213.pdf]. Acessado em Novembro de 2008.
- BASTOS DE PAULA, S.H. Avaliação de serviços básicos de saúde para a mulher: doenças sexualmente transmissíveis e o cuidado sob a perspectiva da complexidade. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2007.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2000.
- CIPD. Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento. Cairo: Relatório final. Brasília: CIPD, FUNUAP, 2003.
- MANN, J.; TARANTOLA, D.J.N.; NETTER, T.W. A aids no mundo. In Parker, R., GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. (Organizadores da edição brasileira). Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1993.
- MCCOOL, W.; DURAIN, D. Diagnósticos ginecológicos frequentes. In: VARNEY, H.; KRIEBS, J.M.; GEGOR, C.L. Partería Profesional de Varney. 4 edición. México, D.F.: Organización Panamericana de la Salud /McGraw-Hill Interamericana; 2006. p.401-463. Tradução Félix Garcia Roig *et al.*
- MERLEAU-PONTY, M. Resumos de Cursos Psicossociologia e Filosofia. Campinas: Papirus, 1990. Tradução de Constança Cesar.
- MORGAN, D. Focus groups as qualitative research. London: Sage, 1988.
- MORIN, E. O método 5: a humanidade da humanidade - identidade humana. Porto Alegre: Sulina, 2005. Tradução de Juremir Machado da Silva.
- MORIN, E. A noção de sujeito. Em: Schnitman D F (org.). Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.45-56. Tradução de Jussara H. Rodrigues. Consultoria e supervisão de Marilene Marodin.
- MORIN, E., NAOUM, I.(colaboração). Cultura de Massas no Século XX: necrose. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 3ª. Edição. Tradução de Agenor Soares Santos.
- MORIN E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil: 200. 5ª Edição revista e modificada pelo autor. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória.
- OLIVEIRA, S.M.L.G. As concepções de aprendizagem no contexto educativo: um estudo diagnóstico em alunos de um curso de magistério no nível médio. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 1999.
- OSIS, M.J.M.D.. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 1998, v. 14, supl. 1, p. S25-S32.
- ORLANDI, E. P. Análise do Discurso: princípios e procedimentos. ed. 6°. São Paulo: Pontes, 2005.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Análise. Ce-info da Secretaria Municipal da Saúde/SMSP, São Paulo. 2007. Disponível em: [http://

www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude]. Acessado em Novembro de 2008.

ROCHA-COUTINHO, M.L. Tecendo por trás dos panos. A mulher brasileira nas relações familiares. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

SILVA, A.L. CAMILLO, S.O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem v. 41, n. 3, 2007. p. 403-410. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/O9.pdf]. Acessado em Novembro de 2008.

SILVA AL, CIAMPONE MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo. Rev esc enferm. USP. 2003; 37(4):13-23.20. Disponível em: http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/.



A participação feminina na produção científica brasileira sobre HIV/aids, 1983-2007

Claudete Gomes dos Santos¹

Introdução

Em junho de 1981, dois artigos publicados no *Morbidity and Mortality Weekly Reports* (MMWR), periódico de divulgação do *Centers of Diseases Control and Prevention* (CDC), órgão governamental dos Estados Unidos responsável pela vigilância epidemiológica no país, reportavam a ocorrência de uma misteriosa patologia acometendo jovens homossexuais masculinos em Los Angeles. Era a primeira menção ao que posteriormente seria conhecido como *Acquired Immuno-deficiency Syndrome* (AIDS).

Desde então, o número de casos registrados de aids só fez aumentar em todo o mundo, a doença se expandindo para além da população homossexual. Em menos de uma década, tornou-se um dos mais graves problemas de saúde pública enfrentados pelos diversos países, um dos "... mais impiedosos golpes (...) contra a humanidade do século XX" (LE PARGNEUR, 1987, p. 141).

Dadas a gravidade e a magnitude da doença, desde o início a comunidade científica internacional se mobilizou em busca de melhor conhecimento e de uma terapia eficaz, e, por a aids envolver aspectos complexos do ser humano, principalmente questões vinculadas à sexualidade, em pouco tempo passou de tema quase que exclusivamente restrito à área médica a objeto de estudo das demais ciências - Biológicas, Sociais e Humanas - nos seus diversos campos (ROSENTHAL, 2001, p. 7).

No Brasil, a produção científica, no geral, vem crescendo, tanto quantitativa como qualitativamente (AMORIM, 2007), e a aids tem desempenhado um papel muito importante neste crescimento, incitando pesquisadores a estudarem o assunto.

Bastos e Coutinho (1999) realizaram um levantamento da produção científica em HIV/aids, no período 1983-1997, visando mostrar, em linhas gerais, a resposta da ciência brasileira às questões suscitadas pela epidemia no país. O acesso às publicações se deu através dos bancos de dados Medline e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), dos CD-Roms anuais de aids, além da biblioteca pessoal de um dos autores. A pesquisa resultou em 428 trabalhos: 196 artigos em revistas nacionais, 95 em revistas internacionais, 125 capítulos de livros e 12 livros. Para os autores, a aids

possibilitou à ciência brasileira uma maior interlocução com o Estado, além de conseguir mais diálogo e financiamentos das agências internacionais. Além disso, o trabalho cooperativo entre pesquisadores nacionais e estrangeiros fez com que a produção nacional sobre o tema se avolumasse.

Bastos e Malta (2002) atualizaram e aprofundaram em alguns pontos o trabalho sobre o mesmo tema (BASTOS e COUTINHO, 1999). A análise da produção se ateve às transformações qualitativas da comunidade científica brasileira e sua produção na área de HIV/Aids, no triênio 1997-2000. Os autores concluem que houve um aumento expressivo da produção no período, com as pesquisas apresentando um vigor e um impacto, tanto nacional como internacional, pouco habituais na ciência brasileira.

Alves e Souza *et al* (2002) tiveram como objetivo analisar quantitativamente as pesquisas sobre HIV/aids realizadas por enfermeiros e divulgadas em dois periódicos nacionais. A análise se centrou nas temáticas investigadas e nos enfoques teórico-metodológicos utilizados. Foram analisados 29 artigos, a maioria deles versando sobre conhecimento sobre a doença e as experiências vividas pelos portadores ou doentes.

Laurindo da Silva e Santos (2003), em pesquisa demandada pela Coordenação Nacional de DST/aids, procederam a um balanço crítico e reflexivo dos estudos produzidos na área de Ciências Sociais entre 1996 e 2001, objetivando verificar como a introdução dos antiretrovirais e dos inibidores de protease no Brasil, a partir de 1996, se refletiu nos estudos produzidos a partir de então. Foram analisados 54 documentos: 31 artigos, 8 livros, 5 relatórios de pesquisa, 4 dissertações, 3 teses e 3 capítulos de livros. Os resultados mostraram que foram poucos os estudos que abordaram a questão do tratamento.

O trabalho de Santos (2004) objetivou caracterizar quantitativamente a produção científica nacional veiculada sob a forma de artigos em revistas brasileiras. A participação feminina, tanto como produtora de conhecimento como sujeito de pesquisa, mereceu atenção especial. Foram analisados 185 artigos, 15,5% dos referenciados na base de dados LILACS, entre 1983 e setembro de 2002. Os resultados apontaram que as mulheres, enquanto autoras, tiveram uma participação expressiva, ficando menos de 1% abaixo dos homens, um indicativo de que elas estão cada vez mais se firmando na carreira científica. A

¹ Historiadora, Mestre em Ciências, Educadora de Saúde Pública do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: cgsantos@isaude.sp.gov.br

concentração regional das pesquisas, quase que exclusivamente domiciliada na região Sudeste, com destaque para São Paulo e Rio de Janeiro, foi outra constatação, também apontada por outros estudos (BASTOS e COUTINHO, 1999; ALVES e SOUZA *et al.*, 2002; ARAÚJO *et al.*, 2006). A análise empreendida no trabalho permitiu admitir que as pesquisas em HIV/aids no Brasil se igualam às desenvolvidas no meio científico internacional.

Por fim, Araújo *et al.* (2006) avaliaram as pesquisas sobre HIV/aids publicadas em 6 periódicos nacionais, no período de 1998 a 2005, cujos autores, ou um deles, fossem enfermeiros. Foram analisados 40 artigos, a maioria versando sobre a vivência e convivência dos portadores de HIV/aids. As autoras concluem que é necessário expandir a abrangência das pesquisas, para atender as exigências da área.

Em todos os trabalhos acima mencionados, os artigos se destacaram quantitativamente sobre os demais meios de divulgação. À exceção de um (SANTOS, 2004), os estudos não contemplaram, na análise da produção, o sexo dos autores, e é a isto que o presente trabalho se propõe. Levando em conta que "... mulheres e homens têm trajetórias diferenciadas e que é necessário conhecer os dados por sexo das situações analisadas para compreender o papel de cada um no mundo científico e tecnológico" (MELO e OLIVEIRA, 2006, p.304), este artigo objetiva analisar a produção científica nacional sobre HIV/Aids, referenciada na base de dados LILACS sob a forma de artigos publicados em revistas brasileiras, tendo como foco o gênero.

No Brasil, até fins do século XIX, as mulheres não tinham acesso à universidade (FERREIRA e NASCIMENTO, 1994), mas a situação foi mudando ao longo dos anos, particularmente a partir dos anos 60 do século XX, com a emergência dos movimentos feministas, os grandes responsáveis pela inclusão, no debate social, da desigualdade entre os gêneros (FERREIRA e NASCIMENTO, 1994). Nos anos 70 iniciou-se uma crescente afluência de mulheres às universidades (RAGO, 1998: 92), com o conseqüente aumento das que se dedicam às atividades científicas, buscando cada vez mais se aperfeiçoar, visando "... participar soberanamente, e não de forma subordinada, dos grupos de pesquisa nacionais" (MELO e OLIVEIRA, 2006, p.305).

Do método

Procedeu-se a uma consulta na base de dados LILACS, disponibilizada pela Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Saúde (BIREME), utilizando-se os campos **descriptor de assunto** (Aids/HIV/HIV-1/HIV-2) e **pais/ano** de Publicação (Brasil/1987-2007). O foco do trabalho foram os artigos publicados em revistas científicas nacionais, de autores brasileiros, e, como o objetivo foi mensurar a produção dos pesquisadores por sexo, foram excluídos os artigos assinados por entidades coletivas (Ministério da Saúde, Comitês, entre outros) e por autores estrangeiros, cujos trabalhos foram desenvolvidos em seus países de origem. O mesmo foi feito com artigos cuja autoria constava como anônima. A consulta se deu entre outubro e dezembro de 2007, o último acesso em 28 de

dezembro. Os dois primeiros artigos foram publicados em 1983.

De posse do material, e tomando como referência classificatória os trabalhos de Bastos e Coutinho (1999) e Bastos e Malta (2002), os artigos foram separados por áreas temáticas: ciência básica, área clínica, área epidemiológica e Ciências Sociais e do comportamento. Este procedimento permitiu que fossem identificadas as duplicações, considerando-se apenas um artigo. Ao final, foram computados 2116 artigos, publicados em 237 revistas científicas.

Para a discriminação por sexo, primeiro foi feita uma listagem, por ordem alfabética e para cada área temática, dos autores cujas referências constavam nome e sobrenome. Em alguns casos, mesmo só com as iniciais e o sobrenome, foi possível a inclusão na listagem, visto serem pesquisadores famosos, nacional e internacionalmente reconhecidos.

Quanto aos demais, recorreu-se inicialmente à Plataforma Lattes, disponibilizada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no *site* <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/index.jsp>, a consulta sendo realizada por nome e por assunto. O procedimento resultou satisfatório mas, em que pese a Plataforma conter atualmente mais de um milhão de currículos cadastrados, verificou-se que muitos pesquisadores, até mesmo alguns reconhecidos no cenário científico nacional, não possuem o Currículo Lattes. Ao mesmo tempo em que se identificava o sexo dos autores, levantou-se a titulação, vinculação institucional e procedência geográfica, isto para os primeiros autores.

Utilizou-se também o site de busca *Google*, no endereço eletrônico <http://google.com.br>, para tentar solucionar os casos indefinidos. A pesquisa permitiu a identificação de alguns autores que, sem estarem cadastrados no Lattes, constavam em sites de universidades, entidades coletivas, organizações não governamentais, etc. Esgotadas todas as possibilidades de identificar o sexo dos autores, os casos não resolvidos foram classificados como "ignorados".

Para eliminar a duplicidade de contagem dos autores e co-autores, dada a sua multiplicidade entre as várias publicações e ocupando posições diferentes nos créditos, mensurou-se quantas vezes eles apareceram, computando-se apenas uma participação. O mesmo foi feito para os classificados como "ignorados".

Em que pesem suas limitações, mormente a utilização de só uma base de dados e de apenas quatro descritores, entre os diversos existentes no tocante ao HIV/Aids, e da análise ter se centrado apenas nos artigos publicados em periódicos, em detrimento dos outros tipos de publicações, acredita-se que a metodologia utilizada se mostrou eficiente na consecução do objetivo proposto de mensurar a produção científica feminina no campo do HIV/aids.

Inicialmente, apresentar-se-á um quadro geral da produção e dos autores e co-autores, segundo sexo e área temática, e as revistas onde a produção foi veiculada, e a seguir os dados referentes apenas aos primeiros autores, considerados segundo sexo, titulação, vinculação institucional e procedência geográfica.

A produção

No período em estudo, foram computados 2116 artigos e 7660 autores, incluídos os "ignorados" e sem o desconto das multiplicidades de participação. O número de autores, por artigo, variou de 1 a 22, com média de 3,6. Entre as mulheres, 626 participaram de mais de um artigo, variando de 2 a 31 participações. Já entre os homens, 580, com variação de 2 a 32 participações.

Dos primeiros 13 anos para os últimos 12, houve um aumento expressivo da produção, em termos percentuais, da ordem de 119,1%. Pode-se afirmar que esse aumento foi decorrente do grande avanço tecnológico que marcou o período, em nível mundial, com a descoberta de novos elementos que permitiram entender melhor a infecção pelo HIV, propiciando o desenvolvimento de medicamentos mais poderosos no combate à doença (BASTOS e COUTINHO, 1999).

Com relação às áreas temáticas, a área clínica ocupava a primeira posição entre 1985 e 1995, 46,7% da produção, caindo para 28,3%, de 1996 a 2007. Essa queda também foi observada na área básica, que passou de 22% para 16,3%. Por sua vez, a área epidemiológica e as Ciências Sociais e Humanas, que detinham 16,8% e 14,3%, respectivamente, da produção no primeiro período, tiveram um aumento da ordem de 5,4% e 18,2%: a área epidemiológica passando para 22,3% e as Ciências Sociais e Humanas para 32,5%, esta ocupando a primeira posição. Essa mudança muito provavelmente se deve ao fato de que as Ciências Humanas "... continuam a desbravar as cenas de um país em que a diversidade quase infinita de contextos sócio-culturais oferece desafios permanentes aos estudiosos das singularidades" (BASTOS e COUTINHO, 1999, p.350). Em termos de taxa de crescimento, as quatro áreas tiveram um desempenho bastante próximo, em torno de 1% ao ano.

Descontada a multiplicidade de participações, o número real de autores foi 4724, incluindo os "ignorados", a participação feminina representando mais da metade do total de autores e co-autores, (2494/52, 8%), confirmando que as mulheres se fazem cada vez mais presentes nas atividades científicas. As áreas básicas, clínica e epidemiológica concentraram 81,2% da taxa de participação, mulheres e homens apresentando o mesmo percentual, 40%. A área clínica se destacou sobre as demais, com um percentual de 37,7%, sendo a única onde a participação masculina superou a feminina, 21% e 16,4%, respectivamente.

Quanto às revistas científicas, os artigos indexados no LILACS foram publicados em 237 periódicos, 27 deles (11,4%) concentrando mais da metade das publicações (57,7%). A distribuição geográfica dos periódicos se mostrou bastante desigual, a região Sudeste concentrando quase a totalidade deles, São Paulo (12) e Rio de Janeiro (9) registrando o maior número, confirmando o predomínio desses dois estados no cenário científico nacional.

Os Autores: vínculo institucional, titulação e procedência geográfica

Os dados são referentes apenas aos primeiros autores. Foram computados 2116 artigos, como já mencionado, e 1481 autores, incluídos os "ignorados". Quase 78% dos autores assinaram só um artigo, as mulheres com um percentual de 3,78% acima dos homens, resultado que se repete no total, a participação feminina fica 3,85% à frente da masculina. Embora a diferença não seja tão grande, tal resultado vem mais uma vez confirmar a disposição das mulheres em se firmarem na carreira científica.

Na distribuição dos autores por sexo, titulação e vínculo institucional, sem a inclusão dos "ignorados", observa-se, como constatado também em outros trabalhos (BASTOS e COUTINHO, 1999; SANTOS, 2004; MELO e OLIVEIRA, 2006), que mais da metade dos autores são vinculados a Instituições de Ensino Superior (IES) públicas (836/56,60%), secundados pelos pertencentes às IES privadas (144/9,75%) e aos institutos de pesquisa públicos (112/7,58%). Juntas, essas três instituições respondem por quase 74% dos autores. Tal qual na definição do sexo, em muitos casos também não foi possível determinar a titulação (158/10, 69%) e o vínculo institucional (143/9, 68%) dos autores, seja pelos artigos não mencionarem tais dados, seja por não haver, na Plataforma Lattes, registro sobre esses autores.

Bastos e Coutinho (1999), ao observarem tendência igual em seu trabalho, compararam-na com o observado nas conferências internacionais de Aids, em que a participação de autores de outras instituições, como ONGs, Secretarias de Saúde (estaduais e municipais), e mesmo da Coordenação Nacional de DST/Aids, tem se mostrado expressiva. Para os autores, "é possível estabelecer a hipótese de que apenas as instituições com tradição de pesquisa acadêmica conseguem cumprir as exigências que se interpõem entre a apresentação dos resumos a congressos e a publicação completa dos trabalhos" (p.352-3). Conclui-se, então, que o Estado, representado pelas IES e instituições de pesquisa públicas, é um dos grandes responsáveis pelo avanço e divulgação da ciência e tecnologia no país (MELO e OLIVEIRA, 2006).

