



Sexualidade, Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva II

Instituto de Saúde

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

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Jean Gorinchteyn

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Maritsa Carla de Bortoli

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Boletim do Instituto de Saúde - BIS

Volume 22 – Nº 2 – Dezembro 2021
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação Semestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2000 exemplares
Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
boletim@isaude.sp.gov.br

Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

Portal de Revistas da SES-SP – <https://periodicos.saude.sp.gov.br>

Editor
Márcio Derbli

Editores Científicos
Regina Figueiredo (Instituto de Saúde)
Sílvia Bastos (Instituto de Saúde)

Administração
Bianca de Mattos Santos

Bibliotecária
Tania Isabel de Andrade

Ilustração de capa
Detalhe do tríptico “O Jardim das Delícias Terrenas”
(Hieronymus Bosch, 1504)

Revisão
Tikinet Edição Ltda

Diagramação e editoração
Purim Comunicação Visual

Impressão
Print Save

Conselho Editorial

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA

Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Ernesto Báscolo – Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario – Rosario – Argentina

Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil

Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil

José da Rocha Carneiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Márcio Derbli – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Marcio Sussumu Hirayama – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália

Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil

Maria Thereza Bonilha Dubugras – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP - Brasil

Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil

Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil

Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas -SP – Brasil

Sônia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Tereza Setsuko Toma – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Sumário

Editorial	02
Os direitos reprodutivos da mulher como proteção indivisível de direitos humanos – uma discussão a partir das exigências inconstitucionais para a colocação do DIU Ana Lúcia Dias da Silva Keunecke	04
Mortalidade materna de mulheres negras em município da Região Metropolitana de São Paulo: iniquidades, lacunas e possibilidades de intervenção Bruna Martins Cardoso da Silva, Sílvia Helena Bastos de Paula	15
Estratégias na implementação do Plano de Parto: fortalezas e fragilidades levantadas na experiência do município de Franco da Rocha Giulia Catissi, Fabiana Ribeiro, Sílvia Bastos, Fabiana Santos Lucenas	29
Relato sobre parir na pandemia: andanças da ‘Fulô do Agreste’ Nathalya Fonseca Camargo, Vitoria Karen Raimundo	41
Promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente: identificação de barreiras e sugestões de novas estratégias Thais Aparecida Alves Turno	54
Atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente: respostas da atenção primária e o impacto do coronavírus Daniela Saraiva da Clara	64
Atenção à saúde sexual e reprodutiva – levantamento estadual para a construção da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J) Regina Figueiredo, Júlia de Campos Cardoso Rocha, Jan Billand, Gabriela Souza Murizine, Fernanda Lopes Regina, Analice Oliveira, Daniela Vinhas Bertolini, Sandra Mara Garcia, Albertina Duarte Takiuti, Mariana Arantes Nasser	76
Saúde reprodutiva e o acesso a contraceptivos no contexto da pandemia de covid-19 Kamila Freire Guedes, Vitoria Karen Raimundo, Sílvia Bastos	96
Perfil das usuárias de DIU no município de São Paulo Luana Pavoni Fernandes, Suzana Kalckmann, Tania Lago	106
Como as mulheres jovens vivenciam o uso do método contraceptivo sintotérmico (método de percepção da fertilidade que usa a temperatura corporal basal associada à análise do muco cervical)? Daniela Saraiva da Clara, Ana Luiza Vilela Borges	116
Percepções de profissionais e usuários da Atenção Básica sobre o preservativo feminino/interno Cintia Lopes de Mello Ferrão, Regina Figueiredo, Lincoln de Jesus Menezes, Marina Pagani	125

Editorial

“

*...É que eu tô,
tô grávida de uma nota musical
de um automóvel,
de uma árvore de Natal*

*e vou parir
uma montanha, um cordão umbilical
um anticoncepcional, um cartão postal*

*É que eu tô,
tô grávida, esperando um furacão,*

*um fio de cabelo, grávida,
uma bolha de sabão*

*E vou parir sobre a cidade
quando a noite contrair e quando o sol
dilatam dar à luz”.*

(Marina Lima, “Grávida”; 1991)

Dando continuidade aos temas que envolvem a sexualidade, a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, esta edição do BIS discute sobre parto, contracepção, mortalidade materna, pré-natal e violência obstétrica, temas que afetam mais diretamente as mulheres. Essas questões representam, ainda, um foco de preocupação em nosso país, assim como a necessidade de melhoria da promoção de saúde e a assistência do Sistema Único de Saúde (SUS). É preciso que esses temas continuem sendo discutidos e que haja propostas de melhorias para o SUS, bem como a defesa desse sistema que vem sofrendo ameaças retrógradas e de contenção em seu financiamento.

A conquista do SUS, instituído na Constituição Federal de 1988 e implementado a partir da lei nº 8.680, de 1990, democratiza o direito à saúde e a possibilidade de acesso à efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos a todos os brasileiros, beneficiando e atendendo às demandas historicamente pautadas pelas mulheres brasileiras. Nesse sentido, abordar, propor e avaliar condutas de promoção à saúde e a esses direitos se faz constantemente necessário, bem como o impacto provocado pela covid-19 na oferta.

Com esse intuito, nesta edição, Ana Lúcia Keunecke aborda os direitos sexuais e reprodutivos como conquista de direitos humanos, além de discutir tentativas inconstitucionais e atuais de restringir a autonomia das mulheres para colocação de DIU. Bruna Cardoso da Silva e Sílvia Bastos discutem as razões de mortalidade materna das mulheres negras, apontando lacunas e possibilidades de intervenção. Giulia Catissi, Fabiana Ribeiro e Sílvia Bastos apresentam as estratégias de implementação do Plano de Parto, relatando a experiência realizada no município de Franco da Rocha. Nathalya Fonseca e Vitória Karen Raimundo apresentam um relato de caso sobre as dificuldades de parir durante a pandemia de covid-19. Thais A. Turno aborda o tema da gravidez na adolescência, discutindo as barreiras e estratégias para a promoção da saúde sexual e reprodutiva para adolescentes.

Daniela S. Clara reflete sobre as respostas da atenção à saúde sexual e reprodutiva

no contexto da pandemia de covid-19. Regina Figueiredo e colegas apresentam os dados do levantamento e as diretrizes instituídas na “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o SUS do Estado de São Paulo”, que permitiram a recente iniciativa de implementação dessa política em nível paulista. Kamila Guedes, Vitória Raimundo e Silvia Bastos fazem um balanço da dispensa de contraceptivos para usuárias/os do SUS, também abordando os impactos da pandemia de covid-19. Luana P. Fernandes, Suzana Kalckmann e Tania Lago descrevem os resultados da pesquisa “Ouvindo Mulheres” com relação ao perfil das usuárias de DIU. Daniela S. Clara e Ana Luiza Vilela Borges revelam seus achados de pesquisa sobre a percepção de usuárias adeptas do método contraceptivo sintotérmico. Cintia Lopes de Mello, Regina Figueiredo, Lincoln Menezes e Marina Pagani descrevem as falas de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o preservativo feminino/interno.

Dessa forma, a publicação complementa os aspectos incluídos nos direitos sexuais e reprodutivos, dando destaque à saúde reprodutiva, permitindo que ela seja pensada sob o enfoque da realidade, enquanto componente da sexualidade, das discussões de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Boa Leitura!

Regina Figueiredo

Silvia Bastos

Os direitos reprodutivos da mulher como proteção indivisível de direitos humanos – uma discussão a partir das exigências inconstitucionais para a colocação do DIU

Women's reproductive rights as indivisible human rights protection - a discussion from unconstitutional requirements for IUD insertion

Ana Lucia Dias da Silva Keunecke¹

Resumo

Este artigo traz a nota técnica emitida pela Comissão da Mulher Advogada da Ordem dos Advogados (OAB), seção São Paulo (OAB-SP), elaborada a partir das resoluções de direitos humanos e que incluem os direitos reprodutivos e a Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, discutindo os direitos de autonomia e garantia à saúde das mulheres, em resposta às tentativas de limitação da colocação do dispositivo intrauterino.

Palavras-chave: Mulher; Saúde; Dispositivo intrauterino (DIU); Saúde sexual e reprodutiva; Direitos reprodutivos; Direitos humanos.

Abstract

This article brings the Technical Note issued by the Commission of Women Lawyers of the Bar Association (OAB), São Paulo Section (OAB-SP), elaborated from human rights resolutions and which include Reproductive Rights and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, discussing the rights of autonomy and guarantee to women's health, in response to attempts to limit the placement of the intrauterine device.

Keywords: Woman; Health; Intrauterine device (IUD); Sexual and reproductive health; Reproductive rights; Human rights.

Introdução

No segundo semestre de 2021, uma nota técnica^{1,1} foi emitida pela Comissão da Mulher Advogada da Ordem dos Advogados (OAB), seção São Paulo (OAB-SP), por ocasião de uma denúncia no jornal “A Folha de São Paulo”² sobre a exigência de planos de saúde do consentimento prévio e expresso do cônjuge/companheiro da mulher usuária que pretendesse

a colocação do contraceptivo intrauterino (DIU). Na mesma época, foi noticiado em matéria veiculada nesse mesmo jornal³ que algumas unidades básicas de saúde (UBS) da cidade de São Paulo passaram a fazer igual exigência. Essa notícia foi posteriormente desmentida pela Secretaria de Saúde do município de São Paulo⁴.

A necessidade de publicação dessa nota técnica surge da ingerência de entes públicos e privados sobre a autonomia reprodutiva da mulher, um direito fundamental previsto e garantido em tratados internacionais de direitos humanos das mulheres, como a Conferência de População e Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em 1994, no Cairo⁵ e a

¹ Ana Lucia Dias da Silva Keunecke (analuciadias.nf@gmail.com) é advogada e pós-graduada em Direito Processual Civil pela Universidade Mackenzie, especialista em Direitos Humanos pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), Professora de Pós-Graduação em Direitos das Mulheres do Grupo ProOrdem e da Escola Brasileira de Direitos das Mulheres, e membro fundador da organização não governamental Artemis, da Mulher sem Violência e da Cinema-terna e membro da Rede Feminista de Juristas (DeFEMde).

¹¹ Esta nota técnica foi redigida pela própria autora, como advogada feminista participante desta comissão.

Conferência da Mulher, realizada em 1995, em Pequim⁶. O Brasil é signatário⁷ de ambas as conferências e se obrigou a seguir, primordialmente, no seu sistema legal, tal como manda a Constituição Federal⁸. Permitir tal abuso que afeta o direito indivisível da mulher sobre suas escolhas e seu corpo é violação de direitos humanos.

Nesse sentido, pretende-se, com este artigo, a veiculação da nota técnica emitida¹, para que sirva de referência aos profissionais de saúde nas diretrizes de seus trabalhos e na preservação de direitos das mulheres.

Conteúdo da nota técnica emitida para a OAB-BR

Assim se inicia a nota técnica:

“Através de matéria da jornalista Victoria Damasceno, publicada no Jornal “A Folha de São Paulo”, foi noticiado que alguns seguros saúde, como a Cooperativa UNIMED em algumas unidades – João Monlevade e Divinópolis – ambas no estado de Minas Gerais, e de Ourinhos, estado de São Paulo –, estão exigindo, para a colocação do contraceptivo DIU ou do endoceptivo, na mulher, que conste a assinatura do cônjuge ou companheiro. A reportagem anexou fotos dos termos de consentimento que as mulheres devem preencher, com o espaço para assinatura do cônjuge, companheiro ou parceiro. Diz, ainda, a reportagem, que as cooperativas se baseiam na lei federal nº 9.263/96⁹.

A exigência é absurda, inconstitucional e viola tratados internacionais de direitos humanos das mulheres, assinados e ratificados pelo Brasil, ou seja, com força de lei supraconstitucional. De pronto, cumpre ressaltar que não existe nenhuma lei no Brasil que condicione a utilização de quaisquer métodos contraceptivos pela mulher à autorização de cônjuge, companheiro ou parceiro.

O que existe é legislação federal que trata da realização de vasectomia/laqueadura, lei federal nº 9.263/96 e prevê que a esterilização em

“homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce”⁹.

Quanto à necessidade de autorização, a lei é expressa no sentido da sua obrigatoriedade: “Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges”⁹.

A exigência prevista no §5º do artigo 10º da lei 9.263/96, acima mencionada, caracteriza verdadeira afronta aos princípios constitucionais de igualdade, ferindo igualmente o princípio de autonomia e os tratados internacionais assinados e ratificados pelo Brasil e, inclusive, é alvo da Ação Direta de Inconstitucionalidade proposta pela Associação Nacional de Defensores Públicos (ANADep).

A Carta Magna de 1988⁸ assegura, no caput do seu art. 5º, que todos somos iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade.

Com a promulgação da Constituição de 1988, o Brasil caminhou para a redução da desigualdade existente entre homem e mulher. Contudo, historicamente, é conhecida a disparidade de gênero, a luta dos movimentos sociais pelo direito da mulher e pela conquista da autonomia feminina.

Uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção dessa deliberação.

Respeitar a autonomia é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, evitando, da mesma forma, a obstrução de suas ações, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para outras pessoas. Demonstrar falta de respeito com um agente autônomo é desconsiderar seus julgamentos, negar ao indivíduo a liberdade de agir com base em seus julgamentos, ou omitir informações necessárias para que possa ser feito um julgamento, quando não há razões convincentes para fazer isso.

E, apesar de todas as normas existentes para igualar homens e mulheres e, ao mesmo tempo, tratar de maneira individual, como seres humanos donos de suas próprias vontades, as mulheres não são totalmente livres e independentes para tomar determinadas decisões.

Tal exigência/autorização fere o direito individual do ser humano, afronta a autonomia sobre o seu próprio corpo e tira da mulher sua condição de sujeito de direito ao subordinar uma ação que diz respeito somente ao seu corpo à autorização de outrem. Configura, ainda, o pensamento pelo qual as mulheres vêm lutando por séculos: de serem propriedades de um terceiro que decidirá sobre suas vontades, sobre suas escolhas.

A mulher, sujeito autônomo e livre, tem o direito de escolher por si só o que melhor lhe convém quanto ao corpo, quanto à escolha de ser mãe ou não. Além de inconstitucional, a regra que determina a autorização do cônjuge para a realização da esterilização é imoral, pois coloca a mulher como refém da escolha de um homem, como se a ele pertencesse.

Da mesma forma, é completamente ilegal e impensável que um seguro saúde exija a anuência e/ou consentimento de cônjuge, companheiro ou parceiro da mulher para a escolha de quaisquer contraceptivos. É violação de direitos humanos das mulheres. É violação de tratados internacionais”.

- A restrição da autonomia enquanto violência:

Buscando dar ênfase à tentativa de controle do corpo feminino e o cerceamento da autonomia feminina enquanto violência e discriminação, a nota técnica continua:

“A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)¹⁰ dispõe (destaques nossos):

“Considerando que a Declaração Universal dos Direitos Humanos reafirma o princípio da não discriminação e proclama que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos e que toda pessoa pode invocar todos os direitos e liberdades proclamados nessa Declaração, sem distinção alguma, inclusive de sexo,

Considerando que os Estados-partes nas Convenções Internacionais sobre Direitos Humanos têm a obrigação de garantir ao homem e à mulher a igualdade de gozo de todos os direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos,

Observando, ainda, as resoluções, declarações e recomendações aprovadas pelas Nações Unidas e pelas agências especializadas para favorecer a igualdade de direitos entre o homem e a mulher,

Preocupados, contudo, com o fato de que, apesar desses diversos instrumentos, a mulher continue sendo objeto de grandes discriminações,

Relembrando que a discriminação contra a mulher viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito da dignidade humana, dificulta a participação da mulher,

*nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômica e cultural de seu país, constitui um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família e **difículta o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher para prestar serviço a seu país e à humanidade,***

Preocupados com o fato de que, em situações de pobreza, a mulher tem um acesso mínimo à alimentação, à saúde, à educação, à capacitação e às oportunidades de emprego, assim como à satisfação de outras necessidades,

Convencidos de que o estabelecimento da nova ordem econômica internacional baseada na equidade e na justiça contribuirá significativamente para a promoção da igualdade entre o homem e a mulher,

Salientando que a eliminação do apartheid, de todas as formas de racismo, discriminação racial, colonialismo, neocolonialismo, agressão, ocupação estrangeira e dominação e interferência nos assuntos internos dos Estados é essencial para o pleno exercício dos direitos do homem e da mulher,

Afirmando que o fortalecimento da paz e da segurança internacionais, o alívio da tensão internacional, a cooperação mútua entre todos os Estados, independentemente de seus sistemas econômicos e sociais, o desarmamento geral e completo e, em particular, o desarmamento nuclear sob um estrito e efetivo controle internacional, a afirmação dos princípios de justiça, igualdade e proveito mútuo nas relações entre países e a realização do

direito dos povos submetidos à dominação colonial e estrangeira e à ocupação estrangeira, à autodeterminação e independência, bem como o respeito da soberania nacional e da integridade territorial, promoverão o progresso e o desenvolvimento social e, em consequência, contribuirão para a realização da plena igualdade entre o homem e a mulher,

Convencidos de que a participação máxima da mulher, em igualdade de condições com o homem, em todos os campos, é indispensável para o desenvolvimento pleno e completo de um país, para o bem-estar do mundo e para a causa da paz.

Tendo presente a grande contribuição da mulher ao bem-estar da família e ao desenvolvimento da sociedade, até agora não plenamente reconhecida, a importância social da maternidade e a função dos pais na família e na educação dos filhos, e conscientes de que o papel da mulher na procriação não deve ser causa de discriminação, mas sim que a educação dos filhos exige a responsabilidade compartilhada entre homens e mulheres e a sociedade como um conjunto,

Reconhecendo que para alcançar a plena igualdade entre o homem e a mulher é necessário modificar o papel tradicional tanto do homem como da mulher na sociedade e na família,

Resolvidos a aplicar os princípios enunciados na Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher e, para isso, a adotar as medidas necessárias a fim de suprimir essa discriminação em todas as suas formas e manifestações,

Concordam no seguinte:

PARTE I

Artigo 1º - Para fins da presente Convenção, a expressão “discriminação contra a mulher” significará toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

Artigo 2º - Os Estados-partes condenam a discriminação contra a mulher em todas as suas formas, concordam em seguir, por todos os meios apropriados e sem dilações, uma política destinada a eliminar a discriminação contra a mulher e com tal objetivo se comprometem a:

(...)

b) adotar medidas adequadas, legislativas e de outro caráter, com as sanções cabíveis e que proíbam toda discriminação contra a mulher;

(...) **e) tomar as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher, praticada por qualquer pessoa, organização ou empresa...”.**

Entendemos que condicionar a contracepção da mulher (incluindo a colocação de dispositivo intrauterino) à autorização do cônjuge fere o direito à liberdade individual da mulher, prevista

no artigo 1º da CEDAW. Mais ainda, é a discriminação da mulher que não é casada ou da que vive uma relação homoafetiva, afetando diretamente a sua liberdade ampla e autonomia, pois estimula e perpetua a discriminação e o controle das mulheres, colocando-as à margem de um tratamento digno, em especial na área da saúde sexual, que afeta sua intimidade e sua autonomia.

Outro tratado internacional que baliza os direitos das mulheres é a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção de Belém do Pará,¹¹ e declara que

“A violência contra a mulher constitui uma violação aos direitos humanos e às liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente à mulher ao reconhecimento, gozo e exercício de tais liberdades.”

Dessa forma, a Convenção Belém do Pará determina, em seu artigo 1º, que

*“Deve-se entender **por violência contra a mulher** qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que **cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado**”.*

Diz o artigo 2º:

“Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica:

a. que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende,

entre outros, estupro, **violação, maus-tratos e abuso sexual;**

b. que tenha ocorrido na comunidade e **seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, e**

c. **que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.”**

Em que pese todo o estabelecido na convenção, ratificada pelo Brasil, que culminou na primeira lei específica de proteção aos direitos da mulher, a lei Maria da Penha (lei nº 11.340 de 2006¹²), o fato é que as mulheres brasileiras **estão à mercê de retrocessos e violações aos direitos humanos conquistados e por anos trabalhados para perpetuar a garantia de uma vida livre de violência às mulheres”.**

- Direitos reprodutivos como direitos humanos:

A partir do pressuposto dos direitos humanos, a nota destaca a importância da conquista dos direitos reprodutivos para as mulheres:

“Os direitos reprodutivos são direitos humanos que compreendem a decisão de homens e mulheres sobre o desejo de ter filhos, o número de filhos que desejam ter, em que momento desejam ter e como desejam fazê-lo, de forma autônoma, sem discriminação, violência ou coerção. Trata-se, também, do acesso a informações, métodos, meios e técnicas conceptivas (para ter filhos) e contraceptivas (para não ter filhos).

Essa noção de direitos reprodutivos provém da Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994⁵, cujo documento final é um dos acordos internacionais a que o Brasil aderiu, comprometendo-se a tomar as medidas necessárias para a sua implementação no âmbito interno.

Já os direitos sexuais são direitos relacionados ao exercício e à expressão da sexualidade, de forma livre, sem discriminações. Envolvem o direito de escolha de ter ou não relações sexuais, o direito de expressar livremente a orientação sexual, o direito à relação sexual independente da reprodução e o direito ao sexo seguro, com o objetivo de prevenir gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/aids. Essa noção de direitos sexuais, que diferencia sexualidade de reprodução, é resultante da declaração assinada na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995⁶. O Brasil também aderiu a esse documento internacional, comprometendo-se politicamente a tomar medidas para a sua implementação através de leis e políticas públicas específicas.

A garantia ao livre e igualitário exercício dos direitos sexuais e reprodutivos abrange ações e recursos tanto para a concepção, quanto para a anticoncepção. Assim, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como a uma vida livre de violência para as mulheres é um direito humano que **deve ser garantido pelo Estado brasileiro e respeitado por todos os entes, inclusive os privados, que aqui se estabeleceram.**

Quando a Convenção Belém do Pará determina que é violência contra a mulher qualquer ação ou omissão que lhe cause **danos físicos e/ou psicológicos** é preciso observar que qualquer conduta que a coloque nas situações acima é uma grave violação de seus direitos fundamentais. A mulher como cidadã e sujeito de direitos

deve ter respeitado **o exercício pleno de escolha de seus direitos sexuais e reprodutivos.**

A professora e doutora Carmen Simone Grillo Diniz¹³ diz em seu artigo “Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada”:

*“Maternidade voluntária – **Por voluntária, estávamos pressupondo que a maternidade deveria ser uma escolha baseada na vontade consciente da mulher e/ou do casal (apesar do papel exato do parceiro na decisão reprodutiva ainda ser um objeto de polêmica entre nós). Isso implicaria na possibilidade de uma escolha, na medida do possível, livre de constrangimentos biológicos — a gravidez como resultado de uma relação desprotegida por falta de acesso aos métodos contraceptivos — ou psicológicos e sociais, como a pressão para que toda e qualquer mulher seja mãe, como condição para ser “normal” ou “completa”. Dessa forma, a maternidade voluntária pressupunha o livre acesso à contracepção e à interrupção da gravidez indesejada, assim como o reconhecimento social das mulheres como indivíduos plenos, para além de ter ou não ter filhos.”***

*“**Maternidade prazerosa** – Por prazerosa, nossa intenção era a de questionar o mito da “mater dolorosa”, o da mãe sofredora tão bem representada pela expressão “ser mãe é padecer no paraíso”. Nossa cultura judaico-cristã exalta o valor do sofrimento e do sacrifício como condições necessárias à maternidade, de forma a fazer equivaler a ela um certo masoquismo “normal”. Assim, a boa mãe seria a que sofre bastante na gravidez e mais ainda no parto, que*

*sacrifica sua vida profissional e sexual pelo amor e doação aos filhos e que aceita passiva e alegremente cada um desses limites e dores como consequências naturais da maternidade. O movimento de mulheres vem reivindicar que a maternidade, como qualquer trabalho humano livremente escolhido, está potencialmente cheio tanto de limites quanto de possibilidades, tanto de delícias quanto de dificuldades, e que boa parte do sofrimento associado a ela é socialmente construído, e não resultado “natural” dessa escolha. **Nós, como feministas, queremos ampliar nossa cota de prazer e realização potencialmente contida na maternidade e escolhemos associar a ela, prioritariamente, a satisfação, e não o sacrifício. Isso implica reconhecer a autoridade das mulheres para definir suas prioridades no ciclo gravídico-**puerperal**”** (destaques nossos).*

Atendendo aos compromissos assumidos perante a Organização dos Estados Americanos, o Brasil, em sua Carta Cidadã⁸, tem entre seus princípios e objetivos fundamentais a igualdade, conforme se observa nos dispositivos abaixo transcritos:

“Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

(...) IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.

“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

(...) § 2º - Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte” (destaques nossos).

Ainda, é importante atentar ao artigo 7º da Convenção de Belém do Pará¹¹, que diz:

“Os Estados Partes condenam todas as formas de violência contra a mulher e concordam em adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas orientadas a prevenir, punir e erradicar a dita violência e empenhar-se em:

a. abster-se de qualquer ação ou prática de violência contra a mulher e velar para que as autoridades, seus funcionários, pessoal e agentes e instituições públicas se comportem conforme esta obrigação;

b. atuar com a devida diligência para prevenir, investigar e punir a violência contra a mulher;

c. incluir em sua legislação interna normas penais, civis e administrativas, assim como as de outra natureza que sejam necessárias para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher e adotar as medidas administrativas apropriadas que venham ao caso;

d. adotar medidas jurídicas que exijam do agressor abster-se de fustigar, perseguir, intimidar, ameaçar, machucar ou pôr em perigo a vida da mulher de qualquer forma que atente contra sua integridade ou prejudique sua propriedade;

e. tomar todas as medidas apropriadas, incluindo medidas de tipo legislativo, para modificar ou abolir leis e regulamentos vigentes, ou para modificar práticas jurídicas ou consuetudinárias que respaldem a persistência ou a tolerância da violência contra a mulher;

f. estabelecer procedimentos jurídicos justos e eficazes para a mulher que tenha sido submetida a violência, que incluam, entre outros, medidas de proteção, um julgamento oportuno e o acesso efetivo a tais procedimentos;

g. estabelecer os mecanismos judiciais e administrativos necessários para assegurar que a mulher objeto de violência tenha acesso efetivo a ressarcimento, reparação do dano ou outros meios de compensação justos e eficazes; e

h. adotar as disposições legislativas ou de outra índole que sejam necessárias para efetivar esta Convenção” (destaques nossos).

A alínea “e” da Convenção de Belém do Pará é explícita no sentido de que o Estado membro deverá tomar **todas as medidas para modificar ou abolir leis e regulamentos vigentes que respaldem a persistência ou a tolerância da violência contra a mulher.**

Em 1992, o Comitê de Monitoramento da aplicação da CEDAW emitiu a Recomendação Geral nº 19¹⁴, que no seu artigo 1º explicita o entendimento de que **toda violência praticada contra a mulher é uma forma de discriminação que inibe gravemente a capacidade da mulher de gozar dos direitos e liberdades em pé de igualdade com o homem.**

Na Recomendação 19¹⁴ encontramos o entendimento daquela corte de que a **discriminação contra a mulher restringe especialmente o direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental** (item 7, alínea “g”). Esse entendimento estabelece que a prática de discriminação contra a mulher constitui uma infração ao artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais¹⁵, de 1966, no que tange ao direito da mulher à saúde física e mental (saúde integral).¹⁶

- O direito da mulher à saúde integral:

Destacando que atentar contra o direito à integralidade em saúde é uma forma de violência, a nota declara:

“Reafirmando a relação entre o direito da mulher à saúde integral e o direito a uma adequada assistência, o Comitê CEDAW elaborou posteriormente a Recomendação Geral nº 24¹⁶, que esclarece em seu artigo 11 que:

*“As medidas tendentes a eliminar a discriminação contra a mulher **não se consideram apropriadas quando um sistema de atenção médica carece de serviços para prevenir, detectar e tratar enfermidades***

próprias da mulher. A negativa de um Estado Parte de prever a prestação de determinados serviços de saúde reprodutiva à mulher em condições legais resulta discriminatória.”

Pela Recomendação nº 24 da CEDAW¹⁶ vemos que a negativa de uma assistência médica adequada à mulher, como acontece no caso de condicionar a colocação do DIU à anuência de um terceiro (cônjuge, companheiro ou parceiro), é uma prática discriminatória contra a mulher. Essa mesma recomendação esclarece também outros pontos fundamentais sobre o direito da mulher à saúde:

“a) As mulheres têm o direito de estar plenamente informadas, por pessoal devidamente capacitado, de suas opções para aceitar tratamento ou investigação, incluídos os possíveis benefícios e os possíveis efeitos desfavoráveis dos procedimentos propostos e as opções disponíveis” (artigo 20);

“b) Os Estados Parte devem garantir não só o acesso a uma assistência médica de qualidade, mas também que essa assistência seja aceitável para a mulher. São aceitáveis os serviços que se prestam se é garantido o consentimento prévio DA MULHER com pleno conhecimento de causa, se respeita sua dignidade, se garante sua intimidade e se tem em conta suas necessidades e perspectivas” (artigo 22).

O Brasil se obrigou a cumprir as normativas dos tratados internacionais contra a discriminação e a violência contra a mulher. Por isso, a exigência de anuência e/ou autorização de terceiros

para que a mulher possa utilizar como contracepção o dispositivo intrauterino ou endoceptivo é violação de direitos humanos, violência contra a mulher e deve ser rechaçada.

Com essa nota técnica, a Comissão da Mulher Advogada da Ordem dos Advogados do Brasil de São Paulo, agindo em conformidade com seu regimento interno, embasa a ilegalidade da exigência noticiada no jornal “A Folha de São Paulo” e solicita que os órgãos responsáveis no cumprimento dos direitos humanos e nos direitos das mulheres tomem as medidas cabíveis para evitar retrocesso e perda de direitos fundamentais garantidos pelos Tratados Interamericanos assinados e ratificados pelo Brasil”.

Considerações finais

A nota técnica emitida destaca a importância do conhecimento e apropriação de todas as legislações que defendem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, tanto por elas quanto por profissionais provedores e defensores de seus direitos. A tentativa de restrição observada nesse caso do DIU é apenas um exemplo de como grupos de interesse econômico e/ou conservadores podem tentar obstruir a conquista desses direitos que obtivemos após o processo de redemocratização do Brasil.

Referências

1. Nota técnica da Comissão da Mulher Advogada [internet]. São Paulo: OAB/SP 10 ago 2021 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: <https://jornaldaadvocacia.oabsp.org.br/sem-categoria/nota-tecnica-da-comissao-da-mulher-advogada-da-oab-sp-sobre-consentimento-de-conjuge-para-colocacao-de-contraceptivo/>.
2. Damasceno V. Seguros de saúde exigem consentimento do marido para inserção do DIU em mulheres casadas. Folha de São Paulo [internet]. 3 ago 2021 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/08/>

seguros-de-saude-exigem-consentimento-do-marido-para-insercao-do-diu-em-mulheres-casadas.shtml.

3. Damasceno V. Postos de saúde de SP pedem autorização do marido para inserção do DIU; prática é ilegal. Folha de São Paulo [internet]. 2021 [acesso em 30 set 2021]; 9 set. <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/09/postos-de-saude-de-sp-pedem-autorizacao-do-marido-para-insercao-do-diu-pratica-e-ilegal.shtml>.
4. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Área Técnica de Saúde da Mulher. São Paulo; setembro de 2021.
5. Patriota T. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento [internet]. Brasília: UNFPA-BR; 1994 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>.
6. Viotti MLR. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher – Pequim [internet]. 1995 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília (DF); 2005.
8. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília; 1988 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
9. Brasil. Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências [internet]. Brasília; 12 jan 1996 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm.
10. Organização das Nações Unidas - ONU. Convenção sobre a eliminação da discriminação contra a mulher – CEDAW – 1979 [internet]. Nova Iorque; 1979 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf.
11. Organização das Nações Unidas - ONU. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção de Belém do Pará [internet]. Brasília; 1994 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>.

12. Brasil. Lei no 11.340, de 7 agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências [internet]. Brasília; 7 ago 2006 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.

13. Diniz SG. Maternidade Voluntária, Prazerosa e Socialmente Amparada: breve história de uma Luta [internet]. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; 2000 [acesso em 30 set 2021] Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/maternidade-volunt%C3%A1ria.pdf>.

14. United Nations entity dedicated to gender equality and the empowerment of women. - UN Women. General Recommendation n° 19 [internet]. Nova Iorque: CEDAW; 1992 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom19>.

15. Organização das Nações Unidas - ONU. Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais [internet]. Brasília; 1992 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>.

16. United Nations entity dedicated to gender equality and the empowerment of women - UN Women. General Recommendation n° 24 [internet]. Nova Iorque: CEDAW; 1999 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: General recommendations made by the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Disponível em: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>

Mortalidade materna de mulheres negras em município da Região Metropolitana de São Paulo: iniquidades, lacunas e possibilidades de intervenção¹

Maternal mortality of black women in a city of São Paulo Metropolitan Region: inequalities, gaps and possibilities of intervention

Bruna Martins Cardoso da Silva^{II}, Sílvia Helena Bastos de Paula^{III}

Resumo

O estudo discute elementos relacionados à atenção básica e mortalidade materna entre mulheres negras, passíveis de intervenção em saúde coletiva pelos representantes públicos, gestores e profissionais de saúde. A abordagem quanti-qualitativa, de cunho descritivo, realizada em 2019, avalia as (des)informações sobre variáveis da assistência pré-natal a partir de dados obtidos de relatórios de investigação de óbitos maternos ocorridos entre 2008 e 2018 no município de Franco da Rocha-SP. Foram analisados 13 relatórios; os dados produzidos pela pesquisa documental foram organizados por modalidade temática e interpretados à luz da literatura que versa sobre direitos sexuais e reprodutivos. A pesquisa reafirma que as condições biopsicossociais e de cuidado em saúde sexual e reprodutiva vivenciadas por mulheres negras no município em questão são desfavoráveis, contribuindo para desfechos fatais, mas aponta-se como estratégia de mudança a promoção da completude dos dados e informações sobre mortalidade materna. Pondera-se ser necessário a retomada de diálogos e de ações sobre a qualificação das práticas em saúde, assim como sobre o reconhecimento e superação do racismo estrutural, das interseccionalidades que influem na atenção ao pré-natal, parto e puerpério de mulheres negras.

Palavras-chave: Mortalidade materna; Saúde coletiva; Raça/cor.

Abstract

The study discusses elements related to primary care and maternal mortality among black women, amenable to intervention in collective health by public representatives, managers and health professionals. The quanti-qualitative approach, of descriptive nature, conducted in 2019 evaluates the (dis)information on variables of prenatal care from data obtained from investigation reports of maternal deaths that occurred between 2008 and 2018 in the municipality of Franco da Rocha-SP. Thirteen reports were analyzed; the data produced by the documentary research were organized by thematic modality and interpreted in light of the literature that deals with sexual and reproductive rights. The research reaffirms the biopsychosocial conditions and care in sexual and reproductive health impaired with which black women live in the municipality in question and that favor fatal outcomes, but it is pointed out as a strategy for change the promotion of the completeness of data and information on maternal mortality. It is considered necessary to resume dialogues and actions on the qualification of health practices, as well as the recognition and overcoming of structural racism, the intersectionalities that influence the prenatal care, delivery and puerperium of black women.

Keywords: Maternal mortality; Collective health; Race/color.

¹ Baseado em pesquisa realizada para o trabalho de conclusão de curso "Raça, cor, determinação social e mortalidade – um recorte das mortes de mulheres em idade fértil no município de Franco da Rocha" de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2020¹.

^{II} Bruna Martins Cardosos Silva (martins.bruna2010@hotmail.com), obstetrix pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde, mestranda na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e diretora da Atenção Básica na Secretaria Municipal da Saúde de Itanhaém, estado de São Paulo.

^{III} Sílvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br), enfermeira e mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (IS/SES-SP).

Introdução

Morte materna, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a morte de uma mulher durante sua gravidez ou dentro de um período de 42 dias após o seu término, independentemente de sua duração ou localização, como consequência de causas relacionadas com a gravidez, agravadas por ela ou por medidas tomadas em relação à gestação (causas obstétricas diretas

ou indiretas), porém não associadas a causas acidentais ou incidentais². Dados como os de mortalidade materna permitem calcular a “razão de mortalidade materna” (RMM), obtida por meio do cálculo do número de óbitos maternos em relação ao de nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano ou período considerado e multiplicado por 100 mil². Esse é um importante indicador, pois se relaciona às peculiares condições sociais, de qualidade da assistência em saúde, a questões de gênero, a determinações políticas de cuidado de populações inteiras, seus grupos e interseccionalidades.

A década de 1980 foi fundamental para o avanço das discussões sobre a mortalidade materna. Em 1984, ocorreu o primeiro Encontro Nacional de Mortalidade Materna com o objetivo de discutir os fatores que permeiam esses desfechos. Em 1987, essa discussão foi oficialmente incorporada às políticas públicas de saúde no estado de São Paulo, com o Programa de Prevenção da Morte Materna pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a criação dos primeiros Comitês de Morte Materna (CMM), ainda universitários³. Um dos impulsos à criação desses comitês foi, em 1983, a elaboração, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)⁴ – programa que mais tarde seria transformado na atual Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que conta com 14 diretrizes como ferramentas organizadoras, dentre as quais se encontra:

“A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais”⁵ (p.63).

Após quase duas décadas da implantação da PNAISM, sua efetivação ainda é um desafio, principalmente nas questões relativas à integralidade e aos direitos sexuais e reprodutivos. Essas demandas escancaram o reconhecimento pleno das diretrizes da política e sua incorporação nas práticas cotidianas de saúde é necessária para que os desfechos em saúde no ciclo de vida de todas as mulheres, seus processos de gestar, adoecer e morrer sejam vividos sob um cuidado qualificado e livre de desigualdades e iniquidades.

Do total de mortes maternas, incluindo aquelas descritas como mortes maternas tardias, em todo o território nacional, no ano de 2017, 1.176 óbitos (62,4%) foram de mulheres pretas e pardas que viviam distribuídas em todas as regiões brasileiras⁶. Em 2018, o valor relativo a essas mulheres chegou a 1.229 óbitos maternos (65,8%), o que corrobora dados de outros anos e achados de Dias e colegas⁷ que, em revisão de literatura sobre as características socioeconômicas das mulheres brasileiras vítimas da morte materna, puderam identificar discussões sobre os maiores coeficientes do indicador entre as mulheres negras.

Grande parte dessas mortes ocorre durante o trabalho de parto, puerpério imediato e por razões evitáveis, mostrando ser, portanto, de suma importância que se faça diagnóstico oportuno e qualificado dos riscos existentes ou condições mórbidas já instaladas durante o período de gestação, parto e pós-parto. A Atenção Básica de Saúde representa um espaço crucial para as ações em saúde sexual e reprodutiva e cabe a ela, prioritariamente, avaliar constantemente os riscos aos quais o binômio mulher-feto/recém-nascido está submetido, de forma a contribuir para o tratamento adequado e a melhora dos desfechos. Acessar a Atenção Básica e o sistema de saúde de forma equitativa e oportuna é,

portanto, imprescindível para favorecer desfechos positivos, melhorando, assim, indicadores de saúde de mulheres e crianças⁸.

A partir dessa constatação e considerando que nos contextos municipais ocorre de forma semelhante às abordagens nacionais, a razão da mortalidade materna (RMM) pode sinalizar diferentes problemáticas nas áreas de Saúde da Mulher e Saúde Coletiva⁹. Assim, o estudo aqui apresentado teve por objetivo discutir elementos relacionados à Atenção Básica e à mortalidade materna entre mulheres negras passíveis de intervenção em Saúde Coletiva pelos representantes públicos, gestores e profissionais de um município da Região Metropolitana de São Paulo.

Metodologia

Trata-se de estudo quanti-qualitativo do tipo avaliativo, realizado durante a avaliação de implementação de linha de cuidado, por meio do projeto intitulado “Implementação da linha de cuidado de saúde sexual e reprodutiva, com ênfase na atenção ao pré-natal, parto e puerpério na Atenção Básica de Franco da Rocha: utilização e sustentabilidade”, elaborado pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Saúde de Franco da Rocha.

A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2019, por meio de visitas ao Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna, Fetal e Infantil de Franco da Rocha, estado de São Paulo. A amostra foi composta por 13 relatórios de investigação de óbitos maternos ocorridos entre os anos de 2008 a 2018. Para os objetivos deste estudo, apresentamos apenas os dados de mulheres falecidas descritas como negras (pardas ou pretas) e que totalizam sete casos.

Um roteiro de coleta de dados foi aplicado a cada um dos relatórios de investigação. Além do quesito raça/cor, as variáveis coletadas foram:

idade ao falecer, ano de nascimento, bairro de residência, estado civil, escolaridade, ocupação, atendimento pelo Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e/ou pela Estratégia Saúde da Família (ESF), quantidade de pessoas com residência fixa no domicílio e renda familiar.

A organização do instrumento dessa coleta ocorreu a partir da “Ficha de investigação de óbito materno” elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo¹⁰. Esses dados foram sistematizados em planilhas e gráficos produzidos com as ferramentas do Microsoft Excel versão 2013 e apresentados na forma de quadros.

A pesquisa com suas respectivas intervenções foi autorizada pela gestão municipal e realizada somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (Parecer de nº 3.640.095). O responsável pelo Comitê de Mortalidade Materna de Franco da Rocha também autorizou a coleta de dados secundários.

Resultados

A investigação possibilitou a obtenção de tendências de mortalidade materna no município de Franco da Rocha nos últimos 11 anos, de 2008 a 2018, e avaliação retrospectiva de ações pré-natais e de atenção ao parto, com recorte na atenção pré-natal, raça/cor e outros aspectos de determinação social que influenciam nessa mortalidade.

Franco da Rocha está localizada na Região Metropolitana de São Paulo, microrregião de Franco da Rocha. As razões de morte materna nesse município foram, respectivamente, de 90,95 e 45,49 nos anos de 2017 e 2018^{IV}, por motivos prevalentemente classificados como mortes por causas obstétricas diretas.

^{IV} Dados obtidos na Secretaria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SVE/SES-SP).

Sendo a população francorochense, segundo o Censo de 2010¹¹, composta por 64.142 mulheres, dentre as quais 47,7% eram mulheres negras em idade fértil e considerando possível manutenção dessa proporção atualmente, um grande grupo de mulheres pode experimentar ciclos gravídico-puerperais sob a premissa da interferência das iniquidades raciais no acesso ao cuidado, às informações e ao cuidado

a esses ciclos, conforme já mencionado por Batista e colegas¹². A partir dessa percepção, apresentamos dados relativos a mulheres descritas como pardas, único “subgrupo” de mulheres negras que foi vítima de morte materna no período do estudo.

Faleceram, entre 2008 e 2018, em Franco da Rocha, sete mulheres negras devido a causas relacionadas no quadro abaixo (Quadro 1):

Quadro 1 - Dados dos casos de mortes maternas de mulheres pardas
- Franco da Rocha (2008 a 2018)

Ano do óbito	Causa do óbito	Ocorrência	Tipo de óbito
2011	Pré-eclâmpsia grave	No puerpério até 42 dias	Obstétrico direto
2013	Insuficiência cardíaca devido à cardiomiopatia dilatada e complicações do puerpério	Entre 43º dia e 1 ano após término da gestação	Mortalidade materna tardia
2014	Enforcamento, estrangulamento e sufocação - Intenção não determinada	Durante a gestação com (?) semanas	Não obstétrico (Mortalidade materna presumível)
2014	Deficiência de coagulação pós-parto	No puerpério até 42 dias	Obstétrico direto
2015	Miocardiomatia isquêmica	Entre 43º dia e 1 ano após término da gestação	Mortalidade materna tardia
2017	Aborto não especificado	Após abortamento / no puerpério até 42 dias	Obstétrico direto
2017	Insuficiência respiratória aguda devido a estado de mal asmático	Durante o abortamento	Obstétrico indireto

Fonte: adaptado pela autora de dados Municipais SVE/ CMM.

Vale salientar que, em 100% dos casos, a classificação do tipo de óbito não foi informada no relatório de investigação (situação corrigida no projeto, mediante a avaliação das causas informadas), assim como não estava descrita a possível situação de evitabilidade e as recomendações relacionadas a ela.

Destaca-se que a investigação de cada caso revelou que uma mulher identificada no sistema como branca, morta em 2017, era classificada como uma mulher parda, segundo a descrição de sua própria mãe, obtida em entrevista domiciliar.

As idades dessas mulheres variaram entre 19 e 34 anos, sendo mais prevalente o grupo de mulheres maiores de 25 anos; duas delas eram casadas (28,6%); apenas uma chegou a iniciar o ensino superior (14,3%); e três se ocupavam com as tarefas domésticas (42,8%). As demais trabalhavam como garçonete, técnica de enfermagem e alimentadora de linha de produção e para uma mulher não havia a informação profissional.

Todas essas mulheres habitavam em bairros da região urbana de Franco da Rocha e cinco

delas (71,4%) moravam com mais de duas pessoas, sendo mais prevalentes os domicílios com mais de três habitantes fixos. Em 100% dos casos não houve informação sobre a renda familiar e sobre o atendimento em saúde pela Estratégia de Saúde da Família.

Os dados obstétricos mostraram que essas mulheres eram majoritariamente “grandes” multigestas (três ou mais gestações anteriores em 57,1% dos casos), com nascimentos ocorridos frequentemente por partos vaginais; duas delas vivenciaram aborto (28,6%) e, entre as gestações anteriores descritas, a infecção do trato urinário (ITU), bronquite, problemas cardíacos e sífilis apareceram como intercorrências.

O acompanhamento pré-natal foi avaliado a partir das seguintes variáveis: realização do acompanhamento, número de consultas e tipo de serviço acessado (público ou privado), idade gestacional (IG) na ocasião da primeira consulta,

data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), idade gestacional na ocasião da última consulta e fatores de risco: vulnerabilidades e comportamento; além da estratificação de risco gestacional, do registro de dados em cadernetas da gestante, realização de vacinação, realização e coleta de exames e outras informações disponibilizadas na caderneta da gestante.

Todas as gestações foram descritas como de risco habitual, apesar de haver registros de abuso de drogas ilícitas sem cuidados, asma, hipertensão arterial e arritmia cardíaca sem acompanhamento. Apenas uma das mulheres teve o acompanhamento gestacional documentado em caderneta da gestante, mas, nesse caso, não foi descrita a vacinação e nem os resultados de exames. A data da última menstruação (DUM) e a data provável do parto (DPP) tiveram registro estimado em apenas um caso. Os demais dados estão organizados abaixo no Quadro 2:

Quadro 2 - Dados de pré-natal das mulheres vítimas de morte materna
- Franco da Rocha (2008 a 2018)

Ano do óbito	Realização de pré-natal		1ª consulta	Última consulta	Vacinação	Exames
2011	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)
2013	Sim - SUS	6/7 consultas	18 semanas	40 semanas	dado não encontrado	dado não encontrado
2014	Não	(informação inexistente)	(informação inexistente)	(informação inexistente)	(informação inexistente)	(informação inexistente)
2014	Sim - SUS	8 consultas	10 semanas	40 semanas	(dado não encontrado)	Apenas registro de solicitação
2015	Sim - Serviço Privado	7 ou + consultas	9 semanas	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)	(dado não encontrado)
2017	Não	(informação inexistente)	(informação inexistente)	(informação inexistente)	(informação inexistente)	(informação inexistente)
2017	Sim - SUS	1 consulta	13 semanas	13 semanas (aborto)	Apenas registro de solicitação	Apenas registro de solicitação

Fonte: adaptado pela autora de dados Municipais SVE/ CMM.

Apenas uma mulher hipertensa e sem tratamento registrado durante o pré-natal foi internada no primeiro mês de gestação por hipertensão arterial. Com relação ao local de falecimento, em 28,6% (dois casos) do total foi o domicílio e as

demais mortes (71,4%) ocorreram em unidades hospitalares. Foi realizada a necropsia em apenas 42,8% (três) dos casos. As complicações no ciclo gravídico-puerperal, o desfecho gestacional e a descrição do óbito seguem abaixo no Quadro 3:

Quadro 3 - Complicações, desfecho gestacional e descrição dos óbitos das mulheres vítimas de morte materna - Franco da Rocha (2008 a 2018)

Ano do óbito	Complicações na gestação/parto/puerpério	Desfecho gestacional	Descrição do óbito
2011	Pré-eclâmpsia grave (gestação/parto)	Cesariana - Sem dados do recém-nascido	Hemorragia intracerebral não especificada devido à hipertensão intracraniana benigna, consequência de edema cerebral devido à pré-eclâmpsia grave e doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, parto e puerpério. Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) não especificado. Laudo do Instituto Médico Legal (IML) local: acidente vascular cerebral hemorrágico e pré-eclâmpsia grave.
2013	Arritmia cardíaca e hipertensão sem tratamento registrado na gestação	Parto vaginal - Recém-nascido vivo	Insuficiência cardíaca devido à cardiomiopatia dilatada e complicações do puerpério.
2014	Drogadição sem cuidados registrados na gestação	Óbito fetal sem registro de parto/ nascimento	Asfixia. Morte materna associada à causa externa não determinada.
2014	Sangramento intenso pós-parto, choque hemorrágico	Cesariana - Recém-nascido vivo	Choque cardiogênico como consequência de septicemia não especificada, deficiência de coagulação pós-parto, parto por cesariana. Causa da morte registrada no prontuário: choque cardiogênico/ choque séptico/ coagulação intravascular disseminada pós-cesariana.
2015	Irmã relata que tinha pressão alta, mas não há registro ou relato de tratamento na gestação	Cesariana - Recém-nascido vivo	Cardiomiopatia obstrutiva.
2017	Aborto incompleto, descompensação e sepse no puerpério	Aborto	Hemorragia não classificada devido a aborto não especificado e doença inflamatória não especificada do útero.
2017	Paciente asmática; Drogadição sem cuidados registrados na gestação	Aborto	Insuficiência respiratória aguda por crise asmática.

Fonte: adaptado pela autora de dados municipais SVE/ CMM.

Discussão

Em saúde, conforme são qualificadas as informações e registros de casos de morbimortalidade, se confirmam estatisticamente os maiores riscos que vulnerabilizam determinados grupos sociais. A população negra sofre com piores condições de vida e saúde e isso vem sendo exposto nos indicadores de morbimortalidade por vários autores¹³.

Sabe-se que está fortemente recomendada, pelas produções científicas, a autoatribuição – citação espontânea de raça/cor diante de uma pergunta aberta, como método de captação de raça/cor/etnia. Porém, no Brasil, as pesquisas populacionais têm lançado mão, para além desse método, da heteroatribuição, na qual outra pessoa define o grupo do sujeito.

O estudo da mortalidade é um campo complexificado por dois fatores: primeiro, o fato amplamente registrado e vivido nas ações de cuidado e assistência em que a saúde é também uma das áreas em que o racismo está embrenhado; e segundo, a impossibilidade de confirmação presencial da pessoa em questão de sua autclasificação de raça/cor. Frequentemente, os técnicos desse campo tendem a registrar essa variável sob o viés sociocultural do embranquecimento, de forma que as mulheres pardas tornam-se brancas e as pretas tornam-se pardas.

As análises epidemiológicas de mortalidade materna nacional¹⁴ e do estado de São Paulo¹⁵ mostram que o quesito raça/cor tem sido um dado mais informado com o passar dos anos, corroborando o fato de que, com o aumento dessa informação, passa-se a aumentar os registros de mortes maternas entre as mulheres negras, especialmente as descritas como pardas – grupo também mais frequente nos registros de mortalidade em Franco da Rocha.

Segundo o Ministério da Saúde¹⁶, cerca de 92% das mortes maternas são por causas

evitáveis e ocorrem, principalmente, por hipertensão, hemorragia ou infecções. Essas são causas classificadas como do tipo obstétricas diretas e que, dada a sua definição, são sensíveis à ampliação do acesso e qualificação das ações e cuidados realizados no acompanhamento pré-natal, no parto e puerpério. Ou seja, ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, o parto ou o puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

Entre a população negra, esse tipo de morte materna é o mais encontrado, devido a complicações majoritárias de hipertensão/pré-eclâmpsia. Em Franco da Rocha, esse tipo também foi identificado, além de outras causas, como hemorragia e complicações do abortamento. As mortes do tipo obstétricas diretas foram, na amostra deste estudo, seguidas de mortes maternas do tipo tardias – as que ocorrem entre 42 dias e um ano após o término da gestação. A morte não obstétrica é aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na declaração de óbito por falhas no preenchimento, dessa forma, ocultando o estado gestacional. É também chamada de “máscara”, daí a expressão “morte materna mascarada”. O óbito do tipo obstétrico indireto é aquele resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez¹⁷.

As mortes maternas tardias não compõem os valores que determinam a razão de mortalidade materna de um território, porém podem compor um cálculo específico que é a “razão de mortalidade materna tardia”, a qual permite um conhecimento mais aprofundado e aprimorado dessas mortes e de seu impacto na mortalidade materna geral, contribuindo para a construção de medidas de cuidado em saúde. Esses óbitos são

ainda subestimados, pouco visibilizados e pouco estudados no Brasil e em outros países, por isso têm sido menos informados nas declarações de óbito, ou seja, subnotificados, o que dificulta o processo de investigação e sua inclusão nos sistemas de informação, assim como as análises necessárias para construção de ações e políticas de saúde concretas com vistas a reduzi-los, uma vez que são frequentemente evitáveis¹⁸.

Sabe-se que o estudo da mortalidade materna e de sua razão são indicadores sensíveis das condições de saúde das mulheres, de uma população, da organização e eficiência de um sistema de saúde; portanto, sua vigilância, além de informar, permite conhecer as circunstâncias em que os óbitos ocorreram, fornecendo subsídios para a tomada de decisão por gestores e técnicos. A investigação, portanto, completa e adequadamente registrada é quesito de grande importância nesse processo, inclusive os registros da classificação do tipo de óbito, sua evitabilidade, classificação dessa evitabilidade e recomendações relativas. Vê-se o quanto é necessário avançar no aspecto dos registros para adequação das análises, tanto da implicação do quesito raça/cor nos desfechos de mortes maternas quanto dos tipos de causas obstétricas que as ocasionam.

Com relação aos dados gerais encontrados em nosso estudo, já em 2006, Martins¹³ relatou que as questões raciais são acompanhadas das questões socioeconômicas. É visto que o racismo e as iniquidades de gênero afetam mulheres negras para além das piores condições econômicas e de baixa escolaridade que têm acompanhado essa população ao longo da história do Brasil, compondo o quadro de suas vulnerabilidades tanto individuais como coletivas e contextuais de maneira interseccional^{13, 26}. Entre os indicadores dessa realidade, está a baixa escolaridade, que se relaciona ao menor acesso à informação, menor uso de métodos contraceptivos, gravidezes

mais precoces e numerosas, embora a taxa de fecundidade entre negros esteja em queda¹⁹.

Sobre as idades das mulheres estudadas, tem-se que as faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos compreendem, respectivamente, populações de mulheres com menor risco reprodutivo. Portanto, se estão morrendo nesse momento da vida reprodutiva, deve-se investir na melhoria da assistência ao ciclo gravídico-puerperal e detecção oportuna de riscos. Quanto à segunda faixa de idade, verifica-se maior risco para essa população, com chances entre duas e três vezes maiores de morte. Esse dado indica a necessidade de fortalecimento e qualificação de ações de planejamento reprodutivo para esse grupo²⁰.

Ainda com relação à taxa de fecundidade entre mulheres negras, pesquisas encontraram concentração de piores desfechos naquelas com mais de três filhos vivos. Martins¹³ verificou grande interação entre o número de gestações (três ou mais), quantidade de filhos vivos e morbidades maternas graves, o que novamente direciona à necessidade de fortalecimento e qualificação de ações de planejamento reprodutivo.

Leal e colegas²¹ constataram, também, maior paridade nessa população, assim como maior número de partos normais como via de nascimento. Assim, discutem o quanto, no contexto brasileiro, esse tipo de nascimento denota “menor cuidado”.

O modelo intervencionista de assistência obstétrica, a despeito das recomendações nacionais e internacionais baseadas em evidências científicas sobre os benefícios dos partos normais e uso seletivo, bem indicado dos nascimentos por via cirúrgica, identifica a prática de cesarianas como “bom cuidado”, majoritariamente oferecido às mulheres brancas e no sistema privado de assistência à saúde. Leal e colegas²¹

apontam que o racismo internalizado faz compreender que diferentes grupos raciais resistem a procedimentos e processos dolorosos de formas diferentes, sendo os negros mais resistentes.

Com relação ao acompanhamento pré-natal, infelizmente, problemáticas como ausência de registro e/ou registro inadequado impediram o conhecimento aprofundado dos fatos e mostraram uma fragilidade no cuidado, deixando os seguintes questionamentos: trata-se de uma real falta de documentos? Os documentos apenas não foram preenchidos/completos/disponibilizados ou há uma real ausência de acesso aos atendimentos e aos recursos para registro do processo gestacional para essas mulheres? Sobre isso, o Ministério da Saúde²² enfatiza em um de seus manuais:

“...é importante reiterar a necessidade do adequado preenchimento de todos os instrumentos de registro disponíveis, para que a assistência prestada à gestação seja de qualidade”²² (p. 21).

Os dados encontrados em nosso estudo mostram, para a maioria dos casos em que essa informação esteve disponível, a adequação do número de consultas pré-natal a partir da orientação do Ministério da Saúde²³ – que consiste na realização de, no mínimo, seis consultas, sendo preconizada uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre da gestação, apesar de para dois deles o início ter sido tardio, segundo essa referência. Em oposição ao início tardio do acompanhamento pré-natal, recomenda-se a captação precoce da gestante para esse cuidado, sendo o período indicado até a 12ª semana gestacional. Essa estratégia deve ser preconizada, pois está relacionada a melhores resultados do processo como um todo.

Entre os objetivos do acompanhamento pré-natal, estão a busca por prevenção de enfermidades, diagnóstico e tratamento adequado a cada gestação, cuidados que podem ser alcançados por meio de dinâmica, constante e adequada classificação de risco gestacional, ações de prevenção e assistência à saúde humanizada e qualificada. Sobre isso, Ferreira²⁴ e Leal e colegas²¹ reafirmam a desigualdade racial como fator de extrema relevância nos aspectos do acesso ao cuidado adequado e conforme recomendado em vários protocolos.

Segundo o Ministério da Saúde²², na gestação de alto risco há probabilidade aumentada de serem afligidas a vida ou a saúde do binômio mulher-feto, ou a saúde de um deles quando comparada à média populacional considerada, de forma que a identificação dos fatores de risco e o ajuste do cuidado às demandas relacionadas tornam-se cruciais para a intervenção sobre tais probabilidades. Fatores como a dependência de drogas lícitas e/ou ilícitas, o intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos, hipertensão arterial/pré-eclâmpsia, cardiopatias, pneumopatias, histórico de doenças infecciosas e outros aqui encontrados são alguns dos listados pelo Ministério da Saúde no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco²² como marcadores que indicam a necessidade de maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes e gestações. Nem sempre a presença isolada de um desses fatores determina o encaminhamento para a assistência especializada e com recursos propedêuticos de tecnologia mais avançada, porém, nos casos em que isso for necessário, esse encaminhamento deve ser feito prontamente, de forma a assegurar a conformidade da assistência às necessidades.

Diante desses quesitos, entende-se que o pré-natal da amostra do estudo aqui apresentado apresentou importantes fragilidades no que diz respeito aos ajustes do cuidado a partir de

fatores de risco, cumprimento de protocolos de exames, vacinação, tratamentos prioritários e oportunos e medidas de prevenção de agravos em saúde.

Com relação ao abuso de drogas ilícitas sem cuidados durante o período gestacional, é necessário considerar que, biológica e fisiologicamente, tais substâncias relacionam-se a possíveis prejuízos no crescimento fetal, aborto, parto prematuro, deficiências cognitivas no concepto, entre outros, podendo atingir a saúde do binômio mulher-conceito. Santos e Gavioli²⁵ encontraram evidências do consumo prolongado de maconha, cocaína e crack entre “gestantes jovens, de cor “não branca”, de religião católica, com baixa escolaridade e baixa renda, advindas de famílias nas quais existam usuários de drogas”, ou seja, mulheres que vivenciam um conjunto de vulnerabilidades sociais que abarcam questões raciais, assim como os casos descritos neste estudo.

Ainda, destaca-se que, para o grupo de mulheres gestantes negras, a hipertensão – que é uma complicação frequente e importante do ciclo gravídico-puerperal – tem início mais precoce e evolução mais grave nessa população. Segundo o Ministério da Saúde, a mulher negra tem mais predisposição biológica a doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus e anemia falciforme, complicações sensíveis a ações como avaliação de risco frequente, solicitação de exames, aferição de pressão arterial, pesagem, escuta, registro e construção do cuidado mediante avaliações clínicas e queixas.

A hipertensão arterial é uma causa de mortalidade evitável, relacionada à qualidade do cuidado no ciclo gravídico-puerperal, por meio da suplementação de cálcio conforme protocolo, orientações sobre estilo de vida e manutenção do cuidado em casos pré-gestacionais, identificação de grupos e fatores de risco, avaliação adequada de risco por meio de exames e sinais/sintomas

clínicos e realização de encaminhamentos necessários²⁶. Para além disso, as morbimortalidades maternas não são isoladamente biológicas, mas também relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, baixa qualidade de atendimento por razões discriminatórias e sociais, falta de capacitação dos profissionais e serviços de saúde e de ações voltadas para os riscos específicos aos quais as referidas mulheres estão expostas^{22,24}.

Sobre os abortos intencionais e espontâneos, a literatura mostra grande lacuna na discussão científica dessa problemática. Goes²⁷ discute a maior frequência de abortos descritos como provocados entre mulheres pretas. Elas apresentam atitudes mais negativas quando se descobrem gestantes e se expõem a práticas ilegais e inseguras de aborto com mais frequência, quando comparadas às mulheres brancas, dadas as suas piores condições socioeconômicas, o que aumenta o risco de complicações, inclusive por infecções e morte. Esse risco aumenta à medida que se tem dificuldade de acessar um cuidado tecnicamente adequado e humanamente sensível nos serviços de saúde que procuram, sendo essas mulheres frequentemente abandonadas, humilhadas e negligenciadas. Assim, esse grupo tem piores experiências reprodutivas, o que envolve, muitas vezes, situações de violência e realização mais tardia de processos abortivos intencionais.

Sobre a violência contra a mulher durante a gestação, o cenário de um dos casos aqui tratados corrobora a revisão de literatura realizada por Costa, Silva e Siqueira²⁸, que verifica que a gestação não é uma situação protetora às violências domésticas e tem como fatores associados a dificuldade para comparecer às consultas de pré-natal, ser primípara, apresentar transtorno mental comum, abuso de substâncias como álcool e drogas, baixa escolaridade, gravidez na adolescência, abuso sexual na infância, consumo de álcool pelo parceiro e desemprego da gestante

e/ou do parceiro. Os autores ainda mencionam a mortalidade neonatal e baixo peso ao nascer como consequências das violências vivenciadas pelas gestantes e consideram o início tardio da atenção pré-natal como um fator negativo a possíveis intervenções sobre a problemática. Além disso, há dificuldade, entre as gestantes, em expor a questão, assim como os profissionais de saúde têm dificuldade em identificar os problemas e prestar assistência à gestante, por meio da vinculação à mulher, escuta e acolhimento, encaminhamentos, notificação e divulgação de casos à gestão.

Por fim, as causas de mortes encontradas em nosso estudo estiveram relacionadas a complicações frequentemente evitáveis por diversos tipos de cuidados, especialmente os realizados durante o período gestacional. As hemorragias, apesar de mais comuns no período puerperal e por causas relacionadas à função da musculatura uterina – ocorrências para as quais existem diversos protocolos bem fundamentados cientificamente sobre o uso de ocitocina e/ou outros uterotônicos no pós-parto – também são sensíveis a ações durante o cuidado pré-natal, por meio da escuta de queixas e do histórico, além das orientações para prevenção de acidentes, como quedas e a realização de exames de acompanhamento da localização da gestação e da placenta, entre outros que possam evidenciar alteração de risco gestacional.

Entre as causas do óbito indireto encontradas por Mendes¹⁵ e em nosso estudo, estão as doenças preexistentes do aparelho circulatório ou do aparelho respiratório, que se complicam com a gestação e são igualmente sensíveis à avaliação adequada e ao acompanhamento pré-natal com intervenção oportuna. Corroborando os dados de Franco da Rocha, autores¹⁸ encontraram a cardiomiopatia no puerpério como a principal causa de óbito obstétrico tardio, sendo

as demais causas complicações de aborto e a infecção puerperal. Sobre a cardiopatia, os fatores de risco são: a multiparidade, a idade materna avançada, ter tido gravidez múltipla, pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional. “Não está claro se a raça representa um fator de risco independente ou se é a interação decorrida com hipertensão que aumenta o risco [especialmente entre mulheres negras]”¹⁸ (p.8).

A partir de tais informações e da literatura científica²⁹, em que se aplique o critério do Ministério da Saúde, a proporção da evitabilidade dos óbitos maternos é de 80 a 100%. Nesse sentido, entende-se que Franco da Rocha poderia revelar um cenário diferente, mais positivo e mais seguro para as mulheres em geral, especialmente as mulheres negras, a partir de adequações no sistema de saúde, tanto por parte da gestão quanto da assistência e de investigação das mortes maternas.

Fica clara também a importância dos registros detalhados das ocorrências e acompanhamentos durante o pré-natal, parto e puerpério e da investigação desses documentos pelos Comitês de Mortalidade Materna, para a identificação de fatores de evitabilidade, de forma a possibilitar a construção de ações adequadas, tanto no âmbito da assistência quanto da gestão dos serviços e sistema de saúde. Além disso, é crucial o reconhecimento de que ainda há a manutenção do racismo em nossa sociedade, que continua a ser vivenciado nas experiências de busca do cuidado em saúde e se relaciona aos altos níveis de estresse físico e psicossocial, à baixa adesão a orientações e indicações e ao aumento do adoecimento no ciclo gravídico-puerperal, resultando em desfechos desfavoráveis, como o abandono do acompanhamento pré-natal, as dificuldades no aleitamento e a depressão pós-parto²¹.

Cardoso e Cockell³⁰ destacam que a manutenção desse processo se dá pela negação e pelo não reconhecimento dos profissionais sobre a

reprodução cotidiana e contínua de tais desigualdades e iniquidades na assistência, sendo, portanto, necessária a identificação dessas disparidades para que haja intervenção sobre esse ciclo, que se chame atenção para o problema e se construam estratégias coletivas de enfrentamento.

Considerações finais

Esta pesquisa reafirma que as condições biopsicossociais e de cuidado em saúde sexual e reprodutiva vivenciadas por mulheres negras no município em questão são desfavoráveis, contribuindo para desfechos fatais, como os estudados. Evidentemente, a incompletude de dados e a ausência de informações foram barreiras para as análises mais profundas, ao mesmo tempo que revelaram o quanto a mortalidade materna e a de mulheres negras são questões de difícil conhecimento e, portanto, ficam à mercê de inadequadas intervenções.

Para além de tais barreiras e olhando detalhadamente para as informações disponíveis nos casos de morte materna estudados, conforme a literatura repetidamente denuncia, vê-se que o acesso e a qualidade do cuidado em saúde ofertado para mulheres negras não é suficiente e completo como poderia e deveria ser, mediante os protocolos e recomendações cientificamente fundamentados e humanamente orientados do ponto de vista das vulnerabilidades que permeiam e estão embrenhadas nas vivências desse grupo.

Como ferramentas para a ação e possibilidade de mudança desse cenário, o estudo mostra a possibilidade de ampla evitabilidade das mortes, por meio do acesso a uma assistência oportuna, qualificada e ajustada às demandas gerais e específicas, ao mesmo tempo que alerta para que os profissionais de saúde estejam cientes e com o olhar treinado para identificar as variáveis biopsicossociais relacionadas às maiores chances

de morrer durante o ciclo gravídico-puerperal das mulheres negras. Entende-se ainda serem necessárias ações para além da classificação de risco biológico. Para tanto, é preciso construir um modelo de assistência suficientemente flexível, que considere os fatores de risco geralmente tidos como incomuns nas concepções de vários profissionais de saúde, como o estresse psicológico e social e outros elementos peculiares que possam ser percebidos no encontro entre profissionais, mulheres e seus pares.

Além disso, os profissionais do sistema de saúde devem estar sensibilizados quanto ao racismo estrutural que se apresenta também no sistema de saúde e, por isso, necessita ser constante e incansavelmente combatido. Esses profissionais devem estar treinados e habilitados para o cumprimento dos protocolos e das recomendações ministeriais e de outros órgãos e setores responsáveis. É importante também que os trabalhadores da área da saúde tenham suas condutas pautadas em produções científicas atualizadas, priorizem o adequado registro de informações sobre os cuidados oferecidos e fundamentem os processos assistenciais na integralidade e no multiprofissionalismo, contando com uma rede de serviços e sistema de referência e contrarreferência previamente acertado.

Nesse ponto, se destaca a importância da construção, pactuação e implementação de uma linha de cuidados em saúde sexual e reprodutiva que envolva todos os responsáveis pela assistência e cuidado, tal como a elaborada pelo Instituto de Saúde em parceria com a gestão municipal de Franco da Rocha³¹. Ela vem tendo a sua utilização e sustentabilidade avaliadas com a intenção de garantir que seja ajustada às demandas particulares desse cenário, de forma a impactar, da maneira mais ampla e positiva possível, a saúde das mulheres, reduzindo os desfechos fatais evitáveis e qualificando a vida e o viver dessa população.

Referências

1. Silva BMC. Raça, cor, determinação social e mortalidade: um recorte das mortes de mulheres em idade fértil no município de Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília (DF); 2007. (Série G - Estatística e Informação em Saúde).
3. Bonciani RDF. Mortalidade materna: uma análise da utilização de lista de causas presumíveis [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.
4. Jannotti CB, Silva KS, Perillo RD. Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil. In: Bittencourt, SDA, organizador. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p.268-
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de atenção integral de saúde da mulher: plano de ação, 2004-2007. Brasília (DF); 2004.
6. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de Mortalidade. DATASUS [internet]. [acesso em 20 ago 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/c06.htm>.
7. Dias JMG, Oliveira APS, Cipolotti R, Monteiro BKSM, Pereira RO. Mortalidade materna. Rev. Med. Minas Gerais. 2015; 25(2):173-179. DOI: 10.5935/2238-3182.20150034
8. Volochko A, Vidal NP. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões paulistas em 2005. São Paulo: Bol Inst Saude. 2010; 12:143-153.
9. Instituto de Saúde - IS. Núcleo de Evidências. Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade materna. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015.
10. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ficha de investigação de óbito materno [internet]. São Paulo; 2017 [acesso em 20 ago 2021]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/documentos-sobre-o-comite-de-mortalidade-materna/2020/ficha_estadual_de_investigacao_do_obito_materno_-_2020.pdf.
11. Instituto de Geografia e Estatística - IBGE. Amostra característica da população: Franco da Rocha [internet]. Censo 2010 [acesso em 20 ago 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/franco-da-rocha/pesquisa/23/25888?detalhes=true>.
12. Batista LE, Rattner D, Kalckmann SA, Oliveira MCG. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. Saúde Soc. 2016; 25(3):689-702.
13. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad Saude Publica [internet]. 2006 [acesso em 19 ago 2021]; 22(11):2473-2479. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/22.pdf>.
14. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco [internet]. Brasília; 2012 [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
15. Mendes JDV. Mortalidade materna no estado de São Paulo. BEPA [internet]; 2017 [acesso em 19 ago 2021]; 15(173):3-9. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//bepa_173.pdf
16. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna [internet]. Canal Saúde Fiocruz; 2018 [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna-2018-05-28>.
17. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3. ed. Brasília (DF); 2009. (Série A. Normas e manuais técnicos)
18. Vega CEP, Soares VMN, Nasr AMLF. Late maternal mortality: comparison of maternal mortality committees in Brazil. Cad Saude Publica [internet]. 2017 [acesso em 19 ago 2021]; 33(3):e00197315. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pQdQ9SSLyJdMLSt4t3jDDTM/?lang=pt>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro; 2016. (Série Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica; 3).
20. Wanderley RMM, Vasconcelos PJA, Pinheiro HDM. Perfil da mortalidade materna. Rev Enferm UFPE [internet]. 2017[acesso em 19 ago 2021]; 11(s.4):1616-24. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15257>. DOI: 10.5205/reuol.10438-93070-1-RV.1104sup201702.

21. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2017[acesso em 19 ago 2021]; 33(1):e00078816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso&tIng=pt.
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília (DF); 2012.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 474, de 3 outubro de 2006. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM [internet]. Brasília (DF); 2000 [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/documents/20182/47176/portaria_474_2000.pdf/0b672f51-b2b7-423c-a0b6-d03364c201be?version=1.0
24. Ferreira MV. Mãe preta, estudo sobre o índice de violência entre mulheres negras. In: X Congresso Brasileiro de Pesquisadores Negros, (Re) Existência intelectual negra e ancestral – COPENE [internet]; 12-16 out 2018; Uberlândia. Brasil. Uberlândia; MG, 2018 [acesso em 19 ago 2021]. Disponível em: www.copene2018.eventos.dype.com.br/resources/anais/153245.
25. Santos RMS, Gavioli A. Risco relacionado ao consumo de drogas de abuso em gestantes. *Rev Rene* [internet]. 2017 [acesso em 21 ago 2021]; 18(1):35-42. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/18864>. doi: 10.15253/2175-6783.2017000100006
26. Belfort IKP, Kalckmann S e Batistas LE. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão. *Saude soc* [internet]. 2016 [acesso em 19 ago 2021]; 25(3):631-640. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KRhgTyHmpNMSzKLBmWmcyDq/abstract/?lang=pt>. Doi: 10.1590/S0104-129020162571
27. Goes EF. Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional [tese]. Bahia: Universidade Federal da Bahia; 2019.
28. Costa MC, Silva EB, Siqueira ET. Gestantes em situação de violência sobre o olhar da saúde: revisão integrativa. *Rev Enf* 2015; 9(2):965-973.
29. Mayerhoff EVL, Lemos DF, Martins CAG, Costa CSL, Andrade JIC, et al. Evitabilidade do óbito materno segundo critérios baseados nos fatores determinantes e a causa básica de morte - município do Rio de Janeiro, 2008 [acesso em 19 ago 2021]. XVIII Encontro Nacional de Estudos populacionais, ABEP [internet]. Águas de Lindóia-SP; 2012. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1996>.
30. Cardoso EM, Cockell FF. Atenção à saúde da mulher negra no ciclo gravídico puerperal: percepções em primeira pessoa. *Rev Tecnol Soc* [interne] 2016 [acesso em 19 ago 2021]; 12(24):1-25. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/9485>.
31. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). *Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério*. Franco da Rocha; 2018.

Estratégias na implementação do Plano de Parto: fortalezas e fragilidades levantadas na experiência do município de Franco da Rocha^I

Implementation Strategies of the Birth Plan: Strengths and Weaknesses in Franco da Rocha's Experience

Giulia Catissi^{II}, Fabiana Ribeiro^{III}, Sílvia Bastos^{IV}, Fabiana Santos Lucena^V

Resumo

O Plano de Parto é um documento previsto por lei que faz o planejamento para o parto, descrevendo desejos e escolhas da mulher, além de servir como estratégia para garantia de direitos, promover o empoderamento feminino e atuar no enfrentamento da violência obstétrica. Para avaliar a sua implementação no município de Franco da Rocha, foi realizado um estudo quanti-qualitativo, com descrição de oficina de Plano de Parto, desenvolvida de forma participativa; e a realização de pré e pós-testes utilizando questionários aplicados com os profissionais de saúde participantes dessa formação, considerando questões de violência obstétrica, Plano de Parto e direitos sexuais e reprodutivos e a própria dinâmica utilizada nesta implementação. Constatou-se que a rede de assistência deste município possui grande potencial de melhoria contínua, porém apresenta barreiras relacionadas à sua organização, estrutura, cultura e fatores comportamentais tanto de profissionais, quanto de usuários. Sugere-se que a implementação efetiva da estratégia do Plano de Parto seja realizada com pactuação do documento em âmbito administrativo da gestão e controle social, de modo a torná-lo uma diretriz de política de saúde regional, bem como a elaboração de um modelo específico adaptado às realidades contextuais do município.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Parto humanizado; Saúde pública; Direitos sexuais e reprodutivos; Empoderamento para a saúde.

Abstract

The Birth Plan is a document provided for by law that makes the planning for childbirth, describing the woman's desires and choices, in addition to serving as a strategy for guaranteeing rights, promoting female empowerment and acting in the fight against obstetric violence. To assess its implementation in the Franco da Rocha city, a quantitative-qualitative study was carried out, with a description of a Birth Plan workshop, developed in a participatory manner, and pre- and post-tests using questionnaires applied with health professionals. participants in this training, considering issues of obstetric violence, Birth Plan and sexual and reproductive rights and the very dynamics used in the implementation. It was found that the Assistance Network in the city has great potential for continuous improvement, but it presents barriers related to its organization, structure, culture and behavioral factors both for professionals and users. It is suggested that the effective implementation of the Birth Plan strategy is carried out with agreement of the document in the administrative sphere of management and social control, in order to make it a guideline for regional health policy, as well as the development of a specific model adapted to contextual realities of the municipality.

Keywords: Obstetric violence; Humanized birth; Public health; Sexual and reproductive rights; Empowerment for health.

^I Baseado em pesquisa realizada para o Trabalho de Conclusão "Barreiras e Estratégias na Implementação do Plano de Parto em Franco da Rocha", do Curso de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2020¹.

^{II} Giulia Catissi (giulia.catissi@yahoo.com.br) é enfermeira e Mestranda em Envelhecimento e Saúde pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), Especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e atua como enfermeira de pesquisa em Medicina Fetal no Hospital Israelita Albert Einstein.

^{III} Fabiana Souza Ribeiro (fabiana.ribeiro@francodarocha.sp.gov.br) é enfermeira pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) e atual Diretora da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do município de Franco da Rocha, estado de São Paulo.

^{IV} Sílvia Bastos (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, Mestre em Saúde Pública Universidade Federal do Ceará (UFCE), Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP) e Pesquisadora Científica do Núcleo de Investigação em Políticas e Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da SES-SP

Introdução

O "Plano de Parto" é um documento previsto nas "Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal"² do Ministério da Saúde, que orienta que seja feito para registrar o planejamento para o parto, descrevendo desejos

^V Fabiana Santos Lucena (fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br) é enfermeira e Mestre em Cuidados em Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Pesquisadora do Instituto de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

e escolhas da mulher, além de servir como estratégia para garantia de direitos, promover o empoderamento feminino e atuar no enfrentamento da violência obstétrica.

Traçando um paralelo do histórico da parturição em contextos mundiais com o progressivo crescimento tecnológico, devido ao desenvolvimento teórico-prático, pautado no imediatismo nas ações de saúde, a Obstetrícia passa cada vez mais a ser vista como matéria técnica e científica.

Dentro deste contexto, o incentivo à hospitalização é cada vez mais frequente, com excessiva medicalização da gestante, resultando na perda de autonomia e do controle da mulher sobre seu próprio corpo, retirando dela o protagonismo de seu processo de parto³.

O Plano de Parto surge para a retomada da visão do parto como um evento fisiológico, afetivo, íntimo e delicado no processo de humanização do nascimento e de protagonismo da mulher, com a utilização de tecnologias pertinentes e singularizadas em cada caso. O Plano de Parto, no Brasil, é um documento de caráter normativo que faz o planejamento para o parto, incluindo a descrição do espaço físico (local onde ocorrerá o parto) e dos desejos e escolhas da mulher para este momento. Serve para auxiliar profissionais e instituições que prestam assistência à gestante pautados pelo respeito à parturiente em situações de parto não emergenciais. Entre os benefícios da utilização deste instrumento, pode-se pontuar o fortalecimento da autonomia por parte das mulheres em defesa dos direitos do binômio mãe-bebê, da confiança da mulher em relação ao próprio parto e a conseqüente redução de medos e anseios ligados a este evento, além de servir como estratégia de enfrentamento à violência obstétrica.

No estado de São Paulo, o documento está previsto na lei estadual nº 15.759, de 2015⁴, que precisamente, a partir do artigo nº 4, define o direito da gestante à elaboração de seu próprio Plano de Parto. Ele deve ser elaborado durante as consultas do pré-natal com o auxílio do profissional que a assiste.

Entre os conteúdos que podem constar neste documento, a gestante manifesta seu desejo sobre a presença de um acompanhante durante o parto, a posição de trabalho de parto, os métodos farmacológicos e não farmacológicos que devem ser utilizados para alívio de dor de parir e o método de monitoramento cardíaco do bebê que deve ser utilizado. Ou seja, os desejos desta mulher sobre os cuidados e intervenções que gostaria ou não de receber nas diferentes fases do trabalho de parto, no puerpério imediato e nos cuidados iniciais do recém-nascido. É válido ressaltar que, na hipótese de risco à saúde da gestante ou do bebê, dependendo das condições clínicas, o profissional da saúde responsável pela condução do parto poderá restringir as opções pontuadas neste plano⁴.

O Plano de Parto se insere proporcionando um elemento de comunicação integrado entre o profissional de saúde, a mulher e a maternidade. A mulher passa a ser protagonista e tem autonomia na montagem de seu Plano, amparada por um profissional de saúde que utiliza seu conhecimento científico para auxiliá-la, oferecendo informações pertinentes e sanando suas dúvidas. As indicações fornecidas devem ser pautadas no uso de tecnologias leves, como acolhimento e escuta qualificada, a fim de atender a integralidade e a demanda daquela usuária do sistema de saúde⁵.

Histórico da atuação em Franco da Rocha

O Instituto de Saúde é um órgão de pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde de São

Paulo (SES-SP) que tem como objetivo atrelar a produção de conhecimento científico e tecnológico de ensino e assessoria a municípios deste estado dentro da atuação da Saúde Coletiva no país. Além disso, a instituição levanta as melhores evidências científicas para a construção contínua de políticas públicas de saúde para a qualificação de diversos serviços da área da saúde e seus profissionais.

A parceria firmada entre o Instituto de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde do município de Franco da Rocha, no estado de São Paulo, iniciou-se em 2014 com a realização do diagnóstico situacional das condições gerais de saúde local. Após a finalização do relatório, foi pactuado o desenvolvimento de ações para intervenção em algumas áreas prioritárias, entre elas a construção de uma Linha de Cuidado de Saúde Sexual e Reprodutiva.

Dentro do âmbito gravídico-puerperal, o relatório registra as fragilidades na organização da rede assistencial junto às maternidades que fazem referência ao município para as situações de parto. Por isso, foi pactuada a necessidade de fortalecimento das ações desenvolvidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de evitar falhas assistenciais na rede, prezar pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres francorochenses, além de promover a melhoria contínua à assistência prestada.

Com este objetivo, foi elaborado em 2018 o “Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério”⁶, com a implementação realizada em 2018 e 2019 e pactuação de outros pontos estratégicos da Linha de Cuidado mencionada, como a iniciativa da implementação do Plano de Parto, trazido no presente estudo. O objetivo da implementação efetiva do Plano de Parto foi previsto na gestão anterior, em 2020, porém, com o início da pandemia da

covid-19, outras prioridades foram impostas ao sistema de saúde local, publicadas no “Plano Municipal de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus”⁷.

Franco da Rocha não possui maternidades compondo o sistema municipal de saúde. As gestantes em trabalho de parto são transferidas para suas maternidades-referência de parto de risco habitual e alto risco nos municípios vizinhos (Caieiras e Francisco Morato, respectivamente); portanto, a comunicação efetiva entre atenção primária, maternidade/usuária e maternidade para efetivação das boas práticas de assistência ao parto pode não acontecer. Tal preocupação remete a um esforço para reduzir a exposição das mulheres a desfechos desfavoráveis de parto².

Em consideração aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), à Legislação Estadual de Humanização da Atenção na Gravidez, Parto e Puerpério e às Normas de Boas Práticas de Atenção Pré-Natal, Parto e Puerpério⁸, foram desenvolvidas estratégias para a implementação do Plano de Parto juntamente ao desenvolvimento de uma Linha de Cuidado de Saúde Sexual e Reprodutiva no município de Franco da Rocha. A iniciativa visa empoderar as mulheres e garantir a integralidade do cuidado e dos direitos dos usuários do sistema de saúde local. Partiu-se do pressuposto que esta ação pode servir como um recurso para influir na cultura de parto e nascimento, promovendo benefício e fortalecendo a voz ativa das mulheres. Além disso, sua elaboração durante o pré-natal contribui para o desfecho favorável do trabalho de parto, servindo como instrumento facilitador e de suporte também para profissionais de saúde, para que, junto às usuárias do sistema de saúde, possam gerar a boa assistência e prática, reafirmando o parto como evento fisiológico e de protagonismo da mulher, em oposição ao modelo atual predominante que é hospitalocêntrico⁹⁻¹⁰.

Este artigo tem como objetivo descrever a utilização do Plano de Parto como estratégia na redução da violência obstétrica e afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na Atenção Básica de Franco da Rocha.

Objetivos e metodologia

O objetivo principal do estudo foi iniciar o processo de implementação do Plano de Parto na atenção pré-natal da Atenção Básica de Franco da Rocha e nas maternidades de referência. Mais especificamente, levantar os contextos e as realidades das usuárias do sistema de saúde local, a forma de organização da Rede de Assistência e outros aspectos estruturantes no entendimento da assistência prestada neste município. E, assim, realizar a implementação do Plano de Parto no atendimento às gestantes deste município por meio de oficinas de formação dos profissionais de saúde e analisar os aspectos estruturais e de processos que facilitam ou dificultam a implementação do projeto no município.

Para tanto, foi feito um estudo quantitativo do tipo avaliativo, com utilização de dados primários coletados pré e pós-teste em uma oficina de Plano de Parto, com duração de 4 horas, no Centro de Formação de Recursos Humanos (CEFOP), no próprio município de Franco da Rocha. A oficina foi realizada com trabalhadores da rede municipal de serviços de Franco da Rocha ou que prestavam assistência ao município. A amostra foi composta por 20 participantes, sendo eles, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) das UBS do município, profissionais das maternidades de referência (de Caieiras e de Francisco Morato), representantes da Casa da Mulher (centro de especialidades localizado no próprio município), do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) do município e do sistema

prisional feminino que existe na localidade. Participaram também a apoiadora da Atenção Básica de Franco da Rocha e a administradora geral da rede de saúde local.

A coleta de dados foi realizada somente após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde, conforme os critérios nacionais de ética em pesquisa e todos os participantes lerem e aceitarem o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Foi aplicado também um “Termo de Uso de Imagem e Voz” para gravação e fotos da oficina para fins de análise de dados, não sendo expostos dados pessoais dos participantes ali presentes.

A coleta de dados quantitativos foi feita antes e após a oficina, conforme pactuado em Câmara Técnica com os representantes da Secretaria de Saúde e apoiadores da Atenção Básica do município, com a utilização de questionários de pré e pós-teste contendo perguntas sobre Plano de Parto.

O desenvolvimento da oficina de Plano de Parto foi pensado a partir dos conhecimentos e habilidades dos profissionais, levantados previamente durante as rodas de conversas realizadas pelo Grupo de Implementação da Linha Cuidado Saúde Sexual e Reprodutiva¹¹. O modelo de Plano de Parto adotado para realização da oficina foi o da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

A oficina utilizou metodologia dinâmica e participativa e a programação incluiu: (1) avaliação inicial (formulário pré-teste da oficina); (2) apresentação dos slides expositivos abordando o tema e seus conceitos éticos, técnicos e legais; (3) dinâmica de *role play* simulando diálogo de Plano de Parto; (4) discussão e esclarecimento de dúvidas; e (5) avaliação final (formulário pós-teste da oficina).

A dinâmica do *role play* foi aplicada com os participantes divididos em duplas. Cada dupla

recebeu, após sorteio, papéis descrevendo situações e contextos de vida diversos que deveriam ser incorporados à encenação de personagens grávidas. Esses contextos tomaram como base casos levantados anteriormente pela equipe do Instituto de Saúde em discussões com os técnicos do município.

A partir deste contexto, uma pessoa da dupla deveria interpretar a gestante e sua dupla interpretaria o profissional de saúde que estaria realizando o pré-natal. Ou seja, a “gestante” discutiria seu Plano de Parto do jeito que gostaria e idealizava, de acordo com seu contexto e o “profissional” preencheria o Plano de Parto de sua paciente de acordo com os princípios das boas práticas assistenciais. Após o preenchimento, as duplas deveriam trocar informações, procurando discutir a situação e chegar a um consenso do Plano de Parto final, a partir do que vivenciaram. Os diferentes grupos, então, apresentariam seus casos e Planos para o restante dos participantes da oficina, de modo a contar a experiência

de preenchimento e as limitações dentro do contexto encontrado, a fim de ouvir considerações, adequações e comentários. Com este encerramento, os formulários pós-teste da oficina eram finalmente respondidos e era feita a entrega dos certificados.

Para a coleta dos dados qualitativos, foi realizada a transcrição na íntegra da oficina. As respostas foram analisadas por meio de uma comparação com um gabarito elaborado previamente e de acordo com os objetivos da oficina. Após a comparação com o gabarito, as respostas pré e pós-teste foram divididas em quatro eixos: acerto, noções parciais acerca do tema, erro e ignora/não sabe.

Resultados

A oficina contou com 22 pessoas e foi composta majoritariamente por enfermeiros. A idade predominante entre os participantes foi entre 31 e 40 anos de idade, com maior presença de profissionais da UBS de Franco da Rocha (Quadro 1):

Quadro 1 - Perfil dos profissionais de saúde participantes da oficina. São Paulo, 2021.

	n
<i>Categoria Profissional</i>	
Enfermeiro	13
Outros*	3
Agente Comunitário de Saúde	2
Administrativo	2

	n
Idade	
mais de 50 anos	3
41 a 50 anos	3
31 a 40 anos	11
26 a 30 anos	2
21 a 25 anos	1
Serviços participantes	
UBS de Franco da Rocha	12
Maternidade Caieiras	3
Casa da Mulher	2
Outros**	5
Total***	22

*Outros: apoiadora, assistente social e técnicos de enfermagem.

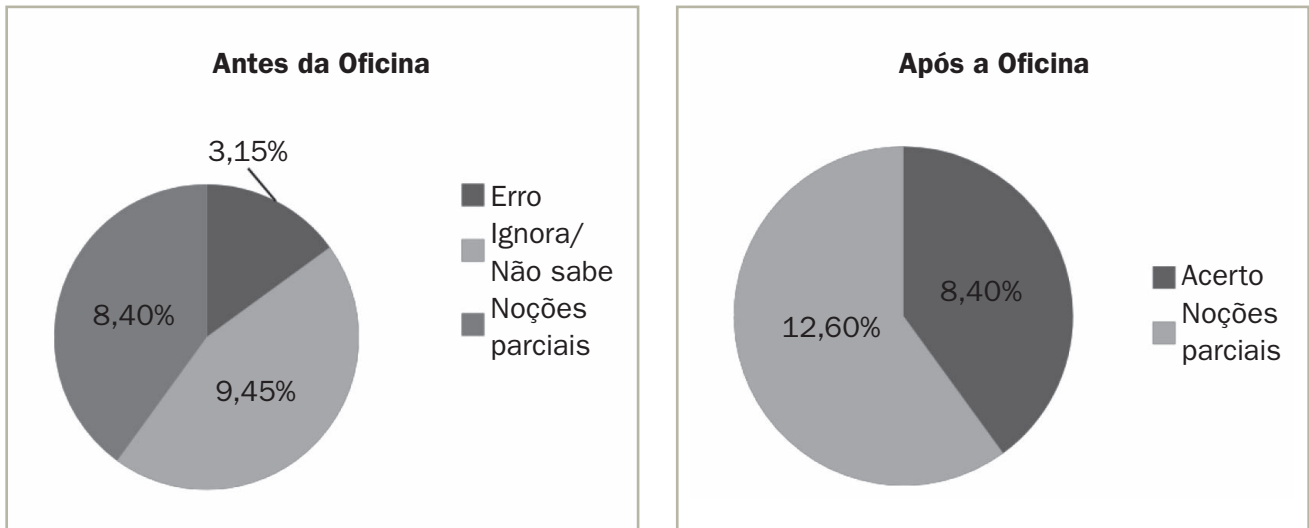
**Outros: cada serviço com um representante cada: maternidade de Francisco Morato, CAPS, Sistema Prisional, Administração Geral, apoiadora da Atenção Básica.