No tocante à titulação, os doutores corresponderam a 39,26% do total, as mulheres com ligeira vantagem sobre os homens, 0,54%. A situação se acentua quanto aos mestres, onde elas, em termos numéricos, sobrepuseram-nos em mais da metade, o que, em termos percentuais, representa 8,33%. Tais resultados demonstram que as mulheres, que a partir dos anos 70 do século XX "invadiram" as universidades, souberam aproveitar "... a expansão da pós-graduação brasileira nos últimos vinte anos" (MELO e OLIVEIRA, 2006, p.318). Também se pode inferir, com base nos resultados, que o número de mulheres cientistas poderá se alterar em futuro próximo, com tendência mesmo a superar a participação masculina, como já ocorre nos cursos de graduação.

Mais da metade dos autores (65,18%) está concentrada na região Sudeste, a maioria vinculada a instituições localizadas

no eixo São Paulo/Rio de Janeiro (546/36, 96% em São Paulo e 308/20, 85% no Rio de Janeiro), esses dados representando, grosso modo, a concentração regional da pesquisa brasileira, no seu conjunto (BASTOS e COUTINHO, 1999)

A destacada participação de São Paulo se deve, talvez, "... aos incentivos à produção acadêmica existente no estado (...), consubstanciados no sistema estadual de universidades públicas e na agência de pesquisa do estado (FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo" (NARVAI, 1997, p.55). Deve-se ressaltar também que São Paulo foi o primeiro estado da Federação a criar oficialmente um programa de Aids, em 1983 (MORENO, 2001), tendo iniciado as pesquisas sobre a doença praticamente logo após o seu surgimento no mundo.

Em relação ao Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz tem um peso significativo sobre a produção científica no estado, uma vez que grande parte dos autores é vinculada a esta instituição.

A região Norte, por sua vez, foi a mais carente, com 1,37% dos pesquisadores, resultado que vai ao encontro do levantamento apresentado pela Capes, com base nos dados de 2006, segundo o qual apenas 4% dos mestres e 2% dos doutores brasileiros atuam na região (AMORIM, 2007).

Considerações finais

A metodologia utilizada neste trabalho, em que pese a restrição decorrente da utilização de apenas uma base de dados, mostrou-se eficiente na consecução do objetivo proposto, mensurar a produção feminina na área do HIV/Aids. Em apenas 1,44% dos casos não foi possível determinar o sexo dos autores e co-autores, um resultado considerado bastante efetivo.

A partir de 1996 a produção científica sobre o tema HIV/Aids cresceu expressivamente, assim como a participação feminina nessa produção. Foi também a partir deste ano que aumentou o número de mulheres acometidas pela doença, o que leva a supor que tal fato tenha contribuído para o aumento de pesquisadoras voltadas ao tema.

A análise mostrou que a produção está concentrada na região Sudeste (65,18%), São Paulo liderando com 36,96%, Rio de Janeiro em segundo lugar, com 20,85%. Esta concentração também se faz presente em relação aos periódicos, onde, entre os que mais veicularam a produção, o primeiro e o segundo, DST- *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* e *Cadernos de Saúde Pública*, são do Rio de Janeiro, e o terceiro e o quarto, *Jornal Brasileiro de Aids* e *Revista de Saúde Pública*, são de São Paulo.

Outra constatação: mais da metade dos autores são vinculados a instituições de ensino superior públicas..

No quesito titulação, os Doutores representaram 39,26% do total, 37% deles concentrados nas universidades públicas. Vale dizer que não houve diferença significativa entre mulheres e homens no tocante a este quesito.

O trabalho mostrou que a inserção feminina na carreira científica é incontestável e irreversível, uma indicação de que num

futuro muito próximo tal participação se iguale à masculina ou até mesmo a supere, uma vez que, ao contrário do que ainda pensam alguns, o fazer ciência independe de se ser homem ou mulher. O que se precisa é ter competência e talento para tal.

Referências Bibliográficas

- ALVES E SOUZA, A.M. *et al.* Produção do Conhecimento em HIV/Aids: Análise de Pesquisas Publicadas em dois Periódicos Científicos de Enfermagem. *Jornal Brasileiro de Aids*, São Paulo, v.3, n.4, p.11-16, out./nov./dez.2002.
- AMORIM, C. Produção científica do País cresce e melhora. *O Estado de S. Paulo*, 10.7.2007, p. A16.
- ARAÚJO, M.A.L.; ARAÚJO, T.L.; DAMASCENO, M.M.C. Conhecimento em HIV/aids de 1998 a 2005: Estudos Publicados em Periódicos de Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.10, n.1, p.126-31, abr.2006.
- BASTOS, F.I.; COUTINHO, K. Tão longe, tão perto: as pesquisas sobre HIV/aids no Brasil. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M.S. (Org.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à Aids no Brasil*. São Paulo: Editora 34, 1999. p. 339-95.
- BASTOS, F.I.; MALTA, M. As pesquisas sobre HIV/aids no Brasil hoje: uma análise do triênio 1997-2000. In: PARKER, R; TERTO JÚNIOR, V. (Org.). *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à aids*. Seminário: Pesquisa em DST/AIDS: determinantes sócio-demográficos e cenários futuros. Anais. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 9-46.
- FERREIRA, S.L.; NASCIMENTO, E.R. A Mulher como Tema nas Pesquisas de Saúde na UFBA. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v.7, n.1/2, p. 5-21, abr./out. 1994.
- LAURINDO DA SILVA, L.; SANTOS, C.G. *Síntese analítica dos dados sobre HIV/aids em Ciências Sociais: 1996-2001*. São Paulo: [s.n], 2003. (Relatório final de pesquisa).
- LE PARGNEUR, H. *O doente, a doença e a morte: implicações sócio-culturais da enfermidade*. Campinas: Papirus, 1987.
- MELO, H.P.; OLIVEIRA, A.B. A produção científica brasileira no feminino. *Cadernos Pagu*, n.27, p.301-31, jul./dez. 2006.
- MORENO, D.M.F.C. *A saúde pública e a psicanálise: a produção do conhecimento no Brasil acerca da Aids*, 2001. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- NARVAI, P.C. *Produção científica na área de odontologia preventiva e social. Brasil, 1986-1993*, 1997. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- RAGO, M. Descobrir historicamente o gênero. In: BESSA, K.A.M. (Org.). *Trajetórias do gênero, masculinidades...* *Cadernos Pagu*, n.11, p.89-98, 1998.
- ROSENTHAL, C. (Org.). *AIDS e Ética Médica*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2001.
- SANTOS, C.G. *Aids em revista(s): produção científica no Brasil, 1982-2002*, 2004. Dissertação (Mestrado). Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo.

Introdução da oferta do preservativo feminino em serviços de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Regina Figueiredo¹
Júlio Mayer de Castro Filho²
Sílvia Bastos³

Introdução

Este artigo realiza uma análise inicial da iniciativa de oferta de preservativos femininos introduzida pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o objetivo de estender o acesso da população a este insumo, permitindo a ampliação das estratégias de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/aids entre mulheres.

Importância do Preservativo Feminino Hoje

O aumento das infecções por transmissão sexual, incluindo a pelo vírus HIV, por via heterossexual e, conseqüentemente, o aumento de casos entre as mulheres, motivou o desenvolvimento e a ampliação do acesso a tecnologias preventivas ofertadas ao público feminino. Dentre essas tecnologias, destaca-se o **preservativo feminino**, único método de barreira que pode ser utilizado nas mulheres e com eficácia para a prevenção de DSTs/HIV/aids e gravidez.

Este produto, criado em 1992 na Europa, com o desenvolvimento de um primeiro modelo em poliuretano, atualmente está disponível em mais de 120 países. Em 2002, foi desenvolvido por empresa concorrente um modelo de preservativo feminino de látex de borracha natural. Em 2007, o modelo de poliuretano começou a ser substituído pelo similar de borracha nitrilica, igualmente eficaz e mais barato.

No Brasil, o preservativo feminino foi introduzido em 1997 para comercialização e, em 2000, para distribuição pelo Programa Nacional de DST e Aids, após a realização de estudos realizados por Barbosa *et al* (1996; 998 e 1999), que apontaram a aceitabilidade do produto. Desde então, o Ministério da Saúde vem adquirindo sistematicamente este insumo para abastecer serviços de DST/aids de todo o país, com o objetivo de ampliar a oferta de métodos de prevenção de transmissão de DSTs, incluindo o HIV. A quantidade atual de aquisição pelo Ministério da Saúde remonta a 4 milhões de unidades/ano, quantidade, no

entanto, insuficiente para o rol do serviços básicos de saúde; por este motivo, ainda não está disponível e nem é de fácil aquisição a todas as mulheres

Segundo o Ministério da Saúde (2008, p.34) o preservativo feminino **tem potencial preventivo prático, avaliado em 10% do consumo de preservativo masculino** entre o público brasileiro. Esta expectativa é confirmada por estudos nacionais e internacionais que apontam sua importância potencial e adicional na prevenção da Saúde Sexual e Reprodutiva das mulheres (PETER; PEPPER, 2007; FONTANET *et al*, 1998; BUCHALA, 1998), bem como sua aceitação pelas mulheres, representando uma possibilidade de autonomia na proposição de relações sexuais seguras por elas (HOKE, 2007; HOFFMAN, 2003; ZACHARIAH, 2003; IBIS, s/d; SINPISUT *et al*, 1998).

Smit *et al* (2005) demonstraram em pesquisa realizada com profissionais do sexo em Durban, na África do Sul, que quando se apresenta os modelos de preservativos femininos há um potencial de redução de relações de risco. Há um estranhamento inicial com o método, porém as usuárias apontam satisfação quanto a sua característica de ser de fácil inserção vaginal e apreciam o conforto e a lubrificação deste preservativo. Kalckmann (2008) aponta que a maior preocupação do público com relação a este método é a dúvida de segurança do mesmo, que é adquirida com o maior conhecimento e contato do produto, que já tem eficácia comprovada pelos órgãos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde e todas as Agências das Nações Unidas.

Baseado em todos esses estudos, o preservativo feminino vem sendo, de forma ampla, crescentemente sendo recomendado. No relatório intitulado *"Failing Women, Withholding Protection"*, lançado na 17ª Conferência Internacional de Aids, realizada no México (OXFAM; WORD POPULATION FOUNDATION, 2008), defende-se o aumento da utilização dos preservativos femininos para ampliar a prevenção de infecção do HIV, pois é um método **que pode ser controlado pelas próprias mulheres**. O relatório aponta, ainda, que essa estratégia tem sido desconsiderada pelos políticos que tornam "o produto mais caro e muitas vezes indisponível". Em todo o mundo, somente 26.000.000 preservativos femininos foram

¹ Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

² Médico Ginecologista-Obstetra e Coordenador da Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Contato: jmcastro@prefeitura.sp.gov.br

³ Enfermeira, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciências na Área de Infectologia e Saúde Pública e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. Contato: silviabastos@isaude.sp.gov.br

distribuídos no em comparação com os 11.000.000.000 preservativos masculinos, o que corresponde a apenas 0,2% de oferta de opção às mulheres apesar das elevadas taxas de infecção pelo HIV entre este público (CENTER FOR HEALTH AND GENDER EQUITY, 2008).

Da mesma forma, na Declaração de Mulheres Latino-Americanas do Dia Mundial da Aids, destaca-se esse desdém e a **necessidade de promoção de métodos alternativos para a prevenção em mulheres:**

“exigindo acesso ao preservativo feminino e apoio para programas dirigidos a educar mulheres, homens e jovens ao uso do preservativo feminino, como método alternativo para prevenir a transmissão de DSTs e outras infecções, assim como as gestações não-desejadas” (CENTER FOR HEALTH AND GENDER EQUITY, 2008).

Também recentemente, em dezembro de 2008, o Comitê de Obstetrícia e Ginecologia do FDA - Food and Drug Administration americano recebeu da *Global Campaign Female Condom*, que agrupa diversas instituições internacionais que defendem o uso do preservativo feminino, apontamentos para a aprovação e recomendação do novo modelo de boracha nitrílica: o método oferece redução de 90-97% no risco de infecção por o HIV, quando usados consistentemente e corretamente, portanto é **tão** eficazes quando o preservativo masculino para impedir DST, além de ter boa taxa de aceitação, inclusive porque há casais declaram ter mais prazer com seu uso, em comparação ao preservativo masculino - motivos que tornam a prevenção mais eficaz entre as populações. Recomendam a distribuição do insumo, tal como recomenda a OMS, com vistas à prevenção do HIV/AIDS e Planejamento Familiar, buscando aumentar o protagonismo das mulheres na prevenção da infecção por essas doenças. Também salienta que recentes análises de custo-benefício do preservativo feminino mostram que o acesso a esses preservativos podem oferecer economia considerável em termos de preservação de vidas e custos com cuidados médicos nos diversos países, sendo um mecanismo efetivo para a prevenção do HIV quando comparados aos custos potenciais de infecções, além de possibilitar a utilização de outros recursos de prevenção de DST/HIV em desenvolvimento e pesquisa, como é o caso dos microbicidas (GLOBAL-CAMPAING FEMALE-CONDOM, 2008).

Por todos esses motivos iniciativas de introdução do preservativo feminino na rede pública de saúde brasileira são fundamentais e merecem acompanhamento e análise, como a que se apresenta.

Metodologia

Em 2007, a Coordenação de Saúde da Mulher, em parceria com o Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), abriu licitação para a aquisição

de preservativos femininos pelo município, visando à aquisição de cotas de até 40.000 preservativos por mês para a dispensa em serviços de prevenção e aconselhamento em DST/aids, incluindo Centros de Referência e Centros de Testagem Anônima, e também para dispensa em todas as unidades básicas de saúde (UBSs) do município, incluindo as que adotam o modelo de Estratégia de Saúde da Família (PSF).

Como estratégia de introdução inicial do insumo especificamente nas UBS - serviços que ainda não ofertavam o método - foram programados e realizados treinamentos envolvendo médicos (clínicos gerais e ginecologistas), inclusive de ESF, e enfermeiros e auxiliares, educadores, assistentes sociais e até agentes comunitários que atuam com Saúde Sexual e Reprodutiva e Planejamento Familiar e Prevenção de DST/Aids em seus serviços. Os treinamentos foram oferecidos conforme a quantidade e proporção de UBSs de cada uma das 5 macro-regiões de saúde da SMS-SP: Coordenadorias Sudeste, Centro-Oeste, Leste, Sul e Norte.

Ao mesmo tempo, em junho de 2008 foram enviados folhetos de divulgação e educativos sobre o preservativo feminino dirigidos às mulheres usuárias dos serviços de Atenção Básica do município.

Resultados

- Treinamentos:

Foram realizados, de maio a dezembro de 2007, 6 treinamentos para grupos de profissionais médicos e não médicos envolvidos com Saúde Sexual da Coordenadoria Sudeste da SMS-SP, 4 treinamentos para grupos da Coordenadoria Centro-Oeste, 8 treinamentos para grupos da Coordenadoria Leste, 10 treinamentos para grupos da Coordenadoria Sul e 2 treinamentos para a Coordenadoria Norte, totalizando 30 encontros com profissionais:

Sudeste	Centro-Oeste	Leste	Sul	Norte	Total
231	56	351	247	122	885 profissionais

Os treinamentos abordaram (1) a oferta de métodos em geral do Planejamento Familiar; (2) a importância do estímulo aos métodos de barreira como estratégia de promoção da prevenção das DST e AIDS, incluindo o diafragma como redutor de riscos de infecção em caso de não-adoção de preservativos; (3) o estímulo ao preservativo masculino, inclusive para adolescentes e a importância da desburocratização da sua oferta e do cumprimento de legislações federais como o ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) e das normas técnicas de Atenção à Saúde do Adolescente, através do cumprimento das diretrizes do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005); (4) a importância da introdução da oferta, forma de uso e fluxos do preservativo feminino; e

(5) a prescrição, orientação e entrega da contracepção de emergência para casos de risco de gravidez, inclusive por falhas de uso dos preservativos entregues ou utilizados. Desta forma, o preservativo feminino foi introduzido dentro de um contexto que, além de expor sua importância, vantagens, desvantagens e forma de utilização, discutiu comportamentos sexuais e reprodutivos e a importância da extensão da oferta a partir da percepção de estratégias de prevenção de riscos com relação às DST/HIV/aids em todas as faixas etárias.

- Dispensa de Preservativos Femininos:

De janeiro a setembro de 2008 foram retiradas 103.392 unidades de preservativos femininos das UBSs da SMS-SP.



Como a cota inicial para limite de solicitação ao almoxarifado da SMS-SP foi de 50 unidades por serviço, várias UBS estabilizaram sua aquisição neste limite, sendo que só, recentemente, em agosto, foi ampliado para 100 unidades por serviço.

Até o momento, 34 unidades atingiram ou estão próximas ou além da dispensa de 100 unidades de preservativo feminino por mês. De forma geral, a demanda se mostra

crescente na maioria das UBS, demonstrando procura crescente, com exceção dos meses de férias, janeiro e fevereiro. Também a disponibilização de folhetos informativos à população, realizada em junho, aponta grande impacto na motivação para o aumento da procura do produto.

A Tabela a seguir apresenta a retirada de preservativos por Supervisões de Saúde da SMS-SP e o gráfico agrupa nas 5 Coordenadorias Regionais, o que demonstra um crescimento geral de demanda em todas as regiões com exceção da Centro-Oeste, embora os valores absolutos se mostrem mais elevados nas regiões Sul e Leste que possuem quantidade de UBS maior que as demais. A Coordenadoria de Saúde Sul possui 97 UBS, a Coordenadoria Leste tem 111, a Sudeste tem 88, a Norte tem 85 e a Centro-Oeste tem 34 UBS. A estabilização em algumas unidades se deu devido ao limite de cotas recomendados pela Secretaria, nas demais unidades observa-se, no geral, um crescimento de demanda.