***Contabilizando todos os participantes da oficina, sem exclusão dos que não responderam aos formulários.

Acerca do conhecimento prévio sobre Plano de Parto (Gráfico 1), constatou-se que 9 (45%) participantes desconheciam o termo ou a ideia do Plano de Parto, 8 (40%) tinham noções parciais sobre o tema, apresentando respostas com informações vagas sobre a definição certa sobre

o Plano de Parto e 3 (15%) participantes apresentaram respostas incorretas. Já no momento pós-oficina (Gráfico 2), 8 (40%) participantes definiram claramente a ideia do Plano de Parto e 12 (60%) apresentaram noções parciais sobre o instrumento.

Gráficos 1 e 2 - Comparação do conhecimento do Plano de Parto pré e pós-teste.
São Paulo, 2021.



O registro das respostas dadas pelos participantes, durante a exposição, frente a questões de identificação das potenciais fragilidades e fortalezas da Rede de Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério para a implementação e adoção

efetiva do Plano de Parto no município (Quadro 2), juntamente a sugestões de melhoria desses pontos pactuadas nas reuniões de Câmaras Técnicas realizadas com a Secretária de Saúde do Município, foram:

Quadro 2 - Relação fragilidade levantada e sugestão de melhoria para implementação efetiva do Plano de Parto, São Paulo, 2021.

Fragilidades Apontadas	Sugestões de Melhorias frente aos Problemas Pactuados
Pouca participação de profissionais da classe médica e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na oficina, impactando na integralidade do cuidado ao usuário e sustentabilidade do Plano de Parto;	Maior participação destes profissionais em treinamentos, discussões e reuniões pertinentes;
Poucos profissionais das maternidades na oficina, o que impacta negativamente na adoção efetiva do Plano de Parto na Rede de assistência;	Incentivar a participação de mais profissionais de nível de gestão, bem como a presença de profissionais diretamente assistenciais para implementação plena e auxílio na disseminação do documento;
Fragilidade do tema de Plano de Parto, visto que era desconhecido por quase metade dos participantes previamente à oficina realizada;	Realização de mais oficinas para abranger outros profissionais; Necessidade de reforços constantes e experiências práticas, com apoio dos apoiadores da Atenção Básica ou de outros profissionais com experiência prévia do assunto em questão (profissionais-chaves);

Fragilidades Apontadas	Sugestões de Melhorias frente aos Problemas Pactuados
Dúvidas residuais sobre Plano de Parto, o que impacta diretamente na implementação efetiva, além de uma possível divulgação incompleta ou incorreta do documento para as usuárias;	Realização de mais oficinas, com mais tempo para discussão e presença de categorias profissionais diversas;
Falta de comunicação entre Atenção Básica municipal e maternidades de referência;	Necessidade de reuniões frequentes entre os serviços para padronização da Rede de assistência;
Crenças trazidas pelas usuárias dificultam a assistência pautada em recomendações clínicas e evidências científicas;	Tentativa de mudança cultural regional pelos profissionais, através da formação de vínculo e escuta qualificada, a fim de entender e adaptar os cuidados básicos necessários atrelados ao contexto e à realidade de cada usuária.
Incentivar a formação de grupos profissionais dentro das UBS para discutirem os casos mais alarmantes e juntos pensarem em uma estratégia de abordagem efetiva;	Insuficiência respiratória aguda por crise asmática.
Planos de Parto com linguagem tecnicista e de difícil compreensão para as usuárias da Rede de saúde local.	Necessidade de elaboração de um Plano de Parto singular ao contexto do município, participando da elaboração os profissionais da assistência (como conhecedores da realidade local) e dos profissionais da gestão tanto da Atenção Básica municipal, quanto das maternidades de referência.

Os pontos positivos (fortalezas) levantados sobre a Rede de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério pelos participantes da oficina (Quadro 3) foram:

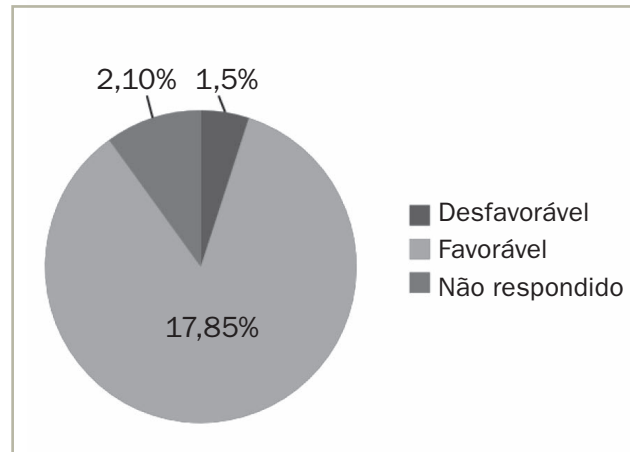
Quadro 3 - Fortalezas da Rede de Assistência para implementação do Plano de Parto, São Paulo, 2021.

Fortalezas Levantadas	F1* - No pré-natal, há o acolhimento por enfermeiros capacitados que oferecem melhores orientações;
	F2 - Visitas à maternidade para conhecimento prévio do serviço;
	F3 - Reconhecimento da necessidade de reuniões frequentes entre AB e maternidades , com estatísticas e dados da realidade de Franco da Rocha.

*F= Fortaleza

Por fim, a última pergunta do pós-teste (Gráfico 3), registrando opiniões livremente registradas favoráveis e desfavoráveis em relação à implementação e adoção do Plano de Parto.

Gráfico 3 - Opinião sobre Importância do Plano de Parto para as Grávidas.



Discussão

Na história da parturição, a partir de 1950, temos um cenário crescente de implementação do modelo hospitalocêntrico na atenção ao pré-natal, parto e puerpério. A concepção é que as mulheres deveriam viver o parto imobilizadas, cercadas por profissionais desconhecidos, afastadas de seus familiares e pertences, em ambientes completamente desconhecidos e submetidas à denominada “cascata de procedimentos” atrelados à falta de humanização no processo de nascimento¹². Além da pobreza das relações humanas, da violência obstétrica e do uso irracional e excessivo de tecnologias em saúde, este modelo impediu muitos países, inclusive o Brasil, de reduzir os índices de morbimortalidade materna e perinatal¹³.

Uma vez que o uso irracional da tecnologia provoca comprovadamente mais danos do que benefícios, há 35 anos iniciou-se um movimento mundial de priorização da singularização

da tecnologia apropriada para cada caso e cada mulher, a fim de evitar procedimentos excessivos e desnecessários, ao mesmo tempo em que se buscou atrelar qualidade ao vínculo profissional-parturiente – movimento este denominado, no Brasil, “humanização do parto”¹⁴.

A humanização é, desde então, um dos principais pilares da Saúde Pública brasileira, uma vez que preza pela vivência respeitosa do processo de parto pela mulher, com garantia de seus direitos e garantindo a assistência qualificada e humanizada a ela, ao bebê e à família envolvida¹⁵.

Como prevenção da violência obstétrica e defesa da humanização, um dos recursos existentes é a elaboração do Plano Individual de Parto durante o pré-natal¹⁶, ainda subutilizado no Brasil. Apresentar um Plano de Parto na maternidade não garante o cumprimento do mesmo, visto que certas condições clínicas podem anular o cumprimento pleno do Plano de Parto elaborado; porém, o desenvolvimento deste documento,

promove a participação da mulher ativamente em seu processo de parturição, gerando uma melhor experiência de parto, com os pilares de autonomia e confiança desenvolvidos^{3,17}.

A lei nº 8.080, de 1990 de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pontua o direito à autonomia e a defesa da integridade física e moral das pessoas, como princípios que devem ser seguidos pelos serviços de saúde brasileiros¹⁸. O exercício da autonomia depende de condições culturais, sociais, econômicas, ambientais (ou seja, questões da autonomia externas ao sujeito) e é um valor e direito de todo ser humano. Isso implica na necessidade de promoção da democratização das relações sociais, no caso da saúde, também da democratização dos saberes entre profissionais de saúde e usuários do SUS, indicando a necessidade do reconhecimento dos contextos diversos que incluem diferentes indivíduos, de forma a permitir que o cuidado seja singularizado e pautado principalmente em princípios éticos humanos, para assim, afirmar uma condição de saúde e de cidadania solidária¹⁹⁻²⁰.

A autonomia de gênero, juntamente ao conhecimento das usuárias sobre os seus direitos e à inserção delas como centro do cuidado, é de vital importância para todas as mulheres. Com a estimulação também por parte dos profissionais, elas podem ser tornar mais ativas, críticas e conscientes, garantindo empoderamento e o acesso aos conhecimentos no cuidado de seus próprios corpos e saúdes, inclusive no processo de parturição. Para isso, os profissionais de saúde devem se reconhecer como meios que podem e devem auxiliar, quando necessário, a mulher com o uso de tecnologias adequadas e práticas recomendadas¹⁹.

Na relação entre profissional de saúde e usuária, a defesa da autonomia não objetiva a inversão do papel atual, em que os profissionais possuem hegemonia, mas visa fortalecer o

reconhecimento de que todos os envolvidos no cuidado devem ter espaço e voz ativa no processo, considerando seus contextos, valores, expectativas, objetivos e metas. Na realidade, é imprescindível que a relação entre os envolvidos no cuidado permaneça heterogênea e diversa, pois com suas diversas áreas de conhecimentos e tipos de saberes contemplam a integralidade e atendem às necessidades do indivíduo para um cuidado longitudinal¹⁹⁻²¹.

Os benefícios da utilização do Plano de Parto e o auxílio às gestantes para sua elaboração promovem não só a reflexão dessas mulheres e seus pares, mas também a reflexão das equipes de saúde sobre a realidade da assistência ofertada em sua região, apontando os pontos de melhoria frente a um cenário real²². Apesar disso, a literatura aponta para um desconhecimento acerca dos objetivos e benefícios da elaboração e utilização do Plano de Parto por parte das gestantes^{5,9} e, até mesmo, pelos profissionais de saúde²³, o que reflete diretamente na adoção efetiva e sustentabilidade de longo prazo desta ferramenta.

Como parte da implementação do Plano de Parto, ouvir e entender os profissionais que integram a Atenção Básica se mostra de vital importância para estruturar as fragilidades e fortaleceras da Rede de Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério dos municípios, inclusive com relação à própria efetivação da implementação deste instrumento, como foi feito em Franco da Rocha. Tal esforço nos remete à necessidade de respostas às dificuldades e ao planejamento de melhorias na Rede de serviços prestada, assim como a necessidade de elaboração de Planos de Parto singularizados para cada mulher.

Para garantir a sustentabilidade da utilização do Plano de Parto, é essencial que o processo de implementação continue ativo para sua plena adoção nas redes municipais.

Considerações finais

O presente estudo aponta que as Redes de Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério e de serviços de referência apresentam barreiras relacionadas à organização da rede, estrutura, culturas e fatores comportamentais de profissionais de saúde e usuários. A existência destas barreiras repercute nos indicadores de saúde locais, prejudicando a comunicação entre a Atenção Básica e a maternidade e entre a mulher e a maternidade.

Especificamente sobre a implementação do Plano de Parto de Franco da Rocha, foi evidenciado que, a grande maioria dos participantes, após formações, corroboraram a importância e fizeram aceitação deste instrumento. Sua adoção plena, no entanto, necessita de pactuação em âmbito administrativo da gestão e do controle social, de modo a torná-lo uma diretriz de política de saúde regional. Além disso, faz-se fundamental a sua divulgação para os profissionais de saúde, com realização de treinamentos em serviços, incluindo as UBS e ambulatórios ou outros serviços de referência.

Também, sugere-se que seja elaborado e adotado um modelo de Plano de Parto singular e adequado à linguagem e à estrutura do município, atendendo assim, questões de contextos locais.

Referências

1. Catissi G. Barreiras e Estratégias na Implementação do Plano de Parto em Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva. 2020.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 16 ago 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-nacionais-de-assistencia-ao-parto-normal-versao-resumida/>.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher [internet]. Brasília, 2001 [acesso em 16 ago 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.
4. São Paulo (Estado) Lei Estadual nº15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 25 mar 2015; Seção I:1.
5. Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DCMR, Paula E, Pimentel MM. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. Rev Enferm UFPE [internet]. 2018 [acesso em 16 ago 2021];12(1):236-246. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23523>.
6. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério. Franco da Rocha; 2018.
7. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Plano municipal de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus. Franco da Rocha; 2020.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União [internet]. 24 jun. 2011 [acesso em 16 ago 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
9. Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. RevBaian Enferm [internet] 2017 [acesso em 16 ago 2021]; 31(4):e20275. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-897512>.
10. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodriguez-Borrego MA. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. Rev Lat-Am Enfermagem [internet]. 2017 [acesso em 16 ago 2021]; 25:e2953. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100399#:~:text=birth%20plans%20have%20a%20low,needed%20to%20improve%20its%20compliance.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. 12 dez 2012.
12. Mold J, Stein HF. The cascade effect in the clinical care of patients. NEJM. 1986; 314(8):512-514.

13. Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet*. 2008; 365:847-854.
14. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude colet*. 2005; 10(3):627-637.
15. Morais I, Bastos S. Humanizando o parto e o nascimento: o cuidar através dos diagnósticos de enfermagem. Santo André: Universidade do Grande ABC, 2006 Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Enfermagem.
16. World Health Foundation - WHO. Department of Making Pregnancy Safer. Standards for Maternal and Neonatal Care. Birth and emergency preparedness in antenatal care. Genebra; 2006.
17. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35(2):295-303.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta a as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre o parto normal no Brasil e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres a ele submetidas [internet]. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 20 fev. 2017 [acesso em 16 ago 2021]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20805342/do1-2017-02-20-portaria-n-353-de-14-de-fevereiro-de-2017-20805260>.
19. Soares JCRS, Camargo Junior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface- Comunic, Saúde, Educ*. 2007; 11(21):65-78.
20. Bastos SH, Silva A.L, Beraldi R. Direito e autonomia em saúde: onde mora a vontade livre? In: Keinert TMM, Paula SHB, Bonfim JRA, organizadores. As ações judiciais no SUS, promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p. 109-118.(Temas em saúde coletiva, 10)
21. Ministério da Saúde (BR). Lei nº8080 - Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 19 set 1990.
22. Tesser CD, Knobel R, Amdrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-12.
23. Whitford HM, Entwistle VA, Van Teijlingen E, Aitchison PE, Davidson T, Humphrey T, Tucker JS. Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. *Birth*. 2014; 41(3):283-239, 2014.

Relato sobre parir na pandemia: andanças da 'Fulô do Agreste'

Report on giving birth in the pandemic: 'Fulô do Agreste' wandering

Nathalya Fonseca Camargo^I, Vitoria Karen Raimundo^{II}

Resumo

O texto descreve e faz uma reflexão sobre o atendimento a distância, realizado com tecnologia virtual, como estratégia de atenção à gravidez, por meio da análise de um caso em que houve apoio, orientação e proteção à parturiente durante a pandemia da covid-19. Os fatos são apresentados de forma pessoal, realizando a autoanálise da profissional de obstetrícia envolvida no processo como recurso para visibilizar as atribuições vividas nas situações de final de gravidez, parto e nascimento. Além disso, o texto ilustra a singularidade das vivências pessoais, avaliando o Sistema Único de Saúde (SUS) em relação ao respeito à integridade e integralidade quanto ao cuidado oferecido, efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos durante o evento da pandemia, considerando o contexto dos determinantes sociais e de saúde, assim como as perdas e falhas de acolhimento e transtornos envolvidos no acesso à saúde. Considera-se que é por meio da análise de casos reais de mulheres assistidas que os profissionais conseguem avaliar as barreiras e deficiências que afetam esse público e o deixa mais vulnerável, ao mesmo tempo que permite identificar os processos protetores que podem constatar e potencializar a expressão dessas mulheres.

Palavras-chave: Parto; Covid-19; Violência obstétrica; Acolhimento; Teleatendimento.

Abstract

The text describes and reflects on distance care, with virtual technology, as a pregnancy care strategy, through a case that occurred during the covid-19 pandemic, which provided support, guidance and protection to the parturient. The facts are presented in a personal way, performing the self-analysis of the obstetrics professional involved in the process, as a resource to visualize the tribulations experienced in situations of the end of pregnancy, childbirth and birth, illustrating the uniqueness of personal experiences and evaluating the Unified Health System (SUS) with regard to the integrity and completeness of the care provided, the realization of Sexual and Reproductive Rights during the pandemic event, considering the context of social and health determinants, as well as the losses and failures of care and disorders involved in access to health. It is considered that it is through the analysis of real cases of assisted women that professionals are able to assess the barriers and deficiencies that affect this public and make them more vulnerable, while allowing the identification of protective processes that can verify and enhance the expression of these women.

Keywords: Childbirth; Covid-19; Obstetric violence; Harbor; Teleconsultation.

Introdução

A chegada da pandemia de covid-19, em 2020, com a declaração de Emergência de Saúde Pública pela Organização Mundial

de Saúde (OMS)¹, exigiu uma adaptação da atenção ao ciclo gravídico-puerperal no contexto brasileiro. O sistema já apresentava fragilidades, como o alto número de cesarianas² e intervenções comprovadamente não recomendadas pelas evidências de boas práticas obstétricas, como o intenso uso de tecnologias invasivas e excessivo uso de intervenções e medicações, assim como o racismo institucional e estrutural² na atenção ao parto e nascimento. Diante disso, entidades internacionais e nacionais, como a Organização

^I Nathalya Fonseca Camargo (nathalya.camargo@usp.br) é obstetrix pelo curso de Obstetrícia da Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP), especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e docente do curso de Obstetrícia da EACH/USP

^{II} Vitoria Karen Raimundo (vitoriakaren96@gmail.com) é obstetrix pelo curso de Obstetrícia da Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP), especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e atua na Maternidade Gota de Leite Vovô Mocinha, em Araraquara, estado de São Paulo.

Mundial de Saúde e a Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras, preocupadas com as consequências que a pandemia poderia gerar na atenção à saúde reprodutiva, do parto e puerpério, passaram a alertar sobre o tema e fazer recomendações técnicas³⁻⁵.

Sob a ótica das(os) profissionais de obstetrícia e das(dos) enfermeiras(os), grávidas, parturientes e puérperas deveriam ser, de fato, protagonistas de suas vivências nessa etapa de suas vidas^{6,7}. Entretanto, a chegada do novo coronavírus1 trouxe percepções e reações aparentemente contraditórias, uma vez que muitas mulheres passaram a sentir insegurança e a ficar em casa, sem procurar os serviços de atenção pré-natal devido ao receio de se infectarem pela covid-19⁸. Por outro lado, as grávidas que não temiam essa possibilidade, por já terem sido infectadas ou por conhecerem alguém próximo que teve um caso assintomático ou leve, acabaram não adotando as precauções e os cuidados devidos em relação à covid-19, como o uso de máscara e de álcool em gel, a lavagem das mãos e, especialmente, o distanciamento social⁸.

Os direitos e os cuidados ao pré-natal, parto e pós-parto

Os direitos das mães fazem parte de um importante componente dos direitos sexuais e reprodutivos. A proposta de uso do termo “direitos reprodutivos” surgiu em 1984, no “I Encontro Internacional de Saúde da Mulher”, realizado em Amsterdã, Holanda, cunhado para melhor expressar o que se entendia por saúde da mulher e é um conceito para se referir à pauta de autonomia e autodeterminação das mulheres sobre a reprodução⁷.

Em 1995, na “IV Conferência Mundial da Mulher”, realizada em Pequim, as conquistas dos direitos reprodutivos foram ratificadas e os

direitos sexuais estavam em formulação para serem reconhecidos como direitos humanos pela Organização das Nações Unidas⁹, mas esforços contínuos ainda precisam ser feitos para aumentar e garantir a autonomia das mulheres em tomar decisões sobre seu próprio corpo, sobre a adequada opção contraceptiva, seja ela reversível ou definitiva, quanto ao modelo de atenção ao parto e ao nascimento, respeitando o desejo da mulher em ser ou não ser mãe, visto que a manifestação de sua vontade deve estar livre de opressão e julgamento de valores⁷.

A “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” também é parte integrante da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990¹⁰. A expressão autonomia resulta de duas palavras gregas: *autós* e *nomói*: *autós* significa a ideia de si mesmo, representando uma qualidade ou condição inerente e peculiar a um ser; e *nomói* corresponde à norma ou à regra. A junção de *autós* e *nomói* gera “autonomia”, palavra que ingressou no vernáculo português, provavelmente, por influência da palavra francesa *autonomie*^{6,7}.

Entre as iniciativas para a construção da autonomia das mulheres que se tornariam mães, houve a criação de um ciclo de preparação e cuidado da gestação, parto e pós-parto, que deu origem à atenção ao pré-natal. Esse ciclo surgiu como uma intervenção profissional no atendimento às grávidas no Brasil, por iniciativa da francesa Madame Durocher (1809-1893), a primeira parteira diplomada, em 1834, a exercer esse trabalho na cidade do Rio de Janeiro¹¹. Já o primeiro serviço de atenção pré-natal foi instalado em 1925, por Raul Briquet (1887-1953), na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Nos anos de 1950 a 1960, deu-se a fase da atenção no modelo materno-infantil e a chegada de inovações tecnológicas, como a educação, comunicação e participação em saúde, com

destaque para o exame de ultrassonografia, que foi incorporado ao acompanhamento pré-natal¹².

O trabalho de parto sempre foi envolto por diversos ideários das diferentes culturas no decorrer da história. Foi considerado uma prática tradicionalmente humanizada e de domínio das mulheres, mas atualmente vem sendo transformado em diferentes sentidos. Posteriormente, o modelo de assistência com base em preceitos cristãos entende o parto e o nascimento como desígnio divino. Nesse sentido, a parturiente “parirá com dor”, como uma apenação ligada ao pecado original do sexo, situação em que o sofrimento é entendido como uma purificação do pecado cometido¹³. A humanização da assistência, proposta a partir dos anos 1980, sugere uma mudança de paradigma dessa visão, entendendo o parto como uma experiência humana e, para quem participa da atenção obstétrica, uma mudança “no fazer” da assistência¹⁴.

Preocupada com a prática da violência obstétrica, a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁵, em 2018, divulgou uma série de recomendações voltadas para a transformação da atenção à gravidez, ao parto e ao nascimento. Elas incluem o enfoque psicossocial, a avaliação de vulnerabilidades relacionadas às condições de vida das mulheres, suas possíveis redes de apoio, a observância de práticas baseadas em evidências na adoção de condutas e a importância da empatia de equipes no apoio emocional, respeito aos direitos das mães e às normas de humanismo na atenção ao pré-natal, parto e se estendendo até o puerpério. Todo esse quadro foi alvo de redobradas preocupações diante do surgimento da pandemia de covid-19¹⁶.

A literatura mostra que grande parte das mortes maternas ocorre no trabalho de parto, no parto e logo no início do puerpério, por razões evitáveis. Isso demonstra a importância da

realização de um diagnóstico oportuno e qualificado dos riscos existentes ou condições mórbi-das instaladas durante a gravidez, parto e pós-parto. A Atenção Básica de Saúde constitui-se como o espaço central para as ações em saúde sexual e reprodutiva e cabe a ela, prioritariamente, o acompanhamento pré e pós-natal, de forma a avaliar constantemente os riscos aos quais o binômio mulher-feto/recém-nascido está submetido, contribuindo para a implementação de providências oportunas para o tratamento adequado e a melhora dos desfechos. Acessar o sistema de saúde de modo equitativo e oportuno é, assim, imprescindível para favorecer desfechos positivos do ciclo gravídico-puerperal, melhorando os indicadores de saúde de mulheres e crianças¹⁶⁻¹⁷.

Contextualizando os fatos no teleatendimento a Fulô do Agreste

Essa narração refere-se a um caso real de atendimento profissional a uma grávida durante a pandemia da covid-19 e sobre como essa situação repercutiu na vida da jovem aqui nomeada como “Fulô do Agreste”, de 18 anos, viúva e mãe de duas crianças, uma de 4 e outra de 2 anos, durante a geração de seu terceiro filho. A perda do marido se deu depois de um longo período de internação com complicações devido à covid-19, paralelamente ao período de gestação, fazendo de seus filhos “órfãos da pandemia”.

Como profissionais de saúde, sabemos que esse não foi o único caso crítico, nem terá sido o pior que pode ter ocorrido durante a pandemia, porém se entende que é necessário narrar aspectos da história de Fulô do Agreste e da nossa própria experiência ao lidar com tantas dificuldades que se entrelaçam (liames), pois o recurso narrativo não deixa de ser uma maneira de os sujeitos refletirem continuamente sobre os significados que cercam essas situações, reflexão

que se refere aqui principalmente aos gestores e profissionais de saúde.

Com Fulô do Agreste, tudo começou ao se tomar conhecimento de uma campanha virtual, por rede social, passada por amigos, em 2021, para doações com vistas a ajudar uma jovem grávida com dois filhos menores, sob situação de extrema vulnerabilidade e residente no Nordeste brasileiro. Essa situação mobilizou doadores de vários lugares do país, que enviaram ajuda via *Internet*, com vários tipos de donativos. Quanto a nós, como obstetristas^{III,18-19}, foram solicitadas orientações e apoio à jovem, que se encontrava no final da gravidez e sem referência de pré-natal e parto.

Uma das mudanças que a pandemia de covid-19 trouxe foi a ampliação das possibilidades de teleatendimento utilizando aplicativos e redes sociais. Falar e refletir sobre os atendimentos realizados, seja de forma presencial ou virtual, é sempre um processo de autoanálise profissional e um recurso pessoal que se desenvolve para avaliar o sistema de saúde, pois é pela observação e escuta das mulheres em situação de cuidado que profissionais de saúde conseguem compreender todas as deficiências e desafios apresentados aos quais elas estão expostas, assim como os processos protetores.

Os contatos foram realizados pelo aplicativo *WhatsApp*. Tratava-se de mais uma mãe que enfrentava todos os transtornos da maternidade estando sozinha, sem a estrutura familiar que almejava. No primeiro contato, lemos no seu perfil uma frase que nos tocou bastante, pois ela declarava sua dor e seu estado de espírito: “você se foi e deixou um mar de saudades no qual eu não sei nadar”. Mesmo assim, a chegada de mais um filho poderia ser a oportunidade dessa tragédia ser ressignificada e isso aumentava a nossa

responsabilidade, sororidade e desejo de fazer tudo certo enquanto profissionais obstetristas.

De modo alternado, fazíamos contatos agendados com a jovem para ouvi-la e para saber sobre sua situação e suas dúvidas. No primeiro contato, soube-se de detalhes que podem ser considerados importantes determinantes sociais, com potência de influir no desfecho de uma gravidez. Soubemos de sua viuvez recente, ocorrida depois de um longo período de internação do marido por covid-19, o que ocasionou mudanças em sua rotina e na de sua família. Soube-se também de sua suspensão no Bolsa Família, valor recebido referente a duas crianças, uma vez que havia perdido o cartão desse benefício e outros documentos durante a desapropriação da casa onde morava. O não recebimento de um novo cartão do benefício desse programa já se prolongava por vários meses, situação agravada pelo aparente estado de apatia da jovem, que, possivelmente, além do luto, poderia estar em estado depressivo.

Mesmo de luto, Fulô do Agreste, moradora de uma área de risco de João Pessoa, Paraíba, precisou mudar de estado, pois sua casa foi desapropriada com a promessa de receber futuramente um imóvel, cujo cadastro foi feito no nome do falecido, o que complicou ainda mais a situação dela, dificultando que lhe fosse oferecida nova residência. Não tinha renda e trabalhava no lar e nos cuidados de seus filhos; precisou se separar de um dos filhos e ir morar com o menor na casa da sogra, no Rio Grande do Norte. Foi acolhida pela sogra, apesar da situação de carência de todos. Isso, porém, comprometeu seu pré-natal, pois as duas unidades básicas próximas a sua nova residência tinham problemas de funcionamento parcial em virtude da pandemia de covid-19. Desse modo, não a acolheram para dar continuidade ao seu acompanhamento, prejudicando seu vínculo com o serviço de saúde, mesmo diante dos raros esforços em

^{III} Autoras deste trabalho.

atendê-la feitos pelos profissionais de enfermagem da primeira unidade básica de saúde (UBS) na qual buscou atendimento.

Idas e vindas em busca de um lugar para parir em abril de 2020: desafios e fatores de proteção

Em meio aos eventos consequentes à pandemia, surgiu a oportunidade de atender essa jovem e logo percebemos que sua situação não era tão diferente de tantas outras mulheres: verificamos dados de pré-natal inadequado, com a falta de vínculo a serviços de saúde e, até mesmo, indícios de peregrinação, iniciada desde a busca por atendimento na Atenção Básica, pelas andanças em UBS, em busca de orientação e, depois, em vários hospitais da Região Metropolitana de Natal. Além disso, visto que essas unidades de saúde foram a segunda forma de iniciação do pré-natal devido à mudança de residência da gestante, se verifica que esses serviços não buscaram conhecer adequadamente o caso, refutando a grávida de seus cuidados em um flagrante desrespeito com os seus direitos, tal como garante a Constituição Federal de 1988, no Sistema Único de Saúde (SUS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) pela Recomendação nº 39, de 12 de maio de 2020, que estabelece medidas de emergência e de proteção social e garantia dos direitos das mulheres diante da pandemia de covid-19¹⁶.

As informações que dispusemos via teleatendimento foram de uma grávida de mais de 41 semanas, situação em que pudemos levantar dados básicos para situar a gravidez e a data provável do parto (DPP), que aconteceria, possivelmente, no dia 16 de abril de 2021. As informações indicavam que Fulô do Agreste estava indo e vindo de hospitais e maternidades, sem sinais de trabalho de parto ativo, e que tinha perda de líquido amniótico de quantidade desconhecida. Como estava deixando “o destino guiar seus passos”, não

demonstrava ou sequer tinha a sensação da falta de acolhimento e empatia das quais foi vítima, ou mesmo da violência obstétrica sofrida em cada estabelecimento de saúde que buscou. Pensando nas condutas de assistência que recebeu, decidimos que jamais colocaríamos isso em evidência para a paciente, na busca de evitar um conflito de sentimentos, um aumento de sua insegurança, medo, raiva e indignação por essa vivência. Com isso, buscamos promover a escuta para a verificação da situação e a orientação de Fulô do Agreste, de forma a encerrar sua desassistência.

Entre os aspectos de vulnerabilidade da gestante, mesmo observando que recebeu algum apoio, destaca-se que o luto, processo que interfere no estado emocional das pessoas, nesse caso, interferiu no modo como ela se via e se cuidava. Diante desse momento de fragilidade, em vez de os serviços de atenção pré-natal oferecerem acolhimento, fizeram o oposto: a paciente realizou apenas uma única consulta no segundo trimestre da gravidez e recebeu “alta” sob a alegação de ter migrado de outro estado, não sendo da responsabilidade da UBS que finalmente a acolheu em Natal averiguar sua situação. Sabemos que, obviamente, não existe “alta” de pré-natal enquanto não ocorre o nascimento do conceito, ao mesmo tempo que é recomendada uma consulta semanal nas últimas semanas de uma gravidez, além do acompanhamento no puerpério – procedimentos que no contexto de pandemia poderiam ter sido realizados em domicílio²⁰.

Após as idas e vindas e depois de ter recebido a definição de sua data provável de parto para 16 de abril, Fulô do Agreste buscou atendimento tardiamente entre os dias 26 e 27 de abril, no Hospital Municipal da Mulher e Maternidade Leide Morais (HMMM Leide Morais), localizado em Natal, Rio Grande do Norte. Acreditava que seria o melhor lugar para o nascimento de seu bebê. Nesse serviço ela efetivamente recebeu o

mínimo de prestação de cuidado de sua gravidez, embora tenha também sido exposta a uma certa negligência, uma vez que foi dispensada sem maiores orientações sobre os sintomas e o momento oportuno para a busca do hospital em caso de trabalho de parto.

Posteriormente, foi encaminhada para uma maternidade no município vizinho, São Gonçalo de Amarante. Depois, recebeu encaminhamento para retornar a Natal para a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC-UFRN). Fulô, por fim, foi atendida no Hospital e Maternidade Santa Catarina, em Natal, que a redirecionou para o hospital de referência em humanização da capital, HMMM Leide Morais, do qual havia partido. O hospital lhe encaminhou para o Hospital Percílio Alves, no município de Ceará-Mirim, a cerca de 50 quilômetros de distância de Natal, que, felizmente, a admitiu, mesmo em situação crítica e sem ter condições adequadas de realizar o atendimento obstétrico devido ao fechamento do setor de obstetrícia desse hospital anteriormente, em fevereiro de 2021.

Assim, percebendo toda a situação, solicitamos informações a Fulô sobre seus sentimentos vivenciados, momento em que ela informou que estava tranquila, com um pouco de medo referente à saúde do bebê, mas que sentia que estava tudo bem, contando que seu bebê se mexia normalmente. Informou também que havia utilizado óleo de prímula para estimular o trabalho de parto, gerando uma leve contração, mas nada que a fizesse associar à necessidade de ida ao hospital para parir. De qualquer modo, acabou por buscar o serviço, relatando que foi nesse primeiro atendimento no hospital de referência em humanização do parto (HMMM Leide Morais) que fez seu ultrassom, confirmando a possível gravidez prolongada (pós-datismo). O serviço de saúde detectou também a baixa quantidade de líquido amniótico e a encaminhou para outro serviço, no

município de Ceará-Mirim. Resumindo, a grávida chegou a passar em cinco hospitais, sendo duas dessas vezes no serviço de referência de parto humanizado, que a referiu, no final, para o citado Hospital Percílio Alves, situado a 50 quilômetros do anterior, mesmo sem recursos financeiros para tal deslocamento e com bolsa d'água já rota.

No dia 27 de abril de 2021, por volta das 10:40 horas da manhã de terça-feira, solicitamos que ela nos informasse sobre a sua chegada à maternidade para que pudéssemos fazer revezamento *on-line* entre nós, profissionais que a orientávamos, e conversar sobre as condutas que seriam propostas. Enfatiza-se que a nossa opção de conduta foi a de orientá-la de forma a apoiá-la para um desfecho satisfatório e para reduzir danos diante da sua difícil trajetória relatada. Por isso, indagou-se quanto à forma e às condições com que ela iria para o hospital em Ceará-Mirim, se ela o conhecia e se estava se sentindo bem para isso. Ela confirmou que seria “tranquilo” ir para esse serviço.

Por volta de 12:30 horas, finalmente havia chegado ao Hospital Percílio Alves, em Ceará-Mirim e sido admitida enquanto parturiente, mas sem direito a acompanhante, pois sua sogra foi orientada a ficar do lado de fora do serviço. Assim, a orientamos que, nesse processo, fizesse movimentos para promover o desenvolvimento do trabalho de parto, que evoluiria melhor com o relaxamento do corpo e da mente. Foi indicado, ainda, o uso de musicoterapia para esse processo, solicitando que ela colocasse um fone de ouvido com músicas que a agradassem para relaxar e abstrair-se dos problemas e processos que estava enfrentando – o que ela informou que faria e, posteriormente, mostrou-se grata pela sugestão, visto que proporcionou uma sensação de maior tranquilidade e confiança.

Com o sentimento de que aquela jovem mãe estava sendo jogada à própria sorte,

contivemos as nossas emoções e a orientamos quanto à infusão venosa farmacológica e de indução à base de ocitocina, que haviam lhe instalado no hospital, acreditando que provavelmente isso aceleraria suas contrações, estimulando o parto; ao mesmo tempo que nos interrogávamos, avaliando que a situação descartaria tal necessidade. Com nossa orientação, ela disse que ficou tranquila, até porque queria ter um parto normal, como foram seus dois partos anteriores, afirmando que, se esse fosse o caminho, estava seguindo tudo bem.

Fomos informadas um pouco mais tarde, pela própria Fulô, que já estavam cogitando a cirurgia de cesariana para seu caso. Diante dessa informação, foi necessário saber como se sentia diante dessa possibilidade. Ela afirmou que queria ter parto normal e que tinha medo da cirurgia, por isso tentamos acalmá-la, esclarecendo suas dúvidas e informando todos os principais procedimentos que aconteceriam nessa cirurgia, desde a anestesia, a incisão, a saída do bebê, o tempo de duração, as sensações do corpo anestesiado e a sensação pós-cirúrgica. Mesmo atuando para esclarecer sobre o procedimento de cesariana, sugerimos que ela informasse à equipe que desejava ter mais um parto normal e que, no período de uso do soro, deveria continuar andando e se exercitando para ajudar o corpo a desencadear o trabalho de parto.

Para nos situar quanto às condutas possíveis diante de seu trabalho de parto, inquirimos se Fulô havia feito exames complementares e de cardiotocografia para avaliar a vitalidade fetal. Ela respondeu que sequer sabia do que se tratava. Descrevemos o exame e o aparelho detalhadamente para que pudesse recordar se em algum momento o havia feito, o que ela não confirmou. Isso aumentou os nossos medos sobre os riscos que a parturiente poderia correr, uma vez que nem mesmo a ausculta fetal foi verificada com um sonar, nem com o estetoscópio de Pinard.

Isso nos despertou para a deficiência de comunicação com a parturiente e sua família, dos profissionais que a atenderam até o momento, e para a não observância dos procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde²¹.

Ainda em 27 de abril, às 16:00 horas, aproximadamente, a sogra de Fulô foi informada que deveriam buscar outro lugar para o parto, pois o hospital não tinha condições de atendê-la por falta de material e equipe. Esse fato gerou uma reação da sogra, que notificou a rede de apoio de voluntários da qual fazíamos parte, que, por fim, pressionou as autoridades da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte e a Assistência Social do próprio Hospital Percílio Alves, em Ceará-Mirim, para resolver a questão.

Por volta das 17:30 horas, Fulô nos comunicou que realmente ia ser submetida a uma cesárea e que o soro tomado seria apenas para a reposição volêmica, não contendo qualquer medicamento para estimular o trabalho de parto e atender-lhe o desejo de ter um parto normal. Tal informação de procedimento nos deixou aliviadas, ao perceber que uma assistência mínima seria feita. Mesmo assim, ficamos nos indagando os motivos da não realização de um atendimento de qualidade, informação e ações completas para propiciar um desfecho favorável a essa mãe e seu bebê.

Às 19:30 horas, Fulô nos disse que ainda estava aguardando a chegada da médica que viria fazer a sua avaliação obstétrica, a mesma obstetra que já havia feito seu atendimento pela manhã no Hospital Maternidade Leide de Moraes, em Natal, que estaria a caminho para operá-la em Ceará-Mirim. Informou-nos, ainda, que havia tomado três bolsas de soro por indicação de uma enfermeira e que tinha sido feito exame de toque, verificando que estava com 2,5 centímetros de dilatação e sem contração uterina. Afirmou também que estava se sentindo bem e que a cirurgia não estava mais representando

um medo, pois tinha entendido que essa seria a melhor conduta para ela.

Às 22:11 horas, com a chegada médica da capital, Fulô foi encaminhada para o centro cirúrgico para a realização do procedimento cirúrgico-obstétrico. Entendemos que a notícia da cesárea seria algo positivo, diante de tudo o que aconteceu até então e que a ida da obstetra pode estar relacionada aos esforços e ações das várias pessoas que, mesmo a distância, se mobilizaram para reduzir os danos a essa mulher, já que se temia que a falta de recursos do hospital terminasse em tragédia, com desfecho materno-fetal desfavorável.

Depois da alta, em situação de puerpério, Fulô nos informou que precisou retornar ao município onde pariu, pois o filho não tinha sido registrado e precisava fazê-lo. Em razão de seu bebê ter nascido com um pouco mais de 3.500 quilos, o pediatra que o atendeu em consulta na UBS considerou a importância da amamentação, referindo que aquele peso era “um absurdo”, que o bebê era “grande” e com isso o leite que aquela mãe iria produzir não seria o suficiente para nutri-lo, sendo necessária a utilização de polivitamínicos para dar como suplemento ao recém-nascido. Essa conduta médica desconsidera totalmente as diretrizes do Ministério da Saúde, que estimula o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida²².

Desafios, vulnerabilidades e fatores de proteção

Entre os desafios verificados no caso relatado, a mudança de residência e as perdas vivenciadas na gravidez influíram no acompanhamento pré-natal de Fulô, que se mostrou inadequado e gerou a perda da possibilidade de rastreamento oportuno de afecções e comorbidades decorrentes de sua gravidez e do acolhimento às perdas e a sua vividez, que poderiam repercutir na sua saúde mental e em desfechos em desfavor da saúde materna e fetal.

Sobre as múltiplas vulnerabilidades, destaca-se o fato de Fulô não ter tido informações necessárias sobre os serviços de referência locais e sobre o seu direito de seguir em acompanhamento pré-natal. Devido ao seu estado de apatia e de falta de estímulo, passava muitas horas do dia na cama, sem noção de tempo e nem de quantas semanas de gravidez exatamente estava. Considerando a singularidade de cada gravidez e parto e sabendo que cada situação é singular e que as realidades de atendimento à saúde no Brasil são tão diversas, observa-se que as maiores deficiências na assistência têm características comuns e um aspecto quase sempre constante: o silêncio das mulheres que se tornam mães e que silenciam sobre suas próprias experiências, contribuindo para que todos os problemas acabem, de certa forma, naturalizados frente a situações absolutamente evitáveis e indesejáveis.

Uma segunda questão que nos gerou incômodo enquanto obstetrias foi o isolamento de Fulô de sua acompanhante, em todo período de interna no hospital, em um flagrante desrespeito à lei nº 11.108, de 2005²³, que garante “a obrigatoriedade de permissão para a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”, legislação que facilmente se ignora, nesse momento, com a inadequada justificativa de que aumentaria o risco de disseminação do vírus da covid-19 no ambiente hospitalar. Ressalta-se que os acompanhantes da parturiente poderiam receber equipamento de proteção individual (EPI) e orientações de higiene das mãos e máscaras descartáveis para deter a infecção por covid-19, além de se poder fazer o rastreamento de febre e sintomas gripais antes de serem admitidos nas áreas de assistência ao parto. Foi verificado que a presença da sogra de Fulô, nesse caso, mesmo do lado

externo do hospital, foi um apoio familiar importante, uma vez que ela esteve atenta e preocupada com a nora por meio de celular, cuidado que vinha tendo desde que a gestante havia completado 41 semanas de gravidez e teve perda de líquido amniótico, quando passou a acompanhá-la na busca por maternidades.

Um terceiro ponto muito conflitante dessa cadeia de omissões e falta de empatia foi a forma como se deu a saída de Fulô das UBS que a atenderam, sem nenhuma ação ou acompanhamento, mesmo diante do diagnóstico da gestação, aumentando o risco dela e do bebê virem a fazer parte dos números de mortalidade materna e de óbitos fetais. A gestante ficou mais de dez horas perdendo líquidos e, provavelmente, com bolsa rota, o que aumentava o risco de infecção do líquido amniótico. Não houve a prescrição de nenhum tipo de antibiótico para reduzir esse risco e nem a sua inclusão em observação para controle de sinais vitais e identificação de aumento de temperatura corporal, bem como não a informaram sobre tais possibilidades e os possíveis riscos que corria.

Todos esses detalhes alertam para a falta de observância das normas de melhores práticas e de humanização²⁴, da deficiência do espaço de escuta ativa e do plano de parto, que tem a função de registrar a vontade da grávida, discutir e prepará-la para situações e decisões no momento do parto. Sem isso, torna-se inexecutável a oferta de informações e orientações para a gestante e sua família quanto aos sinais de alerta e, em consequência, também a facilitação da ampliação do vínculo afetivo entre família, mãe e feto. No caso de Fulô do Agreste, a falta de vínculo com um serviço de saúde que realmente a cuidasse a privou de meios para promover a sua autonomia, para além das dimensões do ciclo gravídico e puerperal, e de auxiliar na construção de perspectivas diante da situação de vulnerabilidade social em que vivia.

Essas situações deixam evidente algumas das maiores deficiências do nosso sistema de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, que são: a ausência de informação, a baixa capacidade de decidir e fazer escolhas informadas e exercer e fazer respeitar direitos já conquistados nas normas e legislações nacionais²⁴⁻²⁵. Para nós que a acompanhamos a distância, ficou difícil compreender a real situação do serviço, sua realidade e qualidade, mas foram observadas diversas falhas em sua atenção, inclusive no momento de parir. Imagina-se que um serviço situado em uma capital e que é referência na área, como o Hospital Municipal da Mulher e Maternidade Leide Morais, a encaminharia para outro serviço preparado para atendê-la em qualquer eventualidade que pudesse acontecer, como orienta a lei nº 11.634, de 2007, que garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual será sua maternidade de referência e de visitá-la antes do parto²⁵. Enfim, como era de se esperar, o melhor não aconteceu, o que nos levou a refletir sobre os próximos passos e como poderíamos ajudá-la, já que não tínhamos todas as informações sobre os recursos que a gestante tinha para orientarmos o que poderíamos fazer.