A demanda atual e crescente na maioria das UBS é de cerca de 16.000 preservativos femininos por mês, 40% do limite máximo projetado pela SMS-SP, porém como a

Tabela 2: Retirada de Preservativos por Coordenações Regionais

MÊS	Centro-Oeste	Norte	Leste	Sudeste	Sul
janeiro	184	0	79	985	1520
fevereiro	502	96	4236	1089	10303
março	2733	887	3387	1956	22701
abril	623	725	2117	2418	12513
maio	619	1047	2926	4035	13792
junho	858	417	2653	1157	9298
julho	1304	862	10263	2499	21987
agosto	1325	1570	5232	4952	23158
setembro	1057	1756	4976	3925	22119

Tabela 1: Retirada de Preservativos Femininos por Supervisões Regionais (janeiro a setembro de 2008)

	Coordenadoria Norte				Coorden. Centro-Oeste				Coordenadoria Leste					Coordenadoria Sudeste				Coordenadoria Sul					Totais		
	Santa-Tucuruvi	V. Maria - Ihereme	Freguesia - Brasília	Casa Verde	Sé Lapa-Pinheiros	Butantã	Pirituba	São Mateus	Ermetino	Guaianazes	Cidade Quera	Itaquera	Itaim Pta.	V. Prudente - Sapopemba	Ari - Penha - Canduva	Ipiranga	V. Mariana - Jabaquara	Sto. Amaro	Capela do Socorro	Cpo. Limpo	M'Boi Mirim	Parelheiros			
jan.	0	0	0	0	0	0	184	0	0	0	0	79	0	10	955	0	0	20	0	49	1	66	10	1374	
fev.	47	32	0	17	10	168	134	190	168	294	69	241	3155	309	427	88	0	236	338	456	255	452	554	186	7826
março	412	226	56	193	128	238	2085	282	698	565	373	872	560	319	685	279	356	413	223	435	206	5052	634	224	15514
abril	284	201	117	123	44	219	181	179	497	427	368	181	372	272	541	240	941	438	258	376	181	345	1980	85	8850
maio	495	400	78	74	106	133	215	165	541	480	279	848	586	192	404	484	2534	421	192	481	352	872	550	21	10903
junho	185	106	48	78	84	362	241	171	380	624	160	808	453	228	232	266	278	223	158	497	220	376	773	50	7001
julho	428	232	76	126	325	240	290	449	916	7639	310	575	547	276	532	548	442	280	697	458	408	846	1184	145	17969
ago.	628	403	302	237	342	277	402	304	931	1193	932	977	950	249	1800	1198	811	700	443	642	402	1025	1634	765	17547
set.	473	583	472	228	214	299	184	360	729	1067	605	915	829	831	1075	955	878	677	340	866	407	1010	1912	499	16408
	Total Geral																						103.392		

iniciativa é recente - o insumo está à disposição, na prática, há apenas 10 meses. O levantamento demonstra uma tendência de aumento de demanda, visto que várias unidades separadamente ainda estão iniciando a distribuição, enquanto outras iniciaram sua dispensa em abril/maio.

Conclusões

O levantamento aponta que a iniciativa de introdução de preservativos femininos implementada pela Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, visando à expansão do acesso ao método pelas mulheres, vem tendo sucesso e significativa expansão desde a sua implementação, ainda em crescimento e sem possibilidade de mensuração total devido ao pouco tempo da iniciativa.

Há uma demanda importante de mulheres que solicitam o método, por isso a estratégia deve ser considerada complementar às estratégias de promoção do preservativo masculino. No caso, possibilita-se não apenas alternância na forma de prevenção, mas, principalmente, uma forma que promova a autonomia das mulheres na prevenção de DST/HIV/Aids durante o ato sexual.

Mais uma vez, o Brasil, com iniciativas pioneiras vem se destacar na introdução de recomendações internacionais e na proposição de políticas que atendem as reivindicações dos setores da sociedade civil, conforme o citado relatório "*Failing Women, Withholding Protection*" (OXFAM; WORD POPULATION FOUNDATION, 2008) e na Declaração de Mulheres Latino-Americanas do Dia Mundial da Aids (CENTER FOR HALTH AND GENDER EQUITY, 2008). Recomenda-se que a política seja avaliada mais detalhadamente e, também, estendida para todas as regiões do nosso país.

Referências Bibliográficas

BARBOSA, R.; BERQUÓ, E. KALCKMANN, S. **Aceitabilidade do condom feminino em contextos sociais diversos**. Relatório de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Ministério apresenta metas para AIDS até 2006. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=48181>

BUCHALA, C. M. et al. Aceitabilidade do preservativo feminino entre mulheres atendidas no centro de referência da saúde da mulher e de nutrição, alimentação e desenvolvimento infantil. **Revista de Ginecologia e Obstetria**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 12-18, 1998.

CENTER COMMUNICATION PROGRAM (CCP). Nuevas opciones de anticonceptivos. **Population Reports**, Baltimore, n. 19, p. 17-18, Apr. 2005.

CENTER FOR HALTH AND GENDER EQUITY. **Las mujeres latinoamericanas se unen para demandar acceso al condón femenino - Declaración del Día Mundial del SIDA destaca necesidades insatisfechas sobre métodos alternativos de prevención para las mujeres**. Disponível em [<http://www.preventionnow.net/>]. Acessado em Novembro de 2008.

IBIS REPRODUCTIVE HEALTH. An Impact Assessment for the Female Condom Distribution Program and "Re-Alignment" in Western Cape Province, South Africa, s/d.

FONTANET, A. L. et al. Protection Against sexually transmitted diseases

by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. **AIDS**, 1998. out1;12(14): 1851-9.

HOFFMAN, S. et al. Preservativo Feminino Usado numa clínica de Planejamento Familiar. **American Journal of Public Health**, v. 93, nº 11, 2003. p.1897-1907.

HOKE, T. H. et al. Temporal trends in sexually transmitted infection prevalence and condom use following introduction of the female condom to Madagascar sex worker. **Internacional Journal of STD & AIDS**, vol.8, jul 2007.

KALCKMANN, S. Preservativo Feminino de Látex (L'Amour): você conhece? INSTITUTO DE SAÚDE. São Paulo: **BIS**, nº 42, 2008.

KALCKMANN, S. Preservativo Feminino: percepções e opiniões de homens da cidade de São Paulo. Brasil, 2006. Disponível em: <http://www.AIDScongress.net/pdf/300.pdf>

KALCKMANN, S. Métodos de barreira controlados pela mulher. In GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (org). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999. p. 148-162.

KALCKMANN, S. (org.); ANKRAH, M. E.; ATTIKA, A.; REA, M.; KABIRA, W.; RUMINJO, J. et al. Adoção de condom feminino no Quênia e no Brasil: perspectivas de mulheres e homens: uma síntese. São Paulo, MCCS, Associação Saúde da Família, Instituto de Saúde, 1998.

MAGALHAES, J. Avaliação do Uso do Condom Feminino em Mulheres Vivendo com o HIV. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Mar. 2002, vol.24, no.2, p.137-138.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Metas e Compromissos Assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas em HIV/AIDS. Resposta Brasileira 2005-2007**. Brasília: Programa Nacional de DST e AIDS, 2008.

OXFAM; WORD POPULATION FOUNDATION. **Failing Women, Withholding Protection**. México: 17ª Conferência Internacional de Aids, 2008. Disponível em [http://www.oxfam.org.uk/resources/policy/health/downloads/bp115_female_condom.pdf]. Acessado em novembro de 2008.

POPULATION INFORMATION PROGRAM. **Population Reports**, vol. XXXII, nº 3, Baltimore: Center for Communication, 2004. Série 19.

PETER, T.; PEPPER, K. Eastern Cape Province: review of female condom re-alignment package interventions. **Female Health Foundation Internal report**, 22 May, 2007.

SINPISUT, P.; CHANDEYING,V.; SKOV,S.; UAHGOWITCHAI, C. Perceptions and acceptability of the female condom [Femidon] amongst commercial sex workers in the Songkla province, Thailand. **Int. Journal STD & AIDS**, 1998. Mar, 9(2):168-72.

SMIT, J.; BEKSINSKA, M.; Vijayakumar, G.; Mabude, Z. Short-term acceptability of the Reality polyurethane female condom and a synthetic latex prototype: a randomized crossover trial among South African women. **Contraception**, 2006; 73:394.

UNAIDS. **Launching and promoting the female condom in Eastern and Southern Africa**. Geneva: UNAIDS, 1999.

WHO/UNAIDS. **The Female Condom: A guide for planning and programming**. Geneva: WHO/UNAIDS, 2000. Disponível em [<http://www.global-campaign.org/female-condom.htm>]. Acessado em Novembro de 2008.

ZACHARIAH, R; et al. Acceptability and technical problems of the condom amongst commercial sex workers in a rural district of Malawi. **Trop Doct**. 2003. Out, 33(4):220-4.

Webgrafia

<http://www.ajph.org/cgi/reprint/90/9/1377>

<http://www.avert.org/femcond.htm>

<http://www.global-campaign.org/female-condom.htm>

http://www.onubrasil.org.br/doc/36_0%20Preservativo%20feminino%20e%20o%20SIDA.pdf

A interferência dos serviços de saúde na continuidade de uso do preservativo feminino¹

Suzana Kalckmann²

O perfil da epidemia da aids no mundo vem exigindo que se promova e implemente alternativas que ampliem as possibilidades de prevenção.

As mulheres que, no início da epidemia, nos anos 80, estavam à margem da epidemia, a partir da década de 90, passaram a ser o grupo mais vulnerável ao HIV no mundo. Apenas na África sub-saariana o panorama epidemiológico foi distinto, pois a participação das mulheres foi expressiva desde o início da epidemia (ONUSIDA, 2006).

Não se pode deixar de considerar que as relações assimétricas de gênero, que se estabelecem na sociedade (SAFFIOTI, 1992; SCOTT, 1993), interferem diretamente na capacidade de negociação de práticas protetoras pelas mulheres com os parceiros, o que vem sendo estudado por vários pesquisadores internacionais e nacionais (WHO, 1992; O'LEARY; CHENEY, 1993; GUPTA; WEISS, 1994; GUIMARÃES, 1996; GUIMARÃES, 1996; PAIVA *et al*, 1998; BARBOSA, 2003).

Assim, além dos fatores biológicos, a vulnerabilidade das mulheres frente ao HIV e às outras *DST* é ampliada pelas situações vivenciadas por elas no cotidiano, como falta de poder na negociação de práticas sexuais mais seguras, violência, prostituição e sexo não consensual.

No sentido de reverter o quadro da epidemia de Aids, das outras *DST* e de ampliar o leque de opções contraceptivas, tem havido esforços mundiais para o desenvolvimento e adoção de novas alternativas de

proteção, que propiciem a dupla proteção (BERER, 2007), ou seja, evitem a gravidez não desejada e as *DST/HIV*, e que propiciem o "empoderamento" das mulheres, entre as quais destaca-se o preservativo feminino.

A versão atual do preservativo feminino foi desenvolvida nos meados dos anos 80, por uma equipe dinamarquesa de médicos e enfermeiras coordenada por Lasse Hessel, que acreditava que, por sua colocação ficar sob controle das mulheres, eliminava ou, pelo menos, facilitava a negociação de uso de proteção com os parceiros. Está disponível em mais de 90 países da África, Ásia, Europa e América Latina, em muitos deles, através do marketing social (WARREN E PHILPOTT, 2003).

O preservativo feminino é um tubo de poliuretano fino, cerca de 0,042-0,053 mm de espessura, resistente, transparente e pré-lubrificado, com cerca de 16 cm de comprimento e 7,8 cm de largura. Possui dois anéis flexíveis, também de poliuretano. Um deles fica solto dentro do tubo e serve para ajudar na colocação e fixação do preservativo junto ao colo do útero.

Publicações de revisão sobre o assunto mostram que a aceitabilidade imediata do preservativo feminino varia de 37% a 96% e que, apesar das diferentes abordagens para definir a sua aceitação e da diversidade das populações investigadas, ele é um método viável. Contudo não se pode deixar de considerar a complexidade dos fatores que podem interferir na sua aceitação e uso



Figura 1: Colocação do preservativo feminino
Fonte: Female Health Company, 1996.

¹ Artigo baseado na Tese "Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em unidades do Sistema Único de Saúde, na Grande São Paulo", apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do de Doutora em Ciências - Área de concentração de Infectologia em Saúde Pública, sob orientação do Prof. Dr. José da Rocha Carvalheiro e Co-orientação da Prof. Dra. Norma Farias.

² Bióloga, Mestre em Epidemiologia e Doutora em Ciências e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: suzanak@saude.sp.gov.br

(WHO, 1997; HOFFMAN *et al.*, 2004; MINNIS; PADIAN, 2005).

No Brasil, o preservativo feminino, comercializado como Reality, é relativamente recente, obteve autorização para comercialização pelo Ministério da Saúde, em dezembro de 1997. Está sendo incorporado a serviços de saúde selecionados e vendido em algumas farmácias e redes de supermercados por cerca de R\$ 15,00 a unidade. Antes deste período, seu uso foi limitado aos estudos que estavam sendo desenvolvidos para avaliar sua aceitação no país (KALCKMANN *et al.*, 1997).

Objetivos

Avaliar a aceitabilidade do preservativo feminino entre usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), em 12 meses de seguimento, em condições de rotina dos serviços;

Identificar os fatores que interferem na continuidade de uso.

Metodologia

As interessadas em usar o preservativo feminino foram monitoradas, por 12 meses, em 16 serviços do SUS da Grande São Paulo (sete serviços especializados em atendimento às doenças sexualmente transmissíveis, inclusive aids, seis unidades básicas e três projetos comunitários).

É importante salientar que, apesar do estudo ter adotado procedimentos e critérios iniciais para a maior uniformização dos serviços (treinamento da equipe, ficha de avaliação, fluxo de informação para o estudo, suprimento dos insumos), o monitoramento ocorreu em condições da rotina de cada serviço e por seus próprios profissionais.

O estudo foi submetido e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde.

A análise da continuidade de uso foi realizada por tabela de sobrevivência Kaplan-Meier, teste log-rank e modelo de regressão de Cox.

Resultados

Foram incluídas no estudo 2.469 mulheres, das quais 713 (28,9%) em 7 serviços de atenção especializada às DST/aids, 1.417 (57,4%) nas 6 unidades básicas de saúde e 339 (13,7%) nos três projetos comunitários, em todas as unidades de dispensação houve interesse em experimentar o método.

A metodologia adotada, com a opção de trabalhar com 16 unidades de dispensação, com estruturas organizacionais diferentes, missões distintas, em parceria com gestores locais, municipais e estaduais de saúde, permitiu maior aproximação das condições reais de oferta e suporte para a continuidade de uso, além da maior diversidade de participantes. Optou-se por essa conduta

acreditando-se que a sua realização facilitará a continuidade da atividade após o estudo, tanto porque os profissionais vão se apropriando dos conhecimentos gerados, ajustando melhor o processo de trabalho, quanto as potenciais usuárias passam a ter uma referência.

Foram incluídas mulheres de 14 a 69 anos, sendo a média de idade de 30,6 anos (+ 8,98 anos), a mediana de 29,5 anos e a moda de 28 anos. Verificou-se que 47 mulheres (1,9%) tinham idade superior a 50 anos e, 112 (4,5%), inferior a 18 anos.

Do total, a maioria das mulheres incluídas no estudo (53%; 1.309) tinha idade até 30 anos.

Mulheres de diferentes níveis de escolaridade quiseram experimentar o preservativo feminino, inclusive 51 mulheres (2,1%) que referiram nunca ter freqüentado uma escola e 99 (4,0%) que completaram o curso universitário. Cerca de 30% das mulheres (730; 29,6%) interrompeu os estudos ao completar a quarta série do ensino fundamental (antigo primário) ou nas séries subseqüentes sem concluí-lo; 24,6% (607) e 20,6% (508) completaram o ensino fundamental e o ensino médio, respectivamente

A maioria das participantes (54,4%, 1344) exercia alguma atividade remunerada no mês anterior à entrevista.

A expressiva maioria (2.220; 89,9%) referiu ter parceiro fixo, das quais 73,8% (1.638) afirmam morar com eles.

A freqüência mensal de relações sexuais apresentou grande variabilidade, sendo zero o valor mínimo e 201 o valor máximo. No total, 76 mulheres (3,1%) afirmaram não ter tido relações sexuais no mês anterior à entrevista inicial e 9 afirmaram que tiveram mais de 84 relações no mês.

A adoção de alguma prática contraceptiva, ao entrar no estudo, foi relatada por 86% (2.124) das participantes (com exceção das mulheres com mais de 50 anos), das que afirmaram não ter risco de engravidar (281 mulheres no total; 11,4%) e daquelas, cuja informação não foi registrada (64; 2,6%).

A maioria, 92% (2214), referiu já ter usado o preservativo masculino, pelo menos uma vez, anteriormente, enquanto o feminino foi uma novidade para a maioria, 91,8% (2218) das participantes, independente do tipo de serviço.

Na distribuição por cor, predominaram as que se auto-declararam como de cor branca (1.121; 45,4%), seguidas pelas de cor parda (936; 37,9%), de cor preta (280; 11,3%), de cor amarela (26; 1,1%), apenas duas se auto-definiram como indígenas (0,1%). Para esta pergunta o percentual de não resposta foi de 4,2%.

Ao final dos 12 meses de observação, 14,38% (355) das mulheres estavam em uso do preservativo feminino; no terceiro mês de seguimento esta proporção era de 36,49% (901), enquanto no sexto mês, cerca de 180 dias, passou a 27,26% (673).

O tempo médio de uso foi de 3,55 meses com intervalo de confiança de 95% (3,37- 3,73).

A análise do tempo de continuidade de uso segundo as variáveis selecionadas evidenciou que o tipo de serviço de dispensação do insumo e a frequência mensal de relações sexuais interferiram na continuidade de uso, de forma estatisticamente significativa.

Vale salientar que o perfil das mulheres incluídas no presente trabalho através das unidades básicas foi muito próximo daquelas que o fizeram nos projetos comunitários, contudo a probabilidade de descontinuar o uso foi muito maior nas unidades básicas de saúde, especialmente no primeiro mês pós-recebimento do insumo, como pode ser observado pela tabela abaixo.

Tabela 1: Distribuição das participantes, segundo a condição de retorno ao serviço para seguimento, de acordo com o tipo de serviço de dispensação do preservativo feminino, 2007.

Tipos de serviços	Não retornou		Retornou pelo menos 1 vez aos serviços		Total	
	N	%	N	%	N	%
Especializado	335	47,0	378	53,0	713	100,0
Unidade Básica	804	56,7	613	43,3	1417	100,0
Proj. Comunitário	3	0,9	336	99,1	339	100,0

p= 0,000

Discussão

Os resultados indicam que as mulheres estão dispostas a conhecer novas alternativas que, além de evitar uma gravidez não desejada, favoreçam a proteção contra as DST/HIV e não provoquem efeitos colaterais, o que é compreensível considerando que o leque de opções contraceptivas é muito limitado no Brasil. Costa e colaboradores (2006), a partir de avaliação da atividade de planejamento familiar junto aos municípios, mostram que o setor público oferece basicamente pílula e preservativo masculino; mesmo para estes métodos a oferta é restrita, apenas 47,2% e 53% dos municípios declararam atender de 75% a 100% das suas demandas de pílula e de preservativo masculino, respectivamente.

Os estudos sobre a dinâmica de uso de anticoncepcionais, no país, evidenciam altas taxas de descontinuidade para qualquer prática, exceto as cirúrgicas. Um estudo realizado na região Nordeste mostra que 80% das usuárias do preservativo masculino e 70% das de injetáveis deixaram de usá-los em 12 meses. Entre as usuárias da pílula, esta alta descontinuidade também foi observada, 58% das mulheres da área rural e 49% das urbanas; entre as que abandonaram, 19,7% o fizeram por

ocorrência de efeitos colaterais, que foi a causa mais freqüente (FERRAZ, 1994; LEITE, 2003).

Tais resultados revelam dificuldades com os métodos reversíveis disponíveis, confirmados por Tavares e colaboradores (2007), o que tem levado à busca pelos métodos cirúrgicos (BERQUÓ, 1999 ; VIEIRA, 2003; CARVALHO; SCHOR, 2005).

Os resultados do presente estudo indicam que, se o preservativo feminino for disponibilizado pelos serviços de saúde, haverá parcelas da população dispostas a adotá-lo, aumentando o grupo de pessoas protegidas das DST/Aids, similar ao que vem sendo relatado em todo o mundo (SHERVINGTON, 1993; KALCKMANN *et al.*, 1997; MUSABA *et al.*, 1998, TRUSSEL, 1998; DEVANDER *et al.*, 2002; HOFFMAN *et al.*, 2002; MANTEL *et al.*, 2003; BARBOSA *et al.*, 2007).

O tipo de serviço, conseqüentemente a forma como se estabelecem os vínculos entre os provedores e as usuárias, foi determinante para a continuidade de uso. Resultado semelhante foi relatado por Barbosa *et al.* (2007), com o tipo de serviço provedor interferindo, com diferença estatisticamente significativa, na continuidade de uso. As proporções de continuidade de uso, aos 90 dias, foram 54%, 68% e 78% (p=0,001) para os serviços com atividade educativa incipiente, com experiência em atividade educativa para as mulheres e para aqueles com maior tradição em atividades educativas às mulheres e com trabalho extra-muro, respectivamente.

É importante considerar que, ao se discutir os tipos de serviços, está se falando essencialmente de relações entre "indivíduos".

Nos projetos comunitários, onde as dispensações foram conduzidas por lideranças comunitárias locais, a proporção de mulheres que mantiveram o uso foi consideravelmente maior. Além da maior facilidade de acesso ao insumo, nesses locais as mulheres participavam de atividades educativas mensais para o recebimento dos preservativos, quando eram abordados outras questões relacionadas a sexualidade, gênero etc. A "distribuição do preservativo feminino" passou a ser um espaço de troca de experiências e de suporte, inclusive provocando a curiosidade das outras mulheres da região que não estavam no estudo, confirmando que o apoio/reforço é determinante para a manutenção de mudanças de comportamento e na adesão a práticas contraceptivas, especialmente as coito dependentes, como já havia sido relatado por vários autores, qual seja: a realização de grupos de pares, objetivando a troca de informações, funciona como grupo de suporte e apoio (ARTZ *et al.*, 2000; DEVANDER *et al.*, 2002; WARREN e PHILPOTT, 2003).

Choi e colaboradores (2006), em estudo randomizado com 407 mulheres recrutadas em clínicas de planejamento

familiar, observaram que a proporção de relações protegidas, aos 6 meses, foi significativamente maior entre as que passaram por intervenção educativa especial sobre o preservativo feminino do que entre as que participaram na atividade de rotina dos serviços.

Os resultados mostram que a maioria (91,3%) das participantes passou a conhecer o preservativo feminino apenas no momento de sua entrada no estudo. Assim, toda informação sobre o método foi proveniente das unidades de dispensação, pois elas não dispunham de informações de seus pares sobre o método. Para o enfrentamento das dificuldades de adaptação ao novo método, elas dependiam essencialmente dos serviços.

Em síntese, os resultados reafirmam a necessidade de investimentos na sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, no sentido de prevenir a possível influência exercida por eles, que, segundo a Organização Mundial da Saúde, inibem com sua conduta potenciais usuárias/usuários de métodos de barreira, como os preservativos (WHO, 2000).

Não se trata apenas de ensinar o manuseio, é fundamental propiciar condições para que outros aspectos da vida afetiva e sexual possam vir à tona, para que possam ser discutidos e refletidos pelas usuárias e pelos profissionais de saúde. E, também, que todas as alternativas contraceptivas sejam apresentadas, de tal forma que as usuárias decidam o que é melhor para a própria vida naquele momento.

Assim, verifica-se que não se trata apenas de avaliar/disponibilizar o preservativo feminino, mas de re-discutir o que vem sendo apontado há duas décadas por pesquisadoras e ativistas que trabalham com as mulheres, inclusive com o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), ou seja, propiciar um atendimento integral para a mulher (SANTOS, 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; ASKEW; BERER, 2006).

Conclusão

O número de mulheres que iniciaram o uso do preservativo feminino nos diferentes tipos de serviços evidenciou que há uma demanda para alternativas de prevenção, e que é fundamental que se criem espaços onde elas possam ter acesso adequado a orientações e aos insumos.

Referências Bibliográficas

ARTZ, L.; MACALUSO, M.; BRILL, I.; KELAGHAN, J.; AUSTIN, H.; FLEENOR, M. *et al. Effectiveness of an intervention promoting the female condom to patients at sexually transmitted disease clinics. American Journal Public Health*, 90(2), 2000.p.237-44.
ASKEW, I.; BERER, M.A. Contribuição dos serviços de saúde reprodutiva e sexual à luta contra o HIV/Aids: uma revisão. **Questões de saúde reprodutiva** 1(1), 2006. p.11-38.

BARBOSA, R.M.; KALCKMANN, S.; BERQUÓ, E.; STEIN, Z. *Notes on the female condom: experiences in Brazil. Int J STD AIDS*; 18, 2007. p.261-6.

BARBOSA, R.M. Um olhar de gênero sobre a epidemia de Aids. In: BERQUÓ, E. (organizadora). **Sexo & Vida: Panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Ed.UNICAMP; 2003. p.339-89.

BERER, M.. Dupla proteção: mais necessária do que praticada ou compreendida. **Questões de Saúde Reprodutiva** 2(2), 2007. p. 23-33.

BERQUÓ, E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (organizadoras). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p.113-26.

CARVALHO, M.L.O.; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, 39(5), 2005. p.788-94.

COSTA, A.M.; GUILHEM, D.; SILVER, L.D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 6(1), 2006, p.75-84.

CHOI, K.; HOFF, C.; HUSSEY, W.; GRINSTEAD, O.; GOMEZ, C. Female condom skills training is efficacious in increasing female condom use and protected sex among ethnically-diverse women attending family planning clinics. In: Anais XVI International AIDS Conference; Toronto. Canadá, 2006. (THPE0253). Disponível em [http://www.iasociety.org/Default.aspx?pagelId=11&abstractId=2192920]. Acessado em 28 ago 2006.

DEVANDER, N.V.; GONZÁLES, V.; MERZEL, C.; PARIKH, N.S.; CELANTANO, D.; GRENBERG, J. *Effect of an STD/HIV/ behavioral intervention on women's use of the female condom. American Journal Public Health* 92(1), 2002. p.109-15.

FERRAZ, E.A. Dinâmica do uso da anticoncepção na região Nordeste do Brasil: uma análise de descontinuação, falha e mudança de métodos com tábuas de mortalidade. In: **Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil: pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste 1991**. Rio de Janeiro, BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/Demographic and Health Surveys; 1994. p.93-112.

GUIMARÃES, C.D. Mas eu conheço ele: um método de prevenção do HIV/Aids. In: PARKER R.; GALVÃO J. (organizadores). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996. p.169-79.

GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: representação cultural da sexualidade feminina e prevenção do HIV/Aids. In: PARKER R.; GALVÃO J. (organizadores). **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996. p.89 -113.

GUPTA, G.R.; WEISS, E. **Mulher e Aids**. Rio de Janeiro: ABIA; 1994.
HOFFMAN, S.; MANTELL, J.; EXNER T.; STEIN, Z. *Viewpoints: The future of the female condom. Perspective Sexual Reproductive Health*, 36(3), 2004. p.120-6.

KALCKMANN, S.; VIEIRA, E.M.; VILLELA, W.; REA, M.; FERNANDES, M.E.; **ANKRAH. The Female condom as a woman controlled method. Relatório final**. São Paulo: Instituto de Saúde/ MCCA; 1997 (mimeo).

LEITE, I.C. Descontinuação de métodos anticoncepcionais no Nordeste do Brasil, 1986-1991. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, 19(4), 2003. p.1005-16.

MANTELL, J.E.; SCHEEPERS, E.; ABDOL KARIM, Q. *Introducing the female condom through the public health sector: Experiences from South Africa. AIDS Care* 12(5), 2000. p.589-601.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Brasília: Ministerio da Saúde, 2002. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B8370F012-9340-465D-

- 843A-BE008A4E046%7D/manual_diretrizes_prevencao_mulheres_outubro_2002.pdf]. Acessado em 10 abr 2003].
- MINNIS, A.M.; PADIAN, N.S. *Effectiveness of female controlled barrier methods in preventing sexually transmitted infections and HIV: current evidence and future research directions*. **Sex Transm Infect** 81, 2005. p.193-200.
- MUSABA, E.; MORRISON, C.S.; SUMKUTU, M.R.; WONG, E.L. *Long-term use of the female condom among couples at high risk of human immunodeficiency virus infection in Zambia*. **Sex Transm Dis**, 25(5),1998. p.260-4.
- O'LEARY, S.E.; CHENEY, B. (organizadoras). **Tripla ameaça: Aids e mulheres: dossiê Panos**. Rio de Janeiro/Recife/ Londres: ABIA/SOS Corpo/Panos Institute; 1993. Tradução DOURADO, A.
- ONUSIDA. **La Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA. Aumentar el control de la mujer sobre la prevención del HIV: Luchar contra el Sida**. ONUSIDA; 2006. Disponível em: [http://data.unaids.org/publications/irc-pub07/jc1237-gcwa-prevention-4_es.pdf]. Acesso em 04 jan 2007.
- PAIVA, V.; BUGAMELLI, L.; LEME, B.; VENTURA, E.F.; TUNALA, L.; SANTOS, N. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV: é maior por causa dos condicionantes de gênero? **Cuadernos Mujer Salud**, 3, 1998; p.34-8. Disponível em [http://www.usp.br/nepaids/mulheres-vulner.pdf]. Acessado em 02 fev 2007.
- SAFFIOTI, H.I.B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A.O.; BRUSCHINI, C. (organizadoras). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro/ São Paulo: Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas, 1992. p.183-215.
- SANTOS, N.J. *As mulheres e a Aids*. [Dissertação de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1994.
- SCOTT, J. **Gênero, uma categoria útil de análise histórica**. Recife: SOS Corpo, 1993.
- SHERVINGTON, D.O. *The acceptability of female condom among low-income African-American women*. **JAMA** 85, 1993. p.341-7.
- TAVARES, L.S.; LEITE, I.C.; TELLES, F.S.P. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 10(2), 2007. p.139-48.
- TRUSSEL J. *Contraceptive efficacy of the Reality female condom*. **Contraception** 58, 1998. p.147-8.
- WARREN M, PHILPOTT A. *Expanding safer sex options: introducing the female condom into national programmes*. **Reprod Health Matters** 11(21), 2003. p.130-9.
- WHO - World Health Organization. **GPA position paper: female condom**. Geneva, 1992.
- WHO-UNAIDS. **The female condom: a guide for planning and programming**. Geneve: WHO/UNAIDS, 2000. Disponível em [http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_00_8/] Acesso em 8 fev 2004.



Comportamento sexual e preventivo de adolescentes de São Paulo- um estudo com estudantes do Ensino Médio

Regina Figueiredo¹Lígia Rivero Pupo²Neuber José Segri³

Introdução

Este artigo apresenta um resumo dos resultados da pesquisa "Contracepção de Emergência entre Estudantes de Ensino Médio e Público do Município de São Paulo"⁴, realizada pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que permitiu descrever:

- as práticas sexuais de adolescentes;
- o uso de contraceptivos, inclusive o preservativo, por este público;
- a forma como está sendo feito o uso da camisinha e da contracepção de emergência (pílula do dia seguinte);
- o impacto do conhecimento e uso da contracepção de emergência sobre o uso de preservativos.

O aumento dos casos de infecção de DST/aids entre adolescentes e jovens, desde a década de 90 (DATASUS, 2008), tem promovido pesquisas que realizam o levantamento das práticas sexuais deste público para a promoção de estratégias preventivas mais efetivas e que se adequem a seus comportamentos. A essas estratégias, soma-se a promoção da prevenção de gestações entre este público que, segundo a UNICEF (2002), atinge 16%, com 3% de experiências de aborto, apesar de se observar um uso crescente e significativo do preservativo masculino, por 51%.

Cabe, ainda, salientar que, por razões culturais de não-orientação para o início das práticas sexuais, principalmente para as meninas, juntamente com fatores de ordem psicológica e de relacionamento social típicos da idade, as experiências sexuais se iniciam entre adolescentes, na maior parte das vezes, de forma desprevinida e há uma média de até 1 ano para o início do uso de algum contraceptivo (ANDALAF NETO, 2003). Como a gravidez ocorre, em geral, nos primeiros 6 meses, explicam-se os altos índices de gravidez na adolescência brasileiro, de mais de 20% (DATASUS, 2008).

Por este motivo, não apenas, a intervenção com estratégias preventivas se faz fundamental entre esta popu-

lação, mas também o monitoramento dos comportamentos de risco e práticas sexuais, além dos hábitos a eles relacionados. Essa necessidade é premente quando são introduzidas novas tecnologias preventivas, como é o caso da contracepção de emergência (pílula do dia seguinte), que possibilitam alterações no comportamento preventivo e na oferta de recursos para ele utilizados.

Metodologia

O levantamento foi calculado de forma a representar todos os estudantes do Ensino Médio público da cidade de São Paulo, realizado através de inquérito escolar de abrangência "Contracepção de Emergência na rede pública estadual localizada na cidade, pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no final de 2006 (FIGUEIREDO *et al*, 2008). O objetivo do estudo foi verificar comportamentos sexuais e reprodutivos de risco, além de fatores a eles associados. Os alunos foram representados, proporcionalmente, divididos em 5 macro-regiões de análise: Centro-Norte, Sul, Sudeste, Leste e Oeste), num total de 151 classes sorteadas de 38 escolas, dos três períodos de estudo (matutino, vespertino e noturno). Os alunos responderam questionário auto-aplicável em sala de aula após consentimento livre informado.

Resultados

- Práticas Sexuais e Conhecimentos Preventivos:

Dos 4.929 alunos pesquisados, 55,6% já tiveram relações sexuais, com início em média, aos 14,98 anos (14,61 entre rapazes e 15,40 para as meninas). Essa prática sexual ocorreu, para 1,1%, apenas com pessoas do mesmo sexo e, em 98,9% das vezes em relações heterossexuais.

Atualmente, 72,7% têm relações com parceiros fixos e 9,1% já mantêm residência estabelecida com esse(a) parceiro(a) fixo(a):

Há conhecimento por todos os estudantes de formas de prevenção à gravidez. A camisinha masculina foi citada espontaneamente por 98,3% deles, seguida pela pílula anticoncepcional, por 90,5%.

¹ Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@uol.com.br

² Psicóloga, Mestre em Medicina Preventiva e Pesquisadora Científica de Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: ligia@isaude.sp.gov.br

³ Estatístico, Mestre em Saúde Pública. Contato: nsegri@gmail.com

⁴ Os resultados completos do estudo estão no relatório final, ver FIGUEIREDO *et al*, 2008.



A contracepção de emergência foi o quarto método espontaneamente mais citado, por 24,3% e, em pergunta dirigida, 85,4% afirmaram conhecê-la.

Todos os métodos contraceptivos e a diversidade deles são mais referidos por meninas, com exceção do coito interrompido, que tem o dobro de citação entre rapazes (2,8%), do que por meninas (1,4%) (P = 0,0068).

Estudantes de todos os períodos referem-se igualmente ao conhecimento dos contraceptivos, com exceção da injeção hormonal que é mais citada e, também, mais utilizada entre estudantes do período noturno e de menor escolaridade.

A contracepção de emergência é mais conhecida, conforme o aumento da faixa etária e do nível de chefia familiar. Entre quem tem prática sexual e já usou contraceptivos; seu conhecimento também é maior (P = 0,0000): 90,0%, contra 76,2% de quem nunca os utilizou.

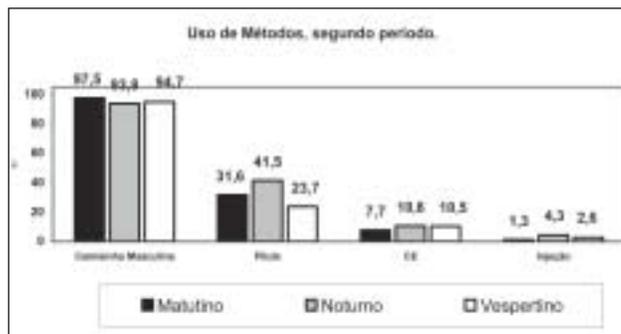
Dos alunos, 55,2% conhecem alguém que já utilizou a contracepção de emergência e, em 76,1% dessas vezes, a pessoa referida era outro adolescente.

- Uso de Contraceptivos e Preservativos:

O método mais utilizado entre que já teve relações sexuais foi o preservativo, por 95,4%; seguido pela pílula anticoncepcional, por 37,1%; em terceiro, conforme resposta espontânea, vem a contracepção de emergência, por 9,4%; em quarto, a injeção, por 3,0%.



A camisinha é mais usada entre estudantes do período matutino, do que do noturno (P=0,0010) e a pílula mais no noturno (P=0,0000), tal como a injeção (P=0,0000):



Constata-se que a ocorrência de gestações é um fator importante para o uso de todos os métodos contraceptivos, com exceção do preservativo, mais utilizados entre quem não engravidou (P=0,0001).