Entre os fatores de proteção e de amenização da vulnerabilidade no trajeto de Fulô do Agreste, situamos a presença e presteza de sua sogra, que foi quem passou informações importantes sobre o processo de atendimento, inclusive para nós no dia do parto. No primeiro contato, a sogra logo demonstrou sinais de que ambas apresentavam um desconhecimento enorme de todos os processos do período gravídico, mesmo que tenha sido a sua terceira gravidez. Esse fato gerou várias consequências ao desfecho do nascimento, oriundo de uma gravidez caracterizada por perdas e desinformação, falta de acolhimento e vínculo e peregrinação entre serviços de saúde, terminando em mais uma entre as tantas

cesarianas feitas no país, fato que não conseguimos sequer qualificar como bom ou ruim no contexto de toda essa situação.

Essa dúvida quanto à propriedade dos procedimentos finais deixa muita reflexão, porque há a sensação de que se tornam naturais as violações de direitos humanos e reprodutivos, contribuindo, quase sempre, para que nos acostumemos com coisas erradas e, quando não, para que fiquemos felizes pelo desfecho não ter sido catastrófico. Assim, assume-se que muitas vezes a função do profissional de saúde não é dar assistência adequada ao parto, e sim de promover a redução de danos a essas mulheres, geralmente tão jovens.

Refletindo sobre os contatos com Fulô do Agreste, pôde-se perceber sua voz distante e muito baixa e sua calma perante os problemas, aspectos que mais do que tudo caracterizavam um estado de choque no caos instaurado em sua vida, em que muitas coisas pareciam não fazer mais sentido. Esse quadro, para a Obstetrícia, fez sempre pensar como seria o desfecho dessa gravidez, até porque o parir é sim algo fisiológico, mas os aspectos psicológicos envolvidos deveriam ser sempre considerados. O desânimo pós-traumático consequente à infecção e perda do marido devido à covid-19 também trouxe uma expectativa de como seria o puerpério diante de tantas vulnerabilidades, além de como seria o seu acesso aos cuidados de saúde no pós-parto.

Ouvindo Fulô e, em algumas oportunidades, também a sua sogra, percebemos algumas falas que confirmavam pesquisas que apontam as precariedades e o desmonte dos ambientes de saúde do SUS e da atenção obstétrica durante a pandemia²⁶. Nos fez perceber que essa triste realidade, nos dias de hoje, está cada vez mais evidente em todos os estados brasileiros, resultando no retorno das peregrinações entre os serviços em busca da assistência, como já existiu em outros

tempos. No caso de Fulô, acreditamos que a peregrinação ocorre devido às lacunas existentes entre os sistemas de referências de saúde, um problema que aparece desde a atenção primária até a terciária, tornando inexecutável a efetivação plena do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e de boas práticas de atenção de acompanhamento do puerpério²⁷⁻²⁹.

É preciso admitir que, por mais paradoxal que seja o desconhecimento de algumas consequências desse desmonte sanitário, tal realidade pode servir como um alerta, frente a qual cabe aos profissionais de saúde, mesmo em situações de exceção como foi o nosso atendimento a distância fornecido a Fulô, a responsabilidade de guiá-la, do modo mais firme e consciente possível, para que essa situação não contribuísse para a elevação dos índices de mortalidade materna. Ou seja, o mínimo que se deve buscar é entender e evitar tal consequência.

Percebe-se a existência de diversidades regionais e a defasagem na chegada e implementação de novos protocolos de humanização do parto, mesmo com a disponibilidade eletrônica de notas técnicas e as orientações de protocolos de fluxo disseminados pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais. Ainda são necessárias ações que acompanhem os indicadores de monitoramento das boas práticas que sustentam a experiência positiva na perinatalidade, ao mesmo tempo que os achados de pesquisas científicas devem ser considerados e adaptados à realidade sociodemográfica de cada território, considerando a cultura, as desigualdades sociais e disparidades econômicas e de oportunidades.

Na realidade obstétrica, as deficiências ficam muito evidentes quando aparecem, não importando se são grandes ou pequenas. Por isso, cabe a nós o desafio de amenizá-las de forma segura. É nítida a necessidade de se fazer sempre parcerias e contatos na rede de assistência

à gravidez, ao parto e ao nascimento, para que a atenção à saúde aconteça e até a mínima delicadeza, escuta e um olhar atento permitam que esses momentos transcorram com segurança.

Mesmo abalada pela ausência de seu companheiro, a maternidade para Fulô foi o reflexo da felicidade materializada na imagem linda e saudável daquele bebê que recebeu o mesmo nome do pai, ressignificando todo o sofrimento até então vivido. Ao recebermos a foto, depois de todo o procedimento do nascer acabado, junto aos agradecimentos da própria Fulô, aprendemos sobre a importância da participação no processo de gestação, parto e puerpério, mesmo a distância, mostrando que a nossa forma de “sobreviver” enquanto profissionais, em meio ao caos, perpassa a qualquer sabedoria técnica aprendida em livros. Todos foram sobreviventes e em meio a todos os obstáculos resistiram e se apoiaram mutuamente para que houvesse um “final feliz”, mesmo diante das adversidades. Foi pela confiança depositada por Fulô em nós, para receber todas as orientações e explicações de procedimentos por telefone, que a nossa atuação conjunta se tornou, de certa forma, um apoio e uma força para enfrentar a realidade de ser mãe solo com órfãos durante (e esperamos, em breve, ser após) a pandemia de covid-19.

Considerações Finais

O maior crescimento profissional que tivemos, no caso narrado, foi o de assimilar todos os acontecimentos e tomar condutas imaginando como seria se estivéssemos efetivamente presentes no cenário e entender que é necessária a compreensão de diversas realidades de assistência ao parto e suas singularidades. Todavia, ainda é um caminho longo que há de se percorrer.

Em resumo, o hospital referência em humanização na capital Natal realizou atendimento à

gestante duas vezes. Depois, fez transferência para outro hospital em município vizinho e lá um obstetra a orientou a retornar para o serviço de referência, que tornou a transferi-la para outro município, mas não ofereceu nenhum tipo de apoio ou transporte. A grávida, em jejum, depois de longa viagem e peregrinação, só foi admitida horas depois, momento em que as enfermeiras instalaram acesso venoso, mesmo que em um serviço precário, em crise e ameaçado de fechamento.

Enfim, “o que é vivido não é possível de ser mudado”. Esse lema nos norteou diante da realidade sentida por Fulô, causando-nos sentimentos de tristeza e impotência por não ser possível dar a continuidade ao cuidado, fazendo com que seguíssemos com a sororidade que professamos. Porém, há algo muito concreto que se aponta e que precisa ser feito: o respeito aos direitos dessas mulheres que ousam parir no temerário Brasil de hoje e a urgência de constituir uma rede de atenção perinatal com elementos de saúde e atenção psicossocial como um direito de saúde sexual e reprodutiva em todo o território e com respeito às características regionais. Todos sabem que não é uma ideia nova, mas sabe-se também que ainda não foi efetivada.

Referências

1. Declaración del Director General de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional acerca del nuevo coronavirus (2019-nCoV) [internet]. 2020 [acesso em 06 ago 2021]. Disponível em: [https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
2. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *CadSaude Publica*. 2017;33(1):, 1-17.

3. Organização Mundial de Saúde - OMS. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez [internet]. [acesso em 06 ago 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
4. Amorim MMR, Soligo Takemoto M, Fonseca EBD. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to middle-resource countries? *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 223(2):298-299.
5. Stofel NS, Christinelli D, Silva RCS, Salim NR, Belezza ACS, Bussadori JCC. Atenção perinatal na pandemia da covid-19: análise de diretrizes e protocolos nacionais. *Rev Bras Saude Mater Infant* [internet]. 2021 [acesso em 05 ago 2021]; 21 (1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100005>.
6. Rodrigues Junior OL. Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação. Notas sobre a evolução de um conceito na modernidade e na pós-modernidade. *Rev Inform Leg* [internet] 2004 [acesso em 05 ago 2021]; 41(163):113-130. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/bdsf/bitstream/id/982/4/R163-08.pdf>.
7. Paula SHB, Silva AL, Beraldi R. Direito à autonomia em saúde: onde mora vontade livre? In: Keinert TMM, Paula SHB, Bonfim JRA, organizadores. *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. 109-118. (Temas em saúde coletiva, 10)
8. Raimundo VK. Saúde Reprodutiva na Pandemia Covid-19: os desafios e respostas na atenção ao pré-natal em Franco da Rocha [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2021 [acesso em 20 abr 2021]. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151752/tcc-vitoria-karen.pdf>
9. Mattar LD. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *Sur. Rev Internacional Direitos Humanos* [internet]. 2008 [acesso em 09 ago 2021]; 5, (8):60-83.. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100004>.
10. Brasil. Lei Orgânica da Saúde [internet]. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990 [acesso em 05 ago 2021].. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htmlBrasil, 1990).
11. Mott MLB. Madame Durocher, modista e parteira. *Estudos Feministas* [internet]. 1994 [acesso em 05 ago 2021]; 2(3):101-116. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/43904488>.
12. Melo MAS, aula SHB, Siqueira SR, Corbani NMS, Santiago ACC. Educação pré-natal com utilização de recursos expressivos: conceitos, estratégias e transposição para atenção primária. *Bol Inst Saude* [internet]. 2019 [acesso em 05 ago 2021]; 18(2):82-94. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016870/bis-v18n2-educacao-comunicacao-82-94.pdf>.
13. Souza LM. A dor do parto: uma leitura fenomenológica dos seus sentidos [internet][dissertação]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2007 [acesso em 05 ago 2021]. Disponível em: https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/1877/1/trabalho_parte1.pdf
14. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc. saude colet* [internet]. 2005 [acesso em 05 ago 2021]; 10(3):627-637. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVfFy8PdNkYgJ6ssQ/>. Doi: 10.1590/S1413-81232005000300019 2005.
15. Organização Mundial da Saúde - OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [internet]. Genebra: [acesso em 05 ago 2021]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf.
16. Conselho Nacional de Saúde - CNS. Recomendação Nº 039, de 12 de maio de 2020. Recomenda aos Governadores Estaduais e Prefeitos Municipais o estabelecimento de medidas emergenciais de proteção social e garantia dos direitos das mulheres [internet]. [acesso em 06 ago 2021]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco039.pdf>.
17. Volochko A. Mortalidade materna: determinantes socio-políticos. In: Kalckmann S, Batista LE, Castro CM, Lago TG, Souza SR, organizadores. *Nascer com equidade*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. p.111-132. (Temas em saúde coletiva, 11).
18. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *CienciaSaude Col* [internet]et . 2013 [acesso em 10 ago 2021]; 18(4): 1059-1068. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yj3VSYTbmRnPPWj6VSkVvWh/?format=pdf&lang=pt> doi:10.1590/S1413-81232013000400019>.
19. Norman AH, Tesser CD. Obstetras e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva.

- Revista Brasil Medicina Família e Comunidade [internet] 2015 [acesso em 10 ago 2021]; 10(34): 1-7. Rio de Janeiro. DOI: 10.5712/rbmfc10(34)1106. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1106>.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota Técnica nº 7/2020-COS-MU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS [internet] [acesso em 05 ago 2021] Trata das orientações a serem adotadas na atenção à saúde das gestantes no contexto da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/gestantes-nota-tecnica-no-6-2020-cosmu-cgcivi-dapes-saps-ms/>
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19 [internet] / Brasília(DF); 2020.
22. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica: saúde da criança, aleitamento materno e alimentação complementar [internet]. [acesso em 05 ago 2021]2. ed. Brasília (DF); 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
23. Brasil. Lei Federal nº 11.108, de 7 abril de 2005. Garante às parturientes direito a acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto, no Sistema Único de Saúde, da rede própria ou conveniada. Diário Oficial da União. 8 abr 2005.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento [internet]. Brasília; 2000 [acesso em 5 ago 2021]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
25. Brasil Lei Federal nº 11.634/2007, de 27 de dezembro de 2007. Garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual é a Maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto. Diário Oficial da União. 28 dez 2007.
26. Monteiro N. O Estado em desmonte frente à epidemia da Covid-19. Physis: Revista de Saúde Coletiva [internet]. 2020 [acesso em 12 jul 2021];30(03):e300304. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2020.v30n3/e300304/pt> doi:10.1590/S0103-73312020300304.
27. Parada CMGL. Women's health during pregnancy, childbirth and puerperium: 25 years of recommendations from international organizations. Rev Bras Enferm [internet]. 2019 [acesso em 12 jul 2021];72():1-2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/w9NjtPShP8F7Yfp9ShXbZDh/?format=pdf> doi: 10.1590/0034-7167-2019-72suppl301.
28. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicol Soc [internet]. 2017 [acesso em 5 ago 2021]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?format=pdf&lang=pt> Doi:/10.1590/1807-0310/2017v29155043.
29. World Health Organization - WHO. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso em 5 ago 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.

Promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente: identificação de barreiras e sugestões de novas estratégias

Promotion of adolescent sexual and reproductive health: identification of barriers and suggestions for new strategies in the municipality

Thais Aparecida Alves Turno¹

Resumo

O presente estudo faz parte do projeto “Traduzindo Conhecimentos para o Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde no Município de Franco da Rocha”, desenvolvido pelo Instituto de Saúde em parceria com a Secretaria de Saúde do município de Franco da Rocha, e foca a saúde sexual e reprodutiva na adolescência, etapa da vida que tem sido negligenciada. Observamos a falta de consenso sobre os protocolos de atendimento aos adolescentes dentro dos serviços de saúde; as principais barreiras a serem superadas; e estratégias indispensáveis para a implementação de um protocolo que promova a Atenção Integral em Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes.

Palavras-chave: Sexualidade; Saúde reprodutiva; Adolescentes.

Abstract

This study is part of the project “Translating Knowledge for the Strengthening of the Health Care Network in the Municipality of Franco da Rocha”, developed by the Health Institute in partnership with the Health Secretariat of the municipality of Franco da Rocha, the focus of this work is sexual and reproductive health in adolescence, a stage of life that has been neglected. We observed the lack of consensus on care protocols to the adolescents within health services and the main barriers to be overcome and indispensable strategies, for the implementation of a protocol that promotes Integral Care in Sexual and Reproductive Health of Adolescents.

Keywords: Sexuality; Public Health; Reproductive health; Adolescent

Introdução

A adolescência é uma construção histórica e social recente, dado que foi popularizada durante o século XX. Tem sido descrita por muitos como um momento conturbado, pois ocorrem diversas mudanças físicas e psicológicas, além de pressões vindas de vários elementos da sociedade e que diferem conforme a classe social, cor, gênero, crença e cultura na qual está inserido¹⁻³.

A “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo”⁴ aponta que, de modo geral, “considera-se que a adolescência tem início com as mudanças da puberdade e segue até a inserção social, profissional e econômica na sociedade adulta” (p.5). Apesar de os termos adolescência e puberdade estarem relacionados, têm significados distintos: “puberdade diz respeito às mudanças fisiológicas que dão início ao processo de maturação biológica e sexual”, enquanto a adolescência “considera a adaptação às novas estruturas físicas, psicológicas e ambientais com as quais esse novo corpo entrará em contato”⁴ (p.5).

¹ Thais Aparecida Alves Turno (thaisturno@hotmail.com) é obstetrix pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), especializada em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e atua como obstetrix autônoma.

A Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, que sanciona o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁵, incorpora os princípios adotados pela Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas de 1989 e promoveu uma importante mudança para a proteção da infância e da adolescência brasileira, reconhecendo-os como sujeitos de direito e não objetos de intervenção do Estado, da família ou da sociedade. Anteriormente ao ECA, a preocupação dirigia-se apenas aos jovens ainda não adultos considerados infratores, definidos como “menores”, como aponta Ayres⁶, assim como meninas que viravam mães também ganhavam, na prática, status de adultas.

O ECA estabelece como “crianças as pessoas com até 12 anos de idade incompletos e como adolescentes aquelas entre 12 e 18 anos incompletos”⁵ (art. 2º). Assim, trata da integralidade dos direitos de todas as crianças e adolescentes brasileiros; ou seja, aponta que todos os âmbitos de suas vidas têm importância e devem ter reconhecimento legal, devendo-se “assegurar todas as oportunidades para o desenvolvimento do sujeito, afirmando com prioridade os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura...”⁵ (art. 4º). Essa proteção, conforme a lei, também diz respeito à exposição do adolescente a formas de discriminação, exploração, negligência e de qualquer forma de violência, de modo que se pune legalmente qualquer atentado por omissão de seus direitos⁵.

Dentro do tema integralidade da saúde do adolescente, não há como ignorar a discussão da sexualidade, em razão de ser nesta etapa da vida quando geralmente inicia-se a atividade sexual⁴, que deve ser vivenciada de forma positiva e saudável, uma vez que faz parte das práticas autônomas e íntimas deste público. O documento “O SUS e a Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens no Brasil”⁷ produzido pelo

Ministério da Saúde, afirma que adolescentes devem ter os mesmos direitos que os adultos quanto à saúde, aspectos também preconizados no “Caderno de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva”⁸, que destaca como pressupostos a promoção da autonomia e o empoderamento dos indivíduos adolescentes⁹. Ambos os documentos preveem direitos sobre o livre exercício da sexualidade sem violência, discriminação e imposições, independentemente do estado civil, crença, idade ou condição física do indivíduo. Nesse sentido, orientam que sejam considerados o total respeito ao corpo do indivíduo e do parceiro; a livre escolha desta parceria; a decisão do momento e da quantidade de filhos que desejam gerar, além do direito ao acesso a informações, meios e técnicas para controlar o ter ou não filhos com a prevenção da gravidez, itens previstos no direito constitucional ao planejamento familiar e reprodutivo; e o direito à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST). Essas ações devem ser realizadas com a garantia de privacidade, sigilo e qualidade na atenção à saúde pelos serviços de saúde e seus profissionais, sem qualquer tipo de discriminação^{7,9}.

Uma das preocupações da atual sociedade em relação à sexualidade dos adolescentes é a gravidez não-planejada, ocorrência que até os anos 1950 era vista como natural no cotidiano dos brasileiros, momento histórico em que a mulher costumava se casar por volta dos 12 anos de idade, conforme permitia a lei; havia, inclusive, registros históricos de meninas de cerca de 8 anos de idade gerando filhos¹⁰. Este quadro mudou somente no início do século XX, com a necessidade de entrada feminina no mercado de trabalho industrial, e depois dos anos 1960, com a difusão da pílula anticoncepcional que permitiu que o ato sexual fosse desvinculado da função reprodutiva¹⁰.

A adolescência feminina, que antes era um período voltado para a constituição de uma família independente dos pais, se transformou em uma etapa de destaque, em que passou a ser necessária a inserção da mulher em âmbitos considerados, até então, masculinos, como os estudos e a profissionalização. Neste momento, cria-se a concepção de que a gestação na adolescência não deveria ocorrer, pois representaria um fator desestruturador desse novo papel da mulher jovem. Para atender a essa transformação, a orientação de postergação da gravidez passa a se impor e a atenção em saúde sexual e reprodutiva dos jovens torna-se pauta de diversas áreas do conhecimento e de instituições sociais, que apontam desvantagens da gestação não-planejada na adolescência e, inclusive, as morbidades a ela associadas.

Objetivo

Com o objetivo de discutir estratégias mais inclusivas de articulação da rede de serviços do município de Franco da Rocha, estado de São Paulo, promovidas quanto à atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva da população adolescente, o Instituto de Saúde, com seu Programa de Especialização em Saúde Coletiva, promoveu um novo projeto de parceria em 2018, denominado “Traduzindo Conhecimentos para o Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde no Município de Franco da Rocha”. Esta parceria constituiu-se em novos levantamentos de informação e de implementação em diversas áreas da saúde no município, incluindo o “Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva, Pré-Natal e Puerpério”, em que consta o “Protocolo de Atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente”⁸.

Este artigo aborda a parte do estudo referente às barreiras e facilidades na implementação da política de saúde sexual e reprodutiva do(a) adolescente. Abrange também

estratégias inclusivas para promoção de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em serviços de saúde da Atenção Básica, no município de Franco da Rocha¹¹.

Metodologia

Este estudo foi desenvolvido através de análises de dados quali-quantitativos e de descrição de intervenção, nas 12 unidades básicas de saúde (UBS) existentes no município de Franco da Rocha. Para tanto, utilizou-se de três instrumentos, colhidos em diferentes etapas.

A primeira etapa incluiu a criação e aplicação do “Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica” (ICAB)¹¹, baseado no documento utilizado pelo “Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica” (PMAQ)¹², no período de 12 e 28 de junho de 2018, realizadas pelas(os) alunas(os) da especialização em Saúde Coletiva. Este questionário era dividido em 2 partes: (1) de observação da Unidade Básica de Saúde pelo pesquisador, com complementos e observações feitas pelos profissionais de saúde; (2) de entrevista semiestruturada com o profissional de saúde para conhecimento da organização de trabalho, de serviços e de insumos existentes.

A segunda etapa foi realizada entre 2 e 19 de outubro de 2018, quando as 12 UBSs foram novamente visitadas para aprofundamento de questões relativas à saúde sexual e reprodutiva na adolescência. Nesta etapa, realizou-se entrevista complementar por meio de questionário estruturado aplicado com os gestores desses serviços.

Entre novembro de 2018 e janeiro de 2019, foram feitas observações e anotações das oficinas de implementação do “Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal e Puerpério”, que contém o “Protocolo de Orientação para Atenção Integral em Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes”. As oficinas foram realizadas para três

turmas de profissionais que atuam na assistência básica de saúde, em três módulos para cada grupo. O primeiro encontro abordou o tema: planejamento reprodutivo; o segundo: saúde sexual/reprodutiva e atenção à saúde dos adolescentes; e o terceiro: pré-natal, parto e puerpério. Durante esses encontros utilizamos técnicas de recursos expressivos e de dinâmicas de grupo aplicadas na própria realização das ações educativas, além da apresentação dos conteúdos de forma expositiva¹¹.

Resultados

Conforme a opinião dos profissionais que responderam ao levantamento, o acesso de adolescentes ao serviço de saúde é majoritariamente fácil (66,7%, 8 UBS). Apenas 8,3% (1 UBS) relatou considerar esse acesso acolhedor, enquanto 25,0% (3 UBS) consideraram-no intimidador.

Quanto à disponibilidade de preservativos masculinos, em 6 UBS sua oferta estava facilitada logo na entrada do serviço; em 25% (3 UBS) se localizava no balcão da recepção; em 16,7% (2 UBS) havia necessidade de retirada na farmácia; e em 16,7% (2 UBS), em outros locais (fundo do corredor de entrada e junto à sala de espera). Foi observado também pelas pesquisadoras que em 75% (9 UBS) havia falta da camisinha masculina. A contracepção de emergência foi apontada por 75% (9 UBS) das UBSs como procurada apenas pela minoria das adolescentes.

Em relação à proporção de adolescentes que procuram teste rápido de sífilis (VDRL) e de HIV/aids, 75% (9 UBS) relatam que a minoria das adolescentes o faz.

Nenhuma das UBS realizava grupos internos com adolescentes na época do levantamento dos dados; as jovens que participam de grupos são as que já estão grávidas e vão aos grupos de gestantes.

Sobre a existência de ações externas de diálogos e captação de adolescentes, em 58,2% (7 UBS) os gerentes afirmaram realizá-las em escolas uma ou duas vezes ao ano; em 41,7% (5 UBS) os gerentes disseram não realizar nenhuma ação nesse sentido. Dessas UBS que realizam atividades com jovens, apenas 2 UBS disseram levar camisinhas. Uma das gerentes justificou sua resposta com a seguinte frase:

“Levar camisinha é uma forma de incentivar o ato sexual” (Gerente B).

A conduta das UBS em relação à distribuição de contraceptivos de emergência, conforme os relatos das gerentes, é feita da mesma maneira entre adolescentes e mulheres adultas, sendo que em 50% (6 UBS) é necessária a realização de uma consulta médica antes da liberação deste medicamento e em 8,3% (1 UBS) há acolhimento com a enfermagem. Uma das profissionais de saúde justificou a necessidade de passar em consulta médica pela seguinte fala:

“Elas omitem e mentem, tomam com frequência, precisam passar em consulta médica” (Gerente UBS K).

Das gerentes de UBS, 25% (3) informaram não haver procura do insumo e 16,7% (2) não dispõe dele. Além disso, uma gerente entrevistada (8,3%) afirmou não saber da necessidade de ter a contracepção de emergência em UBS, afirmando acreditar que caso a UBS ofertasse, muitas mulheres não se protegeriam das IST.

Discussão

- Acolhimento:

O acolhimento dos(as) adolescentes chama a atenção, visto que apenas 1 UBS percebe-se

como acolhedora e algumas, inclusive, reconhecem explicitamente que o ambiente de acolhimento é intimidador para adolescentes. Não à toa, verifica-se porque, em geral, adolescentes não procuram as UBS, sobretudo se considerarmos que o pensamento predominante na equipe dos profissionais de saúde é que, nesta fase da vida, as pessoas são saudáveis. Ou seja, a UBS é vista como um lugar que deve ser procurado somente na presença de um quadro de doença, e não para promoção da saúde.

Um acolhimento diferenciado para a população de adolescentes é uma estratégia chave para a criação de vínculo com este público, de forma que se sintam pertencentes ao grupo e o espaço de saúde. Isso favorece o diálogo, facilita a identificação dos motivos de procura pelo serviço, a compreensão das vulnerabilidades e as necessidades de saúde⁴.

O acolhimento do adolescente logo na entrada do serviço de saúde deve ser fortalecido, para que ela(e) se sinta em um ambiente receptivo, seguro, agradável e saiba que será respeitada(o) e que haverá consideração de suas opiniões e sigilo sobre suas informações.

A “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo”⁴ reforça alternativas de alcance para essas atividades de acolhimento diferenciadas e de pertencimento e vinculação com a equipe de saúde:

“Caso exista a disponibilidade, também é recomendado prever salas ou espaços específicos para esses grupos (de modo permanente ou em algum período selecionado, revezando com outras atividades) ou ainda períodos específicos de atendimento, durante a semana, que concentrem atividades voltadas a adolescentes e jovens” (p.41).

- Ações externas:

Em relação às ações externas, a maioria das UBS afirma realizá-las em escolas, de forma esporádica (cerca de 2 vezes ao ano). Apenas 2 UBS relataram que o serviço leva camisinhas aos adolescentes nos locais de estudo. O principal motivo alegado para a não realização desse fornecimento pelas demais UBS é o pensamento de que a camisinha poderia ser uma forma de incentivar os adolescentes a terem relações sexuais – alegação dos próprios profissionais de saúde. Esse medo contraria a promoção da saúde sexual e reprodutiva e a prevenção das IST/HIV/aids que deveria ser realizada nos espaços sociais – e principalmente institucionais – onde a população transita, envolvendo todos os equipamentos sociais para discussões de prevenção e mecanismos de acesso aos preservativos masculinos conforme orienta a “Política Nacional de HIV/Aids”¹³.

A realização de grupos para ações educativas em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes pode aumentar a sua participação no serviço de saúde, porém, é necessário que o acolhimento e a escuta de qualidade já estejam inseridos na prática dos profissionais de saúde, pois são estratégias para uma boa adesão aos cuidados em saúde, pela formação de vínculo gerada.

Caso perceba-se que são mais atrativas as ações educativas externas, a escola é um ponto na rede assistencial que pode ser fortalecido, visto que já existe o “Programa Saúde na Escola”, promovido pelo Ministério da Saúde. É importante levar aos diretores das escolas a opção de demonstração do uso de preservativos e métodos contraceptivos e, na hipótese de resistência a essa apresentação, abordar este assunto da forma mais abrangente e educativa possível. Outros locais, como associações de moradores, pontos culturais e quadras esportivas, podem ser opções para a realização de grupos educativos.

É importante que os profissionais de saúde saibam quais são os pontos na rede de atenção ao adolescente que ofertam atividades (como locais de cultura, de profissionalização, quadras esportivas, grupos de dança, de luta, teatro etc.), a fim de encaminhá-los para melhorar sua qualidade de vida aumentando suas possibilidades de lazer, qualificação e bem-estar.

- Preservativos e contracepção de emergência:

A maioria das UBS dispensa preservativos dentro do próprio serviço, embora em locais nem sempre apropriados ou de fácil acesso, como as UBS que colocam a dispensação de preservativos em farmácias. Como fator dificultador do acesso de adolescentes aos preservativos, as observações registraram que na maioria das UBS não havia camisinha masculina há, pelo menos, um mês, devido à falta do insumo de prevenção na própria Secretaria Municipal de Saúde. Este fator de ordem organizacional de fluxos e de solicitação junto à Secretaria Estadual de Saúde, se constitui como uma falta de olhar prioritário para as ações de prevenção de IST e da gravidez não planejada na adolescência. Esse fato que impossibilita o fundamental atendimento preventivo em serviços de saúde sexual e reprodutiva,

“...realizado para todos aqueles indivíduos (incluindo pré-adolescentes e adolescentes) que desejam manter ou que já estão mantendo práticas sexuais, de forma a promover a atenção preventiva, livrando-os dos riscos de gravidez não-planejada, prevenção de DST – doenças sexualmente transmissíveis (incluindo a aids)”¹⁴ (p.75).

Em relação à procura por contracepção de emergência, a maioria das UBS afirmou que as

adolescentes não buscavam este método, fato estranho diante da grande utilização deste contraceptivo por este público¹⁵, o que remete a sua busca sem prescrição médica. A oferta do método é realizada, conforme os gestores, por todas as UBS, igualmente à oferta para mulheres adultas, embora metade afirme que as mulheres necessitam passar em consulta médica para recebê-lo. Também se observou a falta da contracepção de emergência em parte dos serviços e em 1/4 deles há falta de procura, o que aponta inibição de busca pelas adolescentes na UBS, já que é o público que mais a consome por compra em farmácias¹⁴.

Nesse sentido, fica evidente que a difusão de informação e oferta do contraceptivo de emergência está inadequada, inclusive por exigir consulta médica já dispensada em serviços do SUS conforme o Ministério da Saúde. Ademais, essa oferta pode ser feita pelos profissionais de enfermagem, conforme a Lei de Exercício Profissional nº 7.498, que fornece respaldo e competência para fornecimento da contracepção de emergência¹⁶. A divulgação da existência e disponibilidade do método também poderia ser mais ampla e envolver toda a equipe de ESF¹⁷.

Apesar de a contracepção de emergência ser disponibilizada pelo SUS desde 2001, até hoje, ainda existem barreiras para a sua oferta pelo fato de os profissionais acreditarem que ela estimula o abandono de outros métodos contraceptivos¹⁷. Isso foi verificado no estudo na fala de uma profissional, que acredita que a usuária teria de passar por consulta para que não mentisse repetidamente e tomasse a pílula várias vezes. Ao mesmo tempo, o impedimento na distribuição do contraceptivo de emergência vai contra a Lei Federal nº 9.263, que regulamenta o planejamento reprodutivo¹⁸, e deveria ser ressaltada devido à sua extrema importância, não somente pelas gestações indesejadas e casos de abortamento

provocado, mas também por ser o único método contraceptivo que pode ser usado após o ato sexual, visto que a adolescente “está em uma fase de construções e incertezas, ocasionalmente é suscetível ao sexo desprotegido e é seu direito a obtenção gratuita deste método”¹⁵.

Os métodos contraceptivos devem ser divulgados pela importância de evitar a gravidez não planejada, inclusive durante as orientações aos adolescentes, ao lado da camisinha, único método contraceptivo que protege da gestação e também das IST.

- Testes de HIV e sífilis:

Os testes de HIV e sífilis são feitos nas próprias UBS, porém, a pesquisa aponta que os profissionais dizem que poucos adolescentes buscam esses exames, apesar de os índices de HIV e, principalmente, de os índices crescentes de sífilis entre adolescentes, inclusive entre gestantes, serem muito altos no município¹¹, com taxas, em 2018, de 158,80 casos por 100.000 habitantes, contra taxa média de 83,1 de todo o estado de São Paulo¹⁹.

É provável que muitos adolescentes não busquem realizar esses exames por falta de informação e muitos outros, por receio de terem suas atividades sexuais anunciadas publicamente ou sujeitas a julgamento. Além disso, falta acolhimento a este público dentro dos serviços, o que dificulta sua chegada e a criação de vínculos necessários à atenção e, inclusive, à realização desses exames. Por isso é tão importante a melhoria do acolhimento e a divulgação da confidencialidade da realização de todos os procedimentos com adolescentes. O código de Ética Médica²⁰ e o Código de Ética de Enfermagem²¹ definem que os profissionais devem abster-se de revelar informações confidenciais referentes ao paciente, inclusive adolescentes, a pessoas ou a entidades que não estejam obrigadas ao sigilo.

A confidencialidade de informações, que recebe o nome de sigilo clínico, caracteriza-se pela garantia do segredo quanto às informações passadas aos profissionais de saúde, que só podem ser reveladas com autorização prévia do usuário. Para os adolescentes, esse direito é primordial para construir uma relação de confiança facilitando a aproximação do jovem aos serviços e maior abertura ao diálogo, o que possibilita os relatos sobre suas vulnerabilidades aos profissionais e amplia as possibilidades para o atendimento¹⁴. Com relação a esse sigilo de adolescentes, tanto a Sociedade Brasileira de Pediatria quanto a Federação Brasileira de Entidades de Ginecologia e Obstetrícia são categóricas em afirmar que: “A garantia de confidencialidade e privacidade, fundamental para ações de prevenção, favorece a abordagem de temas como sexualidade”²² (p.8).

- Obstetrizes no SUS:

No Brasil, a formação em Obstetrícia foi extinta no início dos anos 1930 e retomada como bacharelado em 2005, pela Universidade de São Paulo, em paralelo ao ativismo pela humanização do parto e pela garantia dos direitos das mulheres a melhor assistência ao período de gestação, parto e puerpério²³. Por ser uma formação universitária relativamente recente, a sua grade de matérias incluiu a atualização das evidências científicas e legislativas para os cuidados das mulheres, adolescentes e familiares. Ou seja, é uma formação que abrange os aspectos biopsicossociais da saúde da mulher e sua família em todo seu ciclo de vida²⁴.

Assim, considera-se que contratação de obstetrizes é necessária não apenas em hospitais para a garantia do parto humanizado e da desmedicalização dos corpos, mas também para a humanização da atenção dentro das UBS, onde

podem realizar o planejamento familiar, a condução de grupos, inclusive de adolescentes, além de orientar métodos contraceptivos, orientar e atender gestantes e fazer o pré-natal, exames de mama, realizar testes de IST e de gravidez e fazer o aconselhamento após esses exames, inclusive após a coleta da colpocitologia oncótica (papanicolau). Podem atuar também em consultas individuais e orientações educativas de autocuidado, o que seria fundamental para o apoio à atenção de adolescentes em saúde sexual e reprodutiva²⁵. Além disso, a inclusão dessas profissionais alivia a agenda de outros profissionais de saúde, expande o trabalho de uma forma multiprofissional para um olhar ampliado em saúde coletiva e individual, e favorece a garantia dos direitos e reprodutivos de adolescentes.

Considerações finais

Qualificar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é de extrema importância, pois se os jovens obtiverem informações sobre a forma de prevenção das IST e da gestação não planejada, poderão estruturar conscientemente sua vida sexual, vivenciando-a com segurança e prazer. Isso também possibilita que se tornem agentes de transformação e multiplicadores de saúde, através dos saberes apreendidos, entre seus pares adolescentes e jovens de convívio, transferindo saberes de promoção em saúde e saúde sexual e reprodutiva.

Esta pesquisa aponta as principais necessidades e salienta a importância da implementação de protocolos de saúde sexual e reprodutiva nos municípios brasileiros, visando à promoção do direito à saúde de adolescentes.

Também revela barreiras que estão principalmente relacionadas à pouca formação de recursos humanos, pois, pela falta de comunicação ou atualização, não aproxima os adolescentes de

modo que os vincule aos serviços da Atenção Básica de Saúde como as UBS.

A reconstrução da ideia de UBS ser um local de prevenção e não somente de tratamentos, deve ser disseminada entre os serviços e aos adolescentes. Em especial, deve-se difundir a garantia dos direitos ao cuidado integrado à realização de testes e exames de qualidade. Isso certamente levará à ampliação do público jovem e à mudança do perfil dos adolescentes que frequentam as UBS, que hoje caracteriza-se predominantemente por grávidas ou mães, para se tornar um público de adolescentes que queiram crescer, namorar e iniciar-se sexualmente com segurança, com demandas não vinculadas à maternidade, paternidade ou IST.

A insegurança do profissional de saúde em atender adolescentes, está relacionada à falta de conhecimento da atual legislação para esse público, inclusive das orientações do próprio Ministério da Saúde. Apesar de o ECA⁵ não ser uma lei recente, sua disseminação teve maior divulgação com relação aos direitos contra a violência, à alimentação e à educação, e não tem sido igualmente aplicado aos direitos sexuais e reprodutivos. Também há desinformação quanto às publicações feitas pelo Ministério da Saúde¹, por isso, faz-se essencial a observação da educação continuada pelas secretarias municipais de seus equipamentos, além de publicações de protocolo de padronização de atendimento, para que os profissionais possam se atualizar e se sentir respaldados para garantir o acesso dos adolescentes diante da questão da promoção à saúde sexual e reprodutiva.

Se as barreiras aqui apontadas forem minimizadas, será possível a promoção em saúde sexual e reprodutiva do adolescente, resultando na diminuição de casos de IST, gravidez não planejada, abortamento inseguro e mortalidade materna na população brasileira.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília (DF); 2005.
2. Vitalle MSS, Moraes SP. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. Rev Assoc. Med. Bras. 2012; 58(1):48-52.
3. Leite V. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. Psicol. Clín. 2012; 24(1):89-103.
4. Secretária de Estado da Saúde de São Paulo. Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo, 2018.
5. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União 16 jul 1990;Seção7:10.
6. Ayres JR. et al. Caminhos da Integralidade na atenção primária à Saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe - adolescência e Juventude. São Paulo: Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa / FMUSP; 2012.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília (DF); 2013. (Cadernos de atenção básica, 26).
8. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério. Franco da Rocha; 2018.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília (DF); 2010.
10. Patias ND, Jager ME. Construção histórico-social da adolescência: Implicação na percepção da gravidez na adolescência como um problema. Rev Contexto Saude. 2011; (20):205-214.
11. Turno TAA. Promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente: análise situacional e implementação de novas estratégias no município de Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
12. Ministério da Saúde (BR). Manual Instrutivo PMAQ para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf. 2. ed. Brasília (DF); 2015.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 1999.
14. Figueiredo R. Atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes desacompanhados. In: Jesus FN, Soares Junior JM, Moraes SDTA, organizadores. Adolescência e saúde 4: construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018, p.73-78.
15. Figueiredo R, Bastos S, Telles JL. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em municípios do estado de São Paulo. Journ Human Growth Devel. 2012; 22(1):1-15.
16. Brasil. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 jun 1986; Seção. 1:9275-9279.
17. Silva JA, Santos JDL, Figueiredo R, Bastos SH. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: um panorama da atenção básica de Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
18. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 jan 1996; Seção. 1:1-3.
19. Ministério da Saúde (BR) Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros [internet]. [acesso em 5 maio 2021]. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.
20. Conselho Federal de Medicina - CFM. Resolução CFM nº 1246.Código de ética médica. Rio de Janeiro: Ideia & Produções; 1988.
21. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução COFEN no266. Código de ética de enfermagem. Rio de Janeiro; 2001.
22. Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP.Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. Adolesc. Saúd. 20005; 2(2):8-9.

23. Osawa RH, Riesco MLG, Tsuneshiro MA. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. Rev. Bras. Enferm. 2006; 59(5):699-702.

24. Universidade de São Paulo - USP. Escola de Artes Ciências e Humanidades. Bacharelado em obstetrícia [internet]. [acesso em 10 maio 2021]. Disponível em: <http://www5.each.usp.br/bacharelado-em-obstetricia/>.

25. Universidade de São Paulo - USP. Escola de Artes Ciências e Humanidades. Comissão Organizadora do Curso de Obstetrícia. Competências essenciais para o exercício da obstetrícia [internet]. 014 [acesso em 10 maio 2021]. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewix6ICSzcDwAhWjHLkGHf_IBfoQFjACegQIAhAD&url=http%3A%2F%2Fwww5.each.usp.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F03%2FICM-Compet%25C3%25AAncias.pdf&u sg=AOvVaw0vpV10AMVMXTQitIJEX5Pr.

Atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente: respostas da Atenção Primária e o impacto do coronavírus

Sexual and reproductive healthcare of the adolescents: Primary Health Care reply and the coronavirus impact

Daniela Saraiva da Clara¹

Resumo

Este estudo teve o objetivo de verificar as contribuições das formações do Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes em Franco da Rocha e os impactos da pandemia de coronavírus na atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Trata-se de um estudo descritivo exploratório qualitativo realizado por meio de entrevistas semiestruturadas feitas on-line com profissionais de saúde da Atenção Básica de Franco da Rocha - SP e levantamento e análise de indicadores de saúde sexual e reprodutiva para a avaliação dos impactos da epidemia de coronavírus. As formações realizadas foram apontadas pelos profissionais como facilitadoras para a atenção do público adolescente, inclusive desacompanhado. A procura por assistência à gravidez e à contracepção são as demandas recorrentes entre as adolescentes nos serviços de saúde, porém, entre meninos, nota-se uma baixa participação na prevenção. A sífilis em gestantes e o HPV foram as IST citadas como mais recorrentes. Durante a pandemia, foi observado o aumento de gestações entre adolescentes, principalmente abortos. Adolescentes apresentam recorrente exposição de risco sexual, motivo pelo qual o esclarecimento e incentivo pelos profissionais de saúde têm que ser constantes, inclusive em momentos de pandemia.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva; Saúde do adolescente; Infecções por coronavírus.

Abstract

The study aimed to verify the contributions of the formations of the Adolescent Sexual and Reproductive Health Protocol in Franco da Rocha and the impacts of the coronavirus pandemic on adolescent sexual and reproductive health care. This is a descriptive exploratory qualitative study carried out through online semi-structured interviews with health professionals from the Primary Healthcare of Franco da Rocha - SP and survey and analysis of sexual and reproductive health indicators for the evaluation of the impacts of the epidemic of coronavirus. The trainings were pointed out by the professionals as facilitators for the healthcare of the adolescent public, even unaccompanied. The demand for pregnancy assistance and contraception are the recurring demands among adolescents in health services, among boys, there is a low participation in prevention. Syphilis in pregnant women and HPV were the STIs cited as the most recurrent. During the pandemic, an increase in pregnancies was observed among adolescents, mainly abortions. Adolescents have recurrent exposure to sexual risk, so the clarification and encouragement by health professionals must be constant, even in times of pandemic.

Keywords: Sexual and Reproductive Health, Adolescent Health, Coronavirus Infections.

Introdução

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei no 8.069¹, em seu artigo 2º, caracteriza o adolescente no Brasil como aquela pessoa entre doze e antes dos dezoito anos de idade, além de o definir, no artigo 3º, como sujeito de “direitos fundamentais

inerentes à pessoa humana”. Sendo assim, o direito à saúde instituído por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentado pela Lei nº 8080² e, inclusive, o direito à saúde sexual e reprodutiva são assumidos pelo Brasil, como signatário da “Plataforma de Ação de Cairo”³ das Nações Unidas (ONU), inclusive em prol de adolescentes.

Ainda que o Brasil se comprometa com a atenção à saúde sexual e reprodutiva, os(as)

¹ Daniela Saraiva da Clara (dani_saraiva@outlook.com) é enfermeira pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) e Especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS-SES/SP).

adolescentes parecem encontrar barreiras no acesso a esse direito na Atenção Básica⁴⁻⁵. Em Franco da Rocha, município brasileiro situado no estado de São Paulo, em um levantamento realizado em 2018, por Turno⁶, constatou-se haver discordâncias entre os serviços e entre os próprios profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sobre o direito e a forma como esses adolescentes deveriam ser atendidos.

Em especial, verificou-se divergências quanto à obrigatoriedade de acompanhantes responsáveis para a realização desse atendimento e, em caso de dispensa desse acompanhante, também havia incongruências sobre a idade orientada para a dispensa, o que dificulta e desrespeita a promoção da autonomia orientada pelo ECA e pelo próprio Ministério da Saúde. Em publicação técnica de 2005⁷ e nas próprias cadernetas produzidas para serem entregues aos adolescentes do país⁸⁻⁹, estão orientados o direito desse público ao atendimento individual e a explicitação do dever dos profissionais de saúde de realizar essa atenção visando a promoção da saúde e a redução das vulnerabilidades que o acometem.

Em Franco da Rocha, dados referentes à saúde sexual e reprodutiva demonstram que a necessidade dessa atenção é urgente. A sífilis em gestantes adolescentes de 15 a 19 anos, em 2018, apresentou uma distribuição percentual de casos maior que a média do estado de São Paulo, de 37% e 22,5%, respectivamente¹⁰, considerando a gravidez, o parto e/ou puerpério na faixa etária dos 15 aos 19 anos.

Esses dados preocupam, uma vez que “grande parte das adolescentes engravida de forma indesejada e fruto de relações de risco sem proteção”¹¹ (p.79) e que há uma exposição de risco inicial de gravidez no início da vida sexual¹²⁻¹³, pois, como acrescentam Paiva e colegas¹⁴, o início da vida sexual antes dos 14 anos colabora para a diminuição no uso de preservativos, único

método contraceptivo que previne também as infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Nesse contexto, o município de Franco da Rocha elaborou o Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes, que compõe o “Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério”¹⁵ publicado por este município. Esse protocolo foi objeto de uma série de formações de profissionais de saúde realizada em todas as UBS em 2019, visando superar as dificuldades de acesso dos(as) adolescentes aos serviços de saúde bem como promover seu direito à saúde sexual e reprodutiva.

Nesse cenário, em 2020, o Brasil enfrenta o início da pandemia de covid-19, doença causada pelo novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2. Essa pandemia atinge toda a sociedade e motiva medidas de isolamento social, o que acarreta riscos na assistência à saúde em geral e também no cuidado de adolescentes, entre os quais podemos destacar o risco de desassistência ao planejamento reprodutivo e à prevenção de IST. Diante desse problema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou orientações sobre a importância da manutenção dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para a saúde de mulheres e meninas¹⁶, pautando-se em experiência anterior enfrentada quando das epidemias de ebola na África. No Brasil, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) orientou estratégias¹⁷ para essa manutenção, principalmente com relação à oferta de métodos contraceptivos, indicando o uso de telemedicina para realização das consultas, entrega direta de contraceptivos por agentes comunitários de saúde e indicação de contraceptivos de longa duração, como o dispositivo intrauterino (DIU), também recomendado para adolescentes¹⁸.