Atualmente, há igualdade de uso de preservativos entre estudantes de todas as regiões da cidade: 88,7% usam preservativos, sendo que 61,6% afirmam o utilizá-lo em todas as relações sexuais:

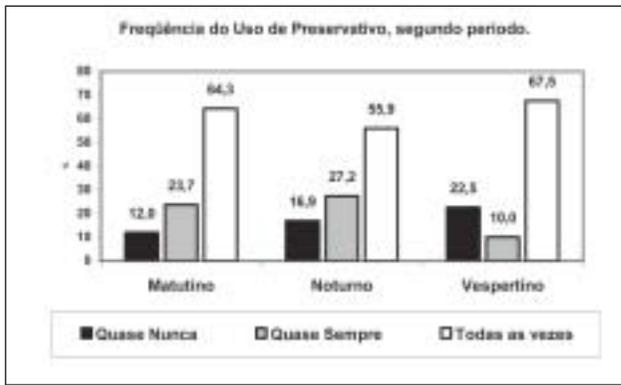


Menos meninas utilizam preservativo (84,3%), do que os rapazes (92,7%) (P = 0,0000) e, também, elas têm menor freqüência neste uso: apenas 51,5% delas utilizam-no em todas as relações, contra 66,2% dos rapazes (P = 0,0000).

Com relação ao período de estudo, verifica-se que a camisinha é menos utilizada entre estudantes do noturno, que o adotam de 15 a 20% a menos que os demais:

A contracepção de emergência já foi utilizada/utilizada por parceiros de entrevistados em relações com eles, por 30,1%. Essa utilização foi feita, após a aquisição em farmácias (73,6%), mas há vários casos em que a obtenção se deu via parceiros. Há maior uso deste método conforme há aumento da faixa etária (P = 0,0093).

O uso da contracepção de emergência é apontado por indivíduos de ambos os sexos de todas as religiões,



havendo maior uso entre espíritas (44,6%) ($P = 0,0014$): pelo menos 12 pontos percentuais a mais do que entre outras religiões. Também, há maior uso quando há relações em parceria fixa (76,2%), do que entre as que não a possuem (uso de 59,9%) ($P = 0,0000$). A ocorrência de uma gravidez dobra a possibilidade de uso: entre quem já engravidou/engravida uma parceira, o uso foi de 50,4%, contra 25,6% de quem nunca viveu tal experiência.

Entre os usuários do método na vida, 46,2% repetiram o uso da contracepção de emergência. Dos que utilizaram nos últimos 6 meses, 56,8% fizeram uso apenas 1 vez; 33,3% de 2 a 3 vezes; e 9,9% acima de 4 vezes, sendo 4,6% acima de 10 vezes, demonstrando um uso praticamente mensal ou freqüente nestes dois últimos grupos.

Dos usuários de contracepção de emergência nos últimos 6 meses, 61,6% alegaram que o uso do método foi motivado pelo não-uso de preservativo e 12,5% afirmaram que o utilizaram devido à realização mal-feita do coito interrompido. O motivo mais alegado para o último uso de contracepção de emergência foi o rompimento do preservativo (apontado por 39,3%), seguido pela ausência deste método de barreira no momento do sexo (22,8%). Explicitamente, não querer utilizar a camisinha foi motivo de uso da contracepção de emergência nos últimos 6 meses por 18,9%.

Conclusões

A pesquisa demonstra que adolescentes têm ampla vida sexual ativa e que, portanto, necessitam acesso a contraceptivos e preservativos, já que a maioria já tem informação sobre os métodos, porém 14,1% ainda mantêm prática sexual de risco sem uso de nenhuma prevenção. Por isso, a escola, por ser o principal local de sociabilidade desta faixa etária precisa participar mais efetivamente da educação em saúde preventiva com relação à Saúde Sexual e Reprodutiva, inclusive orientando a utilização da rede de serviços públicos por adolescentes que já iniciaram a vida sexual, ou que estão para iniciá-la.

As campanhas de preservativo têm se mostrado eficazes entre este público, que conhece e utiliza intensamente o método, porém é necessária que haja uma constância e continuidade das mesmas e uma ação e mensagens dirigidas aos que estabelecem parceria fixa, que tendem a abandonar o uso deste método e trocá-lo pela pílula anticoncepcional e, ou em menor freqüência, pela injeção.

A contracepção de emergência é amplamente conhecida e bastante utilizada entre os adolescentes. Há uma parcela que a usa incorretamente e repetidamente, apesar de não ser maioria, que precisa ser alvo de orientação, inclusive aproveitando o espaço escolar.

O uso da contracepção de emergência costuma ser feito em relações de risco realizadas com parceiro regular, demonstrando que o uso está associado ao mesmo fator (parceria fixa) que predispõe ao não-uso de preservativos.

Referências Bibliográficas

- ANDALAF NETO, Jorge. Comportamento sexual na Adolescência - o papel da anticoncepção de emergência. *Jornal da SOGIA*, Ano 4, nº 6, jan,fev,março/2003.
- FIGUEIREDO, R; PORTO ALVES, M. C.; ESCUDER, M. M.; PUPPO, L. R. *Relatório do Projeto Contracepção de Emergência entre Estudantes do Ensino Médio Público de São Paulo*. São Paulo, Instituto de Saúde, 2008.
- UNICEF. *Relatório Situação da Adolescência Brasileira*, 2002. Disponível em: [<http://www.unicef.org/brazil/>].
- DATAS. Ministério da Saúde. Disponível em [<http://www.datasus.gov.br/>]. Acessado em novembro de 2008.



A educação sexual na escola: elementos para uma avaliação dos esforços realizados

Kátia Cibelle Machado Pirotta¹

Renato Barboza²

Lígia Rivero Pupo³

Sylvia Cavasin⁴

Sandra Unbehäum⁵

Introdução

O presente trabalho teve por objetivo averiguar os resultados dos programas e dos projetos de educação sexual realizados na rede municipal de ensino público da Cidade de São Paulo, no período de 2001 a 2005, na percepção dos alunos⁶.

No Brasil, as políticas públicas no campo da educação sexual remontam à década de 60, quando acontecem as primeiras experiências no país. Nos anos 70, a partir das reivindicações do movimento feminista, ocorre um avanço nos debates sobre a sexualidade e as condições de vida das mulheres. Na década de 80, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) é um marco para a implementação de programas na área de saúde da mulher. Nessa mesma época, inicia-se o Programa Nacional de DST/AIDS, além do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), embora esse último não tenha sido implementado em sua plenitude (ARILHA; CALAZANS, 1998; ÁVILA; CORRÊA, 1999; FORMIGA FILHO, 1999; PITANGY, 1999).

A Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) são outros dois documentos fundamentais que embasam uma concepção moderna e democrática sobre os direitos das crianças e dos adolescentes. No entanto, o ECA não chega a afirmar direitos em relação à sexualidade e à saúde sexual e reprodutiva, possuindo antes um caráter de proteção em relação à exploração da sexualidade pelo mundo adulto (PIROTTA; PIROTTA, 1999).

Somente nos anos 90, observa-se um incremento nas políticas públicas para os jovens. O foco das ações concentra-se nas ações para o combate da violência

urbana, o desemprego, a prostituição infantil, a violência doméstica e sexual. A partir do campo da saúde, por sua vez, as práticas sexuais dos adolescentes são problematizadas como, por exemplo, no debate sobre a gravidez na adolescência e sobre a vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

Dentre as diferentes políticas públicas discutidas e implantadas na última década, destacam-se no âmbito da educação a "Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996" (Lei nº 9.394/96), que redefiniu o eixo das políticas para a educação, e os "Parâmetros Curriculares Nacionais", de 1997, que trouxeram inovações significativas na estrutura curricular. Em 2001, o "Plano Nacional de Educação" (Lei nº 10.172/2001) estabeleceu metas educacionais para as quais deveriam convergir as ações e políticas do Ministério da Educação e do Desporto.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) pretendem constituir uma proposta flexível de conteúdos que deve orientar a estrutura curricular de todo o sistema educacional do país, fornecendo subsídios para a elaboração e revisão curricular de estados e municípios, a partir de suas distintas realidades sociais. Além disso, buscam oferecer elementos para as discussões pedagógicas de forma a qualificar o processo educativo do cotidiano escolar.

Tais parâmetros introduzem na grade curricular os chamados temas transversais: questões e assuntos que perpassam todos os campos do conhecimento e que devem contribuir para a formação de um cidadão mais participativo, reflexivo e autônomo, conscientes de seus direitos e deveres. Os temas (ética, meio ambiente, pluralismo cultural, consumo, saúde e orientação sexual) têm como eixo central a educação para a cidadania e não se constituem em novas disciplinas, mas devem impregnar todas as áreas educativas e serem tratados por diversas áreas do conhecimento, tanto dentro da programação cotidiana como fora dela. (VIANNA; UNBEHAUM, 2004)

Nesse contexto, os temas de saúde e orientação sexual devem ser trabalhados ao longo de todos os ciclos de escolarização, nas mais diversas oportunidades dentro e fora da sala de aula, incluindo os diversos atores sociais tanto da comunidade escolar (pais, professores, diretores, alunos,

¹ Cientista Social, Doutora em Saúde Pública, Pesquisadora Científica, Instituto de Saúde/SESSP. kalia@saude.sp.gov.br

² Cientista Social, Mestre em Saúde Coletiva, Pesquisador Científico, Instituto de Saúde/SESSP. renato@saude.sp.gov.br

³ Psicóloga, Mestre em Medicina Preventiva, Pesquisadora Científica, Instituto de Saúde/SESSP. ligia@saude.sp.gov.br

⁴ Cientista Social, pesquisadora e diretora da ECOS. sylvia@ecos.org.br

⁵ Cientista Social, Mestre em Sociologia, pesquisadora da ECOS e da Fundação Carlos Chagas. sandra@ecos.org.br

⁶ Trata-se de um desdobramento do estudo intitulado "Educação sexual na escola e direitos sexuais e reprodutivos: avaliação da política da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, 2001 a 2005", realizado com apoio financeiro do Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva (PROSARE), no ano de 2006.

outros profissionais da escola, outras organizações que participam do projeto pedagógico da escola), como de seu entorno (profissionais de saúde, organizações não-governamentais (ONGs), conselhos de diferentes tipos, outras secretarias e outros grupos sociais que possam contribuir para estas discussões). Dessa forma, cabe à escola em parceria com diferentes setores sociais desenvolver uma ação crítica e reflexiva que promova a saúde e o pleno desenvolvimento da sexualidade de crianças e adolescentes.

Em 2005, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem, lançou o documento "Marco Legal - Saúde, um direito de adolescentes", com o objetivo de subsidiar profissionais de saúde, gestores, órgãos e instituições para o processo de tomada de decisões e para a elaboração de políticas públicas que garantam os direitos preconizados pela legislação brasileira, convenções, tratados, acordos e normas internacionais, das quais o Brasil é signatário. Na prevenção das DST/AIDS, dentro da Política Nacional de Combate à Epidemia, inúmeros projetos têm sido dirigidos para a população jovem (UNBEHAUM; CAVASIN, 2006).

Trabalhar com o tema da adolescência no Brasil consiste em um grande desafio. Ainda que inúmeros esforços no campo da saúde, da educação e dos direitos venham sendo realizados, efetivar uma política pública para adolescentes e jovens não tem sido uma tarefa fácil, principalmente em um país de dimensões continentais marcado por desigualdades econômicas e sociais.

Objetivos e Métodos

Para a realização do estudo foi aplicado um questionário a estudantes de oito escolas municipais do município de São Paulo que ofereciam simultaneamente ensino fundamental e médio. Buscou-se verificar o quanto o processo de formação e os materiais didáticos oferecidos contribuíram para a prática pedagógica dos educadores e para o trabalho desenvolvido nas escolas. Buscou-se, ainda, conhecer se temas como equidade, violência, diversidade sexual, desmistificação de preconceitos, questões de saúde sexual e reprodutiva, entre outros, estavam sendo tratados nas escolas.

A opção por incluir no estudo as escolas que ofereciam simultaneamente o ensino fundamental e médio visou reconstituir um retrato das ações e atividades pedagógicas vivenciadas pelos alunos durante sua formação, nos últimos cinco anos. Foram encontrados 2.967 alunos matriculados em 85 salas de aula, com uma média de 34 alunos por sala. Foi informado um total de aproximadamente 140 professores atuando nas escolas participantes da pesquisa. Embora os professores e diretores das escolas tenham sido entrevistados, no presente artigo, serão apresentados somente os dados referentes aos alunos.

Foi elaborada uma amostra através da técnica de amostragem por conglomerados. O tamanho da amostra foi dimensionado em 340 alunos. Tendo em vista a evasão dos alunos, a perda foi estimada em 27%. Em consequência, foram sorteadas 14 salas com um total de 431 alunos matriculados.

Em cada sala sorteada, foram entrevistados todos os alunos matriculados que estavam cursando regularmente o ensino médio. A equipe de pesquisa retornou em até três vezes nas salas sorteadas para entrevistar os alunos que não estivessem presentes na primeira visita. Todos os professores presentes nas escolas foram entrevistados.

Todos os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os objetivos do projeto e foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo as normas da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando-se o direito à confidencialidade, anonimato e privacidade.

Resultados e Discussão

Os alunos entrevistados tinham, em mediana, 16 anos no momento da pesquisa. 46,4% eram do sexo masculino e 53,6% eram mulheres. Em relação ao quesito cor, 47,8% responderam que eram brancos, 37,0% mulatos e 10,8% negros.

Quando perguntado se participou alguma vez de atividade de educação sexual, no período de 5ª a 8ª série, 58,3% respondeu que sim.

Nesse grupo, 73,5% citou aula como o tipo de atividade predominante. Os demais citaram palestras, oficinas e outras atividades. É na aula de Ciências/Biologia que a Educação Sexual é abordada preferencialmente, conforme indicado por 59,2% das respostas. Os alunos referiram também as aulas de Educação Física e Psicologia, nas quais o assunto foi abordado. Os dados indicaram que esse tema foi tratado de duas a três vezes durante o ano.

Para avaliar qual o enfoque dado à educação sexual nas escolas, os estudantes receberam uma lista de assuntos relacionados ao tema. Essa questão permitia aos alunos assinalarem mais de uma alternativa. Os 22 itens procuraram abarcar um amplo leque de assuntos como, por exemplo, gênero, respeito às diferenças, corpo, prazer, masturbação, aborto, uso de camisinha, métodos contraceptivos, entre outros. Os resultados indicam que os assuntos mais abordados foram: uso de camisinha (64%), DSTs (64%), gravidez na adolescência (62%), HIV/aids (58%) e drogas (52%). Por sua vez, o tema relações de gênero foi marcado por apenas 10% dos respondentes e o tema direitos humanos por 14%. Temas considerados polêmicos como o aborto não foram tratados. A homossexualidade foi referida por 20% dos alunos e o tema "respeito às diferenças", por 32%. A violência sexual foi indicada em 23% das respostas.

As palestras são, depois das aulas, uma importante atividade na informação de assuntos relacionados à educação sexual. Nas escolas essas palestras têm sido realizadas no máximo cinco vezes por ano, preferencialmente ministradas por professores ou por profissionais da saúde. À semelhança do que ocorreu com as aulas, foram apontados como principais temas abordados o uso da camisinha (55%), gravidez na adolescência (53%), HIV/aids (52%), DSTs (52%) e drogas (41%).

Apenas 14,9% dos pais participaram de alguma atividade sobre educação sexual realizada na escola. Os pais participaram principalmente de palestras (6,7%). A participação de outras pessoas da comunidade superou a dos pais (21,9%). A palestra foi também a principal forma de participação da comunidade (12%).

Segundo os respondentes, 64,7% disseram que as informações abordadas “aumentaram muito meu conhecimento sobre o assunto” e 25,8% disseram que “aumentaram pouco meu conhecimento sobre o assunto”. Apenas 9,5% disseram não ter acrescentado nada ao que já sabiam.

O questionário possuía uma pergunta aberta: “Qual foi a atividade sobre Educação Sexual na escola que você mais gostou? Por quê?”, respondida por 223 alunos (65%). Observa-se que a palestra foi a atividade preferida, principalmente se dada por profissionais de saúde ou de outra área. Os principais temas mencionados foram drogas, sexualidade, uso de camisinha, método contraceptivos, DSTs/HIV, prazer, desejo e orgasmo. Para ilustrar essas falas seguem algumas das respostas:

“As palestras, porque é interessante saber desses assuntos onde a maioria das pessoas tem vergonha de perguntar sobre suas dúvidas”.

“A palestra, porque focaram melhor os assuntos e com mais clareza e na sala de aula, porque tem mais liberdade de fazer perguntas”.

“Sobre orgasmo feminino e masculino e as diferenças entre o corpo da mulher e do homem. Eu achei interessante porque é legal cada um conhecer sua forma mais prazerosa até chegar ao orgasmo”.

“Uso de método sexual. Porque souberam abordar muito bem o assunto. Homossexualismo, os profissionais encararam o assunto sem preconceito e com clareza suficiente”.

“Discutir as diferenças sexuais, (homossexualidade, etc...), gravidez na adolescência, métodos anticoncepcionais. Aparelho reprodutor masculino/feminino. Doenças sexualmente transmissíveis etc”.

“Quando foi falado do aparelho reprodutor feminino e masculino, porque são totalmente diferentes e que cada um é influenciado pelo psicológico da mulher ou do homem”.

“Gravidez na adolescência, pois acho muito bom falar pra as meninas que não tem consciência e fica grávida à toa, ou muitas vezes pra segurar homem!”.

“Falou sobre drogas, transmissão de doenças e comentários. Ele foi muito franco ao falar nesta palestra me emocionei demais pela forma que ele disse e até chorei e comecei a pensar mais antes de agir”.

“A única eu vi foi a minha própria apresentação de um trabalho de escola. Eu gostei porque eu aprendi mais pensando isso. E sei que meus amigos entenderam”.

“Foi de um projeto que temos na escola, mas é sobre trabalhos dos próprios alunos. Foi mais interessante, pois os alunos que fizeram a apresentação eram extrovertidos e souberam falar sobre sexo sem medo”.

Ao serem perguntados sobre “Qual a atividade sobre Educação Sexual na escola que você **menos** gostou e por quê?”, a maioria das respostas não aponta a atividade, mas sim o tema ou assunto. Um dos temas muito citado nessa questão foi a homossexualidade: “Sobre homossexualidade. Não sei me dar com o tema pois acho que o homem e a mulher foram feitos para se completar e não manter relações com ambos do mesmo sexo”.

O aborto, mesmo tendo sido pouquíssimo abordado na escola: “Sobre aborto, porque fiquei chocada com tanta frieza de algumas mulheres”. As doenças também foram apontadas como um tema de não agrado.

A gravidez na adolescência foi indicada como um assunto desinteressante: “Gravidez na adolescência, porque foi tão falado e acabou enjoando e mesmo assim não adiantou muito”; “Gravidez na adolescência, porque as meninas que ficam grávidas, ficam porque querem e não porque não tem o conhecimento...”.

Em geral, os alunos não gostam de atividades ou temas se não forem abordados de maneira clara e objetiva. Uma resposta sintetiza esse sentimento: “[não gostei] De uma palestra que o cara falou sobre sexo como se fosse um bicho de sete cabeças. Ele não aparentava saber bem sobre o assunto tratado, e não me passou segurança suficiente para eu poder acreditar no que ele dizia”.

Considerações Finais

Não obstante ações relacionadas à educação sexual estejam sendo realizadas nas escolas, um terço dos alunos entrevistados não referiu ter participado de qualquer atividade no período da 5ª à 8ª série. Entre os que se lembravam de alguma dessas atividades, a grande maioria citou a aula como atividade preponderante, sobretudo as aulas de ciências, biologia, educação física e psicologia. Esse dado é revelador do enfoque que tem sido dado ao tema, abordado do ponto de vista biológico e da saúde.

Os principais assuntos tratados nas aulas e palestras reiteram esse fato. Desse modo, temas como relações de gênero, direitos humanos, respeito às diferenças,

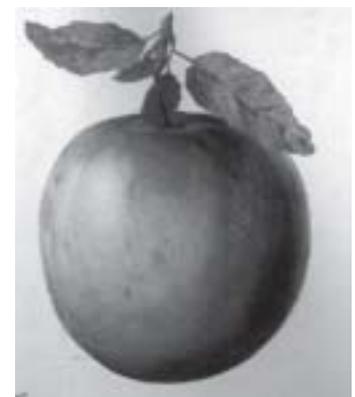
convivência entre homens e mulheres, violência sexual, homossexualidade, aborto etc, foram pouco apontados pelos alunos como sendo objeto de aulas ou discussões em sala. Esse cenário indica o quanto a abordagem do ponto de vista das relações sociais está ausente do tratamento dado à educação sexual.

Ao lado da baixa frequência com que essas atividades ocorreram, a pouca participação dos pais e da comunidade em atividades relacionadas à educação sexual também é reveladora da ausência desse tema nas escolas. Não obstante seja um dos pilares dos programas de capacitação incentivar a participação dos pais e promover atividades continuadas, isso ainda não se tornou uma realidade nas escolas.

Não obstante essas dificuldades, observa-se uma grande aceitação do tema pelos alunos. Ressalta-se que, nas falas citadas, percebe-se que os alunos sentem a necessidade de debater e ter informações sobre diversas situações que envolvem a sexualidade e a saúde.

Referências Bibliográficas

- ARILHA, M.; CALAZANS G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: **Comissão Nacional de População e Desenvolvimento - CNPD**. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília: CNPD, 1998. Vol. II
- ÁVILA, M.B.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ J (orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p.70-103
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.
- FORMIGA FILHO, F.F.N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p. 151-164
- PIROTTA, W.R.B.; PIROTTA, K.C.M. O adolescente e o direito à saúde após a Constituição de 1988. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. (orgs.). **Cadernos Juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. p.30-40.
- PITANGY, J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999. p. 19-38
- UNBEHAUM, S.; CAVASIN, S. **Gravidez de Adolescentes entre 10 e 14 anos e Vulnerabilidade Social: estudo exploratório em 5 Capitais Brasileiras**. Brasília: ECOS, MINISTÉRIO DA SAÚDE - Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem e RSMLAC - Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Outubro de 2006.
- VIANNA, C.P.; UNBEHAUM, S. O gênero nas políticas públicas de educação no Brasil: 1988-2002. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, **Cadernos de Pesquisa**, 34 (121): 77-104, 2004.



Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa de Serviços Amigáveis aos Adolescentes: resultados da linha de base

Renato Barboza¹Kátia Cibelle Machado Pirotta²

O Programa Serviços Amigáveis aos Adolescentes, coordenado pela organização Save the Children, do Reino Unido, foi implantado no Brasil em dezembro de 2005 em unidades de saúde da rede de atenção básica nos municípios de São Paulo, Recife e Natal. O programa objetiva a construção de um modelo de atenção integral que incorpore as necessidades de saúde do segmento adolescente de 10 a 19 anos na perspectiva dos Direitos Humanos, no marco dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (SAVE THE CHILDREN, 2006).

A implementação desse programa envolve uma ampla rede de atores sociais mobilizando gerentes e equipes técnicas de unidades de saúde; coordenadores de áreas programáticas voltadas à promoção da saúde do adolescente e a prevenção primária e secundária às DST/aids e a violência sexual nas Secretarias Municipais de Saúde; profissionais e ativistas de Organizações Não-Governamentais e redes de adolescentes que atuam na comunidade.

Dentre as estratégias do programa, destaca-se o monitoramento e a avaliação das ações para mudanças na vida dos adolescentes, nas políticas e nos programas, na participação e na cidadania, na promoção da equidade e na capacidade da sociedade civil para apoiar os direitos desse segmento (SAVE THE CHILDREN, 2006).

As instituições envolvidas no programa optaram pela construção e aplicação de uma linha de base, enquanto ação-meio para acompanhar o desenvolvimento das atividades, bem como a situação de vulnerabilidade social e programática dos adolescentes na área de abrangência das unidades participantes (BARBOZA; PIROTTA, 2006). O programa foi implantado em seis serviços de saúde, desses cinco completaram todas as fases de aplicação do instrumental proposto pela linha de base. Essas unidades são: Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Icarai, UBS Brasilândia e UBS Terezinha, em São Paulo; a Unidade de Saúde da Família (USF) Passarinho, em Recife; a USF

África, em Natal. Para capacitar os profissionais de saúde e mobilizar os adolescentes, o programa atua em parceria com as organizações não-governamentais: ECOS - Comunicação em Sexualidade (São Paulo), Instituto Papai e Auçuba (Recife) e Canto Jovem (Natal).

Compreende-se que a linha de base é o ponto de partida para fortalecer o monitoramento e a avaliação das ações nas diferentes etapas do programa. É um instrumento que pode ser utilizado pelos gestores e equipes técnicas das várias esferas e níveis de atenção do sistema de saúde para qualificar o processo de trabalho; pelas ONGs para aprimorar as ações de controle social; e pelos adolescentes no fortalecimento de redes de *advocacy* para promoção e defesa de direitos assegurados pela Constituição Federal no âmbito da saúde pública.

O processo de elaboração e aplicação da linha de base foi coletivo, envolvendo o maior número possível de atores e instituições em reuniões, seminários e treinamentos que nos permitiram construí-la em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade e equidade) e dos eixos norteadores da *Save the Children* para os serviços amigáveis aos adolescentes: a) mudanças nas condições de vida e saúde dos adolescentes; b) mudanças em práticas e políticas; c) participação e cidadania ativa dos adolescentes; d) equidade e não-discriminação dos adolescentes; e) capacidade da sociedade civil em apoiar os direitos das crianças e dos adolescentes.

O processo de aplicação da linha de base é uma oportunidade para a produção de informações sistematizadas, envolvendo ativamente os profissionais dos serviços de saúde nas várias fases do processo de trabalho, seja na coleta, na organização e na análise dos dados. Também é oportuno para aprofundar a reflexão e a apropriação de informações acerca das condições de vida e da situação de saúde dos adolescentes, bem como desmistificar crenças dos profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Considerando-se que todas as unidades vinculadas ao programa estão organizadas segundo a estratégia Saúde da Família, optamos por trabalhar com a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o que

¹ Cientista Social, Mestre em Saúde Coletiva, Pesquisador Científico do Núcleo Condições de Vida e Situação de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: renato@isaude.sp.gov.br

² Cientista Social, Mestre e Doutora em Saúde Pública, Pesquisadora Científica do Núcleo Memória e História da Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: katia@isaude.sp.gov.br

nos permitiu estabelecer parâmetros de comparação entre os municípios. No caso de São Paulo, o sistema é alimentado diretamente pelas unidades, o que não ocorre em Recife e Natal. Dada a importância epidemiológica das imunizações para o segmento de adolescentes, foi incluído um levantamento domiciliar, realizado pelos agentes comunitários de saúde, e supervisionado pelas enfermeiras das unidades para conhecer a situação vacinal para Hepatite B, Sarampo, Caxumba, Rubéola, Difteria e Tétano. As informações sobre as imunizações não fazem parte da base de dados do SIAB, o que dificulta sua atualização periódica.

O piloto da linha de base foi realizado entre novembro/2006 e fevereiro/2007, testando 27 indicadores, organizados segundo os eixos referidos. Posteriormente, o instrumento foi readequado e as unidades foram treinadas para sua aplicação em março/2007 com a participação de 34 profissionais dessa rede de atores. A aplicação final em todas as unidades foi realizada no período de março a maio de 2007 e os dados foram consolidados e analisados em junho do mesmo ano. Também foi realizado um seminário com a participação de todas as instituições para apresentação e discussão dos resultados da linha de base, incorporando-os na elaboração do plano de ação do Programa Serviços Amigáveis nos municípios.

Discussão dos resultados

O quadro 1 indica que o número de famílias vivendo na área de abrangência das unidades participantes da linha de base e o tamanho da população atendida é bastante heterogêneo, variando de 3.960 pessoas distribuídas em

990 famílias, na unidade Passarinho de Recife, até 25.938, em 4.716 famílias, na unidade Vila Terezinha de São Paulo. Conforme o esperado, em conformidade com os dados do Censo de 2000, o tamanho médio das famílias era de quatro pessoas. Chama a atenção que na unidade Vila Terezinha, situada na região mais periférica do distrito da Brasilândia, foi encontrado o maior valor do número de pessoas por família (5,5). Esse dado confirma o resultado encontrado por outras pesquisas, indicando que as populações nas periferias apresentam famílias maiores, com maior proporção de crianças e adolescentes vivendo nessas regiões. Ainda em conformidade com os resultados do Censo de 2000, observa-se que na composição da população, aproximadamente 20% das pessoas está na faixa dos 10 aos 19 anos. Destaca-se na unidade África, em Natal, a maior proporção de adolescentes (23%). O menor número de adolescentes atendido por uma unidade encontrado foi de 687, na unidade Passarinho e o maior número encontrado foi de 4.974, na unidade Vila Terezinha.

Vale ressaltar que o número de equipes de Saúde da Família atuando nas unidades apresentou variações nos contextos investigados. O maior número foi encontrado nos serviços de saúde do município de São Paulo (quatro a seis equipes), onde se verifica os maiores contingentes populacionais servidos pelas unidades e o menor em Recife, na unidade Passarinho que possui apenas uma equipe. A unidade da cidade de Natal conta com duas equipes.

O quadro 2 indica a diferença entre o número total de adolescentes vivendo na área de abrangência das unidades de saúde segundo o SIAB e segundo o levantamento da

Quadro 1: Caracterização do tamanho e da composição da população na área de abrangência das unidades participantes do Programa.

Cidade	Unidade	Nº total de famílias	Nº total de pessoas	Nº de pessoas por família	Nº total de adolescentes	Percentual adolescente
Natal	África	1.405	5.738	4,1	1.320	23,0%
Recife	Passarinho	990	3.960	4,0	687	17,4%
São Paulo	Jd. Icarai	5.636	20.071	3,6	3.707	18,5%
	Brasilândia	3.981	14.324	3,6	2.496	17,4%
	V. Terezinha	4.716	25.938	5,5	4.974	19,2%

Fonte: Linha de Base, 2007

Quadro 2: Diferencial entre o número total de adolescentes segundo o SIAB e o levantamento de vacinas.

Cidade	Unidade	SIAB	Visita Domiciliar	% (Nº de faltantes/SIAB)
Natal	África	1320	841	36,3%
Recife	Passarinho	687	581	15,4%
São Paulo	Jardim Icarai	3707	2352	36,5%
	Brasilândia	2496	1363	45,4%
	Vila Terezinha	4974	2302	53,7%

Fonte: Linha de Base, 2007

situação vacinal que teve como estratégia a realização de visitas domiciliares.

Os resultados indicam que em todas as unidades participantes do programa houve um diferencial em relação aos dados do SIAB e aos coletados na visita domiciliar. Tendo em vista que há uma dinâmica de circulação das pessoas nas áreas atendidas pelas unidades, que pode ser originada por mudanças de local de moradia, viagens, óbitos, entre outros, é esperado que haja um diferencial entre os dados cadastrados e os encontrados de fato. A falta de estudos que permitam estimar esse valor, não permite que sejam feitas maiores inferências. No entanto, devido aos elevados percentuais encontrados em São Paulo, é possível que as visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde não tenham abarcado toda a população vivendo na área de abrangência ou que os dados do SIAB estejam desatualizados. Só a continuidade do monitoramento permitirá uma análise mais aprofundada desse problema.

Em relação à caracterização do grupo de adolescentes segundo faixa etária, observou-se que o número de pessoas de ambos os sexos na faixa dos 15 aos 19 anos era maior do que na faixa dos 10 aos 14 anos nas cidades do nordeste. Destaca-se que, na unidade África, o maior grupo encontrado era de homens com idade entre 15 a 19 anos (n=393) e o menor era de homens com idade entre 10 e 14 anos (n=269). Nas unidades do sudeste, por sua vez, a distribuição era mais equilibrada.

O número de consultas realizadas com adolescentes nas unidades participantes do programa foi obtido a partir dos dados do SIAB relativos ao período de um ano. Deve-se ter em vista que os valores obtidos estão influenciados pelo retorno às unidades e também pelas consultas de pré-natal. Desse modo, devido à impossibilidade de obter dados mais precisos sobre o número de adolescentes atendidos, deve-se ter em conta que os valores estão superestimados. O valor mediano encontrado em termos de cobertura foi de 0,6 consulta por adolescente nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. Os valores encontrados variaram de 1,1 consulta/adolescente na unidade Passarinho em

Recife até 0,2 consulta/adolescente na unidade Vila Terezinha em São Paulo. É importante frisar que as diretrizes do Ministério da Saúde preconizam no mínimo uma consulta/adolescente ano.

O quadro 3 demonstra que o percentual de adolescentes grávidas em relação ao total de gestantes atendidas pelas unidades variou de 9,1% na unidade Passarinho a 24,5% na unidade África. Em relação à gravidez na faixa etária dos 10 aos 14 anos, foram mencionados quatro casos na unidade Vila Terezinha.

Os estudos mais recentes sobre o comportamento da taxa de fecundidade no país têm indicado um declínio sistemático do número de filhos por mulher. Esse fenômeno é acompanhado da concentração da fecundidade num intervalo mais curto do período reprodutivo das mulheres, com o aumento da presença das jovens com idade entre 20 e 24 anos na fecundidade total, que tem sido chamado de "rejuvenescimento da fecundidade". Segundo dados da Fundação SEADE, em 1995, no Estado de São Paulo, as mulheres com idade entre 15 e 24 anos responderam por 47,5% da fecundidade total.

Além dos diferenciais em termos da população atendida, as unidades possuem características diferentes em termos de organização do processo de trabalho e número de equipes. Observa-se no quadro 4 que as unidades do sudeste possuíam entre quatro e seis equipes havendo falta de profissionais apenas em uma delas. Já nas unidades do nordeste, o número de equipes variou entre uma e duas, havendo falta de profissionais em todas. Em relação ao conselho gestor, duas unidades referiram não estar em funcionamento. Mesmo nas que possuíam um conselho gestor em funcionamento, o número de reuniões realizadas variou entre três, na unidade África, cinco, na Brasilândia e onze, no Jardim Icarai. Esses dados indicam que a pró-atividade dos conselhos gestores é baixa, representando um desafio a ser implementado e consolidado nas unidades da rede de atenção básica. Em nenhuma das unidades havia representação ou participação de adolescentes no conselho gestor,

Quadro 3: Caracterização da gravidez na adolescência nas unidades participantes do Programa.

Cidade	Unidade	Nº total de gestantes	Nº de adolescentes grávidas	% de adolescentes grávidas/total de gestantes	Nº de adolescentes que iniciaram o pré-natal até o 4º mês	% de adolescentes grávidas que iniciaram o pré-natal até o 4º mês
Natal	África	53	13	24,5%	13	100,0%
Recife	Passarinho	22	2	9,1%	1	50,0%
São Paulo	Jd. Icarai	142	21	14,8%	20	95,2%
	Brasilândia	60	11	18,3%	9	81,8%
	V. Terezinha	134	23	17,2%	23	100,0%

Fonte: Linha de Base, 2007

dificultando o protagonismo desse segmento na discussão e formulação de propostas de ações locais.

Como plano de ação para o trabalho com adolescentes, foi considerado um grupo ou trabalho sistematizado, com atividades agendadas e regularidade das ações. Além disso, o grupo deveria ser reconhecido pelas equipes e ser uma referência para a unidade. Das cinco unidades que aplicaram a linha de base do programa, três informaram que possuíam um plano de ação formulado coletivamente e, em duas dessas unidades toda a equipe havia sido sensibilizada, como observado no quadro 4.

Todas as unidades participantes do programa referiram ter recebido capacitações para o trabalho com adolescentes no último ano. O detalhamento das capacitações para o trabalho com adolescentes indicou que havia diversas instituições responsáveis, como por exemplo, a Associação de Saúde da Família - uma Organização Social contratada pela Secretaria Municipal de Saúde para atuar na gerência das unidades na zona norte de São Paulo - a Secretaria Municipal de Saúde de Natal, a Escola Técnica de Recife, e outras de iniciativa de ONGs, como a ECOS, Papai e Canto Jovem. A carga horária dessas capacitações variou entre oito e 50 horas e diversas categorias de profissionais foram capacitadas, destacando-se as enfermeiras, os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Os médicos não foram citados por nenhuma das unidades, evidenciando uma lacuna importante na formação da equipe multiprofissional frente à proposta dos serviços amigáveis.

No tocante ao espaço físico, observa-se que todas as unidades referiram a existência de espaço para realização de grupos com adolescentes, embora em duas unidades esse espaço não pertencia diretamente ao serviço, tendo sido cedido ou alugado. Os espaços disponíveis não foram considerados nem suficientes, nem adequados pela maioria das unidades do programa.

Quanto à situação vacinal, o levantamento evidenciou que é preciso incentivar a manutenção das carteiras de vacinação pelos adolescentes ou pelos seus responsáveis,

alertando a população sobre a importância dessa informação para a saúde dos adolescentes. Além disso, ainda faz-se necessário melhorar a cobertura, sobretudo da imunização da Hepatite B, que obteve os maiores índices de respostas negativas nas unidades investigadas.