No Brasil, essas recomendações ficaram em risco de não serem cumpridas ou priorizadas, após a revogação pelo Ministério da Saúde da Nota Técnica nº 16 de junho de 2020, atitude

criticada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva¹⁹, que assegurava justamente o acesso das mulheres aos serviços de saúde considerados essenciais²⁰, uma vez que

“devem ser considerados como serviços essenciais e ininterruptos a essa população: os serviços de atenção à violência sexual; o acesso à contracepção de emergência; o direito de adolescentes e mulheres à SSSR^{II} e abortamento seguro para os casos previstos em Lei; prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo diagnóstico e tratamento para HIV/AIDS; e, sobretudo, incluindo a contracepção como uma necessidade essencial”¹⁹.

Nesse cenário de violação de direitos humanos em meio à pandemia de covid-19, a verificação da qualidade da assistência à saúde sexual e reprodutiva dos(as) adolescentes no município de Franco da Rocha contribui para a garantia desse direito entre esse público.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo exploratório qualitativo com profissionais de saúde da Atenção Básica que atuam com adolescentes no município de Franco da Rocha. Foram selecionados alguns atores-chaves da gestão e da equipe de saúde para a realização de entrevistas semiestruturadas individuais em profundidade: da coordenação da Atenção Básica de saúde e gerentes, médicas e enfermeiras sorteados de UBS, além da Casa da Mulher, serviço de referência para questões mais complexas de saúde sexual e reprodutiva no município.

Devido à pandemia de covid-19, as entrevistas foram feitas de forma on-line e gravadas por meio do aplicativo *Teams* e tiveram duração de cerca de 45 minutos. O roteiro de entrevista contou com 10 questões abertas contemplando temas acerca da assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes do município, como o incentivo e a receptividade de ida às UBS; a orientação sobre planejamento reprodutivo e a assistência ginecológica; e acesso a testes de gravidez, IST, tratamento e contraceptivos. A formação realizada no ano anterior, de 2019, também foi abordada, assim como questões relacionadas ao impacto da pandemia de coronavírus sobre essa assistência.

Além das entrevistas, foram solicitados ao município 30 indicadores sobre saúde sexual e reprodutiva de 2019 e de 2020 para a avaliação dos impactos da pandemia de coronavírus. As entrevistas foram transcritas e analisadas mediante Análise Temática de seus conteúdos e os indicadores fizeram a comparação do ano de 2019 (antes da pandemia de coronavírus) com o de 2020 (durante a pandemia).

O presente estudo respeitou as diretrizes de Ética em Pesquisa compostas pelas resoluções nº 466 de 2012 e nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CAE:36066920.3.0000.5469). Solicitou-se aos convidados ao estudo que assentissem na participação que assinassem o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e informou-se a eles que seriam mencionados nos relatórios e artigos de forma anônima. Já os indicadores de saúde, enquanto dados secundários, foram fornecidos de forma totalizada e sistematizada pelo próprio município de Franco da Rocha, que autorizou sua utilização.

Resultados

As entrevistas foram respondidas por 6 gestores (incluindo gerentes de serviços) e 5

^{II} Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva.

profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) de 7 serviços da Atenção Básica de saúde de Franco da Rocha (UBS e Casa da Mulher). Apenas 6 dos 11 entrevistados haviam participado das formações de implementação do Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes realizadas *in loco* pelo Instituto de Saúde em parceria com a Secretaria de Saúde de Franco da Rocha em 2019, devido à rotatividade de profissionais pela saída dos médicos cubanos. Isso influenciou os conteúdos das entrevistas, principalmente quanto à avaliação das formações.

Entre aqueles que participaram das formações, os profissionais relataram, principalmente, que ela ajudou no esclarecimento de dúvidas e na melhor confiança quanto à possibilidade de atenção autônoma de adolescentes e quanto à não necessidade de presença ou autorizações de pais ou responsáveis para a realização de procedimentos relativos à saúde sexual e reprodutiva com esse público nas unidades de saúde, inclusive para consultas, exames e orientações contraceptivas, o que deu mais liberdade para a ação dos profissionais e serviços.

“E, assim, as unidades se conscientizam bem mais que o adolescente, eles têm direito de ir à unidade básica e fazer as suas coisas, então, assim, eu vi a diferença que hoje os adolescentes são atendidos nas unidades básicas” (Gestor 2).

Com relação à realização de grupos educativos de adolescentes nesses serviços, apenas um profissional de saúde relatou sua realização, enquanto as demais unidades afirmaram manter apenas os grupos tradicionais de planejamento familiar e de gestantes, pois, como informaram, a falta de pessoal impedia a realização de outros grupos:

“Antes da pandemia, era difícil a gente conseguir fazer grupo, pelo número de profissional mesmo, tá? Aliás, ainda tá, mas a gente vai sempre tentando fazer grupo pra tentar organizar mesmo...” (Profissional de Saúde 3).

As ações de campanhas de saúde realizadas fora dos serviços, como mutirões e o ônibus da saúde que percorre os bairros da cidade, têm baixa adesão dos adolescentes, o que fez alguns gestores apontarem a necessidade de formações para ressaltar a importância dessas ações e estratégias para que elas se ampliem e atinjam melhor esse público.

Adolescentes, em geral, são atendidos em consultas individuais agendadas espontaneamente por esse público e somente 2 entrevistados relataram que seus serviços fazem busca ativa de adolescentes na comunidade e/ou em suas residências, para incentivar a busca pelo serviço de saúde e suas especialidades.

A demanda dos serviços por adolescentes já gestantes foi considerada como alta pela maior parte dos entrevistados e essas gestações são relatadas como majoritariamente não planejadas. Uma das unidades informou realizar um trabalho específico visando à redução dessa situação, baseando-se no histórico da própria família, que apontam como um dos fatores que contribui para as gestações não planejadas de adolescentes.

“Aí nós começamos fazer um trabalho sobre conscientização da gravidez na adolescência. A mãe engravidou muito cedo, então supunhamos que a mãe com 30 anos já tem uma filha de 15 anos e essa filha não tinha orientação sexual de como se precaver não só da gravidez, mas

das doenças também, então nós fizemos alguns trabalhos referentes a essas meninas, então o índice de gravidez na adolescência em 4 anos que eu tô aqui eu tive só 2 adolescentes gestantes” (Profissional de Saúde 4).

Outro profissional afirmou que sua unidade faz busca ativa e tem grande frequência de adolescentes, que vão e voltam ao serviço e têm bastante liberdade com as profissionais, de modo que requisitam contraceptivos, conselhos etc.

“...mas a gente tem um público lá de adolescente que elas têm uma liberdade para falar sobre sexualidade, anticoncepção, pílula. Elas vêm de mães que já tiveram algumas histórias de gravidez indesejada, algumas coisas, então elas falam abertamente” (Gestor 4).

Também foi citada a maior facilidade de fala das adolescentes com as profissionais da enfermagem:

“Depois, se elas têm alguma dúvida, elas voltam diretamente com a enfermagem, dificilmente elas procuram o médico se elas estão com dúvidas. Às vezes, elas acabam de sair do consultório e procura a enfermeira...” (Gestor 4).

Para alguns dos entrevistados (3 pessoas), a gravidez na adolescência ocorre porque a maioria das adolescentes de suas regiões não se preocupam em evitar uma gestação não planejada. Apesar dessa percepção, afirmam que os testes de gravidez são bastante procurados, o que é visto por alguns profissionais como um sinal de preocupação das adolescentes com a possível ocorrência de gravidez, assim como a

procura de métodos contraceptivos por várias delas. Alguns profissionais inclusive relatam a realização de testes de gravidez por adolescentes usuárias de contraceptivos, que receiam falhas em sua eficácia.

Também há relatos de não adesão aos contraceptivos hormonais pelas adolescentes devido ao medo de engordarem. De qualquer forma, para a maioria dos profissionais, a responsabilidade pelo cuidado com a prevenção de uma gravidez não planejada é atribuída às próprias meninas adolescentes, e não como derivada de uma promoção à saúde que deve ser feita por esses profissionais para reduzir vulnerabilidades.

“Com gravidez a gente percebeu uma maior preocupação por parte das mulheres, das jovens mulheres. Elas vêm tomar anticoncepcional, procuram saber dos métodos” (Gestor 4).

A ausência de meninos adolescentes nos serviços é explicitada:

“Meninos é muito difícil eu tá vendo eles chegarem e pegar algum contraceptivo. Consulta de enfermagem com menino, nossa, eu nem me lembro a última vez que eu fiz” (Gestor 4).

Nesse sentido, é percebido que a retirada dos preservativos por adolescentes fica aquém do esperado na maioria dos serviços de saúde, apesar de ser facilitada por estarem localizados nos saguões das UBS.

O momento pós-teste de gravidez é utilizado por muitos serviços como uma oportunidade para a orientação contraceptiva das adolescentes, quando o resultado se mostra negativo. No

entanto, essa orientação é, na maioria das unidades, realizada de maneira rápida, mostrando que devem ser insuficientes para esclarecer dúvidas sobre falhas na eficácia dos métodos, fator tão temido entre as adolescentes, assim como a possibilidade de aumento de peso.

De acordo com os entrevistados, os métodos mais utilizados pelas adolescentes atendidas nas UBS de Franco da Rocha são a pílula anticoncepcional e a injeção contraceptiva. O uso do DIU por adolescentes enfrenta a desinformação de vários profissionais, que pensam erroneamente que o DIU de cobre em tamanho único não é indicado para esse público e até explicitamente consideram essa idade um impeditivo para a sua indicação, como afirmou uma profissional. Além disso, as UBS relatam que um dos serviços referenciados para a colocação de DIU, a Casa da Mulher, se mostra resistente para a implementação desse método em adolescentes.

Quanto às IST, as mais diagnosticadas na população do município, conforme citam os entrevistados, são a sífilis e o HPV. A sífilis costuma ser identificada e tratada nas próprias UBS e é predominantemente diagnosticada em gestantes, inclusive adolescentes, durante os exames do protocolo de pré-natal.

“Então, na gestação, deu pra perceber um aumento de casos de sífilis sim, principalmente na gravidez. Teve uma unidade num dia que fez 7 testes de gravidez, 6 deu positivo e os 6 com sífilis” (Gestor 2).

Com relação ao HPV, parte das gestoras afirma que considera a cobertura vacinal baixa, ao contrário da percepção dos profissionais que relatam boa cobertura vacinal em seus serviços. Relatou-se também que os testes rápidos de IST recebem baixa procura por adolescentes.

Com a pandemia de coronavírus, os serviços de saúde não tiveram ações direcionadas ao público adolescente instruídas pelo município e, após flexibilizações com abertura de estabelecimentos não essenciais, têm tido dificuldade de promover o isolamento social entre esse público. A maioria dos adolescentes aderiu apenas inicialmente e, conforme o tempo passou, a ausência escolar até ampliou os encontros:

“Na periferia é difícil você falar em isolamento. E como é que você fala para isolar um adolescente, que não trabalha, que tá sem aula, sem atividade nenhuma. [...] É óbvio que ele tava fumando narguilé com mais dez pessoas né enfim... Não tem o que fazer...” (Gestor 1).

A “Vila Madalena” de Franco da Rocha, assim como o bairro da cidade de São Paulo ao qual faz referência, é um lugar boêmio e tem sido uma das alternativas para o lazer. Durante a pandemia, segundo uma gestora, muitos jovens estavam se reunindo nessa praça a ponto terem que realizar uma intervenção.

“No auge da covid, aquele monte de molecada, assim, centenas, que não dava pra andar e as fotos nas redes sociais, né. Nós mandamos a guarda, enfim. A vigilância até foi junto, mas, assim, a guarda fechou a praça, ou seja, fechou tudo, ninguém vai vir aqui” (Gestor 1).

Foram relatados também, que adolescentes estavam realizando rodas de narguilé e até festas em sítios alugados, situação sobre a qual foi relatada inclusive a ocorrência de um caso de violência sexual:

“Chegou vários adolescentes que foram nessas festas de amigos em chácaras... e, segundo uns adolescentes, foram violentadas... e aí, no outro dia, ela foi na UBS tomar a pílula e os outros métodos né?!” (Gestor 2).

Boa parte dos entrevistados relatou ter percebido um aumento de gestações na adolescência nesse período de pandemia da covid-19, além de alguns terem relatado aumento na busca de testes de gravidez com resultado positivo. Uma das profissionais associou esse aumento ao fato de os(as) adolescentes estarem mais tempo em casa devido à ausência de aulas.

“Eu pensei assim, sinceramente, que é por conta do isolamento né?! O pessoal tá mais em casa, tá aproveitando mais. Foi isso que pensei. Ainda as meninas brincaram: acho tem alguma coisa na água” (Gestor 5).

Apesar disso, os profissionais relataram não terem encontrado dificuldades no fornecimento de métodos contraceptivos durante a pandemia. Entretanto, relataram impacto no acesso aos

testes rápidos por adolescentes e, consequentemente, também no diagnóstico de IST. Houve inclusive um caso de uma jovem que vive com HIV, mas que ainda não tinha esse resultado positivo.

“Eu acredito que sim, porque houve uma demora na procura do atendimento. Nós tivemos um caso do HIV mesmo, que chegou num estado muito avançado. Bom, apesar também de já estava passando da fase de adolescência, mas é. Chegou num estado avançado, onde nós precisamos enviar UPA, ficar em internação e não sabia né?!” (Profissional de Saúde 10).

Conforme dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de Franco da Rocha, nesta pesquisa, as gestações entre adolescentes de 12 a 17 anos, somando as internações por partos e abortos, resultaram em 94 internações entre janeiro e outubro de 2020, representando um aumento de 8% com relação ao mesmo período de 2019, em que houve 87 internações. Considerando apenas as internações por aborto entre essas adolescentes apenas nessa comparação, o aumento chegou a 83,3%: de 6 internações de janeiro a outubro de 2019 para 11 neste mesmo intervalo em 2020 (Tabela 1).

Tabela 1 – Total de gestações finalizadas em parto ou aborto no SUS de residentes em Franco da Rocha - janeiro a outubro de 2019 e de 2020

	jan. a out. de 2019			jan. a out. 2020		
	Partos	Aborto	Total	Partos	Aborto	Total
Todas as idades	1210	103	1313	1178	120	1298
Adolescentes de 12 a 17 anos	81	6	87	83	11	94

Discussão

Verificou-se que a realização das formações sobre o Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes, no município de Franco da Rocha, ainda que não tenha alcançado todos os profissionais de saúde, inclusive devido à rotatividade de contratações, contribuiu positivamente no avanço do atendimento individual aos adolescentes, inclusive em saúde sexual e reprodutiva. Ademais, as formações facilitaram que alguns serviços tivessem uma postura mais ativa na promoção do acesso desse público ao serviço, seus insumos e especialidades.

No entanto, as ações em saúde ainda pouco atingem esse público, seja pela falta de uma abordagem direta para estimular a inclusão nos serviços, seja pela falta de ações “extra-muros” e de grupos educativos, como propõe o Ministério da Saúde⁷ e está estabelecido no próprio Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes de Franco da Rocha¹⁵. Foi citada justamente a busca ativa por serviços que apontaram maior frequência de adolescentes ao seu serviço, boa interlocução e liberdades desses com os profissionais e onde não foi notado aumento de gestações, bem como outras estratégias de mapeamento de vulnerabilidade, como as citadas por uma profissional, que afirmou que fazem abordagens diretas em famílias em que essas gestações na adolescência se repetem. Isso parece ser facilitado dentro e fora do serviço principalmente quando há profissionais de enfermagem mulheres, com as quais as adolescentes parecem ter mais liberdade de fala e procura.

A pesquisa confirma que a maioria das gestações não é planejada por essas adolescentes, o que implica na necessidade de ampliar e realizar estratégias de prevenção em todas as UBS, a fim de garantir o direito de exercício da sexualidade

separada da gravidez e escolhas responsáveis e livres sobre ter ou não filhos. Faz-se fundamental conscientizar também sobre os impactos que uma gestação não planejada acarreta para a vida das adolescentes e suas famílias, como dificultar a permanência na escola, proporcionar menor preparação escolar e profissional e resultar na realização de abortos inseguros, portanto, em riscos à saúde³, como esclarece o Ministério da Saúde e preconiza a Lei nº 12.852 de 2013, que institui o Estatuto da Juventude e abrange o público a partir de 15 anos²¹.

Esta orientação configura uma questão de ética profissional, como aponta Figueiredo²²:

“Cabe aos serviços e profissionais de saúde, por isso, atender adolescentes (principalmente meninas), quando buscam prevenção em saúde sexual e reprodutiva; não apenas por uma questão de direito de cidadania que as autoriza a usufruir dos sistemas de saúde brasileiro, mas por uma questão de ética de postura profissional, uma vez que a atenção resguarda esse público de riscos de saúde” (p.77).

O aconselhamento preventivo sobre os testes negativos de gravidez, realizados por adolescentes que não planejam uma gestação, tal como orienta o Caderno de Atenção Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério¹⁵ (p.38), ainda nem sempre é realizado de forma adequada, principalmente por profissionais que não participaram das formações – esses profissionais tendem a culpabilizar as adolescentes pela gestação e pelo desinteresse na prevenção. Isso demonstra a falta de percepção de uma postura de promoção à saúde desse público, visto que o Ministério da Saúde considera que:

*“A aceitação do método, o grau de confiança que nele se tem, a motivação para seu uso e uma correta orientação do profissional de saúde são importantes fatores para o sucesso do método escolhido”*²³ (p.14).

Essa diretriz²³ também esclarece sobre o papel da área da saúde na orientação quanto a inseguranças relacionadas à falha dos contraceptivos. Segundo esta pesquisa, tais inseguranças motivam uma alta procura por testes de gravidez pelas adolescentes e demandam dos serviços um acompanhamento mais pormenorizado dos primeiros meses de adesão ao uso dos contraceptivos pelas adolescentes, conforme também apontam estudos sobre descontinuidades de uso de pílulas e injetáveis com mulheres²⁴.

Um aspecto relevante sobre o uso métodos contraceptivos é a pouca participação e percepção das profissionais na responsabilização de meninos adolescentes na fala das entrevistadas sobre gestação na adolescência, o que reforça a percepção de Santos e Nogueira²⁵ de que até hoje “culturalmente a mulher ainda é vista como a única responsável por evitar uma gravidez” (p.55).

Considerando que as primeiras relações sexuais se iniciam, na maioria das vezes, na adolescência e estão associadas ao sexo desprotegido e não são planejadas²⁶⁻²⁷, o estímulo ao uso do preservativo precisa sempre ser mantido e ampliado. Embora a participação masculina na prevenção não precise estar restrita ao uso deste método, ela deve ser incentivada no planejamento reprodutivo em conjunto com a adolescente e também individualmente, na abordagem e assistência masculina.

Com o crescimento das IST no Brasil, inclusive entre adolescentes, esforços para a qualidade da atenção à saúde sexual e reprodutiva

se tornam cada vez mais necessários para garantir o direito à saúde. Nesse sentido, a oferta de teste de IST nas consultas comuns e ginecológicas colaboraria para ampliar as testagens entre adolescentes, não as deixando restritas ao pré-natal, como observado na detecção da sífilis desta pesquisa. Da mesma forma, essas testagens poderiam ser feitas no rastreamento anual de pessoas de até 30 anos de idade com vida sexualmente ativa, tal como indicado pelo extinto Programa Nacional de DST/Aids no “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde”²⁸ (p.31).

Quanto aos impactos da covid-19, a pesquisa confirma a dificuldade na manutenção das medidas de prevenção e distanciamento, especialmente sobre o isolamento social entre adolescentes. Em uma revisão de escopo que buscou identificar os impactos da pandemia do novo coronavírus na saúde do adolescente, autores²⁹ apontaram que as medidas de distanciamento social e o fechamento das escolas são atitudes que os adolescentes têm vivenciado de forma negativa, o que acaba colaborando para o descumprimento do isolamento, conforme se observou na pesquisa.

O redirecionamento da atenção dos serviços de saúde durante a pandemia impactou na atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Isso foi apontado tanto na maioria das falas dos profissionais pesquisados, como na observação dos indicadores de saúde fornecidos por Franco da Rocha, que relataram aumento de gestações e, principalmente, de abortos. Aumentos de gestações durante a pandemia de covid-19 têm sido observados e divulgados por outros municípios brasileiros, como Campo Grande, no estado do Mato Grosso do Sul³².

Com relação às IST, a procura entre adolescentes pelos preservativos reitera estudos

de Souza e colegas³³, que demonstram que há preocupação com relação às IST por parte de adolescentes, embora o uso de preservativos não ocorra em todas as suas relações, o que mostra ser necessário o contínuo reforço por parte dos profissionais de saúde sobre a necessidade e a importância de uso deste método, ao mesmo tempo em que deve ser feita a sua oferta constante fora das unidades, inclusive pelos agentes de saúde, como recomenda o Ministério da Saúde.

De qualquer forma, a prioridade no combate ao novo coronavírus fez com que outras dimensões que influenciam o comportamento dos(as) adolescentes recebessem pouca atenção dos serviços de saúde na assistência e no planejamento de ações. Assim, o aumento observado de encontros e até festas, em que há frequente uso de álcool e drogas, também é um fator de risco de IST, como apontam alguns autores³¹. Sendo assim, o descumprimento das medidas de isolamento, na forma como foi observada na pesquisa, acarreta não somente a contaminação pelo novo vírus, mas também consequências na saúde sexual e reprodutiva desses adolescentes como um todo, embora os entrevistados só tenham relatado consequências a curto prazo quanto à gravidez.

Conclusões

A desigualdade no acesso de adolescentes à saúde sexual e reprodutiva em Franco da Rocha evidencia as dificuldades de busca ativa e na preparação dos serviços de saúde para o acolhimento dessa demanda, bem como a falta de conscientização dos profissionais de saúde sobre os direitos desse público, inclusive em tempos de pandemia. Para a atenção em saúde sexual e reprodutiva, é necessário não somente a garantia do acesso aos métodos ou testes de gravidez e rápidos, mas a boa receptividade

desse público, com estímulo à adoção correta dos métodos contraceptivos, indicação de dupla proteção e a atenção à continuidade do uso que fazem desses métodos, de forma a esclarecer-lhes dúvidas e gerar segurança de bom uso. Com a chegada do coronavírus, as UBS precisam ampliar as possibilidades de acesso aos métodos contraceptivos, utilizando locais alternativos para manter a prevenção do aumento de gestações já alertado pela ONU. Também é necessário fortalecer, junto a outras secretarias, as medidas de isolamento devido à dificuldade de mantê-las entre adolescentes.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá providências. Diário Oficial da União. 27 ago 1990; Seção I:18551.
2. Brasil. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Brasília: Presidência da República; 1990 [acesso em 27 maio 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília (DF); 2007.
4. Federação Brasileira Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Anticoncepção para adolescentes [internet]. São Paulo: Febrasgo; 2017 [acesso em 15 mar 2021]. (Série, orientações e recomendações,9). Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/15-ANTICONCEPCAO_PARA_ADOLESCENTES.pdf https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiZqdrQkbPvAhXOKLkGHfQqBXIQFjAAegQIARAD&url=https%3A%2F%2Fwww.febrasgo.org.br%2Fmedia%2Fk2%2Fattachments%2F15-ANTICONCEPCAO_PARA_ADOLESCENTES.pdf&usq=AOvVaw3Z-ZgCO0oOFx3B24zBY961
5. Vieira LM, Saes SO, Dória AAB, Goldberg TBL. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2006; 6(1):135-140.

6. Turno TA. Promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente: análise situacional e implementação de novas estratégias no município de Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde, 2019. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de . Especialização em Saúde Coletiva.
7. Ministério da Saúde (BR). Saúde integral de adolescentes e jovens. Orientações para a Organização de Serviços de Saúde [internet]. Brasília; 2007 [acesso em 15 mar 2021]. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwik97KKwrPvAhVRFLkGHcnJAUwQFjABegQIFRAD&url=http%3A%2F%2Fbvs.ms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fsaude_adolescentes_jovens.pdf&usg=AOvVaw1rF60nrtDr-jcGncPnJoS6.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde da Adolescente. Brasília (DF); 2010.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde do Adolescente. Brasília (DF); 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de morbidade. DATASUS.
11. Figueiredo R. Seixas I. Prevenção de gestações não-planejadas, abortos e oferta de contracepção de emergência para adolescentes. In: Jesus NF, Soares Junior JM, Moraes SDTA, organizadores Adolescência e Saúde 4: construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2018. p. 79-82.
12. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CBN, Moraes AJP, Azevedo GD, Santos KF, Vasconcellos MTL. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. Rev Saúde. Publica. 2016; 50(1):15s. DOI:10.1590/S01518-8787.2016050006686
13. Araújo MSP, Costa LOBF. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde. Publica. 2009; 25(3):551-562.
14. Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. Rev Saúde Publica [internet]. 2008[acesso em 22 out 2020]; 42(1):45-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800007&lng=en&nrm=iso.
15. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério. Franco da Rocha; 2018.
16. United Nations Population Found - UNFPA. Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage [internet]. 2020 [acesso em 15 mar 2021]. Disponível em: <https://www.unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital>.
17. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Anticoncepção durante a pandemia por COVID-19 [internet]. [acesso em 6 maio 2020]. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/covid19/item/1002-anticoncepcao-durante-a-pandemia-por-covid-19>.
18. World Health Organization - WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use [internet] – 5. ed. Geneva; 2015 [acesso em 15 mar 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>.
19. Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO. Nota em defesa das ações de saúde sexual e reprodutiva no contexto da epidemia de covid-19 [internet]. [acesso em 15 mar 2021] Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/em-defesa-das-acoes-de-saude-sexual-e-reprodutiva-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19/49155/attachment/nota-em-defesa-das-acoes-de-saude-sexual-e-reprodutiva-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-1/>
20. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica no 16/2020. Acesso à saúde sexual e saúde reprodutiva no contexto da pandemia da covid-19 [internet]. Brasília; 2020 [acesso em 15 mar 2020]. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiFhJC5trPvAhUkDrkGHT3NAJYQFjABegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fkidopilabs.com.br%2Fplanificasus%2Fupload%2F covid19_anexo_46.pdf&usg=AOvVaw27Iw1xgZajl1fSjqDAZNG-
21. Brasil. Lei no 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE. Diário Oficial da União. 6 ago 2013 [internet]; Seção 1:1. Brasília; 2013[acesso em 15 mar 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm.

22. Figueiredo R. Atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes desacompanhados. In: Jesus NF, Soares Junior JM, Moraes SDTA, organizadores *Adolescência e Saúde 4: construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos*; São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2018. p. 73-78.
23. Ministério da Saúde (BR). Assistência em planejamento familiar [internet]. Manual técnico. 4. ed. Brasília; 2002 [acesso em 15 mar 2021]. (Série Normas e Manuais Técnicos, 40). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>
24. Borges ALV, Chofakian CBN, Viana OA, Amor Divino E. Descontinuidades contraceptivas no uso do contraceptivo hormonal oral, injetável e do preservativo masculino. *Cad Saúde Publica* [internet]. 2021 [acesso em 15 mar 2021]; 37(2):e00014220. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjPtfmvbPvAhXFHbkGHXpwBI4QFjAAegQIARAD&url=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Fcsp%2Fv37n2%2F1678-4464-csp-37-02-00014220.pdf&usg=AOvVawO_ZtzzvwV_GOyajH1r-Df.
25. Santos CA, Nogueira KT. Gravidez na adolescência: falta de informação? *Adolesc. Saúd.* 2009; 6:48-56.
26. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Publica* [internet]. 2005 [acesso em 5 fev 2021]; 21(2):499-507. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200016&lng=en&nrm=iso.
27. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo*. São Paulo; 2018.
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes*. Brasília (DF); 2018.
29. Oliveira WA, Silva JL, Andrade ALM, De Micheli D, Carlos DM, Silva MAI. A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. *Cad Saúde Publica* [internet]. 2020 [acesso em 25 jan 2021]; 36(8):e00150020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000802001&lng=en&nrm=iso. DOI:10.1590/0102-311x00150020.
30. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Rev Soc Bras Med Trop* [internet]. 2004 [acesso em 13 mar 2021]; 37(3):210-214. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822004000300003&lng=en&nrm=iso. DOI:10.1590/S0037-86822004000300003.
31. Bastos FIPM, organizador. *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT; 2017.
32. Albuquerque D. Em ano de pandemia, gravidez aumentou 61% em Campo Grande, MS. *Correio do Estado* [internet]. 7 set. 2020 [acesso em 13 fev 2021]. Disponível em: <https://correiodoestado.com.br/cidades/em-ano-de-pandemia-gravidez-aumentou-61/376892>.
33. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Nota Técnica no 13/2009, GAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS. Descrição: Recomendações para a ampliação do acesso aos preservativos masculinos na rede*. Brasília (DF); 2009.

Atenção à saúde sexual e reprodutiva – levantamento estadual para a construção da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)

Sexual and reproductive health care – state survey for the construction of the Healthcare Service Network for Adolescents and Young People for the National Health System (SUS) in the State of São Paulo (LCA&J)

Regina Figueiredo^I, Júlia de Campos Cardoso Rocha^{II}, Jan Billand^{III}, Gabriela Souza Murizine^{IV},
Fernanda Lopes Regina^V, Analice Oliveira^{VI}, Daniela Vinhas Bertolini^{VII}, Sandra Mara Garcia^{VIII},
Albertina Duarte Takiuti^{IX}, Mariana Arantes Nasser^X

^I Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é cientista social e política, mestre em Antropologia Social e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, membro do Grupo Técnico de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e pesquisadora associada do projeto Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J).

^{II} Júlia de Campos Cardoso Rocha (jcampos009@gmail.com) é sanitarista com bacharel em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), residente na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e pesquisadora associada do projeto LCA&J.

^{III} Jan Billand (jsj.billand@gmail.com) é psicólogo e doutor em Psicologia Social pela Université Paris 13 com dupla titulação em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), cursa pós-doutorado vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) e é pesquisador associado do Projeto LCA&J.

^{IV} Gabriela Souza Murizine (gabrielamurizine@gmail.com) é sanitarista e mestrande em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), assistente de gerenciamento de dados de pesquisa no Instituto de Pesquisa do Hospital do Coração (IP/HCOR) e pesquisadora associada do Projeto da LCA&J.

^V Fernanda Lopes Regina (nandalops@usp.br) é cientista social pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), mestre em Ciência Política pela USP e doutoranda no Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), pesquisadora do Laboratório Interdisciplinar de Estudos sobre Violência e Saúde (LIEVES) do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e pesquisadora associada do projeto LCA&J.

^{VI} Analice de Oliveira (analice@crt.saude.sp.gov.br) é assistente social pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), especializada em Prevenção às IST/HIV/Aids no quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos pelo Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids NEPAIDS/USP e pela FM/USP atua no Centro de Referência e Treinamento DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CRT DST/Aids/SES-SP) e é pesquisadora associada do projeto LCA&J.

^{VII} Daniela Vinhas Bertolini (daniela.bertolini@crt.saude.sp.gov.br) é médica pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos (FCMS), pediatra e infectopediatra pelo Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP), doutora em pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), atua como médica pediatra e infectopediatra no CRT DST/Aids/SES-SP, onde atua como Coordenadora da Equipe de Pediatria do CRT, pediatra e infectopediatra do Programa Municipal de DST/Aids do município de São Paulo e é pesquisadora associada do projeto LCA&J.

^{VIII} Sandra Mara Garcia (sandragarciasp@gmail.com) é antropóloga pela Universidade de Brasília (UNB), licenciada em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMP), Mestre em Gênero e Estudos de Desenvolvimento pela University of Sussex, Inglaterra, doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), pesquisadora e coordenadora do Núcleo de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análises e Planejamento (CEBRAP) e pesquisadora associada do projeto LCA&J.

^{IX} Albertina Duarte Takiuti (albertinadtakiuti@gmail.com) é médica pela Pontifícia Universidade Católica, Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP), Curso de Sanitarista pela Faculdade de Saúde Pública (FSP), mestrado e doutorado pela FMUSP, coordenadora do Programa de Saúde do Adolescente da SES/SP, Coordenadora Estadual de Políticas para Mulher e pesquisadora associada do projeto LCA&J.

^X Mariana Arantes Nasser (manaranasser@gmail.com) é médica pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP), especialista em Medicina Preventiva e Social pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP), doutora em Ciências – Área de Medicina Preventiva pela FMUSP. Atua como médica sanitarista do Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa (CSEB) da FMUSP, professora adjunta da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) e pesquisadora coordenadora do Projeto LCA&J.

Resumo

Este artigo tem como objetivos descrever os perfis e as atividades de serviços de saúde localizados nos municípios do estado de São Paulo quanto à atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens; e apresentar a orientação para este tema da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo, que tem como marco o documento elaborado e apresentado à Comissão Intergestores Bipartite de SP, em 2018, e publicado em livro *on-line* em 2021.

Palavras-chave: Adolescência / Juventude; Saúde sexual e reprodutiva; Cuidados Integrados de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

This paper aims to describe the profiles and activities of health services located in the municipalities of the state of São Paulo regarding to sexual and reproductive health care for adolescents and young people; and to present the guidance on this topic of the Healthcare service network for Adolescents and Young People for the National Health System (SUS) in the State of São Paulo (SP), which is based on the document prepared and presented to the Bipartite Intermanagement Commission of SP in 2018, and published as an online book in 2021.

Keywords: Adolescence / Youth; Sexual and reproductive health; National Health System; Comprehensive Health Care.

Introdução

O direito à saúde de adolescentes e jovens foi instituído pela Constituição Federal de 1988¹, que universaliza o direito à saúde para todas(os) cidadãs(os) brasileiras(os). Posteriormente, esse direito constitucional foi especificamente tratado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990², ao elevar o status de crianças e adolescentes ao de sujeitos de direitos em nosso país. Já em 2013, o Estatuto da Juventude³ novamente reafirma o direito à cidadania de adolescentes e jovens, inclusive particularizando a importância da saúde, ao incluí-los enquanto alvo de políticas a serem desenvolvidas para o grupo “jovem”, definido como composto por pessoas entre 15 e 29 anos de idade.

O Estatuto da Juventude³ ainda assume a importância da promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens como estratégica e fundamental, consolidando os Direitos Sexuais e Reprodutivos, que integram o direito à saúde sexual e reprodutiva. Esses direitos, reivindicados em lutas feministas e de grupos de mulheres, passaram a compor os Direitos Humanos em 1994, a partir da Conferência de População e Desenvolvimento das Nações Unidas realizada no Cairo, e também foram definidos, em 1995, na Conferência da Mulher realizada em Beijing, ambas deliberações ratificadas pelo Brasil⁴.

O exercício pleno dos Direitos Sexuais e Reprodutivos é fundamental para a dignidade e autonomia pessoal, das pessoas em geral. Da perspectiva dos adolescentes, não poderia ser diferente, visto que o início da vida afetiva e amorosa ocorre, para a grande maioria, nesta fase da vida, marcada pelo “*primeiro beijo, primeiro namoro, primeira decepção amorosa, primeiros desentendimentos ou opiniões discordantes com a família, primeira relação sexual. (...)*”⁵ (p.160).

Dados brasileiros e paulistas relativos à caracterização sociodemográfica de adolescentes e jovens e à organização de serviços de saúde quanto à saúde sexual e reprodutiva apontam para a relevância da consideração do cuidado a este grupo populacional, bem como a existência de desafios para a busca de atenção efetiva.

No Brasil, a “Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher” de 2006, já apontava a ocorrência da primeira relação sexual, em média, aos 14,9 anos de vida; e que as meninas, geralmente, têm essa experiência após os meninos⁶. Também a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, de 2012, apontou que 29% dos adolescentes de 13 a 15 anos entrevistados no país haviam feito sexo⁷. Essa faixa é similar à encontrada em países como Estados Unidos e Austrália e maior do que no México, Áustria e

Alemanha, o que motiva a preocupação crescente da área de Saúde com o uso de métodos contraceptivos e, inclusive, do preservativo masculino ou feminino, únicos métodos que garantem a dupla prevenção contra a gravidez não planejada e as infecções sexualmente transmissíveis (IST)⁸.

Aproximadamente um(a) em cada quatro adolescentes e jovens (25%) não faz uso de contracepção segura⁹. Este percentual é alto entre as mulheres brasileiras em geral, não apenas entre adolescentes, e, somado ao percentual que não usa nenhuma contracepção, resulta em 55% dos nascimentos frutos de gestações não planejadas verificados no país¹⁰. Estudos têm apontado que, pelo menos em ambientes urbanos, o estrato socioeconômico não está ligado à adesão à contracepção por adolescentes e jovens^{9,10}; esta adesão está mais relacionada (negativamente) à inconstância ou maiores períodos de ausência das relações sexuais, ao desejo de engravidar e, entre as meninas que não querem engravidar, ao não uso de anticoncepção na primeira relação sexual, à ausência de consulta em saúde da mulher no último ano, à ocorrência de ter menos do que três filhos ou ao pertencimento a religiões pentecostais¹¹.

No Brasil, se considerarmos apenas os dados de 2020¹², foram registrados 9.797 partos em hospitais ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) de mães de 10 a 14 anos e 196.761 de mães de 15 a 19 anos. Se somarmos mais 1.597 abortos vividos por meninas de 10 a 14 anos e 21.218 de 15 a 19 anos, temos 11.394 e 217.979 gestações, respectivamente, nessas faixas etárias em apenas um ano, o que equivale a 5,3% e 33,8% das internações hospitalares desses grupos etários – quarto e primeiro motivo de hospitalização nessas faixas etárias, respectivamente. No estado de São Paulo não é diferente:

gravidez, parto e puerpério são a primeira razão de internações hospitalares ligadas ao SUS entre adolescentes e jovens de 15 a 19 anos em 2020, embora seja a sexta entre pré-adolescentes de 10 a 14 anos.

Tais dados expõem a fragilidade do sistema de atenção e cuidado para com os membros desse grupo populacional, que, seja pela ausência e inadequação de orientação ou pela dificuldade de acesso, com frequência não alcançam os insumos contraceptivos. Além desses fatores, muitos outros concorrem para a dificuldade do exercício da sexualidade segura; dentre eles, destaca-se o caráter religioso das famílias, como apontam alguns estudos¹¹, associado ao preconceito e ao tabu ainda existentes na cultura brasileira quanto à prática sexual adolescente. Tal prática, principalmente das meninas, tende a ser negada ou a sofrer tentativas de postergação, o que dificulta a abordagem do tema dentro das famílias, escolas¹³ e, inclusive, nos próprios serviços de saúde.

A morbidade reprodutiva diz respeito aos riscos e, em alguns casos, desfechos de mortalidade em casos de parto e aborto. Em 2019, o percentual de óbitos maternos na faixa etária de 10 a 19 anos correspondeu a 12,8% das mortes maternas registradas no país¹⁴.

Considerando as IST, em 2020, no Brasil, foram detectados até o mês de junho 7 casos de HIV entre pré-adolescentes de 10 a 14 anos, 452 entre adolescentes de 15 a 19 anos, além de 2.092 entre jovens de 20 a 25 anos, representando, respectivamente, 0,1, 4,5% e 20,9% do total de casos registrados no ano. O mesmo Boletim relata 33, 536 e 988 casos de meninas grávidas dessas respectivas faixas etárias infectadas pelo HIV¹⁵.

É importante salientar que, no estado de São Paulo, nestes últimos 10 anos, 8.462 jovens

(de ambos os sexos) adoeceram de aids, o que demonstra como o curso da doença pode ser grave neste grupo. A taxa de incidência de aids elevou-se na faixa etária adolescente de 15 a 19 anos do sexo masculino (1,8 vezes, passando de 2,9 para 5,2 por 100 mil homens) e na faixa etária de jovens de 20 a 24 anos (1,4 vezes, de 25,4 para 34,9 por 100 mil habitantes) no período de 2010 a 2019. Até junho de 2020, foram registrados, no sexo masculino, 74 casos de infecção pelo HIV entre adolescentes de 15 a 19 anos e 387 entre jovens de 20 a 24 anos; entre os homens de 15 a 24 anos, no mesmo período, 55,7% ocorreram por via sexual homossexual, 34,5% heterossexuais, 1,6% por uso de drogas injetáveis e 8,2% são casos em situação de investigação. Entre as mulheres do grupo etário de 15 a 24 anos, 89,6% das infecções se deram por via sexual em parcerias heterossexuais, 6,7% por transmissão vertical e 10% estão sob investigação.

Os dados do Boletim mostram um acometimento bem mais expressivo na população jovem preta, o que reflete uma enorme desigualdade no acesso a medidas de proteção como a PreP (profilaxia pré-exposição)¹⁶. 35 casos de aids entre adolescentes de 15 a 19 anos e 265 entre jovens de 20 a 24 anos; entre os homens de 15 a 24 anos, no mesmo período, 84,9% ocorreram por via sexual homossexual e 10,5% heterossexuais, 1,3% por uso de drogas injetáveis e 3,3% são casos em situação de investigação. Entre as mulheres do grupo etário de 15 a 24 anos, 83,3% das contaminações se deram por via sexual em parcerias heterossexuais, 6,7% por transmissão vertical e 10% estão sob investigação; sendo que, do total de mulheres, 35 eram gestantes¹⁶.

Já a sífilis adquirida registrou 49.154 novos casos até junho de 2020 no Brasil; desses casos, 250 referem-se a gestantes da faixa etária

de 10 a 14 anos, 5.761 entre 15 e 19 anos e 13.449 entre 20 e 24 anos (dados de gestantes)¹⁷. No estado de São Paulo temos até junho de 2020, 9.915 casos de sífilis adquirida; considerando sífilis em gestantes tivemos no estado, no mesmo período, 32 casos entre meninas de 10 a 14 anos, 1.058 casos entre 15 e 19 anos e 1692 gestantes com sífilis entre 20 e 24 anos.

A hepatite B, infecção também sexualmente transmissível, produziu, em 2019, 13.971 novos casos no país¹⁸. Em 2020, dos 3.589 casos notificados, 124 (3,4%) se deram na faixa etária de 10 a 14 anos, 330 de 15 a 19 anos e 1.001 (27,9%) de 20 a 29 anos¹⁹. O menor registro de casos em 2020 com relação a 2019 (menos de 1/3) provavelmente se deve tanto à subnotificação das infecções em decorrência da diminuição de testagens provocada pela pandemia de covid-19, que motivou os serviços de saúde a mobilizarem suas ações para a pandemia, quanto à própria diminuição de procura desses exames pela população orientada a permanecer em isolamento social e/ou quarentena domiciliar. Já no estado de São Paulo, em 2019, foram registrados 2.278 casos de hepatite B, 1.301 em homens e 976 em mulheres, totalizando 16,3% dos casos do país nesse ano.

Tais dados de ocorrências em saúde não excluem a consideração de que adolescentes e jovens, em geral, representam um grupo saudável, em que a maior parte dos problemas são passíveis de prevenção⁵ caso haja uma abordagem mais efetiva a essa população com relação a suas demandas, inclusive relativas à sexualidade².

Considerando as ações dos serviços públicos de saúde do SUS no estado de São Paulo, Nasser²⁰ verificou que a efetivação de ações de atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva tem sido incipiente com relação aos adolescentes; dos

2.735 serviços que pesquisou por meio de questionário da “Avaliação da Qualidade da Atenção Básica” (QualiAB), em 2010^{XI,21}, apenas o pré-natal entre adolescentes era focado com início e exames adequados, tal como a atenção ao puerpério. O planejamento reprodutivo se verificou seletivo para alguns contraceptivos e foram observados limites para a prevenção da sífilis congênita, para o tratamento de IST e para o rastreamento do câncer cervical, além de ter sido registrado que as atividades educativas com esse público eram pontuais, restritas e com enfoque apenas centrado na reprodução. A autora afirma que há desconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos e falta abordagem integral à saúde desse público²⁰.

Este artigo tem como objetivos descrever os perfis e as atividades de serviços de saúde localizados nos municípios do estado de São Paulo quanto à atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens; e apresentar a orientação para este tema proposta pela Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo, que tem como marco o documento elaborado e apresentado à Comissão Intergestores Bipartite de SP, em 2018, e publicado em livro on-line em 2021.

Métodos

O artigo deriva do projeto Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J)⁵, desenvolvido entre 2016 e 2018, coordenado, de forma compartilhada, pelo Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CSE/FMUSP); pelo Programa Estadual de Saúde do Adolescente e a Área de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP); e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP); além de ter desenvolvido parcerias institucionais com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), o Programa Estadual de DST/Aids e a Área de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Por fim, teve apoio financeiro da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (Chamada PPSUS/FAPESP 2016).

Os referenciais para a construção da LCA&J são: princípios e diretrizes do SUS, com destaques para adolescência e juventude; definições e metodologias de construção de linhas de cuidado; recomendações e políticas públicas para saúde de adolescentes e jovens; e o referencial teórico da integralidade, a partir da teoria do trabalho em saúde e noção de cuidado²²⁻²⁸.

A construção da LCA&J incluiu um levantamento com serviços de saúde existentes em todas as regiões do estado de São Paulo e em todos os níveis de atuação, sobre suas práticas e perfis de atuação em relação à saúde de adolescentes e jovens. O levantamento foi realizado por meio de questionário eletrônico que foi preenchido on-line pelos serviços, a fim de que a construção da linha de cuidado responda de forma adequada às necessidades desses serviços e possa constituir uma referência para sua atuação no estado de São Paulo. Neste artigo, apresentamos os resultados do questionário desenvolvido para a construção da LCA&J quanto à atenção e promoção de saúde, nas questões relativas à saúde sexual e reprodutiva.