Em relação ao financiamento para a realização de ações com adolescentes, a maioria das respostas foi negativa quanto a convênios e parcerias externas, projetos com o Fundo Municipal da Criança e do Adolescente, ações intersetoriais e ações com Conselhos, excetuando-se a unidade África, onde foi referido um projeto desenvolvido em parceria com a Secretaria de Municipal de Educação e Cultura.

Na articulação com ONGs, destaca-se o programa "Serviço amigável em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens", desenvolvido em parceria com a Save the Children, Ecos, Papai, Canto Jovem, e Auçuba, que tem como objetivo a capacitação de uma equipe da UBS para o trabalho com adolescentes, através de grupos com técnicas variadas, visando à prevenção das DST/aids, gravidez indesejada, sexualidade, entre outros, e a realização de encontros com adolescentes vinculados às unidades sobre temas ligados à sexualidade. No Jardim Icarai foi mencionada uma parceria com a ONG Morada Jovem, cujo trabalho foi descrito como acompanhamento de adolescentes em medidas sócio-educativas. Na Brasilândia, foram mencionadas as ONGs CEDECA, Sou da Paz e Criança Esperança, e a ação realizada está voltada para a divulgação de cursos oferecidos pela Fundação Criança Esperança.

Com exceção da Unidade Vila Terezinha, todas as demais estão realizando estratégias para captação de adolescentes, sobretudo a divulgação interna, visita domiciliar e contato com as escolas. Destaca-se, na unidade Brasilândia, a utilização do ORKUT, via Internet, e a utilização da rádio local na Unidade África. As unidades Passarinho e Jardim Icarai informaram desenvolver ações para grupos vulneráveis, no entanto, refere-se aos encaminhamentos rotineiros das unidades.

Quadro 4: Caracterização da organização dos serviços nas unidades participantes do programa.

Cidade	Unidade	Plano de ação p/ adolescentes	Nº equipes	Falta RH	Conselho gestor	Capacitação/ adolescentes	Participação/ adolescentes
Natal	África	Sim	2	Sim	Sim	Sim	Não
Recife	Passarinho	Sim	1	Sim	Não	Sim	Não
São Paulo	Jd. Icarai	Sim	6	Não	Sim	Sim	Não
	Brasilândia	Não	4	Sim	Sim	Sim	Não
	V. Terezinha	Não	5	Não	Não	Sim	Não

Fonte: Linha de Base, 2007

Considerações finais

A aplicação da linha de base indicou que as ações desenvolvidas com a população adolescente ainda são pontuais, bem como as parcerias externas ao setor saúde. Há uma dificuldade em se trabalhar com as situações que contribuem para o aumento da vulnerabilidade dos adolescentes, do ponto de vista da saúde sexual e reprodutiva e do respeito à sua cidadania, como as relações de gênero, a violência, as questões atinentes à sexualidade, à prevenção da gravidez não planejada, das DST e do HIV/aids. Para intervir nesses contextos de vulnerabilidade, recomenda-se desenvolver propostas de ação que sejam processuais, contínuas e contextualizadas, incorporando assim, as necessidades de saúde da população adolescente.

Nessa perspectiva é fundamental que os planos de ação das unidades vinculadas ao programa tenham capacidade para articular um conjunto de ações e estratégias coesas, evitando-se o caráter fragmentário e pontual das atividades. Além disso, articular atividades específicas que se referem aos condicionantes e determinantes da vulnerabilidade individual, programática e social dos adolescentes e inespecíficas, voltadas para atividades de promoção da saúde e fortalecimento dos fatores de proteção à saúde.

Por fim, a aplicação regular do instrumental da linha de base possibilitará a obtenção de uma série histórica de dados úteis para a rede de atores envolvidas nas várias frentes do programa serviços amigáveis.

Referências Bibliográficas

BARBOZA, R.; PIROTTA, K.C.M. Indicadores para o Monitoramento da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes na Rede de Atenção Básica: a definição de linha de base para programas de serviços amigáveis. São Paulo: **Boletim do Instituto de Saúde**, nº 40, dezembro 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

SAVE THE CHILDREN. **Serviços Amigáveis em Saúde Sexual e Reprodutiva: elementos para a construção de uma proposta**, julho - 2006. mimeografado.



Atenção à saúde de mulheres vítimas de violência sexual: enfrentando o desafio

Suzana Kalckmann¹

Cláudia Medeiros de Castro²

Tania Di Giacomo do Lago³

Sônia Barros⁴

A violência contra a mulher é um fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social. Contudo, as seqüelas de sua ocorrência são mais perversas para aquelas de menor renda, piores condições de moradia e que têm acesso a serviços de qualidade inferior (BRASIL, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a violência seja entendida como questão de saúde, pois coloca em risco a vida. Assim os serviços de saúde, através de seus procedimentos e estratégias, podem interferir de forma positiva na redução de danos e agravos resultantes da violência sobre as populações (OMS, 2000; GAWRYSZEWSKI; HIDALGO, 2004).

A violência sexual expressa de forma contundente a violação de direitos humanos, sexuais e reprodutivos, especialmente de mulheres, adolescentes e crianças e revela a forma mais cruel das relações de gênero.

Vale lembrar que, experiências bem sucedidas têm mostrado, ao longo dos anos, que o atendimento às vítimas é fundamental para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a aids, a gravidez indesejada, e também para o fornecimento de suporte psicológico que poderia minimizar as seqüelas decorrentes dessa violência (DREZETT *et al.*, 2004; BRASIL, 2007).

Contudo, o número de serviços que realizam o atendimento adequado às vítimas é ainda muito restrito no estado de São Paulo e no Brasil, especialmente quanto se “considera o direito ao aborto para vítimas de estupro, previsto em lei”. Além disto, mesmo na Grande São Paulo, que reúne a maioria destes serviços do estado, muitas mulheres não sabem “onde”, “como” e a quem recorrer para receber os atendimentos adequados e necessários para que os riscos da violência sexual sejam reduzidos. O

mesmo ocorre com os profissionais, principalmente os que atuam em unidades básicas de saúde (UBSs), que não sabem como encaminhar os casos que surgem no seu cotidiano. Vale informar que, não há informações consolidadas sobre a real magnitude do problema no Brasil (KALCKMANN, 2004; CAMPOS *et al.*, 2005).

Há, por parte dos gestores municipais de saúde, grande dificuldade para assumirem este atendimento, contribuindo para a invisibilidade do problema, apesar de existir no Brasil um protocolo que normatiza o atendimento, incluindo a anticoncepção de emergência e a profilaxia das DST/HIV, e de haver legislação para tal (BRASIL, 2007).

Com o intuito de sensibilizar e informar os gestores, estimulando a implantação de serviços para atenção às mulheres vítimas de violência sexual, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Secretaria de Estado da Saúde realizou o **I Encontro Estadual sobre Atenção à Saúde de Mulheres Vítimas de Violência Sexual**^{5,6} direcionado aos profissionais e gestores do SUS.

Acredita-se que este encontro estadual poderá estimular a integração de serviços já existentes em uma rede de suporte e atendimento, facilitando para que as normas técnicas de atendimento e orientações, bem como o instrumento de registro de informações (ficha específica), sejam conhecidos e uniformizados. Deve-se ter claro que, a maior proximidade entre os registros propiciará monitoramentos mais fidedignos das informações sobre esses eventos, preenchendo uma lacuna importante do conhecimento no Brasil (REIS *et al.*, 2004) e fornecendo subsídios para novas políticas públicas.

A adesão ao evento evidenciou que o atendimento às vítimas de violência sexual é uma preocupação sentida pelas diferentes categorias profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente sociais, gestores, agentes comunitários de saúde, entre outros) em todo o estado. No total, fizeram inscrição 466 pessoas, a

¹ Bióloga, Mestre em Epidemiologia e Doutora em Ciências. Pesquisadora Científica V do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: suzanak@isaude.sp.gov.br

² Psicóloga, Mestre em Psicologia Social, Doutora em Ciências, Membro da Área Técnica da Saúde da Mulher GTAE/CPS/SES-SP

³ Médica, Mestre em Pesquisa em População, Doutora em Demografia, Assistente de Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Doutora em Enfermagem e Coordenadora do Grupo Técnico de Ações Estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

⁵ Nos dias 18 e 19 de setembro de 2008.

⁶ Comissão científica: Aloisio José Bedone, Cláudia Medeiros de Castro, Cristiano Fernandes Rosas, Daniela Pedroso, Denise Massari Natal, Jefferson Drezett, Jorge Andalaft Neto, Karina Calife, Osmar Colas, Solimar Ferrari e Tânia Di Giacomo do Lago. Comissão organizadora: Cláudia Medeiros de Castro; Tânia Di Giacomo do Lago; Suzana Kalckmann; Cláudia Carnevalle.

expressiva maioria do sexo feminino (92,5%), provenientes de 91 municípios do estado de São Paulo, além de uma de um município do Paraná. Considerando as DRSs de São Paulo, apenas Franca (DRS 8) não teve inscrição de nenhum participante.

Entre os inscritos, 26% eram profissionais que atuam na Atenção Básica e 27% que trabalham em atendimento hospitalar. Na categoria "outros" foram incluídos os gestores de nível central da saúde dos municípios e de outras secretarias, como Educação, Segurança Pública e Assistência Social. Os profissionais dos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) representaram 8% do total (Figura 1).

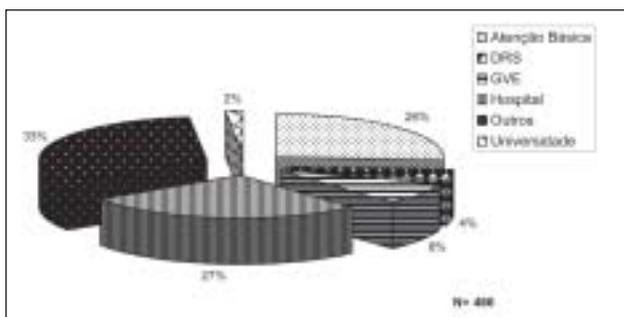


Figura 1: Distribuição dos inscritos no I Encontro Estadual sobre Atenção à Saúde de Mulheres Vítimas de Violência Sexual, segundo o tipo de serviço de saúde onde atuam, 2008.

Predominaram os profissionais que atuam no âmbito municipal (52%) e aqueles do nível estadual (36%), predominantemente das DRSs (Figura 2)

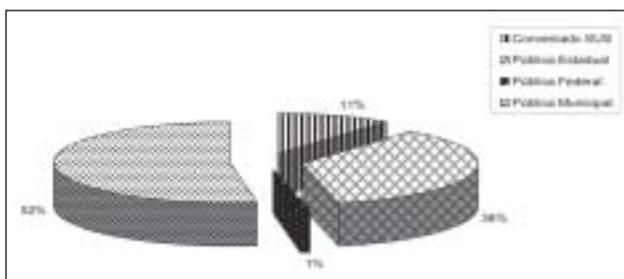


Figura 2: Distribuição dos inscritos no I Encontro Estadual sobre Atenção à Saúde de Mulheres Vítimas de Violência Sexual, segundo o tipo de gestão dos serviços de saúde onde atuam, 2008.

Foram aprovados e apresentados no evento, como pôster, 20 trabalhos, a maioria deles relatando experiências de implantação do serviço de atendimento a vítimas de violência sexual, alguns deles citando o fluxo de atendimento e incluindo os encaminhamentos realizados pelas delegacias de polícia; outros, o papel dos diferentes profissionais da equipe multiprofissional (enfermagem, psicólogos, assistente social); 3 trabalhos discutem o abuso sexual

na infância. Foi também apresentado o relato da construção do sistema de vigilância epidemiológica para as violências e acidentes no estado de São Paulo.

Dois trabalhos discutem o protocolo de interrupção de gravidez decorrente de estupro e um o acesso à contracepção de emergência em serviços de atendimento a vítimas de violência sexual no estado de São Paulo.

Os trabalhos apresentados indicam grande diversidade de profissionais atuando no atendimento às vítimas de violência sexual, mas também revelam que, apesar do interesse na questão, ainda são poucos os serviços que estão desenvolvendo as atividades propostas, e que ainda se tem um imenso caminho a ser percorrido para garantir um atendimento universal e integral às mulheres como recomendado pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará/ONU de 1994 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CAMPOS, M.A.M.R.; SCHORN,.; ANJOS, R.M.P.; LAURENTIZ, J.C.; SANTOS, D.V.; PERES, F. Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. **Saúde e Sociedade** n.14 (1), 2005. p.101-109.
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará/ONU. Belém: ONU, 1994.
- DREZETT, J.; JUNQUEIRA, L.; ANTONIO, I.P.; CAMPOS, F.S.; LEAL, M.C.P.; IANNETTA, R. O abuso sexual na interface entre a Saúde e a Lei. São Paulo: **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, v.33, 2004. p.21-23.
- GAWRYSZEWSKI, V.P.; HIDALGO, N. Vigilância epidemiológica não é só para doenças infecciosas - a proposta do Estado de São Paulo para os acidentes e formas de violência. São Paulo: **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, n. 33, 2004. p.13-15.
- KALCKMANN S. Violência sexual contra mulher: caso de vigilância epidemiológica? São Paulo: **BIS - Boletim do Instituto de Saúde** n. 33, 2004. p.16-18.
- REIS, J.N.; MARTIN, C.C.S.; FERRIANI, M.G.C. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produções de lesões não-genitais. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública** n.20 (2), 2004. p.465-473.

Menopausa, homens e imaginário: reflexões sobre uma intervenção fílmica realizada no centro da cidade de São Paulo

Belkis Trench¹

Rafael Tadashi Miyashiro²

A partir de 2002, dentro do Projeto Ondas³, estivemos envolvidos em diferentes campos de pesquisa, investigando o tema "Menopausa e Envelhecimento". Buscávamos compreender o imaginário construído sobre a menopausa em nossa cultura, privilegiando o discurso de mulheres que, por suas condições sócio-econômica e cultural, distanciavam-se das "mulheres-target" das campanhas de medicamentos.

Fossem índias, caíças ou mulheres da periferia de São Paulo, compreendíamos, através de suas falas, que suas marcas não vinham de ondas de calor, depressão ou da falta de libido e, sim, de suas condições de vida (ou sobrevivência) e das particularidades de seu cotidiano - o que evidenciou claramente uma diversidade de discursos, de vidas e, por quê não?, de menopausas (TRENCH, 2003; TRENCH; SANTOS, 2005; TRENCH; ROSA, 2008). Já na fase final dessa pesquisa, foi surgindo e se construindo o desejo de realizar uma intervenção num espaço público, que tratasse do tema. Tínhamos algumas perguntas como pontos de partida: o que aconteceria se uma pessoa ocupasse um espaço público da cidade e desse visibilidade à menopausa? Será que conseguiríamos filmar o que eventualmente poderia acontecer? A partir dessas divagações iniciais, fomos amadurecendo o projeto e demos início aos primeiros preparativos para concretizá-lo. Neste presente relato, decidimos dar visibilidade a um acontecimento que para nós foi inesperado nessa experiência: a manifestação e o discurso dos homens sobre o tema menopausa⁴.

Contextos

Entre os espaços públicos localizados no centro da cidade de São Paulo, a Praça da Sé foi a nossa escolhida; em visitas anteriores, à praça e ao seu entorno, tentamos entender a sua dinâmica. Ao contrário de outras praças conhecidas, cuja vida vai se renovando ao longo dos

diferentes períodos do dia, a Sé parece pulsar um coração inchado durante o dia, para à noite, contrariamente, cair no esquecimento dos seus transeuntes diários. O local que contém o Marco-Zero da capital não é um lugar particularmente acolhedor, embora, na diversidade de seus usuários, possamos compreender a multiplicidade de castas, costumes, tensões e conflitos presentes no Brasil. Prostitutas dividem seu espaço com camelôs de negócios variados, engraxates, bancas de revistas, policiais, "homens-faixa" e pastores. Dentre os transeuntes, há de tudo: estudantes de diversas idades, mendigos, advogados, religiosas etc.

Em meio a esse quadro tão diverso, a questão da intervenção foi lentamente tomando forma. Optamos por aquela que parecia ser a melhor forma de abordagem naquele espaço público: decidimos nos tornar camelôs de menopausa, "com direito a banca de madeira e tabuleiro".

Mas o que venderia um camelô de menopausa? Como as pessoas seriam atraídas para a nossa "banquinha"? Pensamos em livros, mas logo desistimos. Decidimos, enfim, utilizar cartões coloridos, que seriam espalhados por todo o tabuleiro. Neles, estariam escritos os principais sintomas associados à menopausa, junto com outros que, baseados na pesquisa do Projeto Ondas, comumente a ela associados, mas não têm ligação com ela. Ao todo, foram nove os tipos de cartão: pressão alta, insônia, dor de cabeça, quentura, secura vaginal, ondas de calor, falta de libido, chorar sem motivo e diabetes. Os cartões não seriam vendidos - a idéia era que eles suscitasse "coisas" em quem os visse: Belkis, a pesquisadora, estaria ali para conversar mais com os transeuntes; Rafael, o bolsista FAPESP, para registrar em vídeo essa interação. Para atrair nossos clientes - e enfrentar a grande concorrência da Praça - fizemos cartazes inspirados nos lambe-lambe, em cores vermelho e rosa, com os dizeres:

"O que você quer saber sobre a menopausa? Estou aqui para responder".

"O que você quer saber sobre a menopausa? Estou aqui para falar com você".

¹ Psicóloga, Mestre e Doutora em Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: belkis@usp.br

² Artista Gráfico e Mestrando em Artes Visuais da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Contato: rafiz29@yahoo.com

³ Pesquisa "Projeto Ondas", coordenada por Belkis Trench, durante o período de junho de 2002 a agosto de 2004, com financiamento da FAPESP e participação, como bolsista, de Rafael Tadashi Miyashiro.

⁴ O processo de construção desse vídeo-documentário, chamado "Coisa dos Homens" (2004), foi registrado num trabalho a ser publicado brevemente (TRENCH; MIYASHIRO, 2008), porém com um enfoque mais amplo.

Alocamentos

- No primeiro dia:

Decidimos ficar no “corredor” que se forma no caminho entre a saída do metrô no meio da Praça e a Rua Benjamin Constant, ao lado de uma banca de jornais. Era nosso dia de estréia e não fazíamos a menor idéia do que aconteceria. As pessoas pareciam curiosas, lendo os dizeres das faixas, enquanto andavam apressadas. Mas pareciam tímidas (ou desconfiadas?) o suficiente para não parar.