^{XI} O instrumento QualiAB é um questionário elaborado e validado entre 2006 e 2007 em pesquisa coordenada pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP) com financiamento do fomento PPSUS do Ministério da Saúde, com o objetivo de avaliar ações da rede básica de saúde, com relação à organização e gerenciamento desta atenção²¹.

Além da análise quantitativa deste material, o projeto envolveu diversas outras fases como: grupos focais com adolescentes, jovens, profissionais de saúde, profissionais intersetoriais, gerentes de serviços de saúde, gestores da saúde; exercício piloto da implementação da LCA&J em três regiões-piloto (Itapetinga, Litoral Norte e Mananciais); discussões com grupos de *experts* em adolescência/juventude e em planejamento regional; seminários de pesquisa; e pactuação entre municípios e estado de São Paulo. Assim, foi construído o documento da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo (LCA&J), considerando que a adolescência e juventude, além das mudanças fisiológicas relativas à maturação biológica e sexual, inclui um período de adaptação às novas estruturas físicas, psicológicas e ambientais com as quais esses sujeitos terão contato⁵; ou seja, partiu-se de seus processos psicossocioculturais, conforme pontuam Ayres e colegas²⁹, destacando diferentes “processos da adolescência”. Nesse sentido, construiu-se a proposta de uma linha de cuidado à saúde de adolescentes e jovens que promova uma abordagem integral e que leve em conta a universalidade e também a equidade, considerando que adolescentes e jovens

“(...) não compõem um grupo homogêneo, mas plural – são diferentes em idade, condições de vida e saúde, raça, procedência, classe, escolaridade, gênero, orientação sexual, porte ou não de deficiência, estado civil, ter ou não filhos, entre outras condições”⁵ (p.40).

Esse documento foi apresentado na Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo em 18 de outubro de 2018, marco desta política pública de

adolescentes. Ele contém: informações sobre o cuidado à saúde de adolescentes e jovens; a proposta para a LCA&J (objetivos, atribuições dos serviços e articulações em rede); e orientações e recomendações para a prática, inclusive sobre saúde sexual e reprodutiva. Desde 2019, foi iniciado um novo projeto, visando contribuições para a implementação da LCA&J, com apoio PPSUS-SP 2019/2021 – PROCESSO FAPESP 2019/03955-8. Os parceiros originais se mantêm e agora o projeto conta também com a participação do Laboratório de Saúde Coletiva da Unifesp. Em 2021, o documento embasou a publicação de livro on-line da LCA&J, destinado a *“gestores do setor saúde, gerentes de serviços de saúde, trabalhadores da saúde e de outros setores, participantes de movimentos sociais, integrantes de comunidades locais e, muito especialmente, adolescentes e jovens”⁵ (p. 385)^{xii}.*

Resultados

De 949 serviços de saúde pertencentes a 61 municípios paulistas que responderam ao questionário para descrição da atenção a adolescentes e jovens (desenvolvido em 2017 com vistas à preparação da LCA&J), 721 são unidades básicas de saúde; 22 são serviços de atenção especializada ao adolescente (incluindo Casas do Adolescente), 102 são Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 48 são serviços de DST/aids – Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) –, 9 são serviços hospitalares especializados em adolescência e 47 são de outros tipos. Estão predominantemente localizados em áreas urbanas e centrais dos municípios, sendo que apenas 29 (4,0%) das UBS e 1 CAPS (1,0%) se encontram em áreas rurais (Tabela 1).

^{xii} O livro está disponível no site <http://www.saudeadolescentesejovens.net.br/> e é a referência básica para a sua implementação.

Tabela 1 – Tipo de serviço e âmbito (gestão) de serviços que atuam com adolescentes

Tipo	Municipal		Estadual		Federal		Total	
	n	%*	n	%*	N	%*	n	%*
UBS	711	99,7	0	0	2	0,3	713	100
Serviço de Atendimento a Adolescentes	18	85,7	3	14,3	0	0	21	100
Serviço Hospitalar	3	33,3	5	55,6	1	11,1	9	100
CAPS	96	94,1	2	2	4	3,9	102	100
Serviço DST/Aids	46	95,8	0	0	2	4,2	48	100
Outros	46	97,9	1	2,1	0	0	47	100
Não respondeu	1	0	0	0	0	0	1	100
Total	921	97,4	11	1,2	9	1	941	100

* Porcentagem de respostas válidas.

Desses serviços, 436 (45,9%) apontaram questões ligadas às “mudanças do corpo e puberdade” entre os principais motivos de procura do serviço por adolescentes e jovens; 668 (70,4%) apontaram questões relativas à sexualidade; e, logo em seguida, 546 (57,5%) indicaram “reprodução” e 262 (27,6%) indicaram “gestação e

pré-natal” (ver Tabela 2). A citação de um desses três últimos motivos, que explicitam questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva, somam 752 (79,49%) serviços, o que demonstra a grande presença dessas demandas, inclusive nas UBS. Também é curioso que mesmo nos CAPS registre-se esses temas como demanda de adolescentes.

Tabela 2 – Principais motivos de procura do serviço por adolescentes*

	UBS	%	Serv. Atend. Adole-sc	%	Serv. Hosp	%	CAPS	%	Serv. DST / aids	%	Total	%
Atend. odontológico	582	80,7	16	72,7	2	22,2	2	2	12	25	633	66,7
Trabalho e renda	575	79,8	5	22,7	2	22,2		0	9	18,8	599	63,1
Sexualidade	560	77,7	18	81,8	4	44,4	27	26,5	36	75	668	70,4
Reprodução	509	70,6	14	63,6	2	22,2	2	2	5	10,4	546	57,5
Solicitação da família	443	65,4	9	40,9	1	11,1		0	2	4,2	468	49,3

	UBS	%	Serv. Atend. Adolec	%	Serv. Hosp	%	CAPS	%	Serv. DST / aids	%	Total	%
Queixa escolar	417	57,8	18	81,8	5	55,6	66	64,7	8	16,7	532	56,1
Corpo e puberdade	383	53,1	16	72,7	4	44,4	7	6,9	8	16,7	436	45,9
Uso de álcool	372	51,6	18	81,8	6	66,7	76	74,5	1	2,1	498	52,5
Depressão, ansiedade ou sofr. emocion.	363	50,3	11	50	2	22,2	3	2,9	0	0	389	41
Doenças respiratórias	338	46,9	8	36,4	3	33,3	1	1	0	0	362	38,1
Uso de drogas ilícitas	319	44,2	16	72,7	4	44,4	47	46,1	1	2,1	409	43,1
Situações de violência	239	33,1	16	72,7	4	44,4	62	60,8	21	43,8	363	38,3
Gestação e pré-natal	235	32,6	14	63,6	4	44,4	3	2,9	0	0	262	27,6
Doenças crônicas	207	28,9	8	34,8	8	88,9	10	9,8	16	33,3	262	27,7
Família, amigos etc.	202	28	10	45,5	3	33,3	75	73,5	11	22,9	319	33,6
Vacinações	197	27,3	14	63,6	3	33,3	75	73,5	7	14,6	316	33,3
Nutrição ou alimentação	179	24,8	14	63,6	5	55,6	28	27,5	4	8,3	238	25,1
Declaração p/ práticas fís.	145	20,1	7	31,8	3	33,3	63	61,8	8	16,7	240	25,3
Outros	92	12,8	6	27,3	5	55,6	30	29,4	16	33,3	158	16,6

*Questões de múltipla escolha e percentagens não cumulativas.

Desses serviços, 82,0% utilizam principalmente o local de residência para inscrever seus usuários, o que é compatível com o fato de a maioria dos respondentes serem UBS que geralmente adotam a adscrição para a responsabilidade sanitária. A faixa etária é usada para determinar o critério de atendimento como adolescentes ou como jovens em 835 dos serviços (87,9%), dos quais 721 (75,9%) informaram usar o ECA como referência para definir o público adolescente (que aponta adolescentes como pessoas entre 12 e 17 anos)¹²; outros 176 (18,5%) tiveram como

parâmetro o Estatuto da Juventude (que define como jovens as pessoas entre 15 e 29 anos de idade)¹⁸; e 374 (39,4%) declararam ter como marco norteador a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuja definição de faixa etária para pré-adolescentes e adolescentes é de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, respectivamente, e de jovens, de 20 a 29 anos¹⁹. Esta última referência é mais influente, pois a adolescência é apontada espontaneamente por cerca de 1/3 dos serviços (33,7%) como iniciada até mesmo antes dos 10 anos, incluindo assim o público infantil.

O atendimento de adolescentes é ofertado na maioria dos serviços, 772 (81,3%), durante todo o horário de funcionamento do serviço e nos 5 dias úteis da semana; ademais, 41 serviços (4,3%) também atendem aos finais de semana. A maioria acolhe os(as) adolescentes em qualquer horário, 773 (81,4%) realizam “encaixe” quando o(a) adolescente aparece sem estar agendado e 174 (18,3%) têm horários específicos para a atenção a esse público. Chama a atenção o fato de 5 (0,6%) UBS terem declarado não fazer atividades com adolescentes, por isso não foram consideradas para a análise das ações realizadas (Tabela 3 e seguintes).

Os adolescentes têm atendimento por equipes multidisciplinares e 32 serviços contam com hebiatras, embora a maioria dos serviços atue com clínicos gerais (em 240 serviços; 25,3%) ou pediatras (191; 20,1%). Dos serviços que atuam com adolescentes, 423 serviços (44,7%) contam também com psicólogos (excluindo-se os 102 CAPS). Em 565 serviços (59,5%) foi apontada também a participação de assistentes sociais na equipe de trabalho, embora a atuação desse profissional não tenha sido referida como diretamente ligada a adolescentes. Dos serviços que atuam com adolescentes, 678 (71,4%) afirmaram abordar temas relativos à sexualidade e 633 (39,5%) à saúde reprodutiva.

Tabela 3 – Temas trabalhados com adolescentes e jovens

Tema	Abordagem com adolescentes		Abordagem com Jovens 18 a 30 anos	
	n	%	n	%
Álcool	682	71,8	606	63,8
Arte e cultura	680	71,6	527	55,5
Sexualidade	678	71,4	559	58,8
Alimentação	658	69,3	577	60,7
Saúde reprodutiva	633	66,6	548	57,7
Outras drogas	618	65,1	509	53,6
Saúde bucal	602	63,4	513	54
Maternidade/Paternidade	584	61,5	507	53,4
Puberdade e mudanças corporais autoconhecimento e autocuidado	573	60,3	358	37,7
Saúde mental	570	60	509	53,6
Violência	565	59,5	492	51,8
Tabaco/cigarro	539	56,7	498	52,4

	Abordagem com adolescentes		Abordagem com Jovens 18 a 30 anos	
Relacionamentos sociais (família, amigos) namoro)	501	52,7	395	41,6
Atualização de vacinas	498	52,4	450	47,4
Percepções sobre o corpo e padrões de beleza	493	51,9	378	39,8
Estudo/escolas	471	49,6	315	33,2
Projeto e planos de vida	385	40,5	295	31,1
Relações de gênero	375	39,5	299	31,5
Direitos e cidadania	352	37,1	304	32
Homofobia, transfobia e questões LGBTI	348	36,6	279	29,4
Participação social	331	34,8	307	32,3
Trabalho/profissionalização	322	33,9	281	29,6
Meio ambiente	304	32	245	25,8
Discriminação racial	302	31,8	235	24,7
Práticas físicas e corporais	275	28,9	219	23,1
Deficiências, práticas e políticas inclusivas	210	22,1	191	20,1
Segurança no trânsito	131	13,8	130	13,7
Chás e plantas medicinais	101	10,6	101	10,6
Outros	205	21,6	181	19,1

* Porcentagem de respostas válidas.

A abordagem desses temas é feita por meio do trabalho em grupo com adolescentes em apenas 44,3% desses serviços: 41,9% das UBS, 65,2% dos serviços especializados em adolescência, 33,3% dos serviços hospitalares, 54,2% dos serviços de IST/HIV/aids e 57,0% dos serviços de

atenção à mulher (Tabela 4). Grupos de adolescentes fora dos serviços de saúde são realizados por 509 (53,8%) serviços, principalmente UBS (58,9% fazem), o que mostra a iniciativa desses serviços em buscar e incorporar esse público inclusive em outros ambientes que costuma frequentar.

Tabela 4 – Tipos de grupos realizados com adolescentes por tipo de serviço

Tipo	UBS		Serv. Ado-lesc		Serv. Hosp.		CAPS		Serv. IST/Aids		Serv. At. Mulh.		Ou-tros		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acolhi-mento	131	18,3	7	30,4	0	0	27	26,5	4	8,3	1	14,3	2	5	172	18,2		
Terap. grupal	211	29,5	10	43,5	2	22,2	62	60,8	3	6,3	0	0	8	20	296	31,3		
Ativ. man. artistic.	89	12,4	10	43,5	0	0	57	55,9	2	4,2	0	0	3	7,5	161	17		
Ativ. socioc.	106	14,8	7	30,4	2	22,2	49	48	0	0	0	0	4	10	168	17,8		
Ações por pares	33	4,6	5	21,7	2	22,2	5	4,9	7	14,6	0	0		0	52	5,5		
Ativ. pais	163	22,8	8	34,8	1	11,1	54	52,9	4	8,3	0	0	9	22,5	239	25,3		
Fora do serviço	422	58,9	9	39,1	1	11,1	52	51	13	27,1	1	14,3	11	27,5	509	53,8		
Total que faz grupo de adolesc.	300	41,9	15	65,2	3	33,3	57	55,9	26	54,2	4	57	14	35	419	44,3		

Nos atendimentos individuais para adolescentes, mais da metade dos serviços aborda rotineiramente os seguintes temas: levantamento de dúvidas e outras questões trazidas pelo usuário (760; 80,0%); aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva (759; 79,9%); identificação de queixas e sintomas e evolução do quadro clínico (730; 76,8%); orientação sobre atividades, procedimentos, tratamentos e outros recursos ofertados pelo serviço (728; 76,6%); apoio à adesão a tratamentos (701; 73,8%); identificação de riscos e situações de vulnerabilidade (671; 70,6%); abordagem sobre o sigilo e a confidencialidade nos atendimentos (630; 66,3%); conversa sobre história de vida e cotidiano do(a) usuário(a) (559; 58,8%); e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento puberal (538; 56,6%).

Nos Centros de Assistência Psicossocial, apesar de mais de 25,0% dos serviços atender

demandas relativas à sexualidade e à saúde sexual e reprodutiva, ainda há serviços como 18 (17,6%) CAPS que evitam a abordagem desses temas, mesmo que atuem com adolescentes. Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviços de Atenção Especializada às IST/Aids, por outro lado, são totalmente associados, como era de se esperar, às questões, demandas e atuação com os temas de sexualidade e saúde sexual e reprodutiva.

O sigilo e o atendimento individual ao adolescente, independente da presença de familiares, só é absolutamente respeitado por pouco mais da metade (52,0%) dos serviços pesquisados, principalmente serviços de atenção em IST/HIV/aids; 24,3%, em geral, quebram o sigilo conforme a avaliação do profissional e 15,1%, mesmo sem o consentimento do adolescente.

Tabela 5 – Sigilo ou informação à família sobre conteúdo das consultas de adolescentes

Situações	UBS	Serv. At. Espec.	Serv. Hosp.	CAPS	Serv. IST/Aids	Serv. At. Mulh.
Sempre são informados	15,1	18,2	22,2	15,5	0	15,1
Em alguns casos, quando o profissional julga necessário	25,3	22,7	22,2	22,7	18,2	24,3
Quando pais pedem, independente do consentimento dos adolescentes	1,4	0	0	0	2,3	1,3
Quando profissional acha necessário e tem o consentimento do(a) adolescente	52,5	50	55,6	42,3	70,5	52
Outros	3,4	9,1	0	5,2	9,1	3,9
Não se aplica	2,3	0	0	14,4	0	3,4
Total	100	100	100	100	100	100

Discussão – Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo

Seguindo a orientação das diretrizes do SUS previstas constitucionalmente¹, a abordagem da Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo adota a visão de integralidade e busca promover a equidade. Isso é importante porque o levantamento realizado demonstrou a necessidade de certa padronização das concepções de adolescência e na proposição de temas de atuação, bem como no próprio respeito à autonomia e na garantia de sigilo do adolescente. Assim, ao definir a faixa etária da adolescência, conforme o ECA apresenta, a LCA&J preconiza que

*“temas estruturantes para a atenção à saúde integral de adolescentes e jovens, estão, nessas diretrizes: participação juvenil, equidade de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania e igualdade racial e étnica”*⁵ (p.37).

Nesse sentido, além do contexto socioeconômico, o aspecto cultural se faz imprescindível para a promoção da saúde dos adolescentes e jovens. A respeito das expectativas sexistas da sociedade, bem como as relações de gênero, a LCA&J orienta que sejam contempladas na problematização da saúde do adolescente. Ou seja, deve-se considerar que meninas e mulheres têm sido responsabilizadas pelo trabalho doméstico no âmbito familiar^{30,31}, enquanto os meninos e homens não são estimulados ao autocuidado, motivo pelo qual apresentam menos expectativa de autocontrole, maior atitude e imposição de superioridade, inclusive quanto à sexualidade, e negação das tarefas de cuidado tanto domésticas, quanto de autocuidado³².

Essas posições antagônicas trazem vulnerabilidade para ambos, uma vez que homens ficam cerceados dos cuidados e serviços de saúde e as mulheres, muitas vezes desde cedo, têm seus comportamentos, sua sexualidade e suas escolhas tratados como objetos de controle e alvo de julgamentos morais e de sanções arbitrárias³³. Isso pode levar à violência de gênero,

principalmente doméstica, contra a mulher – questão que precisa ser trabalhada com adolescentes de ambos os sexos, além de suas necessidades de saúde, incluindo os direitos e a saúde sexual e reprodutiva³².

A LCA&J sugere trabalhar temáticas relativas à saúde sexual e reprodutiva considerando a categoria de gênero, incluindo identidade, orientação, papéis, direitos, entre outros.

Para tanto, serviços devem possibilitar o atendimento a adolescentes a partir dos 12 anos sem a obrigatoriedade de presença ou autorização dos pais, considerando seus contextos e também atendendo aos princípios de autonomia e sigilo, de forma a fortalecer a confiança, a adesão e o vínculo deste público para com os serviços de saúde. Isso pode ser realizado na matrícula no serviço e solicitação de agendamento das atividades; recepção, acolhimento ou primeiro atendimento no serviço; atendimento com assistente social; atendimento com psicólogo(a); atendimento/consulta de enfermagem; consulta médica, incluindo exames clínicos e ginecológicos; consulta odontológica; atendimento com outros profissionais de saúde de nível superior; atividades em grupos educativos e terapêuticos; vacinação, curativos, coleta de sangue e aplicação de medicações injetáveis por técnicos ou auxiliares de enfermagem; receber visitas domiciliares de profissionais de saúde, incluindo agentes comunitários de saúde (ACS)⁵ (p.107).

Em relação à saúde sexual e reprodutiva e à sexualidade, especificamente, é função de profissionais de saúde e dos serviços providenciar cuidados para adolescentes e jovens considerando sua atividade sexual, inclusive para menores de 14 anos, por meio de consultas ginecológicas, da prescrição de métodos contraceptivos (todos, incluindo o DIU e, se necessária, a contracepção de emergência), da verificação (e se necessária

a atualização) das vacinas disponíveis para prevenção das IST (HPV, Hepatites virais A e B), levando em consideração práticas sexuais (a vacina de Hepatite A está disponível no estado de São Paulo também para pessoas com prática sexual oral-anal, priorizando homens que fazem sexo com homens, travestis, transexuais e profissionais do sexo)^{34, 35}. Exames diagnósticos de infecções sexualmente transmissíveis (IST), testagem de HIV, sífilis e hepatites virais, abordagem sindrômica como tratamento das IST, profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP) e a profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), são disponibilizados por livre demanda a fim de promover o acesso ampliado a preservativos externos, internos e gel lubrificante, bem como a prática da dispensação de medicamentos, de acordo com a “Relação Nacional de Medicamentos Essenciais” e com aqueles disponíveis na RENAME e nas “Relações Municipais de Medicamentos” (REMUNES), além dos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher, incluindo a aplicação de penicilina benzatina em caso de sífilis, especialmente no acompanhamento pré-natal e de puerpério para as gestantes⁵ (p.117). Neste caso específico de gestação, a necessidade de apoio familiar ao longo do processo deve ser articulada com a adolescente e não ser foco e nem critério para os primeiros atendimentos de pré-natal. O estado de São Paulo recomenda o Pré-Natal do Homem que assegura a atenção dos parceiros sexuais para prevenção da sífilis congênita³⁶. Para esta situação, também deve-se considerar que a participação de acompanhantes de escolha da adolescente, incluindo o parceiro, pais e familiares, deve ser sempre estimulada, de forma a ampliar o cuidado com a gestante adolescente.

Todos os temas citados no levantamento para serem trabalhados com grupos de adolescentes e/ou jovens, dentro ou fora dos serviços de saúde, podem ser encampados, observando

o interesse e a demanda do grupo local, e vários se interconectam com a questão da saúde sexual e reprodutiva:

“...álcool; alimentação; arte e cultura; atividade física, esportes, práticas corporais; atualização do cartão de vacinas; chás e plantas medicinais; deficiências, práticas e políticas inclusivas; direitos e cidadania; discriminação racial; drogas ilícitas; escola, estudos; homofobia, transfobia, LGBTIfobia; maternidade, paternidade; meio ambiente; participação social; percepções sobre o próprio corpo, autoestima, padrões de beleza; projetos de vida e planos; puberdade, mudanças corporais; autoconhecimento e autocuidado; relacionamentos sociais: família, amigos(as), namoros; relações de gênero; saúde bucal; saúde mental; saúde reprodutiva; segurança no trânsito; sexualidade; tabaco; trabalho, profissionalização; violência; entre outros”⁵ (p.111).

Nesse sentido, necessita-se não só da abordagem, mas também da realização de ações específicas para adolescentes e jovens em situações de maior vulnerabilidade, uma vez que as vulnerabilidades se entrecruzam. Nesse caso, se destacam: moradores(as) de assentamentos e acampamentos rurais; ciganos(as); gestantes; indígenas e quilombolas; lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBTI); migrantes e refugiados(as); moradores(as) de serviços de abrigo e Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA), pais e mães recentes; pessoas cumprindo medidas socioeducativas; pessoas em situação de rua; pessoas vivendo com HIV; população carcerária; portadores

de deficiências; profissionais do sexo; pessoas em situações de exploração ou abuso sexual; trabalhadores(as) sazonais; adolescentes que trabalham; trabalhadores(as) em situações de risco, insalubres ou informais; usuários(as) de comunidades terapêuticas e outras instituições de internação em saúde mental e dependência química; pessoas enfrentando situações de violência comunitária (na rua, na comunidade), doméstica e familiar ou no contexto escolar.

Quanto à sexualidade e à população LGBTI, a LCA&J reforça a:

“Necessidade de enxergar e acolher a demanda de adolescentes e jovens LGBTI, promovendo capacitações e reorganização dos cuidados para que ofereçam uma atenção adequada a esse público com vulnerabilidades específicas (exemplos: refletir sobre a adequação dos prontuários e identificar, promover ou criar espaços de convivência e escuta em relação à identidade de gênero e à orientação sexual). Foi ressaltado que existe maior discussão sobre a saúde da população trans, em comparação a lésbicas, gays e bissexuais, para os quais não existem ações tão estruturadas no âmbito da saúde”⁵ (p. 347).

Identidade de gênero e orientação sexual foram incluídos na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2008, como determinantes sociais para a saúde³⁷, ressaltando a importância de sua inclusão na atenção à saúde e no cuidado. Como premissa básica, garantir o direito ao uso do nome social por pessoas transexuais, travestis e para pessoas com outras variabilidades de gênero, além de ser um direito das pessoas usuárias

do SUS, mostrou-se como fundamental estratégia de cuidado entre jovens nos EUA, pois, ao se aderir ao uso do nome social dentro de instituições de saúde, diminui-se em 29% as ideias suicidas e em 56%, os comportamentos suicidas³⁸. Ademais, sem sombra de dúvidas, como já sugere a LCA&J, esse direito deve ser respeitado em todos os espaços, documentos e ações dos serviços, como grupos, recepção, acolhimentos, atendimentos, discussões de caso, ficha de cadastro eSF, prontuários, cartão SUS, exames etc. A prefeitura de São Paulo tem um modelo de cartaz para ser fixado nos serviços de saúde sobre o direito ao nome social, incluindo o Decreto garantidor³⁹.

Para ações voltadas à orientação sexual faz-se importante oferecer uma escuta e abordagem que fuja à heteronormatividade, à cisnormatividade e ao machismo, abrindo possibilidade para um cuidado a partir da subjetividade do adolescente e jovem que perpassa por experiências de ser gay, lésbica ou bissexual, entre outras orientações, com diferentes práticas sexuais e, conseqüentemente, diferentes necessidades e estratégias de prevenção à IST, diferentes desejos sexuais e reprodutivos e projetos de felicidade. A LCA&J sugere atividade individual e em grupo para discussão sobre gênero e sexualidade, além da “Ficha verde” como ferramentas disparadoras da inclusão desse tema no cotidiano dos serviços com os adolescentes e jovens.

É importante considerar um trabalho de educação entre pares nas atividades individuais e em grupos com temas transversais ou prioritários a raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual, desde a preparação das atividades à sua execução, a fim de demarcar a magnitude de se entender a interseccionalidade no cotidiano dos adolescentes e jovens, dado que esse é um elemento importante para construir relações

de confiança, a abertura para diálogo e a oferta de garantias de sigilo e confidencialidade⁵.

Como estratégia de monitoramento e diagnóstico de saúde de seu território, orienta-se a coleta e o registro da identidade de gênero e orientação sexual para a organização do trabalho e cuidado de adolescentes e jovens, além de outras informações descritas no documento da LCA&J. Tal coleta e monitoramento auxilia para:

“...identificar: o perfil do público atendido; problemas de acesso ao serviço; situações de risco e vulnerabilidade de adolescentes e jovens; e planejar ações para grupos em situação de vulnerabilidade”⁵ (p. 144).

Ser LGBTI comumente gera quebra de expectativas morais para os profissionais de saúde, o que dificulta a garantia dos direitos de adolescentes e jovens, incluindo o acesso, o acolhimento e o acompanhamento nos diversos serviços de saúde. Considerar e enfrentar essa iniquidade como barreira para adolescentes e jovens LGBTI ao frequentarem o serviço de saúde pode auxiliar na aproximação deles com o serviço.

A perspectiva das ações de saúde deve abarcar e, também, discutir com os adolescentes e jovens, os direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos⁴⁰, visando à cidadania e à transformação social²⁰. Assim, pode-se facilitar e oferecer a todos(as) os(as) adolescentes e jovens, independentemente dos motivos de procura dos serviços, cuidados em saúde relevantes a essa faixa etária.

O livro da LCA&J descreve as atribuições comuns a todos os serviços e também as específicas de cada um dos pontos da linha de cuidado. Pela temática saúde sexual e reprodutiva, descrevemos aqui em destaque as UBS, os CTA e os SAE.

As atribuições das UBS são:

“A UBS é a porta de entrada preferencial para a LCA&J, por ser o serviço mais próximo de cada adolescente e jovem no território. É responsável pela atenção à área adscrita, orientada pela percepção dos grupos populacionais no contexto da realidade local, de acordo com os ciclos de vida, e com boa resolubilidade para problemas de saúde comuns, de modo culturalmente referenciados e com menor risco de medicalização. No SUS, a APS tem a função de coordenação do cuidado. Por isso, a UBS é estratégica para desencadear e coordenar a LCA&J”⁵ (p. 117).

Dentre as diversas atividades que a LCA&J recomenda para as UBS, destacamos aqui algumas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva: vacinação de acordo com calendário para a faixa etária; dispensação de remédios de acordo com a REMUME, incluindo remédios para o tratamento sintomático de IST; aplicação de penicilina benzatina em caso de sífilis; dispensação de preservativos femininos e masculinos, por livre demanda e em local de fácil acesso; dispensação de métodos anticoncepcionais; oferta e coleta de exames laboratoriais na UBS, incluindo sorologias e/ou teste rápido para IST/aids e hepatites virais; atendimento de enfermagem, com reconhecimento de necessidades e orientações sobre estilo de vida e modos de enfrentamento de vulnerabilidades; consulta de enfermagem e consulta médica, incluindo atenção à saúde sexual e reprodutiva; atividades em grupos voltados à educação em saúde de adolescentes, jovens, pais, familiares e responsáveis; visitas domiciliares, por ACS, outros membros da equipe assistencial ou equipes de vigilância em saúde; visitas ao território;

estabelecimento de parcerias para realização de atividades de educação em saúde, no território ou em serviços de outros setores e coletivos de adolescentes e jovens; atividades para a organização do trabalho e gestão do cuidado, como reuniões de equipe, planejamento e avaliação.

Aos SAE e CTA em IST/Aids, cabem como atribuições:

“Prover cuidado a adolescentes e jovens na LCA&J, voltado à promoção da saúde sexual e reprodutiva, à prevenção, ao diagnóstico precoce, ao tratamento e à reabilitação de IST, aids e hepatites virais. Contribuir para os outros serviços da rede, por meio de trabalho conjunto e apoio matricial. Os SAE e os CTA são articulados, na maior parte dos municípios: a prevenção e o diagnóstico são o principal papel do CTA; apenas os SAE realizam tratamento. Atuam sem adscrição territorial, mas com respeito à regionalização dentro do SUS, buscando incentivar os usuários a irem ao local mais próximo ao seu domicílio, mas mantendo flexibilidade para respeitar suas escolhas”⁵ (p.119).

Dentre as atividades de SAE e CTA, destacamos promover a prevenção dessas doenças em escolas, locais de maior vulnerabilidade e exposição (pessoas em situação de rua, profissionais do sexo), eventos e locais de lazer e concentração de jovens, incluindo pontos da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBTI), ampliando a distribuição de preservativos externos, internos e gel lubrificante, a oferta e disponibilização de tratamentos sintomáticos para as IST e também do anticoncepcional de emergência, da PEP e PrEP,

conforme os critérios para dispensação (para PEP: risco de exposição sexual para o HIV, violência sexual, acidente com material perfurocortante e outros no âmbito da prevenção combinada; e para PrEP: maiores de 18 anos, prioritariamente homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transexuais, profissionais do sexo e parcerias soro diferentes)⁵ (p.119). Além disso, é necessário atuar na orientação sobre os locais onde é possível encontrar insumos, quando não disponíveis no serviço. No estado de São Paulo, o atendimento de pessoas com HIV/aids é feito nos SAE. IST devem ser atendidas por abordagem sindrômica nas UBS; em caso de complicações ou dificuldades, pode haver matriciamento para o SAE ou acompanhamento conjunto⁵ (p.119).

Dentre as orientações comuns a todos os serviços, incluindo UBS, SAE e CTA, estão fazer a recepção e o acolhimento, com respeito à privacidade e ao sigilo.

Nesse sentido, atendendo a orientação do Ministério da Saúde⁴, a LCA&J orienta que profissionais de saúde não devem comunicar informações, mesmo quando solicitadas por familiares, responsáveis ou parceiros(as) íntimos(as), sem o consentimento dos(as) adolescentes e jovens (inclusive divulgação de consumo experimental de álcool e drogas ilícitas, atividade sexual, estatuto sorológico, gravidez etc.)⁵ (p. 141).

Considerando que a Lei nº 12.015, de 2009⁴¹, considera como estupro de vulnerável qualquer atividade sexual realizada por alguém com idade abaixo de 14 anos e considerando que quando a parceria é feita com adolescente ambos são sujeitos em desenvolvimento protegidos pelo ECA, o Conselho Federal de Medicina, entre outras entidades médicas, realizou discussões e orienta a proteção dos direitos de adolescentes abaixo de 14 anos, distinguindo aqueles(as) que foram vítimas de relação sexual consensual entre

adolescentes daqueles que tenham sido vítimas de relações feitas com adultos. No caso de adolescentes se relacionando sexualmente entre si sem o relato de recusa, ameaça ou violência física etc., segue-se a orientação em conformidade com o Ministério da Saúde⁴²:

“Quanto à atividade sexual para adolescentes femininas menores de 14 anos, a presunção legal de estupro, que poderia causar questionamentos em relação à orientação de anticoncepcionais, deixa de existir se descrita em prontuário como atividade sexual consentida (elimina-se a prerrogativa que seus parceiros sejam todos estupradores)” (p.41).

Em todos os outros casos, a violência sexual deve ser denunciada e notificada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). É preciso também avaliar cuidadosamente o risco de violência doméstica ao qual adolescentes podem ser expostos em casos de quebra de sigilo, pois, nessas situações, familiares e responsáveis fogem à função protetora que se esperaria deles(as) e têm sido os principais violadores⁴³.

Com relação à intersectorialidade, equipamentos de saúde podem dialogar com escolas e outros equipamentos da comunidade e dos arredores, inclusive de esporte, cultura e lazer, pois é geralmente nesses espaços que adolescentes e jovens estabelecem a sua teia de relações sociais, inclusive seus contatos sexuais e afetivos, além de vivenciarem risco de exposição à maioria das violências que enfrentam⁵. Nesse sentido, a LCA&J também orienta a articulação com a rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por meio de ações e parcerias com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e o

Centro de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), além de sugerir a intercomunicação com Conselhos Tutelares.

Durante a construção da LCA&J, quando realizamos os grupos focais e as oficinas piloto, aprendemos que os trabalhadores da saúde e de outros setores que cuidam de adolescentes e jovens traziam a demanda de orientações voltadas a sua prática profissional com este grupo, incluindo, especialmente, o aprofundamento para lidar com algumas problemáticas e dispositivos voltados à comunicação. Por isso, o livro da LCA&J contém ainda dois capítulos que se destinam a apoiar trabalhadores que vão desenvolver atividades práticas com adolescentes e jovens, incluindo tanto a discussão de temas e propostas para encontros, como consultas individuais e grupos, como também recomendações de dinâmicas e recursos comunicacionais. Muitos dos temas abordados dialogam com a saúde sexual e reprodutiva, como é o caso dos tópicos sobre: direitos em saúde, identidade e pertencimento, mudanças e descobertas, sonhos e planos na adolescência, entre outros (capítulo 5 do livro da LCA&J). Dentre as sugestões de atividades, destacamos as propostas para trabalhar com adolescência, juventude, sexualidade, gênero, entre outras, disponíveis no capítulo 6. Essas atividades podem ser feitas em serviços de saúde, mas também em parceria com serviços de outros setores ou na comunidade. Podem também ser desenvolvidas por adolescentes e jovens organizados em coletivos e movimentos⁵.

Referências

1. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal;1988.
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 ago 1990; Seção 1:18551.
3. Brasil. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE. Diário Oficial da União. 6 ago 2013; Seção 1:1..
4. Ministério da Saúde (BR). O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil. Brasília (DF); 2013.
5. Nasser MA, Takiuti AD, Sala A, Pimenta AL, Billand JSJ, Ayres JRCM, Garcia SM, Oliveira A, organizadores. Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo [internet]. São Paulo: LCA&J; 2021 [acesso em 12 out 2021]. Disponível em: <https://saudeadolescentesejovens.net.br/>.
6. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF); 2009.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
8. Durex. First sex: using a condom and its impact on future sexual behaviour [internet]. Neva Iorque; 2012 [acesso em 12 out 2021]. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rc=1&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwin0si-n-XwAhXJr5UCHcJMAvsQFjABegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.dr.felix.co.uk%2Fwp-content%2Fuploads%2F2018%2F01%2FGlobal%2520face%2520of%2520sex%25202012%2520report.pdf&usq=AOvVaw26ountAdMIJqTaBmOTLrFO>.
9. Duarte HHS, Bastos GAN, Del Duca GF, Corleta HE. Utilização de métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino da Comunidade Restinga e Extremo Sul. Rev Paul Pediatr. 2011;29(4):572-576.
10. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. Pesquisa nascer no Brasil – inquérito nacional sobre parto e nascimento. Cad Saúde Pública. 2014; 30(s.1):1-231.
11. Lago TDG, Kalckmann S, Porto Alves MCG, Escuder MML, Koyama M, Barbosa RM, et al. Diferenciais da prática contraceptiva no Município de São Paulo, Brasil: resultados do inquérito populacional ouvindo mulheres. Cad Saúde Pública [internet] 2020 [acesso em 25 maio 2021]; 36(10):e00096919. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3NjthK468fMgw8PSKhy6WFR/?format=pdf&lang=pt> <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096919>.

12. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de Saúde. Assistência à Saúde. Morbidade hospitalar [internet]. [acesso em 25 maio 2021] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qi>.
13. Figueiredo R, Pupo LR, Porto Alves MCP, Escuder MM. Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas do ensino médio São Paulo: Instituto de Saúde; 2008
14. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de saúde. Epidemiológicas e de morbidade. Óbitos em idade fértil e óbitos maternos – Brasil [internet]. [acesso em 25 maio 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>.
15. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico 2020. Brasília (DF); 2021.
16. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Gerência de Vigilância Epidemiológica. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Boletim epidemiológico. 2020; 37(1).
17. Ministério da Saúde (BR). Indicadores e dados básicos da sífilis em municípios brasileiros [internet]. [acesso em 25 maio 2021]. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.
18. Ministério da Saúde (BR). Indicadores e dados básicos de hepatites em municípios brasileiros [internet]. [acesso em 25 maio 2021]. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.
19. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [internet]. [acesso em 12 ago 2021]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>.
20. Nasser MA. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de Atenção Primária à saúde no estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
21. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Atenção Básica. Sistema de saúde. Sobre qualiAB [internet]. [acesso em 13 ser 2021]. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/atenbasica/sobre.php>.
22. Brasil. Lei 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 27 ago 1990 [acesso em 12 out 2021]; Seção 1:18551. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm.
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes [internet] [acesso em 12 out 2021]. Disponível em http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf.
24. Ferreira JBB. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 731-61.
25. Lavras CCC. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec, 2011. p.317- 31.
26. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
27. Ayres JRCM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(40):67-82.
28. Organização mundial da saúde - OMS. Global standards for quality health care services for adolescents [internet]. 2018 [acesso em 12 out 2021]. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/.
29. Ayres JRCM, Carvalho YA, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface - Comunic Saúde Educ. 2012; 16(40):67-81.
30. Hirata H, Guimarães NA. Cuidado e cuidadores: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas; 2012.
31. Molinier P, Paperman P. Descompartmentar a noção de cuidado? Rev Brasil Cienc. Pol. 2015; (18):43-57.
32. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Piniheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cadernos de Saúde Pública. 2010; 26(5):961-970.
33. Souza CCBX. Até que a morte os separe: os cônjuges cuidadores, profissionais de saúde e o cuidar [dissertação] [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013 [acesso em 16 out 2018]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-04022014-110208/>.

34. Ministério da Saúde (BR). Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/Aids e das hepatites virais. Nota informativa Nº 10/2018-COVIG/CGVP/DIAHV/SVS/MS: ampliação da indicação de do uso da vacina de hepatite A para as pessoas que tenham prática sexual com contato oral-anal (com priorização de gays e homens que fazem sexo com homens). Brasília (DF); 2018.

35. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenadoria de IST/Aids. Orientações sobre a ampliação da indicação de vacina hepatite A. São Paulo; 2018.

36. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Nota técnica CCD 001/2007 - abordagem dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis. DOE; 29 set 2007.

37. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília (DF); 2008.

38. Russell ST, Pollitt AM, Li G, Grossman AH. Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*. 2018; (63):503-5.

39. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. São Paulo; 2020.

40. Ministério da Saúde (BR). Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Brasília (DF); 2016.

41. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores [internet]. Brasília; 7 ago 2009 [acesso em 12 ago 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm.

42. Ministério da Saúde (BR). Marco teórico e referencial saúde sexual e reprodutiva de jovens e adolescentes. Brasília (DF); 2007.

43. Queiroz LB, Ayres JRCM, Saito MI, Mota A. Aspectos históricos da institucionalização da atenção à saúde do adolescente no estado de São Paulo, 1970-1990. *Hist Cienc. Saúd. Mang*. 2013; 20(1):49-66.

Saúde reprodutiva e o acesso a contraceptivos no contexto da pandemia de covid-19^I

Reproductive health and access to contraceptives in the context of the covid-19 pandemic

Kamila Freire Guedes^{II}, Vitória Karen Raimundo^{III}, Sílvia Bastos^{IV}

“Sou o que quero ser, porque possuo apenas uma vida e nela só tenho uma chance de fazer o que quero. Tenho felicidade o bastante para fazê-la doce, dificuldades para fazê-la forte, tristeza para fazê-la humana e esperança suficiente para fazê-la feliz. As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas, elas sabem fazer o melhor das oportunidades que aparecem em seus caminhos”.

(Clarice Lispector)

Resumo

O artigo aborda o impacto da pandemia do Sars-Cov-2 nas ações de planejamento reprodutivo e no acesso aos métodos contraceptivos e quais as barreiras e potencialidades da Atenção Básica para dar respostas (estratégias) a esses possíveis desafios no município de Franco da Rocha, em São Paulo. Na metodologia, utilizou-se uma pesquisa qualitativa descritiva realizada com gestores e profissionais de saúde e a análise de indicadores. O estudo aponta que, embora alguns profissionais tenham declarado que o acesso ao planejamento reprodutivo e a entrega de métodos contraceptivos tenham sido mantidos, a pandemia de covid-19 afetou consideravelmente essas ações, o que resultou em aumento não só das testagens de gravidez, como em mais gestações neste município.

Palavras-chave: Saúde reprodutiva; Métodos contraceptivos; Atenção Primária; Contracepção; Covid-19; Políticas de saúde; Saúde pública.

Abstract

This article deals with sexual and reproductive health issues with an emphasis on women's health, focusing on reproductive planning and access to contraceptive methods in primary health care services in the context of the Covid-19 pandemic in the municipality of Franco da Rocha São Paulo, through a descriptive qualitative research carried out with managers and health professionals and the analysis of indicators. The study highlights that, although some professionals have stated that access to reproductive planning and the delivery of contraceptive methods has been maintained, but the Covid-19 pandemic has considerably affected these actions, resulting in an increase not only in pregnancy testing, but also in more pregnancies in this municipality.

Keywords: Reproductive health; Contraceptive methods; Primary care; Contraception; Covid-19; Health policies; Public health.

^I Baseado em pesquisa realizada para Trabalho de Conclusão de Curso, intitulada “Saúde reprodutiva e acesso a anticoncepcionais no contexto da pandemia Covid – 19 em Franco da Rocha: barreiras e respostas”, da Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2021¹.

^{II} Kamila Guedes (kamilafguedes729@gmail.com), é enfermeira e Especialista em Saúde Coletiva pelo Curso de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

^{III} Vitória Karen Raimundo (vitoriakaren96@gmail.com) é obstetrix e especialista em Saúde Coletiva pelo Curso de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

^{IV} Sílvia Bastos (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, mestre em Saúde Pública Universidade Federal do Ceará (UFCE), doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP) e pesquisadora científica do Núcleo de Investigação em Políticas e Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da SES-SP.

Introdução

O Brasil tem apresentado diminuição nas taxas de fecundidade, que em 2015 chegou a 1,7%. Ao mesmo tempo, houve aumento na prevalência do uso de métodos contraceptivos e o crescimento do número de mulheres com poucos filhos. Mesmo assim, existem determinantes sociais que mostram a desigualdade no país nesse âmbito: um percentual significativo de mulheres sofre falta de acesso a contracepção

e vivenciam a fecundidade de modo discrepante, com ocorrência de gravidezes indesejadas, abortos provocados e filhos não-planejados, tudo isso em consequência do fato de 7,7% das necessidades de planejamento reprodutivo não serem atendidas pelos serviços de saúde do país².

O acesso a métodos contraceptivos na política de saúde do país está contemplado entre os Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR) que fazem parte dos direitos humanos já declarados em convenções internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU)³, nas leis brasileiras e no Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. Assim, toda pessoa tem o direito de receber informações sobre métodos contraceptivos para fazer sua escolha de ter ou não filhos, quando e quantos filhos pretendem ter e em que fase de suas vidas³. É essencial fornecer informações científicas sobre os contraceptivos disponíveis gratuitamente pelo SUS, suas indicações e contraindicações gerais; além de atendimentos que estimulem a escolha dos métodos considerados apropriados e compatíveis para um indivíduo, respeitando sua singularidade; e, por fim, fornecer apoio às mulheres e aos homens no uso do método escolhido⁵.

A pesquisa “Nascer no Brasil”, coordenada pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz, em 2012, entrevistou 23.894 mulheres puérperas e mostrou que 30% relataram não ter planejado a gestação; 9% apresentavam insatisfação com a gravidez; e 2,3% afirmaram ter recorrido a tentativas de interromper a gestação. Assim, a pesquisa revela a relevância e a necessidade de ampliar a oferta de planejamento reprodutivo, com o propósito de colaborar para assegurar o exercício da escolha reprodutiva da mulher⁶. Enfatize-se que embora o ônus da reprodução recaia mais sobre as mulheres, as escolhas sobre a reprodução são um direito de todos os cidadãos independentemente de sexo, identidade e orientação sexual.

No ano de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou a situação de pandemia de covid-19 internacionalmente, que se espalhou em vários países. O isolamento social, o distanciamento social e a quarentena foram recomendados como estratégia, objetivando diminuir a propagação do vírus. Contudo, essa infecção atinge as pessoas de modo diferenciado, conforme diversas vulnerabilidades, com potencial de aumentar as desigualdades e iniquidades sociais⁷. Por requerer isolamento social e o confinamento de pessoas em seus domicílios, a pandemia trouxe medo, afetou economias com a paralisação e causou sobrecarga dos sistemas de saúde. Com isso, prejudicou-se a capacidade desses sistemas em cumprir suas funções sociais, isto é, oferecer saúde como um direito de todos e dever de Estado em todas as esferas de poder, de acordo com a Constituição Federal⁸ e os princípios de integralidade, universalidade e equidade do SUS⁹.

O isolamento social também acarreta problemas e dificuldades para a saúde e o acesso aos serviços, prejudicando a continuidade de atendimento às pessoas com doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, com comorbidades, às gestantes, às pessoas idosas, mulheres e crianças em condição de violência familiar e outros grupos vulneráveis que necessitam de constante cuidado com a saúde¹⁰. Isso denota a relevância de combater a pandemia e, ao mesmo tempo, garantir a atenção e a assistência de qualidade a todos aqueles que pertencem a grupos considerados vulnerabilizados, o que abrange as mulheres que precisam de acesso à contracepção, ao planejamento reprodutivo e aos métodos¹¹.

Assim, fragilidade no acesso aos métodos contraceptivos pode resultar no aumento do número de gestações durante a pandemia, o que nos leva a pensar que o isolamento, o medo e o próprio funcionamento do serviço colaboram com

a não busca das mulheres pelos métodos contraceptivos¹¹. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) estima que mais de 47 milhões de mulheres em todo o mundo tenham dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos durante a pandemia, o que pode resultar em 7 milhões de gravidezes não planejadas¹⁰.

Quanto aos direitos sexuais e reprodutivos no decorrer da pandemia, a conduta do governo brasileiro tem sido de repúdio às normas que objetivam garantir e proteger direitos e validar o compromisso do Estado com saúde pública¹, dado que o Ministério da Saúde anulou a Nota Técnica nº 16, divulgada em 2020 pela coordenação de Saúde da Mulher deste órgão, que tratava sobre o acesso a saúde sexual e reprodutiva neste momento de crise sanitária, e a mídia divulgou punições aos funcionários que haviam formulado a nota¹³. Essas ações conservadoras têm prejudicado grupos vulneráveis, como as mulheres de baixa renda, as profissionais do sexo e a população LGBTQI+, que dependem do Estado para ter acesso à contracepção.

Dessa forma, faltou estratégias para diminuir os efeitos da pandemia e do isolamento social, com a oferta de opções de métodos eficientes de longa duração, como o dispositivo intrauterino (DIU) e o implante subcutâneo, ampliação de meios para distribuição de contraceptivos, incentivo à oferta de consulta presencial para usuários que não estejam em grupo de risco, ou a divulgação da contracepção de emergência^{14,15}.

Segundo a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP), os impasses no acesso ao planejamento reprodutivo têm potencial de causar vários desdobramentos que colocam em risco mulheres de várias regiões do país¹⁶. Serviços de saúde reprodutiva e sexual podem ser atingidos devido à crise sanitária na pandemia em qualquer lugar do mundo, muito provavelmente de modo pior quando

já se encontravam enfraquecidos, e sua ação é negligenciada em vez de considerada serviço fundamental; ao mesmo tempo, o acesso à saúde pode ter problemas, desde a fabricação e escoamento até problemas de circulação de insumos e fornecimento e disseminação de mercadorias médico-hospitalares e medicamentosas, incluindo contraceptivos¹⁷.

Contexto de Franco da Rocha

A população estimada do município de Franco da Rocha (SP) para o ano de 2020 era de 152.492 habitantes¹⁸. O município dispõe de 12 unidades básicas de saúde (UBS), que realizam cuidados básicos de promoção de saúde, prevenção e assistência para a saúde das famílias. As UBS prestam cuidados como consulta médica generalista, enfermagem e odontologia, além de ofertarem triagem neonatal, exame ginecológico, educação em saúde para pré-natal, hipertensão e diabetes, coleta de exames clínicos, imunizações, cuidados domiciliares, entre outros cuidados. Também distribuem métodos contraceptivos e organizam grupos de pessoas que desejam se submeter a esterilização cirúrgica. Os serviços básicos estão conectados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a uma rede de referências para acesso a especialidades e exames de maior complexidade¹⁹.

Desde 2018, o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realiza assessoria na implementação da Linha de Cuidado de Saúde Sexual e Reprodutiva, Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério e na demais linhas de Atenção Primária à Saúde do Município de Franco da Rocha, com o objetivo de promover melhoria na assistência e atenção às mulheres em cada período de suas vidas. Em 2020, com a chegada da pandemia do coronavírus e as advertências da OMS sobre seu possível impacto na saúde reprodutiva, a equipe do Instituto de Saúde entendeu

ser relevante avaliar como os serviços de saúde estavam se organizando para assegurar os princípios e diretrizes do SUS, enfrentar desafios, garantir a atenção a saúde das mulheres e assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, em especial o planejamento reprodutivo e o acesso a métodos contraceptivos nas UBS de Franco da Rocha, observando também as necessidades e demandas das mulheres usuárias.

Metodologia

Como parte do estudo “Desafios e respostas do Sistema Único de Saúde do Município de Franco da Rocha no enfrentamento à Covid-19”¹, desenvolvido pelo Instituto de Saúde no âmbito de seu Curso de Especialização em Saúde Coletiva, foi desenvolvido um estudo qualitativo descritivo, buscando identificar o acesso a métodos contraceptivos e ao planejamento reprodutivo nas UBS de Franco da Rocha.

Para tanto, realizou-se, entre outubro e novembro de 2020, um total de 15 entrevistas com gestores e profissionais de saúde, utilizando roteiro com questões semiestruturadas, aplicadas *on-line*, com uso dos aplicativos *WhatsApp*, *Google Meets* ou *Microsoft Teams* (conforme a conveniência do entrevistado). Os critérios de inclusão de participantes foram: ser parte da equipe das unidades básicas do município; ter experiência de trabalho na gestão ou nos serviços de saúde, antes do início da pandemia. Os participantes foram convidados com leitura do “Termo Consentimento Livre e Esclarecido”, conforme recomendação e aprovação do Comitê de Ética sob número CAAE-36066920.3.0000.5469.

Para análise e interpretação do conteúdo das entrevistas foi adotada a análise temática²⁰, pós-transcrição, e, para a análise dos indicadores, foram feitas sistematizações de dados no *Microsoft Excel* para comparação dos anos de 2019 e

2020. Além dos dados qualitativos, foi realizada a análise de indicadores de Atenção Básica, disponibilizados pela Diretoria da Atenção em Saúde do Município de Franco da Rocha, referentes ao período de janeiro a agosto dos anos de 2019 e 2020.

Resultados e Discussão

Das 15 entrevistas realizadas, apenas 6 atenderam aos critérios de inclusão. Esses entrevistados tinham idade entre 34 e 49 anos e eram todas do sexo feminino: 4 enfermeiras (1 enfermeira obstetra e sanitária que atua há quatro anos como diretora de Atenção Básica, 2 enfermeiras que atuam na Atenção Básica, 1 enfermeira que atua como apoiadora da Atenção Básica); 1 agente comunitária de saúde (ACS), com ensino superior incompleto; e uma 1 médica.

- Organização dos serviços em meio à covid-19:

A percepção dos gestores sobre como os serviços se organizaram para o acesso a direitos sexuais e reprodutivos durante a pandemia de covid-19, aponta continuidade da prestação de serviços de saúde:

“Nós não interrompemos em nenhum momento os atendimentos das unidades...”
(Gestora 1).

“Aqui, nunca deixou de ter médicos, sempre teve médico; aí depois veio mais um médico para cobrir um terceiro turno, então essa dificuldade nós sentimos...”
(ACS 3).

Para evitar aglomerações e devido à pandemia do novo coronavírus, a estratégia adotada foi a diminuição de atendimentos em geral, mas a

gestora da Atenção Básica informa que os grupos considerados prioritários não foram excluídos. Os serviços de saúde se organizaram no início da pandemia e readequaram as atividades presenciais, visando evitar superlotação das unidades e reduzir os riscos de exposição ao vírus e a disseminação da infecção entre usuários e profissionais de saúde.

Assim, os serviços de saúde aumentaram o intervalo de tempo entre consultas e, conseqüentemente, reduziram o número de consultas e de reuniões entre as equipes. Para compensar, a gestão do município resolveu ampliar o horário de funcionamento do serviço, o que garantiu um atendimento individual aos grupos prioritários.

Uma outra estratégia adotada pelas UBS foi a utilização dos contatos do cadastro das famílias para fazer contato telefônico, para alcançar os usuários no momento de pandemia e manter o monitoramento de usuários e o vínculo. Foi uma tentativa do município de implementar discretamente uma modalidade de teleconsulta, mas houve resistência.

- Continuidade do atendimento e da oferta de métodos contraceptivos:

“Continuamos, lógico que sem aglomeração, mas continuamos trabalhando, os horários estão mais espaçados mas é para vir! Então, assim, foi mais tranquilo do que eu imaginei que poderia ser” (ACS 3).

“E faz tempo que não tem falta, graças a Deus, e também o que nós fizemos aqui durante a pandemia é que antes nós tínhamos grupos de planejamento familiar – agora a gente não tem mais o grupo” (Enfermeira 2).

- Acesso a contraceptivos:

Com o retorno das consultas, mesmo diante do prolongamento da pandemia e da demora para chegada de vacinas, os serviços enfrentaram o desafio de manter sua resiliência e tiveram que reorganizar os atendimentos de forma individual para evitar aglomeração; para isso, as deficiências de área física e espaços tiveram que ser enfrentadas, com a consciência de como a pandemia afetou os serviços de saúde e as mulheres. O desafio foi garantir o acesso à contracepção.

Necessidades das mulheres usuárias e suas demandas:

“...esse tipo de programa, de planejamento familiar a unidade continuou em atendimento, e aí a população acabou pensando só no covid-19 com medo de vir a unidade” (Médica 10).

Os profissionais foram cautelosos ao adotar medidas de prevenção e equipamentos de proteção individual como barreira contra o coronavírus. Porém, o esforço não foi suficiente e o planejamento reprodutivo em grupo teve que ser interrompido e foram priorizados apenas o atendimento individual e o atendimento por demanda espontânea.

“... a paciente vem e acontece: “ah eu precisava tomar um anticoncepcional e aí a gente já encaixa ela num dia, numa consulta, aí o médico já prescreve o anticoncepcional dela, a gente orienta, já vi que ela sai com essa receitinha; mas a procura maior é pelo uso do anticoncepcional” (Enfermeira 2)

Segundo os relatos não houve falta de métodos contraceptivos, porém, referiram que muitas mulheres tentaram evitar gravidez por

medo de necessitar ir a serviços hospitalares diante da insegurança provocada pela pandemia. Tinham receio também de frequentar as UBS, por medo de se infectarem pelo coronavírus e outras tinham dúvidas sobre se os serviços estariam em funcionamento, conforme apontou Kumar¹⁷.

Com relação ao DIU, a suspensão dos grupos causou prejuízo na divulgação do método, embora sua colocação tenha continuado a ser agendada:

“Olha, neste momento, devido à pandemia, está sendo muito trabalho da ACS. Muito! Nós divulgamos. Antes da pandemia nós ainda tínhamos reuniões aqui, a gente conseguia fazer grupo, depois, infelizmente, acabou-se os grupos” (ACS 3).

“O acesso é bem tranquilo aqui no município, elas procuram, as ACS orientam, elas procuram o serviço, e assim, a gente não tem problema, tem todos, tem DIU, tem o preservativo, tem o anticoncepcional, (...) de fácil acesso, inclusive a pílula do dia seguinte também” (Enfermeira 4)

“...na hora do parto nas maternidades, que eles também estão fazendo esse programa, da inserção do DIU, então a gente sempre oferece para elas: o DIU, oferece tanto o anticoncepcional oral quanto o injetável, que nós temos aqui” (Enfermeira 2).

Uma estratégia pensada pela equipe de saúde foi o empenho das visitas domiciliares, uma vez que os agentes comunitários de saúde (ACS) têm vínculo com os usuários de seu território; assim, nas visitas, levavam orientações e traziam a demanda e as necessidades das usuárias. Nesse sentido, a atuação deles se mostrou de grande importância no contexto de pandemia,

pois acessaram as mulheres que evitavam o serviço de saúde, inclusive para uso e continuidade de contraceptivos.

“Bom, sobre os métodos contraceptivos, sempre temos atenção, como eu disse, com as visitas periódicas a gente consegue trazer o paciente para cá, né? E aqui, nossos médicos conseguem ver a melhor opção para ele” (ACS 3).

Um ponto também afetado foi a dificuldade das usuárias de adquirir métodos modernos nas farmácias com seus próprios recursos, por causa da redução de renda. Por isso, alguns estudos fazem estimativas de que após a pandemia de covid-19 o percentual de mulheres com necessidade e demanda não atendidas de planejamento reprodutivo pode ter um retrocesso com relação às conquistas já asseguradas do acesso universal ao direito à saúde sexual e reprodutiva nos anos passados²¹.

- Acesso reduzido à esterilização cirúrgica:

Sobre a oferta de cirurgias de esterilização, a percepção dos profissionais é:

“O acesso aos métodos eles permaneceram, exceto os definitivos, porque estavam suspensos pela referência (...) as laqueaduras foram suspensas, a gente teve uma redução grande de RH por conta de afastamento, então a gente conseguiu garantir basicamente os pré-natais e as situações de mais risco e maior vulnerabilidade” (Gestora 1).

“Como a gente fala, teve a redução, mas por ter um horário estendido, aí eles conseguem fazer esse atendimento bom, em

tempo hábil, e aí a gente encaminha para a fila de espera da cirurgia – então essa parte também está boa, então mesmo mediante à pandemia, a gente só extinguiu os grupos, mas o atendimento individual continua” (Enfermeira 2).

Assim, verificou-se que, no início da pandemia, não foi possível garantir procedimentos cirúrgicos para o planejamento reprodutivo, que foram suspensos, inclusive devido à não realização de grupos e à diminuição significativa de funcionários afastados por infecção ou por risco de contrair a infecção; foi possível assegurar os serviços de pré-natal por demandar recursos internos e não depender tanto de serviços de referência hospitalar. Assim, as esterilizações cirúrgicas, no primeiro momento, demandaram mais espera e causaram sofrimento na espera pelo acesso ao procedimento. Isso confirma as observações de Vieira²² sobre o fato de gestores, médicos e outros profissionais que trabalham com planejamento em saúde não saberem quais serviços de saúde reprodutivas seriam

essenciais; para a autora, estes deveriam ser: pré-natal, contracepção e aborto legal; essenciais em impacto sobre a mortalidade materna¹⁶. Essa opinião é similar à do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), ao analisar e apoiar as recomendações da Nota Técnica nº 16/2020 do Ministério da Saúde, que apontou que a atenção a contracepção, pré-natal, parto e puerpério e aborto em casos previstos por lei como uma estratégia que salva vidas das mulheres e previne mortes por causas evitáveis²³, posição também pautada na análise da suspensão destes serviços em epidemias passadas, que resultou no aumento de gravidez indesejadas, aborto inseguro e morte materna.

Sobre os fluxos e encaminhamento para fila de espera da cirurgia de laqueadura, registrou-se a continuidade desses procedimentos, atendendo à expectativa do Ministério da Saúde de zelar a fila de espera de usuários que aguardavam por procedimentos sem caráter de urgência e de média complexidade. As filas diminuíram para 53 tipos de procedimentos, incluindo a vasectomia e a laqueadura²⁴.

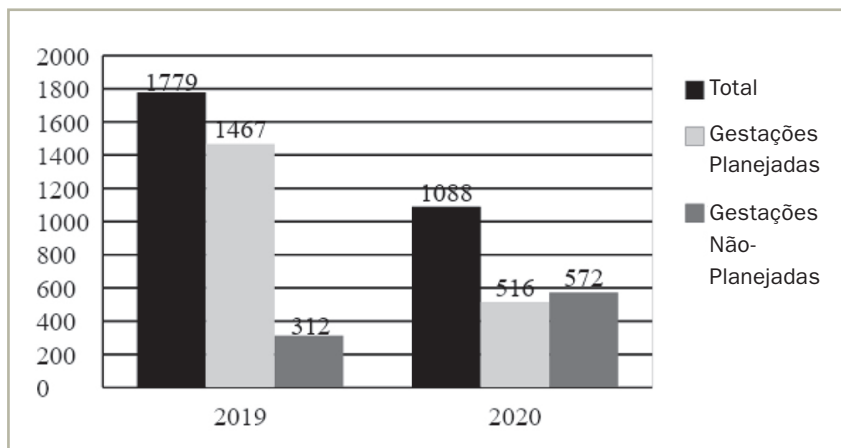
Quadro 1 - Síntese de desafios e estratégias de superação de barreiras de acesso a planejamento reprodutivo consequentes da pandemia de covid-19. Franco da Rocha, 2021

Nível de organização	Desafios	Respostas	Recursos Mobilizados
Serviços de Atenção Básica	Viabilizar a contracepção no isolamento no período da pandemia	Acesso aos métodos contraceptivos, educação sexual e reprodutiva	Recursos tecnológicos como telemedicina, tablets e atendimento via telefone
	Garantir o acesso ao protocolo de esterilização cirúrgica	Orientação e acolhimento	Atendimento individual, embora fragilizado pela suspensão dos procedimentos cirúrgicos.
	Prevenção de gravidez não desejada e/ou não planejada	Realização do planejamento reprodutivo e de acessos a contracepção	Orientação individual, porta a porta e telefônica
	Capacitação dos profissionais	Educação permanente	Necessidade identificada
	Número alto de e gravidez na adolescência	Continuar assessoria com IS para atender adolescentes	Necessidade identificada

Os indicadores de saúde do município analisados apontam que o município de Franco da Rocha teve 1.779 gestantes cadastradas no SIS-Pré-Natal de janeiro a agosto 2019; dessas gestações, 82,46% foram planejadas, enquanto das 1.604 gestações observadas de janeiro a agosto

de 2020, apenas 47,42% o foram, ou seja, houve um aumento significativo da proporção de gestações não planejadas (Gráfico 1), fato que pode estar relacionado às medidas de isolamento social da pandemia da covid-19, que afetaram o acesso aos contraceptivos, tal como alertou a UNFPA

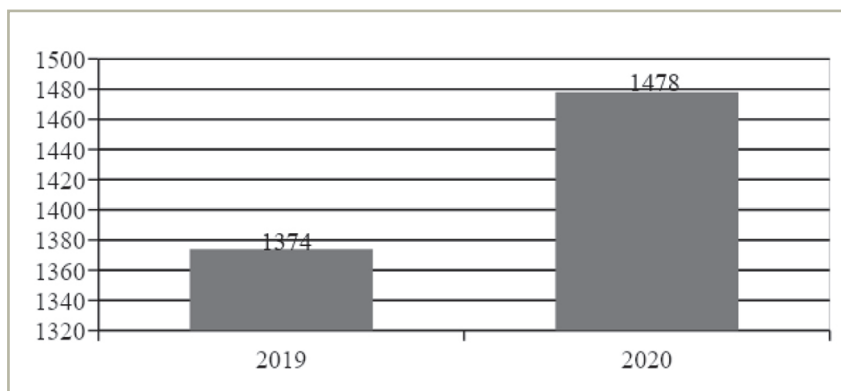
Gráfico 1 - Gestações cadastradas no SIS-Pré-Natal por ano. Franco da Rocha.



Fonte: Diretoria da Atenção em Saúde do Município de Franco da Rocha, 2020.

Com relação aos testes de gravidez, comparando os anos de 2020 e 2019, podemos observar que também houve aumento quantitativo, confirmando as falas de profissionais de saúde sobre este aumento de procura (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Quantidade de Testes de Gravidez por ano. Franco da Rocha.



Fonte: Diretoria da Atenção em Saúde do Município de Franco da Rocha, 2020.

Considerações finais

O estudo identificou que a pandemia de covid-19 afetou os serviços de saúde da Atenção Básica de Saúde do município estudado, o que dificultou o acesso ao planejamento reprodutivo e aos métodos contraceptivos, além de ter provocado interrupção de atividades como grupo de planejamento reprodutivo. No início, o município enfrentou várias barreiras como o medo das usuárias de buscar os serviços básicos de saúde para garantia do acesso à contracepção, o que gerou preocupação por parte da equipe de saúde, que precisou reorganizar suas atividades e usar possíveis estratégias – como o profissional de saúde ACS que entrou em contato com as usuárias informando sobre o funcionamento do serviço e facilitando orientações.

Com a suspensão de cirurgias eletivas, incluindo as cirurgias de esterilização humana, alguns dos desafios principais foram viabilizar a contracepção no isolamento do período da pandemia; garantir acesso ao protocolo de esterilização cirúrgica; promover a prevenção de gravidez não desejada ou planejada; e capacitar os profissionais de saúde, como em atividades de dinâmica.

Recomenda-se que outros estudos sejam realizados tratando do acesso à contracepção e ao planejamento reprodutivo para preparar o sistema de saúde para cenários pós-pandemia e mesmo para enfrentar situações não previstas de modo a preservar sua resiliência para cumprir os princípios do SUS mesmo em cenários adversos e de restrição.

Nesse sentido, os serviços de saúde necessitaram adotar medidas para que não ocorra a descontinuidade dos serviços de planejamento reprodutivo e do acesso aos métodos contraceptivos, pois a interrupção de tais serviços pode repercutir de forma negativa na saúde das mulheres. As mulheres que procuram por contracepção no serviço público de saúde precisam de garantia do acesso a profissional qualificado e aos métodos

anticoncepcionais, já que os impasses no acesso são graves e podem colocar em risco mulheres de vários pontos do Brasil.

Referências

1. Guedes KF. Saúde reprodutiva e acesso a anticoncepcionais no contexto da pandemia Covid – 19 em Franco da Rocha: barreiras e respostas. São Paulo: Instituto de Saúde, 2021. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
2. Carvalho AA. DemandaporconcepçãonoBrasil em 2006: contribuição para a implementação das preferências de fecundidade. *Cienc. Saud. Colet.* 2019; 24(10): 3879-3888. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.27252017>
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais [internet]. Brasília; 2009 [acesso em 20 set 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf
4. Brasil. Lei no 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [internet]. 20 ago 1997 [acesso em 20 set 2021]; Seção 1:17989 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm
5. Osis MJD, Duarte GA, Crespo ER, Espejo X, Pádua KS. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. *Cad Saude Publica* [internet]. 2004 [acesso em 23 set 2021]; 20(6):1586-1594. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v20n6/16.pdf.
6. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Nascer no Brasil – inquérito nacional sobre parto e nascimento [internet]. Rio de Janeiro; 2012 [acesso em 20 set 2021]. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil.
7. World Health Organization - WHO. Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts [internet]. [acesso em 29 jan 2020] Disponível em: <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>.
8. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal;1988.

9. Brasil. Lei n.8142, 25 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre a transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União; 31 de dezembro de 1990.
10. World Health Organization - WHO. Statement on the second meeting of the international health regulations (2005) emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [internet]. Genebra; 2020 [acesso em 20 set 2021]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
11. Organização Panamericana de Saúde - OPAS. Folha informativa – Covid-19. OPAS/OMS [internet]. 2020 [acesso em 20 set 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
12. Coutinho RZ, Lima LCD, Leocádio VA, Bernardes T. Considerações sobre a pandemia de Covid-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. Rev Brasileira de Estudos de População. 2020; 37:e0130. <https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0130>
13. Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO. Nota Técnica – Aprimoramento dos critérios de prioridade para a vacinação contra a Covid-19 [internet]. [acesso em 20 set 2021] Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-tecnica-aprimoramento-dos-criterios-de-prioridade-para-a-vacinacao-contra-a-covid-19/61153/>.
14. American Society for Emergency Contraception. Emergency contraception in the Covid-19 era: advance access is more important than ever [internet]. [acesso em 23 maio 2020]. Disponível em: <https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2020/05/ASEC-EC-in-the-COVID-19-Era.pdf>.
15. COVIDA. Saúde e direitos reprodutivos no cenário da Covid-19 [internet]. Salvador: UFBA, Fiocruz; 2020 [acesso em 20 set 2020]. Disponível em: https://covid19br.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/06/Relat%C3%B3rio_Sa%C3%BAde-e-Direitos-Reprodutivos.pdf
16. Sociedade de Ginecologia e Obstetria - SOGESP. SOGESP Alerta: falta de acesso à contracepção e pré-natal coloca mulheres em risco [internet]. Coronavírus. 2020 [acesso em 23 set 2021]. Disponível em: <https://www.sogesp.com.br/noticias/sogesp-alerta-falta-de-acesso-%C3%A0-contracepcao-e-pre-natal-coloca-mulheres-em-risco/>.
17. Kumar, N. COVID 19 era: a beginning of upsurge in unwanted pregnancies, unmet need for contraception and other women related issues. The Europ. Journ. Contr.Reprod. Health Car. 2020; 25(4):323-325.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estimativa da população [internet]. [acesso em 20 set 2021] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>.
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Diário Oficial da União. 21 set. 2017 [acesso em, 16 nov 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
20. Minayo M C S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
21. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Linha de cuidado gestante e puérpera: manual técnico do pré-natal, parto e puerpério [internet]. São Paulo; 2018 [acesso em 20 nov 2020]. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2018/ses-37505/ses-37505-6953.pdf>.
22. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, da Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saude. Public [internet]. 2014 [acesso em 20 nov 2020]; 30(1):S85–100. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDPr4FL5qYQCpPKSVQpC/?format=pdf&lang=pt> Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.
23. Associação Brasileira de Saúde Coletiva - BRASCO. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES. Nota em defesa das ações de saúde sexual e reprodutiva no contexto da pandemia da Covid-19 [internet]. Rio de Janeiro; 2020 [acesso em 20 nov 2020]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/06/NOTA-EM-DEFESA-DAS-A%C3%87%C3%95ES-DE-SA%C3%9ADE-SEXUAL-EREPRODUTIVA-NO-CONTEXTO-DA-PANDEMIA-DA-COVID-19-1.pdf>.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Boletim Epidemiológico [internet] 2020 [acesso em 20 set 2021]; (02). Disponível em: <https://portal-arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/07/BE-COE-Coronavirus-n020702.pdf>.

Perfil das usuárias de DIU no município de São Paulo

IUD users' profile among women living in the city of São Paulo

Luana Pavoni Fernandes¹, Suzana Kalckmann^{II}, Tania Lago^{III}

Resumo

Os dispositivos intrauterinos (DIU) são métodos contraceptivos de alta eficácia, bom custo-benefício, com longo período de uso e nenhum efeito colateral sistêmico. No entanto, sua taxa de utilização ainda é baixa no Brasil. Com o objetivo de saber a prevalência de uso contraceptivo na maior cidade do Brasil, São Paulo, foi realizado o inquérito populacional “Ouvindo Mulheres: Contracepção no Município de São Paulo” com uma amostra probabilística de 4.000 mulheres com idade de 15 a 44 anos, residentes nessa cidade em 2015. Neste artigo, apresenta-se a prevalência de uso de DIU e as características de suas usuárias. Verificou-se que 2,4% das mulheres sexualmente ativas e não grávidas estavam em uso do DIU. Na análise multivariada, revelaram-se associados ao uso do DIU o fato de não ter filhos e a religião. Observou-se que a chance de uma mulher que tem filhos usar o DIU é 8 vezes maior do que a das nulíparas. As espíritas e evangélicas de missão tendem a usar 4 vezes mais o DIU quando comparadas às mulheres sem religião. São necessários esforços para que um número maior de mulheres tenha acesso a informações corretas sobre este método e ao insumo.

Palavras-chave: Mulher; Saúde sexual e reprodutiva; Planejamento familiar e reprodutivo; Contracepção; Dispositivo intrauterino (DIU).

Abstract

Intrauterine devices (IUD) are considered a highly effective contraceptive method, safe and also cost-effective due to its long-acting period. However, its prevalence rate remains low in Brazil. A contraceptive-use population survey was undertaken in São Paulo, Brazil based upon a probabilistic sample of 4.000 women aged 15 to 44 years living in the city. The present article presents the IUD use-prevalence rate and its user's characteristics. It was identified that 2.4% of all non-pregnant sexually active women were using an IUD. Among factors associated to its use, only two remained at multivariate analysis: not having children and religion. Women who had children were 8 times more likely to use IUD than nulliparous women. IUD use-prevalence was 4 times higher among women who identified themselves as either Protestants or Spiritualists than those without religion. Efforts are needed to make women better informed on the method as well as to make IUDs effectively accessible to them.

Keywords: Woman; Sexual and reproductive health; Family and reproductive planning; Contraception; Intrauterine devices (IUD).

Introdução

Os dispositivos intrauterinos (DIU) são métodos contraceptivos de alta eficácia, bom custo benefício, longo período de uso e

nenhum efeito colateral sistêmico. No entanto, sua taxa de utilização ainda é baixa no Brasil: segundo a “Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde” de 2006, apenas 1,5% das mulheres em idade fértil usavam DIU¹. Em alguns países, essa proporção é consideravelmente maior: na República Tcheca, 15% das mulheres casadas em idade reprodutiva usam o DIU; na Eslováquia, 11%; e na China cerca de 2/3 da população usam o DIU².

Com o intuito de atualizar os dados sobre a prevalência da anticoncepção, os tipos de métodos contraceptivos em uso e o papel do Sistema Único de Saúde (SUS), como fonte de obtenção desses recursos na cidade de São Paulo,

¹ Luana Pavoni Fernandes (luana_pavoni@hotmail.com) é médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), onde integra o Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica.

^{II} Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.gov.br) é bióloga pela Universidade de São Paulo, mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), doutora em Ciências, área de concentração Infectologia em Saúde Pública pelo Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pesquisadora científica e docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

^{III} Tania Di Giacomo do Lago (tania.lago@isaude.sp.gov.br) é médica pela (FCMSCSP), mestre em População pela University of Exeter, doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

foi realizado o estudo “Práticas Contraceptivas na Cidade de São Paulo: prevalência, necessidades não atendidas e atuação do SUS” (divulgado com a denominação “Ouvindo mulheres: anticoncepção em São Paulo”). Este estudo realizou um inquérito de base populacional, durante o ano de 2015, sobre a anticoncepção, com representatividade para cada uma das cinco regiões de saúde definidas pela Prefeitura Municipal de São Paulo.

O objetivo do presente artigo é apresentar a prevalência de uso e as características das mulheres residentes no município de São Paulo que utilizam o DIU como método anticonceptivo.

Metodologia

Foi realizado um inquérito domiciliar de base populacional, “Ouvindo Mulheres: Contracepção no Município de São Paulo”, com uma amostra probabilística de 4 mil mulheres de 15 a 44 anos de idade, residentes na cidade, em 2015. As unidades amostrais foram selecionadas em dois estágios: no primeiro, foram sorteados os setores censitários e no segundo, domicílios particulares permanentes³.

Todas as mulheres da faixa etária, residentes nos domicílios selecionados, foram convidadas a participar do estudo (elegíveis). A amostra foi estratificada segundo as 5 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do município (Oeste; Norte; Leste; Sudeste; Sul) e foram sorteados 30 setores em cada uma.

Responderam ao estudo 75% dos domicílios ocupados e 77% das mulheres elegíveis, que totalizaram 3.895 mulheres distribuídas em 3.081 domicílios.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas “face a face” por entrevistadoras (mulheres), após as participantes receberem os esclarecimentos sobre o estudo, concordarem e assinarem o “Termo de Consentimento”. Para as menores de 18 anos obteve-se o Termo de

Assentimento dos responsáveis⁵. As informações foram registradas em *tablets*, com aplicativo desenvolvido para o estudo, e transferidas para o banco de dados via Internet.

Para atender aos objetivos do presente estudo, foram selecionadas no banco de dados informações relativas às 3.268 mulheres que atendiam aos seguintes critérios: ter tido pelo menos uma relação heterossexual na vida e não estar grávida no momento da entrevista. Dessas mulheres, sete foram excluídas por apresentarem informações prejudicadas nas principais variáveis de interesse.

Para identificar os principais fatores associados ao não uso de contracepção, foram excluídas da análise as mulheres que estavam grávidas. As variáveis consideradas foram: (1) características sociodemográficas: idade, cor autodeclarada, grau completo de escolaridade, religião atual, ter plano de saúde e classe familiar de consumo segundo o Critério Brasil 2013; (2) parceria e vida sexual – idade na primeira relação sexual, ocorrência de atividade heterossexual nos últimos 12 meses, número de parceiros sexuais na vida, existência de parceiro atual; (3) experiência reprodutiva – número de filhos nascidos vivos. As variáveis cuja associação foi significativa ao nível de 10% na análise bivariada foram submetidas a regressão logística múltipla, Método *Forward*.

Os dados foram ponderados pelo peso do delineamento, visando compensar as probabilidades distintas de seleção utilizadas nas coordenadorias. Esses pesos iniciais sofreram ajustes pelas taxas de resposta, uma vez que a ausência de resposta também não foi uniforme e esteve associada ao nível socioeconômico do setor censitário, indicado pela renda média dos moradores pelo Censo 2010. Outro ajuste foi introduzido por pós-estratificação, visando igualar a distribuição por faixa etária da amostra à observada na população, considerando estimativas para 2015 da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE).

As análises estatísticas foram feitas considerando o planejamento amostral complexo: sorteio de conglomerado (setores censitários), estratificação e ponderação (pesos de delineamento, de não resposta e de pós-estratificação por idade). O programa estatístico utilizado foi o SPSS - versão 25.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Heliópolis, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (CAAE 35805514.7.0000.5449).

Resultados

Do total das mulheres sexualmente ativas entrevistadas, 2,4% (80) eram usuárias de DIU.

Considerando as mulheres que tiveram relação sexual no último ano, viu-se que: 27,9% adotavam a pílula, 19,0% o preservativo masculino, 10,4% os injetáveis, 8,9% a pílula associada ao preservativo, 7,5% estavam laqueadas, 6,2% tinham os parceiros vasectomizados e 2,8% usavam coito interrompido ou tabelinha³.

Tabela 1 - Características das usuárias de DIU segundo variáveis selecionadas.

Variável	Usuárias de DIU		Não usuárias de DIU		Total	P
	n	%	n	%	n	%
Idade						
15-19 anos	0		291	8,3	291	0,000
20-29 anos	18	19,4	1072	33,5	1090	
30-44 anos	62	80,6	1825	58,2	1887	
Total	80	100	3188	3268	3268	
Classe de consumo (PNAD 2013)						
ABC	78	97,6	2931	92,5	3009	0,082
DE	2	2,4	255	7,5	257	
Total	80	100	3186	100	3266	
COR						
Preta	11	11,2	389	11,8	400	0,266
Parda	37	47,2	1388	42,4	1425	
Branca	31	40,9	1258	41,4	1289	
Outra	1	0,7	140	4,4	141	
Total	80	100	3175	100	3255	

Variável	Usuárias de DIU		Não usuárias de DIU		Total	P
	n	%	n	%	n	%
Religião						
Católica	23	27,9	1244	39,2	1267	0,000
Evangélica de missão	11	14,8	144	4,6	155	
Pentecostais	18	20,4	989	29,9	1007	
Espíritas	14	19,6	189	6,5	203	
Sem religião	8	11	459	14,9	467	
Outras	6	6,4	150	4,9	156	
Total	80	100	3175	100	3255	
Escolaridade						
Fund. Incompleto	6	6,4	382	11,1	388	0,344
Fund. Completo	17	20,3	686	20,2	703	
Médio completo	31	39,8	1378	43,6	1409	
Superior completo ou mais	23	33,5	698	25,2	721	
Total*	77	100	3144	100	3221	
Tem plano de saúde						
Sim	39	53,6	1268	42,7	1307	0,072
Não	41	46,4	1916	57,3	1957	
Total*	80	100	3184	100	3264	

* Estão excluídas as mulheres com informação prejudicada na variável em questão.

Quanto à associação entre o uso do DIU e a características socioeconômicas das mulheres (Tabela 1), verificou-se que a idade e a religião das mulheres foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Não havia nenhuma mulher usuária de DIU menor de 19 anos e o uso do método aumentava proporcionalmente à idade

das entrevistadas. A religião foi um fator importante associado ao uso do DIU: ser espírita ou evangélica (de missão) associou-se ao uso do DIU como método contraceptivo.

Quanto às características da história reprodutiva e sexual das mulheres (Tabela 2), observou-se que o número de filhos nascidos vivos e a

situação conjugal com o parceiro associaram-se positivamente ao uso do DIU. A análise evidenciou que quanto mais gestações ou filhos uma mulher tiver, maior é a chance de ela optar pelo uso do DIU: apenas 4 das mulheres que usavam DIU no momento da pesquisa não tinham filhos nascidos vivos, correspondendo a 5% das usuárias de DIU entrevistadas. O status conjugal da mulher também se mostrou significativo para o uso de DIU, pois observou-se que esse uso foi

maior pelas mulheres que moram junto com o parceiro (2,8%) do que pelas que não têm parceiro fixo ou não moram com ele (1,6%).

Por outro lado, o grau de escolaridade, classe de consumo, cor, região de residência e ter ou não plano de saúde não se associaram estatisticamente à escolha do método. Tampouco associaram-se ao uso do DIU, ter feito sexo com homem no último ano, ter sofrido aborto, idade na primeira relação sexual e número de parceiros na vida.

Tabela 2 - Distribuição das usuárias de DIU segundo variáveis da história reprodutiva e da fonte de obtenção do método.

Variável	Usuárias de DIU		Não usuárias de DIU		Total	P
	n	%	n	%	n	%
Nº de gestações						
0	4	6,2	1011	32,8	1015	0,000
1	16	22,9	798	25	814	
2 ou mais	60	70,9	1375	42,1	1435	
Total*	80	100	3184	100	3264	
Sexo com homem no último ano						
Sim	76	95,3	2814	88,5	2890	0,063
Não	4	4,7	370	11,5	374	
Total*	80	100	3184	100	3264	
Filho nascido vivo						
Sim	75	93,6	2074	64,2	2149	0,000
Não	4	6,4	1110	35,8	1114	
Total*	79	100	3184	100	3263	

Variável	Usuárias de DIU		Não usuárias de DIU		Total	P
	n	%	n	%	n	%
Idade na 1ª relação sexual						
Até 17	50	62,7	1892	58,4	1942	0,463
18 ou mais	30	37,3	1274	41,6	1304	
Total*	80	100	3166	100	3246	
Nº de parceiros na vida						
1-2	27	37,4	1488	46,8	1515	0,485
3-5	33	41,4	1084	34,4	1117	
6-10	12	13,6	404	13,3	416	
Mais de 10	6	7,6	162	5,5	168	
Total*	78	100	3138	100	3216	
Parceria						
Não mora junto	27	30,4	1394	43,6	1422	0,012
Mora junto	53	69,6	1790	56,4	1843	
Total*	80	100	3185	100	3265	

* Estão excluídas as mulheres com informação prejudicada na variável em questão.

Após análise multivariada (Tabela 3), permaneceram associados ao uso do DIU apenas o fato de ter ou não filhos e a religião. A chance de uma mulher que tem filhos usar o DIU é 8 vezes maior do que a das nulíparas. E comparadas às mulheres sem religião, as espíritas e evangélicas de missão tendem a usar 4 vezes mais o DIU.

Tabela 3 - Fatores associados ao uso do DIU segundo análise bivariada (OR bruta) e multivariada (OR ajustada).

Variáveis	OR Bruta	IC 95%	OR ajustada	IC 95%
Idade				
15-29 anos	1		1	
30-44 anos	2,985	(1,743-5,110)	1,464	(0,804-2,666)
Parceria				
Mora junto	1,768	(1,131-2,764)	1,046	(0,634-1,724)
Não mora junto	1	—————	1	—————
Religião				
Nenhuma	1	—————	1	—————
Espírita + Evangélica de missão	4,195	(1,737-10,134)	4,385	(1,711-11,234)
Católica	0,966	(0,404-2,307)	0,861	(0,334-2,220)
Pentecostais	0,923	(0,395-2,156)	0,774	(0,314-1,907)
Outras	1,774	(0,586-5,373)	1,971	(0,639-6,085)
Filho nascido vivo				
Sim	8,21	(2,895-23,290)	8,338	(2,529-27,392)
Não	1	—————	1	—————

Discussão

Os métodos contraceptivos reversíveis de longo prazo têm se consolidado como uma alternativa aos métodos invasivos e definitivos, a despeito da tendência global à esterilização feminina¹, de modo que o DIU é o método reversível mais utilizado pelas mulheres no mundo². No presente estudo, observou-se a tendência ao aumento do uso do DIU e do sistema intrauterino (SIU) conforme a paridade e a situação conjugal, na medida em que as que moram junto e as que

já têm prole estabelecida optam mais por esse método, em consonância com dados encontrados na literatura.

A prevalência do uso de DIU ainda é baixa, 2,3%, e essa rejeição deve ser explicada por vários motivos. Carvalho e Schor⁶ afirmam que os motivos de rejeição ao DIU são a percepção dele como um corpo estranho, a possibilidade de gerar um feto que possa sofrer com esse corpo estranho, o receio de efeitos adversos (como hemorragia), a necessidade de acesso a serviços

de saúde para o acompanhamento e a interrupção do método e as crenças de que seja abortivo e que cause câncer de útero, mesmo sem evidências científicas que justifiquem esses argumentos. Ademais, os profissionais de saúde ainda têm baixo conhecimento, treino limitado e comportamentos negativos acerca do DIU; uma das razões para que relutem em prescrever o DIU é a crença em efeitos adversos sérios, como doença inflamatória pélvica (DIP), gravidez ectópica, infertilidade e perfuração uterina⁷. Os mitos acerca do DIU também se relacionam ao grau de desenvolvimento do país, portanto, a prevalência do uso é menor em países em desenvolvimento².

A análise multivariada mostrou que a idade da mulher e o fato de ela morar com o parceiro relacionavam-se a ter tido filhos nascidos vivos; portanto, esses fatores deixaram de se associar ao uso do DIU, e essa associação passou a ser estabelecida com o número de filhos. Esse dado pode estar relacionado à ampliação da oferta de DIU em maternidades e hospitais do SUS, em pós-partos e pós-abortamento, conforme a Portaria no 3.265, de 1º de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde⁸. A essa portaria, somam-se a rejeição ao método pelas mulheres e a baixa qualificação médica, que dificultariam o acesso ao DIU em redes de atenção básica, dentre outros empecilhos enfrentados pelas mulheres nesses serviços.

Um estudo brasileiro, no sudeste de Minas Gerais, que se propunha a analisar as barreiras organizacionais para a obtenção do DIU nos serviços de atenção primária à saúde, afirmou que 53,7% dos municípios analisados não forneciam o dispositivo na Atenção Básica de saúde⁹. Na amostra total de municípios analisados, 97% das inserções eram feitas apenas por ginecologistas e apenas 3%, por médicos generalistas; 71,6% exigiam exames complementares para inserção; e 25,4% exigiam que a mulher participasse previamente de grupos educacionais sobre saúde

reprodutiva, fatores que aumentavam o tempo de espera para o procedimento em semanas. 44,5% dos serviços exigiam que a mulher fosse maior que 18 anos.

A análise bivariada sugere a importância da idade no uso do contraceptivo, a despeito de essa associação perder força na análise multivariada. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o uso de DIU e de SIU em jovens e nulíparas, no entanto, essa informação ainda não está sedimentada no conhecimento leigo e na prática médica. Em uma pesquisa nacional sobre conhecimento e prática médica nos Estados Unidos, 30% dos médicos de família consideraria prescrever o método para adolescentes e 43%, para uma nulípara. Entre os ginecologistas, esse número aumenta para 53% e 71%, respectivamente. No entanto, em países subdesenvolvidos, esses números sofrem uma queda importante. Estudos observam que a propensão dos profissionais a prescrever o DIU aumenta conforme idade e paridade. E também parecem mais propensos a prescrever o DIU de levonorgestrel (LNG-DIU) em detrimento do DIU de cobre (DIU-Tcu)¹⁰. Outro estudo de corte transversal em Pernambuco comparou dois grupos de usuárias de DIU: nuligestas e mulheres que já tinham tido filhos. A idade de inserção no grupo de nuligestas foi um ano e meio precoce às não nuligestas, e aquelas tinham dois anos a mais de escolaridade do que as não nuligestas. Essa informação é consoante com os nossos achados, na medida em que reforça a ideia de que idade e paridade estão fortemente associadas entre si e explica, em parte, porque a idade perde significância na análise multivariada. Naquele mesmo estudo, cerca de 70% das mulheres de ambos os grupos não sabiam que era possível a inserção do DIU em nulíparas e a maior parte das mulheres que tinham essa informação previamente, obtiveram-na através de pesquisas próprias¹¹.

A associação da religião com a escolha de métodos contraceptivos tem-se destacado em estudos populacionais e necessita de maior aprofundamento. Em nosso estudo, as mulheres espíritas e evangélicas de missão mostraram-se mais propensas ao uso do DIU. Em um estudo qualitativo brasileiro, foram entrevistados jovens de diferentes religiões, bem como seus líderes, acerca da sexualidade dos jovens. Os pentecostais mostraram-se irredutíveis quanto à contracepção, mantendo a defesa da abstinência e o discurso pró-natalista¹²⁻¹³. Não foram encontrados dados consistentes que associassem o espiritismo à anticoncepção, embora essa religião também seja refratária a medidas que evitem a concepção, de um modo geral. Em um estudo transversal francês, a religião mostrou-se um fator de adiamento do início da vida sexual. No entanto, ela também se associou a menores taxas de uso de contraceptivos na primeira relação sexual e a menor uso de métodos contraceptivos de alta eficácia ao longo da vida. Não obstante, na análise isolada de cada religião, não houve diferenças significantes entre essas variáveis¹⁴. Os achados de nosso estudo reafirmam o papel da religião na escolha do método contraceptivo, no entanto, as limitações de tamanho da amostra devem ser consideradas. Desta forma, dadas as recentes evidências da influência da religião no acesso e escolha de método contraceptivos, mais estudos se fazem necessários para esmiuçar o papel das diferentes correntes religiosas nesse âmbito.

Recentes condutas ilegais de planos de saúde¹⁵ e de alguns serviços¹⁶ com a exigência da autorização do parceiro para a inserção do DIU, divulgadas pela imprensa, ampliam as barreiras organizacionais ao método. Torna-se fundamental reafirmar que não há nenhuma recomendação para tal e que o DIU, como método contraceptivo reversível, é de opção da própria mulher,

conforme a Lei nº 9.263 de 1996 que regulamenta o Planejamento Familiar no país¹⁷ e conforme a perspectiva da Portaria nº 3.265 do Ministério da Saúde, que amplia a colocação de DIU, pela solicitação da mulher, inclusive no momento do parto. Tal exigência é um exemplo de desrespeito ao direito das mulheres e representa uma tentativa de retrocesso nos já escassos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras.