Para nossa surpresa, os únicos corajosos a se aproximarem foram aqueles que menos esperávamos: os homens. Eles se aproximaram espontaneamente da nossa banca e fizeram perguntas ou responderam às nossas, das maneiras mais diversas. Os homens com os quais nos relacionamos neste dia pareciam ser freqüentadores habituais da Praça, possivelmente desempregados, e eram de diferentes faixas etárias. O primeiro rapaz que se aproximou era bastante jovem. Quando perguntamos o que era menopausa, ele não titubeou e seguiu-se o diálogo:

Rapaz 1: “Menopausa é quando a pessoa esquece de qualquer coisa. (...) Esquece (...) Quando ela tá perdida na vida. Menopausa!”

Belkis: “Esquece as coisas? Me dá um exemplo.”

Rapaz 1: “O que você acabou de perguntar pra mim agora?”

Ainda ríamos quando se aproxima da banca um segundo homem, um pouco mais velho. Começa a mexer nos cartões e Belkis lhe pergunta:

Belkis: “Menopausa... você sabe o que é?”

Homem 1: “Menopausa... é quando a mulher passa dos 50, né?... Sei só um pouquinho, também.”

Ele parece interessado nos cartões com os sintomas escritos.

Belkis: “E homem, tem menopausa?”

Homem 1: “Vou chutar... Tem!”

Belkis: “Tem?”

Homem 1: “Acho que tem... Deve ter sim (...) Será que é bom ou ruim, isso aí?”

Pouco depois, outro rapaz junta-se ao grupo em torno da banquinha:

Belkis: “Você acha que homem também tem menopausa?”

Rapaz 2: “Não! Que é isso!...”

Homem 1: “Errou, mesmo.”

Belkis: “Só mulher?”

Rapaz 2: “Homem não tem isso não.”

Belkis: “E o que você acha que é menopausa?”

Rapaz 2: “Não tenho nada a declarar, não... [eu] não tenho isso!”

Não demorou muito, no entanto, e o recém-chegado logo pergunta:

Rapaz 2: “Oh, senhora... Menopausa também pode ser o equilíbrio do cigarro, quando você fuma e dá cansaço? Pode ser???”

Em geral, em perguntas como essa, Belkis respondia brevemente sobre o assunto. Pouco tempo depois, decidimos mudar de lugar, porque ficamos em dúvida se não estaríamos ocupando o espaço de algumas prostitutas que trabalham na Praça, pois nos sentíamos muito observados por elas. Nos movemos em direção à rua e obtivemos espontaneamente o depoimento de outro homem, que dizia ser casado com uma mulher “coroa” e “muito gostosa”:

Homem: “A menopausa da mulher acho que acontece por causa dos hormônios... O homem é que tem mais hormônio masculino que feminino... vamos supor o seguinte: hoje existe viado, existe sapatão, existe mulher. A maioria dos homens tem a metade dos hormônios masculino, metade feminino. Uns puxam pro lado viado, outros pro lado masculino, outros pro lado sapatão. Por isso existe o viado, o sapatão, existe tudo. Só que é o seguinte: na vida, a gente tem que ver que todo mundo tá aqui, todo mundo tem que existir. A gente não pode negar. Tem que dar respeito a todo mundo que tá na terra. Se nós nascemos pra ser aquilo, tem que ser aquilo. Tem que gostar do que seja. (...) Agora, sobre a menopausa, [que] a partir dos 40, a mulher não pode ter mais filhos... é mentira! Tem uma mulher em Pernambuco que teve filho com 57 anos. Mas isso depende do organismo da pessoa e tudo. Que a partir dos 40, pode causar até a morte. A minha mãe morreu, eu tinha 3 anos de idade. [E] eu estou com 33 anos...”

- Segundo dia⁵:

Voltamos ao mesmo local. Com uma mudança: a banca estava agora toda decorada, por iniciativa de Simone, dona de um brechó na Rua do Carmo. O tabuleiro estava revestido de chitão, florido, e nas pernas, havia adesivos com motivos florais, deixando a banca bem mais charmosa.

Neste dia, parece que a banca chamou a atenção de mais pessoas, mas, novamente, nem todas tinham a coragem de abordar ou perguntar mais a fundo. Um engraxate passou um tempo observando os cartazes e, em seguida, deu uma bela gargalhada.

Diferente do primeiro dia, desta vez apareceram, igualmente, homens e mulheres. Suas perguntas foram algumas vezes relacionadas a outra pessoa. Por exemplo, enquanto conversávamos com um senhor de idade, um homem de meia idade se aproximou e perguntou sobre

⁵ Os dias de filmagem não foram sequenciais, ocorrendo em espaços de semanas.

remédios homeopáticos para menopausa de sua mulher. No meio da conversa, o senhor de idade interveio:

Senhor de Idade: "Desculpe a minha intromissão, mas... quais são os sintomas que a sua mulher tem?"

Homem: "Olha, é mais caloria... calor mesmo. Ela sente aquele [gesticulando com as mãos]... até mal estar."

Belkis: "E calor no corpo todo, ou em algum lugar localizado?"

Homem: "Mais assim pra cima, né... Mais no rosto."

Senhor de idade: "A respeito dessa questão, o homem tem o inverso da mulher. O homem sofre de andropausa."

Belkis: "Mas o que é andropausa?"

Senhor de idade: "Também é complicado."

Homem: "É... andropausa é o inverso, como ele falou... o inverso. Tá ok, muito obrigado."

- Terceiro Dia:

Ao assistir o material que havia sido gravado, notamos que às vezes o som se mostrava alterado. Pela Praça ser um local de bastante movimento e barulho, muitas vezes os ruídos atrapalhavam o registro do diálogo, o que exigia, da parte do câmara, estar bastante próximo tanto da pesquisadora quanto dos entrevistados. Neste dia, resolvemos testar o som em diversos locais, tendo como única motivação resolver questões técnicas. Entretanto, ao testarmos o som com outras pessoas, alguns depoimentos foram muito ricos e por isso foram incorporados ao vídeo, de modo que consideramos esse dia como um dia "de campo":

Belkis: "Testando... som e ruído. Perto da banca... Ahn... seria bom se alguém aparecesse." [Belkis vira-se para o lado e vê um homem perto da banca.]

Belkis: "Tudo bom? (...) Você não quer conversar um pouco comigo para a gente testar o som?"

Homem: "Converso, sim. Se eu tiver assunto e resposta!... Qual a finalidade?"

Belkis: "Nós estamos fazendo um vídeo... sobre menopausa."

Homem: "Menopausa?... Prossiga então às perguntas... E homem tem menopausa?"

Belkis: "Eu é que te pergunto, eu não sou homem. Tem?"

Homem: [rindo] "Certo... é ... acho que não, né?..." "A mulher tem, sim... o homem eu não sei."

Belkis: "E o que é menopausa para as mulheres?"

Homem: "É quando a mulher entra em fase, não desce mais menstruação... dos seus 40 anos acima... (...) a minha mulher - hoje somos separados -, ela falava que sentia um calor violento. Tava na menopausa, se separou cobertas. Eu cobria com a minha, ela com a dela. (...) Doze anos a gente dormindo de cobertas separadas. Ela não tinha mais vontade de sexo..." (...)

Belkis: "Por que você acha que acontece a menopausa?"

Homem: "Acho que isso é uma coisa que já vem do começo do mundo... A menopausa entra na mulher depois dos seus 40 anos... agora o homem eu não sei."

- Quarto dia:

Desta vez, nos colocamos em frente à escadaria da Catedral da Sé. A partir desse dia, mudamos nossos cartazes, deixando mais explícito o porquê de estarmos ali:

"O que você acha que é a menopausa? Dê seu depoimento."

Este novo local, próximo à saída do metro Sé para a lateral da Catedral, é ponto de passagem para diversas pessoas que vão para o Largo São Francisco. As pessoas, aqui, no entanto, eram bem mais apressadas: ou não viam a banca, ou apenas olhavam para ela e seguiam seu percurso. Diante disso, resolvemos assumir uma postura mais ativa e ir atrás dos que estivessem na praça. Guardamos nossa banca no Posto da Guarda Municipal e entrevistamos algumas pessoas.

Sentados na mureta de um dos jardins da Sé estavam vários homens. Quando confrontados com o tema, um pequeno silêncio os cobriu, até que um deles resolveu falar:

Homem 1: "É, eu acho que chegou o tempo certo da mulher, né. Chegou o tempo determinado. Porque para tudo há um tempo, não é verdade? A menopausa, acho que o significado, o objetivo dela... é que chegou aquele tempo, aquele prazo determinado, como pode ser a vida do ser humano, que é de 120 anos... então tudo aqui na terra tem um limite, né? Então ali chegou o limite dela. Então ela vai passar a não produzir mais, a não reproduzir mais. Esse é meu ponto de vista..."

(...)

Belkis: "Mas o que o senhor sabe sobre a menopausa?"

Homem 2: "Sei que... segundo dizem, é que venceu o tempo dela e ela não tem mais condições, né?... de... como se diz? ... se comunicar com homem, com outra pessoa. É isso que eu sei dizer."

Logo depois, perto do Marco-Zero da praça, fomos atrás de uma senhora evangélica que conversava com um rapaz. Ao ser abordada, a mulher consentiu em dar a entrevista, mas o homem, talvez tenha sido o único durante todo o projeto, que fez reservas quanto a ser filmado. Ela disse que tinha sido bom para ela a menopausa, já que não precisava mais lavar suas "roupinhas". O homem, no entanto, disse que ela tinha confundido menopausa com menstruação. Ela logo respondeu ao rapaz:

Senhora Evangélica: "O homem tem andropausa. Quando chegar a sua hora você vai ver!"

- Quinto Dia

Mudamos de local novamente e nos dirigimos à Praça do Carmo, vizinha à Praça da Sé. O Póua-Tempo (central de atendimento do Governo do estado), a Igreja do Carmo, a Polícia Militar ou Corpo de Bombeiros são as referências nas proximidades. Perto da praça, há vários estabelecimentos, como o SESC, e lojas, como o brechó "Vó Maria", da Simone, responsável pelo *design* da nossa banca.

Diferente da Praça da Sé, que nos parece mais intimidante, a Praça do Carmo é bem mais tranquila. Também nela, há um fluxo constante de pessoas indo e vindo, mas

os perfis parecem diferentes. Houve muitas recusas, mas algumas pessoas pareciam vir bastante abertas:

Rapaz: "Isso é o quê?"

Belkis: "Sobre o que você quiser falar... O que você sabe sobre a menopausa?"

Rapaz: "Menopausa [riso]... (...) a menopausa corta o prazer, né?"

Belkis: "Qual o prazer?"

Rapaz: "É... ahn... [um pouco constrangido]... até do sexo, mesmo. [sério] acho que a pessoa tem uma perda desse prazer... essa coisa de tesão: acredito assim."

Belkis: "Mas você já transou com alguma mulher com menopausa pra dizer isso?"

Rapaz: "[pensativo]... Não! [risos]... não! [risos]."

Neste dia, o câmera Rafael também interferiu e foi atrás de algumas pessoas para pegar depoimentos. Uma senhora idosa, com seu acompanhante, foi bastante solícita:

Rafael: "A senhora acha que homem tem menopausa?"

Senhora: "Não, não... homem não tem menopausa. Homem tem andropausa. Homem também tem. Não tem mais a... a ereção como devia ter. Tem menos ereção. Então são obrigados a tomar essas [rindo] bobagens que aparecem aí: andropausina, viagra... essas coisas." (...)

Rafael: "A senhora é casada?"

Senhora: "Não... sou amigada. Amigada só com ele."

Rafael: "O que que é 'amigada'?"

Senhora: "Amigada é uma pessoa que tá junto mas não tá casada [risos]."

Rafael: "Vocês são 'amigados' há quanto tempo?"

Senhora: "[rindo] Uns 20 anos..."

Edição Final

A edição do documentário levou meses e incluiu algumas sessões entre conhecidos que nos serviram para aprimorar o filme. A princípio era difícil, diante de uma diversidade tão grande de depoimentos, pensar em como reduzir o material filmado para que ocupasse um tempo aceitável. Além disso, havia problemas de ordem técnica.

Sendo assim, decidimos que a melhor forma de editar esse filme seria contar o desenvolvimento do projeto, assumindo suas mudanças, suas falhas técnicas, enfim, sua história própria. Os dias de filmagem, com suas características únicas e suas surpresas, também nos davam essa brecha, pois sempre depois de cada filmagem assistíamos a todo material bruto e comentávamos sobre o que tinha sido bom ou não. Alguns depoimentos, embora interessantes, foram cortados, para dar ritmo e coesão ao filme.

Conclusões

O filme "Coisa dos Homens" (2004)⁶ focaliza um tema relacionado a área da Saúde da Mulher, porém, em muitos aspectos, se diferencia dos documentários produzidos neste campo, tanto aqueles direcionados aos especialistas, quanto aos direcionados ao público leigo. Em primeiro

lugar, porque privilegia não o discurso do especialista e, sim, o do senso comum. O senso comum, ao contrário do que prega a ciência moderna,

"...não é nem falso, ilusório, ou superficial, ao contrário enriquece a nossa relação com o mundo. Por ser indisciplinar e imetódico, sua prática não é orientada para o produzir e sim para o existir. Transparente e evidente; desconfia da opacidade dos objetivos tecnológicos e do esoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso, e à competência linguística" (SOUZA SANTOS, 1996, p.56).

O fato de a menopausa ser vista sobre tantos prismas, tanto positivos, quanto negativos, com mesclas de humor às vezes, mostra o quanto ela é ampla e distinta para cada um.

Na edição, priorizamos essa multiplicidade de vozes, que parece, às vezes, formar um coral dissonante, mas que representa a heterogeneidade que marca os sentidos atribuídos à menopausa. Quando uma pessoa fala que "menopausa é quando a gente esquece" e parece, sinceramente, acreditar nisso, seu depoimento não é escolhido por seu absurdo, mas porque ali se traduz uma das vozes que não têm acesso aos discursos hegemônicos sobre o tema, e isso é representativo. Os homens, especialmente os que nos procuraram no primeiro dia, foram os que mais mostraram esse distanciamento.

A presença dos homens também traz à tona um imaginário que nem sempre é considerado quando se aborda o tema menopausa. Nesse sentido, seus discursos são interessantes, não só por confrontar-se com um tema que não lhes diz respeito diretamente, mas também por levá-los a questionar se existe uma situação equivalente em sua vida: "E homem, tem menopausa?"

Ao abrimos nossa escuta a esses discursos, percebemos que, nos deixando penetrar por sua polissemia, também assumiríamos que todas as falas sobre a menopausa que aparecessem no documentário seriam tratadas sem diferenciação de valor ou hierarquia. Assim, as noções de certo ou errado, falso ou verdadeiro foram aos poucos sendo destituídas de sentido. O fato do documentário não se propor a dar uma resposta oficial ou médica sobre este acontecimento da vida das mulheres é um outro fator que o distancia dos documentários da área da Saúde. A nossa não-resposta, de outro lado, também não significa que o documentário assuma uma postura de neutralidade, muito pelo contrário, já que é a multiplicidade de sentidos, e não um sentido fechado e único, que possibilita a criação de vários "espaços" a serem preenchidos por quem o vê. Umberto Eco, no livro "Obra aberta" (1968), mostra que

⁶ O documentário foi apresentado na Mostra do Audiovisual Paulista, em 2005 (MIS/ São Paulo), e no Festival Viaxes na Lusofonia, em 2006, na Espanha, entre outros.

esses espaços ampliam as leituras possíveis ao expectador, pois é na fruição que o expectador constrói sentidos e questionamentos. Isso pode ser comprovado nas exibições do filme: as pessoas, em geral, acompanhavam o filme com atenção; em alguns trechos, riam; em outros, mais sérios, prestavam atenção; mas os comentários e as impressões que ouvimos, após a exibição, eram tão variados quanto o público presente nelas.

De outro lado, e por mais paradoxal que seja, já que apontamos algumas diferenças entre o nosso documentário e os documentários educativos da área de Saúde, sendo exatamente essas diferenças que abrem perspectivas para que ele possa ser utilizado de forma criativa nesse campo. A multiplicidade de discursos sobre o tema, a relação do pesquisador e do entrevistado com o espaço, as diferenças de falas entre os gêneros, poderão incentivar e fomentar uma maior aproximação entre os especialistas e os usuários dos serviços, assim como, poderão, ainda, provocar nas pessoas uma reflexão sobre o poder dos discursos biomédicos e um questionamento da medicalização dos diferentes ciclos do corpo feminino, relativizando sua sintomatologia, ou mesmo, a relação estabelecida entre a menopausa e falta de libido, depressão, etc.

Uma obra aberta nunca estará fechada à criação de novos sentidos e poderá ser constantemente re-significada.

Referências Bibliográficas

COISA DOS HOMENS. TRENCH, B.; MIYASHIRO, R.T. (Direção). São Paulo: Instituto de Saúde, 2004. Apoio: FAPESP. 42min. Formato digital.

ECO, U. **Obra aberta**. São Paulo: Perspectiva, 1976.

SOUSA SANTOS, B. **Um discurso sobre as Ciências**. Porto: Edições Afrontamentos, 1996.

TRENCH, B.; SANTOS, C.G. Menopausa ou menopausas. São Paulo: **Revista Saúde e Sociedade**, v.14, n.1, , jan.-abr. 2005. p. 91-100.

TRENCH, B.; MIYASHIRO, R.T. Menopausa e imaginário: o discurso das mulheres sem voz. Caracas: **Colección Monografías: Programa Cultura, Comunicación y Transformaciones Sociales**, n.39, 2005, p.46. CIPOST, FaCES, Universidad Central de Venezuela, Disponível em [<http://www.globalcult.org.ve/monografias.htm>]. Acesso em 26 fev. 2008.

TRENCH, B.; ROSA, T.E.C.. Menopausa, hormônios, envelhecimento: discursos de mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. Recife: **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil/ IMIP**, v.8,n.2, Abr-Jun.2008. p.207-216

TRENCH, B.; MIYASHIRO, R.T. Coisa dos Homens: relatos de uma intervenção fílmica sobre a menopausa no centro de São Paulo. São Paulo: **Revista do Imaginário**, n.16, jan.-jun. 2008 [no prelo].