Referências

1. Perpetuo IHO. Anticoncepção. In: Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006 [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [acesso em out 2021]. p. 127-142. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_PNDS2006_04julho2008.pdf.
2. Biblioteca Médica Virtual – Bibliomed. Uso Mundial de DIU [internet]. [acesso em 4 out 2021]. Disponível em: <https://www.bibliomed.com.br/lib/showdoc.cfm?LibDocID=12029>.
3. Lago TG, Kalckmann S, Alves MCGP, Escuder MML, Koyama M, Barbosa RM. Diferenciais da prática contraceptiva no município de São Paulo, Brasil: resultados do inquérito populacional Ouvindo Mulheres. Cad Saude Publica. 2020; 36 (10).
4. Perpétuo IHO, Wong LLR. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: Ministério da Saúde (BR) . Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. p. 87–104.
5. Olsen JM, Lago TDG, Kalckmann S, Alves MCGP e Escuder MML. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde. Publica. 2018; 34(2): e00019617.
6. Carvalho MLO, Schor N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. Rev Saude Publica. 2005; 39(5):788-94.
7. Daniele MAS, Cleland J, Benova L, Ali M. Provider and lay perspectives on intra-uterine contraception: a global review. Reproductive Health. 2017; 14(1):119.

8. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 3.265. Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 1 dez 2017.

9. Gonzaga VAS, Borges ALV, Santos OA, Rosa PLFS, Gonçalves RFS. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. *Rev Esc Enferm. USP.* 2017; 51:e03270.

10. Rubin SE, Fletcher J, Stein T, Segall-Gutierrez P, Gold M. Determinants of intrauterine contraception provision among US family physicians: a national survey of knowledge, attitudes and practice. *Contraception.* 2011; 83(5): 472-478.

11. Scavuzzi A, Souza ASR, Amorim MMR. Continued compliance and degree of satisfaction in nulligravida and parous women with intrauterine contraceptive devices. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016; 38(3), 132-139.

12. Silva CG, Santos AO, Licciardi DC, Paiva V. Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. *Psicologia em Estudo.* 2018; 13(4), 683-692.

13. Moreau C, Trussell J, Bajos N. Religiosity, religious affiliation, and patterns of sexual activity and contraceptive use in France. *The European Journ. Contrac. Reprod. Health Care.* 2013; 18(3), 168-180.

14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério Brasil 2015. São Paulo: Abep; 2013.

15. Damasceno V. Seguros de saúde exigem consentimento do marido para inserção do DIU em mulheres casadas. *Folha de São Paulo* [internet]. 3 ago 2021 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/08/seguros-de-saude-exigem-consentimento-do-marido-para-insercao-do-diu-em-mulheres-casadas.shtml>.

16. Damasceno V. Postos de saúde de SP pedem autorização do marido para inserção do DIU; prática é ilegal [internet]. *Folha de São Paulo.* 2021 [acesso em 30 set 2021]; 9 set. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/09/postos-de-saude-de-sp-pedem-autorizacao-do-marido-para-insercao-do-diu-pratica-e-ilegal.shtml>.

17. Brasil. Lei no 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [internet]. 15 jan 1996. [acesso em 30 set 2021]. 1996 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm.

Como as mulheres jovens vivenciam o uso do método contraceptivo sintotérmico (método de percepção da fertilidade que usa a temperatura corporal basal associada à análise do muco cervical)?

How do young women experience the use of the syntonothermal method (a fertility awareness-based method that uses temperature associated with the analysis of cervical mucus)?

Daniela Saraiva da Clara^I, Ana Luiza Vilela Borges^{II}

Resumo

Nossos objetivos foram conhecer as razões pelas quais mulheres jovens optam pelo uso do método contraceptivo sintotérmico (análise da temperatura corporal basal associada à análise do muco cervical) e descrever o uso e as fontes de obtenção de informação sobre o método. Participantes do grupo fechado no *Facebook* “Adeus hormônios: contracepção não hormonal” foram convidadas a preencher um instrumento semiestruturado disponível on-line em 2018. Os resultados (n=35) mostraram que a opção por usar o sintotérmico como método contraceptivo ocorreu, predominantemente, pela preferência por um método mais natural ou por terem vivenciado os efeitos adversos da pílula hormonal. Usuárias do método sintotérmico o vivenciam como fonte de empoderamento por se apropriarem das variações que o ciclo menstrual exerce sobre o corpo. As usuárias do sintotérmico obtiveram conhecimento e esclarecem dúvidas a respeito do método por meio da Internet. Como rotina de uso, chama atenção o uso de aplicativos de celular para ajudá-las no controle e anotação dos indicadores de período fértil. O uso constante de aplicativos e a criação de grupos de discussão em mídias sociais mostram a pouca participação dos serviços de saúde nesta opção, ratificando ser essa uma trajetória autônoma das próprias mulheres.

Palavras-chave: Anticoncepção; Saúde sexual e reprodutiva; Mídias sociais; Métodos naturais de planejamento familiar.

Abstract

Our objectives were to understand the reasons why young women choose to use the syntonothermal contraceptive method, describe the use and sources of obtaining information about the method. Participants in the closed Facebook group “Adeus hormônios: contracepção não hormonal” were invited to fill out a semi-structured instrument available online (n = 35) in 2018. The results showed that the option to use the syntonothermal as a contraceptive method occurred, predominantly, for the preference for a more natural method or for having experienced the adverse effects of the hormonal pill, unlike women who use other behavioral methods, who, in general, do not have access to more effective methods. They experience the method as a source of empowerment by appropriating the variations that the menstrual cycle exerts on the body. The users of the syntonothermal obtained knowledge about the method through the internet, and this is how they clarify their doubts. As a routine of use, the use of cell phone applications to help them in the control and annotation of fertile period indicators draws attention. The constant use of applications and the creation of discussion groups on social media show the low participation of health services, confirming that this is an autonomous trajectory.

Keywords: Contraception; Sexual and reproductive health; Social media; Natural family planning methods.

^I Daniela Saraiva Clara (dani_saraiva@outlook.com) é enfermeira pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Especializada em Saúde Coletiva em Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de São Paulo.

^{II} Ana Luiza Vilela Borges (analuizavb@gmail.com) é enfermeira pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Pós-doutorado pela *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, e Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Introdução

O método sintotérmico, que associa o popularmente chamado método da temperatura corporal basal com a observação do muco cervical, é um método contraceptivo natural

que “baseia-se na combinação de múltiplos indicadores da ovulação, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade”¹. Tais indicadores incluem a observação do muco cervical, da temperatura corporal basal e de sinais e sintomas que mudam conforme as fases do ciclo menstrual, principalmente por influência da progesterona. A partir das informações coletadas com base na observação do seu próprio corpo, a mulher constrói um gráfico que possibilita determinar os dias potencialmente férteis. Caso não deseje engravidar, deve se abster de ter relações sexuais naqueles dias ou utilizar outro método, preferencialmente de barreira, no período. Com o uso correto e consistente, a taxa de eficácia do método sintotérmico é 0,4%, sendo classificado como um método muito eficaz^{2,3}. Sua efetividade real é 2%⁴, portanto, é considerado um método eficaz.

Trata-se de uma opção contraceptiva tanto quanto de uma estratégia de exercício de auto-conhecimento, com a intenção de resgatar um corpo sem as interferências do uso de contraceptivos hormonais, os mais usados no país^{6,7}. O uso de mídias sociais tem facilitado o acesso à informação sobre o método, uma vez que, nos serviços de saúde, as mulheres encontram dificuldades na escuta de suas demandas e da necessidade contraceptiva que vá além dos métodos usualmente ofertados^{4,6}. Por isso, muitas das usuárias do sintotérmico encontram apoio em grupos disponíveis nessas mídias, nas quais constroem redes que subsidiam suas escolhas contraceptivas⁹ e as apoiam em busca do empoderamento feminino⁸.

No Brasil, não há informações sobre o uso do método sintotérmico, pois os dados disponíveis em âmbito nacional apresentam os métodos comportamentais ou naturais de forma agregada. Segundo a mais recente Pesquisa Nacional sobre

Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, 87,9% das mulheres entrevistadas conheciam um ou mais métodos naturais (tabelinha, abstinência periódica e *Billings*) e 18,5% já tinham usado ao menos um deles anteriormente, embora a proporção de mulheres que relatou o uso regular tenha sido baixa (0,8%)⁵.

Este estudo busca suprir uma lacuna no que diz respeito ao conhecimento que se tem sobre o uso de métodos naturais, em especial o sintotérmico, assim como compreender esse novo fenômeno de interesse das mulheres, principalmente jovens, em meio ao contexto de amplo uso de métodos hormonais, disponíveis no SUS e em farmácias comerciais a um preço razoável, muitas vezes usados sem necessidade de prescrição médica. Assim, objetiva-se conhecer as razões pelas quais as mulheres jovens optam pelo uso do método contraceptivo sintotérmico, descrever as fontes de obtenção de informação sobre ele, descrever o tempo de uso, vivência de falhas e satisfação e identificar as facilidades e dificuldades com as quais as usuárias desse método se deparam ao usá-lo.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo do tipo quantitativo, desenvolvido com participantes do grupo fechado e oculto na mídia social *Facebook* “Adeus hormônios: contracepção não-hormonal”. Criado em 2015, o grupo era composto, em agosto de 2018, por 136.000 mulheres exclusivamente. Todas as mulheres do grupo foram convidadas a participar do estudo por meio de um *post* que continha a descrição da pesquisa e um *link* que dava acesso ao instrumento. Foi enfatizado que a pesquisa era direcionada para as que tinham 18 anos de idade ou mais, sendo que apenas estas foram consideradas na pesquisa.

O instrumento semiestruturado foi elaborado no Google Forms e disponibilizado por 24 dias no ano de 2018 em um *link* no *feed* do grupo. A primeira página do instrumento on-line constava da apresentação da pesquisa e do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" (TCLE). Ao fim do TCLE, as mulheres que aceitassem participar do estudo eram convidadas a clicar na tecla "aceito participar" para, só então, serem direcionadas ao instrumento propriamente dito.

O instrumento continha 52 questões que investigavam sobre os dados sociodemográficos, história reprodutiva, atividade sexual, rotina de uso do método contraceptivo sintotérmico e conhecimento sobre as mudanças que ocorrem durante o ciclo menstrual. Parte das perguntas era destinada apenas às usuárias do método sintotérmico, ou seja, àquelas que responderam "sim" quando questionadas com relação ao uso atual deste método. Tais perguntas versavam sobre o início, tempo e rotina de uso, fonte de informação, experiências anteriores no uso de outros métodos contraceptivos, motivos pelos quais escolheram utilizar o sintotérmico, ocorrência de gestação durante o uso do método. Nas últimas 3 perguntas, no formato de questões abertas, as usuárias responderam sobre a influência do uso do método sintotérmico na relação com o corpo, com o ciclo menstrual e sobre orientações que considerariam convenientes de serem dadas às mulheres que quisessem iniciar o uso do sintotérmico.

Os dados foram analisados no *Stata 14.2*, por meio de números absolutos e proporção. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE 90578218.3.0000.5392).

Resultados

Ao todo, 241 mulheres aceitaram participar do estudo e responderam ao instrumento

on-line. Duas foram excluídas porque tinham menos de 18 anos de idade; então, totalizou-se 239 participantes do estudo. Dentre as 169 mulheres que relataram usar método contraceptivo naquele momento, um quinto (70,7%), usava o método sintotérmico (n=35). O perfil das mulheres que relataram usar o método sintotérmico – objeto deste estudo – foi similar ao das mulheres participantes em geral: idade média próxima a 25 anos, residente no Sudeste (63,0%), auto-classificada como de cor branca (77,1%), com ensino superior completo (42,8%), atividade remunerada (82,8%) e em situação de relacionamento afetivo (91,4%) (Tabela 1).

Mais da metade das usuárias do método sintotérmico usava o método há mais de um ano (54,2%), das quais 94,2% usavam-no com o intuito de evitar uma gravidez e 5,7%, para conhecer melhor o próprio corpo. Elas conheceram e obtiveram informações sobre o método predominantemente na Internet (88,5%). Nenhuma delas citou o aconselhamento de um profissional de saúde como forma de vir a conhecer o método.

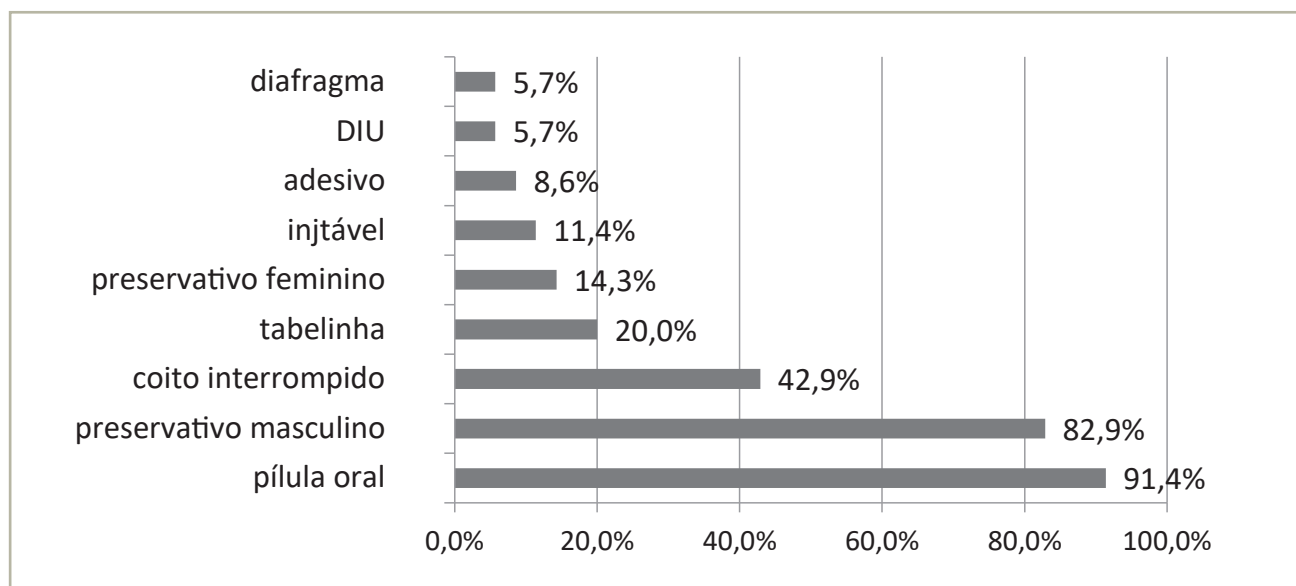
Tabela 1 - Caracterização das mulheres participantes da pesquisa e das que usavam o método sintotérmico. Brasil, 2018.

	Todas		Usa método sintotérmico	
	n	%	n	%
Idade				
18-25	139	58,1	16	45,7
26-33	90	37,6	18	51,4
34-42	10	0,4	1	2,8
Região de residência				
Centro-Oeste	10	3	2	5,7
Nordeste	19	7,9	2	5,7
Norte	2	0,8	0	0
Sudeste	152	63,5	22	63
Sul	56	23,4	9	25,7
Cor autodeclarada*				
Branca	169	70,7	27	77,1
Parda	43	18	5	14,9
Preta	19	8	3	8,5
Amarela	5	1,5	0	0
Indígena	1	0,4	0	0
Grau de instrução				
Pós-graduação	53	22,1	12	34,2
Superior completo	89	37,2	15	42,8
Superior incompleto	80	33,4	7	20,0
Ensino médio completo	15	6,2	1	2,8
Ensino médio incompleto	2	0,8	0	0
Atividade remunerada				
Não	86	36	6	17,1
Sim	153	64	29	82,8
Relacionamento Afetivo				
Não	49	20	3	8,5
Sim	190	79,4	32	91,4
Total	239	100	35	100

*1 pessoa não respondeu.

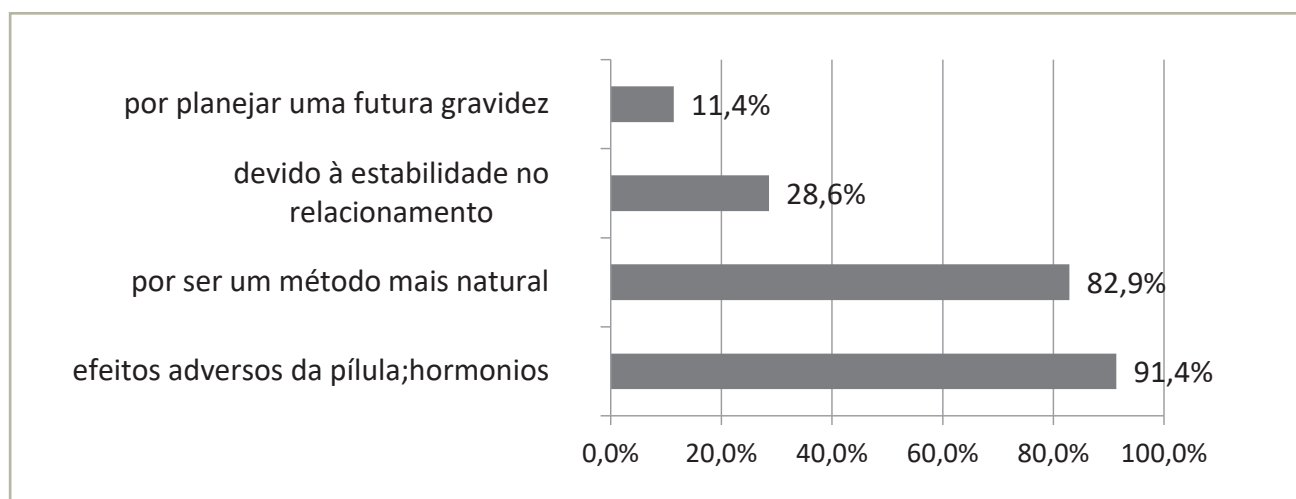
Antes de iniciar o uso do sintotérmico, a maior parte já havia usado a pílula oral (91,4%) e o preservativo masculino (82,9%), mas outros métodos também foram citados (Figura 1).

Gráfico 1 – Métodos contraceptivos utilizados anteriormente pelas usuárias do método sintotérmico. Brasil, 2018.



A opção por usar o método sintotérmico ocorreu, na maioria das vezes, pelo fato de as mulheres terem vivenciado os efeitos adversos da pílula oral (91,4%) e por preferirem um método mais natural (82,9%), entre outras razões que não são somente sobre a função contraceptiva do novo método (Figura 2).

Gráfico 2 - Motivos da escolha pelo método sintotérmico pelas usuárias. Brasil, 2018.



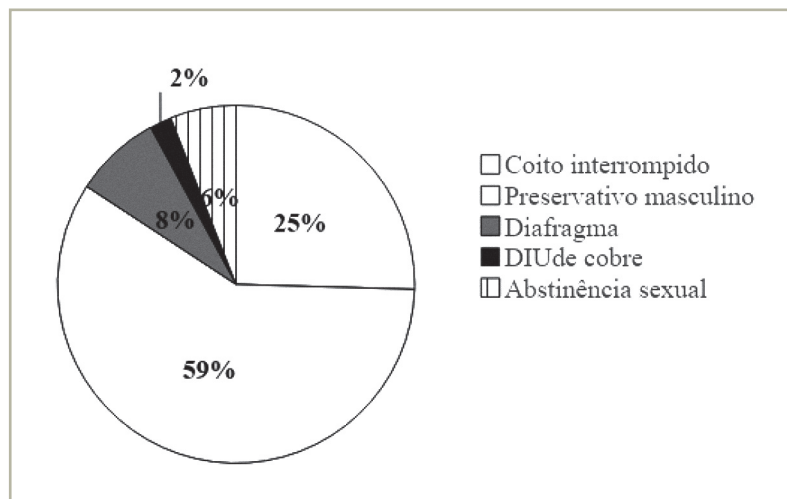
Algumas usuárias ainda tinham dúvidas sobre como usar o método sintotérmico corretamente (65,7%). Mesmo assim, 23 mulheres responderam que se sentiam seguras em usá-lo (65,7%). Apenas uma mulher respondeu ter engravidado usando o método.

As mulheres usavam majoritariamente aplicativos de celular para registrar as variações

da temperatura e do muco cervical ao longo do ciclo (88,9%), mas há também as que citaram o papel (17,1%). Uma mulher respondeu não registrar os dados.

Como método de apoio usado no período considerado fértil, o preservativo masculino sobressaiu com 85,7% de adeptas. Houve três mulheres que não responderam (Figura 3).

Gráfico 3 - Métodos contraceptivos de apoio utilizados durante o período fértil pelas usuárias do método sintotérmico. Brasil, 2018.



Para as usuárias do método sintotérmico, a menstruação “tornou-se algo esperado e ganhou um novo significado”. O ciclo menstrual deixou de ser algo penoso para ser algo a ser observado com a atenção necessária e reconhecido como um processo normal. As respostas indicam que essas mulheres estavam construindo um “amor próprio maior”, por conseguirem “mais intimidade” consigo mesmas, e que vivenciam as “oscilações emocionais”, libido e alterações no humor como estratégias para aumentar o conhecimento sobre seus próprios corpos.

Especificamente em relação às mulheres que trocaram a pílula oral pelo método sintotérmico, o processo de entendimento sobre os seus ciclos menstruais tem sido diferente pelo efeito de bloqueio da ovulação que as pílulas provocam por algum tempo.

“... sair da pílula e monitorar meu ciclo tem sido bem interessante. Tenho tido sinais para monitorar que com a pílula não apareciam. A qualidade do muco, as cólicas menstruais” (Usuária 25).

“Estudo” foi o termo que emergiu com mais frequência no espaço destinado para que as usuárias dessem sugestões para quem fosse iniciar o uso do método. Outra questão que emergiu com clareza foi que o uso do método exige disciplina e, dessa forma, elas recomendaram, às que estão iniciando o uso, “paciência” e, ainda, que “criem um hábito”; “é como tomar remédio”, uma delas descreveu.

Discussão

Este estudo buscou preencher uma lacuna de conhecimento no campo da saúde sexual e reprodutiva, ao mostrar o perfil das mulheres que usam o método sintotérmico, bem como as razões para a escolha deste método, as fontes de informação e a experiência com o uso dele. Os resultados mostraram que a maior parte das mulheres usuárias do método sintotérmico já tinha experiência anterior com o uso de outros métodos, principalmente os métodos hormonais. Sem hormônios, essas mulheres experienciam o novo método como um resgate de sensações e de percepção das variações que o ciclo menstrual proporciona, já completamente esquecidas. Dessa forma, parece que o método sintotérmico foi vislumbrado pelas usuárias como uma forma de estarem mais próximas ao corpo natural, principalmente entre aquelas que anteriormente utilizavam métodos hormonais.

De acordo com alguns estudos populacionais, os métodos naturais, especialmente a tabelinha e o coito interrompido, são geralmente utilizados nos países latino-americanos por mulheres de baixa escolaridade e com menor acesso a outros contraceptivos^{10,11}. Embora o método sintotérmico seja considerado um método natural, ele parece diferir dos outros métodos da mesma categoria, pois, pelo menos no Brasil, tem sido também utilizado por mulheres mais

escolarizadas e com acesso à informação^{11,12}, tal como observado neste estudo.

Chama a atenção que a escolaridade exerce papel fundamental no uso correto do método devido à necessidade de que a própria mulher busque informações corretas e fidedignas sobre como usá-lo, considerando que, no geral, este não é ofertado nos serviços de saúde, conforme relato das participantes. Na atenção pública primária, há relatos de que são poucas as práticas educativas vigentes que subsidiaram o uso do sintotérmico¹⁴ e que são poucos os profissionais médicos que oferecem informações sobre os métodos naturais nas consultas¹⁵. Ou seja, parece não haver espaço nas Unidades Básicas de Saúde, seja em grupos educativos ou em atendimentos individuais, para abordar temas que envolvem o uso seguro dos métodos naturais, como a verificação do muco cervical e das mudanças da temperatura basal conforme as etapas do ciclo menstrual.

Nesse sentido, as redes sociais, os grupos de mulheres e as novas tecnologias, como os aplicativos específicos parecem suprir a necessidade por informações. Contudo, mesmo as usuárias experientes quanto ao método sintotérmico ainda manifestaram ter dúvidas sobre o método, o que ratifica a necessidade de que os profissionais de saúde se aproximem do tema, valorizem o método e incorporem-no nas ações de educação em saúde e de aconselhamento contraceptivo realizadas nos serviços de saúde.

É preciso considerar que o conhecimento do próprio corpo serviu, ao mesmo tempo, como “um guia” para identificar o período fértil, além da própria observação da temperatura e do muco cervical (como registrou-se com observação da variação de sentir cólicas, à percepção da intensidade da libido na dinâmica do ciclo menstrual etc, referidos por elas) e como uma consequência do uso do método, que proporcionou certa

satisfação às usuárias. Este resultado é diferente de estudos que mensuram a satisfação com o método contraceptivo em uso e que ressaltam a mais alta satisfação entre as mulheres que usam métodos mais eficazes e de longa duração e, ao contrário, ressaltam baixos níveis de satisfação entre usuárias de métodos naturais¹⁶. Tal discordância pode se dar, sobretudo, pelo fato de que essas mulheres pesquisadas realmente escolheram usar o método e buscavam um controle sobre sua fertilidade que não estivesse relacionada à inibição da ovulação e aos efeitos colaterais dos métodos hormonais. Assim como neste estudo, participantes de outro estudo que utilizou grupo focal, abordando métodos naturais, responderam que se sentiam mais seguras utilizando o método sintotérmico em comparação a métodos hormonais devido aos efeitos adversos que os hormônios poderiam causar¹³.

Este estudo tem como limitações o fato de ter sido conduzido com participantes de apenas um grupo do Facebook, colaborando para o baixo número de participantes, principalmente de usuárias do método sintotérmico. Outra questão observada é que o perfil das mulheres revelou tratar-se de um público com alta escolaridade, o que não permite saber se o método é realmente usado por mulheres com esse perfil ou se, por outro lado, essas participantes do grupo é que seriam mais escolarizadas.

Conclusão

A opção pelo método sintotérmico ocorreu, predominantemente, pelo fato de as mulheres preferirem um método mais natural ou por terem vivenciado os efeitos adversos de métodos hormonais. O perfil das usuárias deste método é de mulheres brancas, com alta escolaridade e residentes na região Sudeste do Brasil. O uso do sintotérmico ajudou a construir uma relação melhor com o corpo e

com as variações do ciclo menstrual. Muitas mulheres relatam ter dúvidas sobre como usá-lo, mas a maioria sente-se segura para prevenir uma gravidez e se mostra satisfeita com o método. Como fonte de informação, as usuárias do sintotérmico utilizam as mídias sociais e grupos, bem como o uso de aplicativos para o monitoramento de sinais que caracterizam o período fértil. Profissionais e serviços de saúde pouco foram referidos como base de apoio para usar o método.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília (DF); 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 26. Série A - Normas e Manuais Técnicos).
2. World Health Organization - WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. A WHO Family Planning cornerstone. 5. ed. Genebra; 2015.
3. Frank-Herrmann P, Heil J, Gnoth C, Toledo E, Baur S, Pyper C, et al. The effectiveness of a fertility awareness-based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. Hum. Reprod [internet]. 2007 [acesso em 6 out 2021]; 22(5):1310–1319. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/dem003>.
4. Weschler T. Taking Charge of Your Fertility: The definitive guide to natural birth control, pregnancy achievement and reproductive health. 20. ed. New York: HarperCollins Publishers; 2015.
5. Ministério da Saúde (BR). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF); 2009.
6. Klöppel B. Aparatos de produção subjetivo-corporais nas práticas de percepção da fertilidade [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
7. Leal T, Bakker B. A mulher bioquímica: invenções do feminino a partir de discursos sobre a pílula anticoncepcional. Rev Eletron Comun Inf Saúde [internet]. 2017 [acesso em 6 out 2020]; 11(3):1-15. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/22743>.

8. Miranda F, Rocha, D. O uso do Facebook na promoção da saúde: uma revisão bibliográfica sobre empoderamento e participação popular. *Rev Eletr Comun Inform Ino. Saude* 2018; 12(2): 232-43. DOI:10.29397/reciis.v12i2.1331.

9. Santos ACA. Adeus, hormônios: concepções sobre corpo e contracepção na perspectiva de mulheres jovens [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2018.

10. Ruiz PCP, Gomes MMF, Ribeiro PM, Figoli MGB. A dinâmica do uso de métodos contraceptivos entre mulheres equatorianas: uma análise utilizando probabilidades de transição. 2009. (Serie e-Investigaciones, 1: avances y retrocesos en la salud sexual y reproductiva en américa Latina).

11. Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva [internet]. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ; 1999 [acesso em 6 out 2020]. Disponível em: /books.scielo.org.

12. Unseld M, Rötzer E, Weigl R, Masel EK, Manhart MD. Use of natural family planning (NFP) and its effect on couple relationships and sexual satisfaction: a multi-country survey of NFP users from US and Europe. *Front Public Health*. 2017; 13(5):42. DOI: 10.3389/fpubh.2017.00042.

13. d'Arcangues C, Kennedy KI., Research Group on Methods for the Natural Regulation of Fertility. Periodic abstinence and calendar method use in Hungary, Peru, the Philippines, and Sri Lanka. *Contracept* [internet]. 2001 [acesso em 6 out 2020]; 64(4):209–215. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11747869/> Doi://doi.org/10.1016/s0010-7824(01)00252-9.

14. Paiva CCN, Caetano R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2020 [acesso em 6 out 2020]; 24(1):e20190142. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000100703&lng=en.

15. Choi J, Chan S, Wiebe E. Natural family planning: physicians' knowledge, attitudes, and practice. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010;32(7):673-8. doi: 10.1016/s1701-2163(16)34571-6.

16. Borges ALV, Santos OAd, Araújo KS, Gonçalves RF Sena, Rosa PLFS, Nascimento NCd. Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant* [internet]. 2017 [acesso em 6 out 2020]; 17(4):749-756. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400749&lng=en. DOI: 10.1590/1806-93042017000400008.

Percepções de profissionais e usuários da Atenção Básica sobre o preservativo feminino/interno

Perceptions of professionals and users of Primary Care about the female/internal condom

Cintia Lopes de Mello Ferrão^I, Regina Figueiredo^{II},
Lincoln de Jesus Menezes^{III}, Marina Pagani^{IV}

Resumo

Este artigo apresenta o levantamento realizado com serviços da Atenção Básica da Prefeitura de São Paulo durante a entrega de *dispensers* e folhetos de preservativos femininos pós-licitação no ano de 2019. Profissionais responsáveis pela enfermagem e/ou pelo planejamento reprodutivo relataram os principais espaços e situações de promoção do método contraceptivo no serviço e os comentários espontâneos, positivos e negativos, feitos por colegas de trabalho e pelo público. Também tipificaram a demanda do público, revelando aumento tanto da procura – principalmente por mulheres adultas jovens, mas também por adolescentes – em grupos, consultas de enfermagem e durante a coleta de papanicolau quanto da retirada por demanda espontânea, além da inserção da oferta do preservativo feminino para pessoas pós-menopausa, idosas e, inclusive, homens.

Palavras-chave: Saúde; Saúde sexual e reprodutiva; Prevenção; IST; Preservativo feminino.

Abstract

The article reports the survey carried out with Primary Care services of the Municipality of São Paulo, during the delivery of female condom dispensers and leaflets about female condom, after bidding, in the year 2019. Professionals responsible for nursing and/or Reproductive Planning reported the main spaces and situations of promotion of the method in their service and the spontaneous positive and negative comments made by co-workers and the public. They typified the public demand, revealing an increase in the demand, mainly from young adult women, in groups, during nursing consultations and the Pap smear collection, besides the spontaneous demand. There was a demand from adolescents, in addition to the offer to post-menopausal and elderly people, including men.

Keywords: Health; Sexual and reproductive health; Prevention; IST; Female condom.

^I Cintia Lopes de Mello Ferrão (cintialmello@gmail.com) é educadora, supervisora e pesquisadora de campo e foi responsável pela distribuição de materiais educativos e *dispensers* de preservativo feminino pela Semina Indústria nos serviços da Atenção Básica da rede municipal de saúde da Prefeitura de São Paulo.

^{II} Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é cientista social e política, Mestre em Antropologia Social e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{III} Lincoln de Jesus Menezes (lincolnmj10@hotmail.com) é cientista social pela Universidade Federal de São Paulo e cursa a Especialização em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{IV} Marina Pagani (mapagani94@gmail.com) é psicóloga pela Universidade de São Paulo e cursa Especialização em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^V As denominações “preservativo feminino” e “preservativo masculino” têm sido substituídas ultimamente pelos termos “preservativo externo” e “preservativo interno”, respectivamente, devido ao uso desses insumos estarem tendo uso mais variado do que os inicialmente propostos: o preservativo feminino, além de ser usado na vagina, tem sido usado também no ânus por homens e mulheres e também em colocação no próprio pênis (com retirada de seu elo ou esponja internos); e o preservativo masculino, inicialmente proposto para uso no pênis, têm sido usado de outras formas para relações orais, inclusive entre mulheres (que o utilizam de forma recortada e aberta para recobrir a vagina e/ou o clitóris). Nesse sentido, a substituição das expressões “feminino/a” e “masculino/a” busca evitar o entendimento de que tais usos sejam inadequados, ampliando a serventia desses produtos¹.

Introdução

Criado e difundido na década de 1990, o preservativo feminino – atualmente denominado “preservativo interno”^{V,1}, chegou ao mercado brasileiro em 1997², e tem sido recomendado internacionalmente como uma estratégia complementar de prevenção a infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV/aids³. Em 2011, o “Dia Mundial do Preservativo Feminino” foi estabelecido em 16 de setembro por iniciativa de organizações internacionais⁴ visando popularizar e reforçar a importância do uso do item.

No Brasil, esse preservativo vem sendo oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde

2000, por meio de distribuição via programas e coordenações de DST^{vi}/HIV/aids e hepatites⁵, como “insumo estratégico” na política do Ministério da Saúde para a contenção dessas doenças⁶. Embora em 2008 a Câmara dos Deputados tenha arquivado o Projeto de Lei federal nº 3088 de 2008, de autoria da parlamentar Cida Diogo, do Partido dos Trabalhadores (PT), que obrigava a compra e a dispensa desse item pelo governo federal⁷, a distribuição continuou crescente e chegou, em todo o país, a 10 milhões de unidades em 2016⁵ (ano em que também foi incentivado o seu uso para a prevenção da epidemia de zika entre as gestantes⁸), quantidade que se manteve em 2021⁹.

A quantia pode parecer grande, mas não é suficiente para a população brasileira de, na época, 206,2 milhões de habitantes¹⁰ (hoje, são 213,3 milhões)¹¹ – um parâmetro de comparação é a distribuição, pelo Ministério da Saúde, de 375 milhões de preservativos “masculinos” (ou externos) em 2016⁸, ou seja, de pelos menos 37 vezes mais. Isso mostra que essa política visava atingir segmentos específicos⁶, e não a população em geral, ainda pensando a oferta dos preservativos internos especialmente para “mulheres mais vulneráveis a pressões dos parceiros por estarem sujeitas a situações de desigualdade social, de gênero, de distribuição e de acesso a recursos, além de situações de violência sexual e/ou doméstica e dificuldades de acesso aos meios de prevenção”¹², assim como as que vivem com HIV/aids e que têm parceiros que vivem com HIV/aids (que formam um casal sorodiscordante), visto que a maioria da população feminina não frequenta os serviços de IST/HIV/aids onde esses insumos são ofertados.

^{vi} DST são as iniciais de “doenças sexualmente transmissíveis”, sigla utilizada na época (e que permanece comum até hoje) pela maior parte dos programas e coordenações locais responsáveis por monitorar essas doenças nas diversas secretarias estaduais e municipais de saúde brasileiras.

Vários estados brasileiros, inclusive algumas prefeituras, adquirem maiores quantitativos do preservativo feminino². A Prefeitura do município de São Paulo iniciou a aquisição complementar do item para abastecer suas 448 unidades básicas de saúde em 2007 (atualmente são 460) visando ampliar sua utilização entre as mulheres de toda cidade; para tanto, foi estimado uma cota possível de aquisição de até 40 mil unidades por mês, embora a demanda registrada na época fosse de cerca de 10 mil unidades mensais¹³.

Essa disponibilização para os serviços da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo vem sendo regular desde então, mas ainda assim há barreiras na oferta do produto, cujo uso precisa ser constantemente estimulado, uma vez que não foi realizada uma campanha de mídia massiva como ocorreu com relação ao preservativo masculino nas décadas de 1980 e 1990, quando o HIV/aids chegou ao Brasil¹⁴. Nesse sentido, apesar de o país ser o que mais adquire preservativos internos no mundo e o único a disponibilizá-los gratuitamente⁵, questões relacionadas ao desconhecimento e estranhamento do produto são comuns entre mulheres, além de outras relativas à moralidade a respeito da sexualidade feminina que podem interferir na recepção e aceitação desse preservativo, tanto do público quanto dos/as próprios/as profissionais de saúde.

Nesse sentido, o acompanhamento e a avaliação constantes da adesão são necessários para a criação de estratégias que transpasse tais dificuldades, ampliando o uso dos preservativos internos pelas mulheres, uma vez que sua eficácia com relação à prevenção de IST é igual à do preservativo externo (de 90 a 97% contra o HIV¹⁵, se utilizado corretamente), ao mesmo tempo que tem eficácia contraceptiva de 95%¹⁶, sendo fundamental para a autonomia e a prevenção em saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Metodologia

Após a licitação de preservativos internos realizada pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo, em que venceu a Semina Indústria Ltda, foram doados aos serviços da Atenção Básica de São Paulo, durante o ano de 2019, *dispensers* e folhetos de, respectivamente, colocação das embalagens e de divulgação e orientação sobre o uso do item aos usuários. Tal ação foi realizada pela própria empresa duas vezes, na forma de um reabastecimento, em um período de quatro meses, durante o qual se levantou informações sobre a distribuição do preservativo interno e

as percepções e comentários de usuários e profissionais de saúde sobre o produto.

Após a digitação, os dados foram entrecruzados por região do município conforme a Coordenadoria de Saúde – Centro, Leste Norte, Oeste e Sul – por meio do uso do *software* SPSS, versão 14.

Resultados

Dos 485 serviços que forneceram informações, 378 (77,9%) eram unidades básicas de saúde (UBS), 79 (16,3%) eram UBS integradas com ambulatorios e outros 28 (5,9%) eram ambulatorios (Tabela 1).

Tabela 1 – Serviços da Atenção Básica do município de São Paulo que receberam de entrega de dispensers e folhetos de preservativo feminino/interno

	Centro		Leste		Norte		Oeste		Sul		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UBS	8	66,7	138	76,2	75	78,9	24	75	133	80,6	378	77,9
UBS integradas c/ AMA	0	0	37	20,4	14	14,7	5	15,6	23	13,9	79	16,2
Só AMA	4	33,3	6	3,3	6	6,3	3	9,4	9	5,5	28	5,9
Total	12	100	181	100	95	100	32	100	165	100	485	100

Do total de serviços, 440 (90,9%) fixaram os *dispensers* doados (Tabela 2); os principais locais escolhidos para a colocação foram: 36,5% na entrada da UBS, 34,8% na sala de acolhimento, 7,2 % próximo à sala de acolhimento, 7,0% entre os banheiros masculino e feminino; 6,2% no corredor dos consultórios; e 4,5% próximo à sala de saúde da mulher. Os 44 serviços que

não fixaram o *dispenser* mencionaram como motivos: ausência de autorização da Coordenadoria de Saúde (isso ocorreu na Norte, devido à falta de comunicação) (46,1%); que ainda iriam fixar/escolher o local para a fixação (26,9%); os preservativos femininos não terem chegado e outras razões (19,3%) – entre elas, chamam a atenção os 3,8% que “não quiseram” posicionar o *dispenser*

e outros 3,8% que afirmaram não ter fixado para “a população não ficar cobrando quando faltar”.

Independentemente da colocação dos *dispensers*, 472 serviços (97,3%) disponibilizaram os folhetos de divulgação e orientação de uso de preservativos internos.

Os dispensers têm sido abastecidos por 476 (90,1%) deles, sendo que 87,2% dos serviços que fazem a oferta do preservativo registraram alta da demanda – tal aumento só não atingiu a maioria dos serviços na Coordenadoria do Centro.

Tabela 2 – Serviços por oferta e demanda do preservativo feminino/interno nos serviços da Atenção Básica do município de São Paulo

	Centro (%)	Leste (%)	Norte (%)	Oeste (%)	Sul (%)	Total (%)
Fixaram os dispensers	91,7	89	90,4	84,4	94,5	90,9
Abastecem os dispensers	100	99,4	94,6	100	98,2	99,2
Notaram aumento na demanda	58,3	88,5	83,7	93,3	88,6	87,2
Público que demanda						
• adolescentes mulheres	0	5,4	4,7	1,2	5,6	16,9
• mulheres adultas até 40 anos	1,4	32,8	16,1	6	30,9	87,2
• mulheres de 40 a 60 anos	0,6	8	3,5	1,9	6,8	20,8
• mulheres de acima de 60 anos	0	0,6	0,2	0,2	1,2	2,3
• adolescentes homens	0	0,2	0,4	0	0,2	0,8
• homens adultos até 40 anos	0,6	2,1	1	0,6	1	5,4
• homens de 40 a 60 anos	0,2	0,6	0,2	0	0,4	1,4
• homens acima de 60 anos	0	0,2	0	0	0,2	0,4

Além da livre oferta nos *dispensers*, os preservativos são divulgados e oferecidos de forma muito facilitada já na recepção, logo na entrada do serviço, em 34,6% deles; em 89,7%, nos grupos de planejamento familiar

e reprodutivo; em 42,7%, nas consultas de enfermagem; em 25,8% na coleta e entrega de papanicolau; e em 27,2% em outros grupos educativos, além de outras situações (Tabela 3).

Tabela 3 – Locais de colocação dos dispensers e folhetos e situações em que são divulgados os preservativos feminino/interno – respostas espontâneas

	Centro (%)	Leste (%)	Norte (%)	Oeste (%)	Sul (%)	Total (%)
Locais de colocação de dispensers e folders						
Ao lado da farmácia	33,3	106,6	29,5	31,3	44,8	63,7
Próximo à recepção do serviço	33,3	43,1	26,3	12,5	34,5	34,6
Nos corredores laterais	8,3	8,8	8,4	9,4	4,2	7,2
Próximo ao consultório ginecológico	8,3	2,8	2,1	0	1,8	2,3
Próximo à sala de coleta de Papanicolau	0	1,1	2,1	0	2,4	1,6
Outros grupos (principalmente de pré-natal e de saúde da mulher* e alguns de mulheres pós-menopausa, além de grupos de adolescentes**)	0	6,1	7,4	21,9	5,5	7
Outras situações de divulgação						
No grupo de planejamento familiar	58,3	96,1	90,5	84,4	89,7	89,7
Em consultas de enfermagem	41,7	47,5	33,7	40,6	46,1	42,7
Em outros grupos educativos	16,7	34,3	22,1	3,1	29,1	27,2
Na coleta ou resultado de Papanicolau	25	27,6	25,3	12,5	28,5	25,8
Em consultas médicas e ginecológicas	8,3	11,6	7,4	18,8	20,6	14
No acolhimento	25	9,4	10,5	9,4	13,3	10,7
Em atividades nas escolas	8,3	8,3	13,7	3,1	11,5	9,9
Na coleta ou entrega de testes rápidos	16,7	8,8	16,8	6,3	6,1	9,1
Na coleta ou entrega de testes gravidez	0	10,5	13,7	9,4	4,8	8,9
Em abordagens na sala de espera	8,3	7,7	6,3	9,4	6,7	7
Em visita domiciliar	0	6,6	2,1	0	9,1	6
Não têm sido divulgados	0	0,6	3,2	3,1	1,2	1,4
Em locais de prostituição	0	0,6	0	0	0,6	0,4
Em outras situações (principalmente na retirada de medicamentos na farmácia e no “Outubro Rosa”) ^{vii}	50	41,4	41,1	34,4	43,6	40,6

*com exceção da Coordenadoria Centro, onde são divulgados mais para o público vulnerável que frequenta Centros de Atenção Psicossocial ou serviços de Assistência Social.

** apenas nos serviços em que se realizam esses grupos.

^{vii} O “Outubro Rosa” foi introduzido no país pelo Ministério da Saúde como um mês de incentivo à promoção de saúde da mulher, assim como o “Novembro Azul” se dirige à saúde do homem.

Vários serviços também mencionaram fazer a divulgação em outros espaços, como grupos de terapias alternativas, grupos de homens, instituições do entorno, além de campanhas pontuais fora do serviço.

Em todas as ocasiões descritas, os serviços, além de instruírem o uso por mulheres em geral (feito por 93,2% deles), destacam principalmente a serventia do preservativo interno para a prevenção da sífilis (feita por 78,8% dos serviços) e a possibilidade de colocação anterior ao ato sexual (por 56,7%). Com exceção dos serviços pertencentes à Coordenadoria Oeste, menos

da metade salienta a possibilidade de uso por profissionais do sexo (média de 43,9%); por adolescentes (realizada por apenas 38,6%), principalmente na seção do Centro (onde a prevalência foi de apenas 33,3%); por usuários de drogas e álcool (apenas 21,0% faz essa orientação), incluindo a Coordenação do Centro, que atinge grande parte desse público em decorrência da presença de fenômenos como a chamada “Cracolândia”. Também há pouca orientação sobre a possibilidade de uso diretamente no pênis (com retirada do anel interno), por homens com pouca ereção e por mulheres com pouca lubrificação (Tabela 4).

Tabela 4 – Diferentes orientações realizadas na divulgação do preservativo feminino/interno em serviços da Atenção Básica do município de São Paulo – alternativas apresentadas

	Centro (%)	Leste (%)	Norte (%)	Oeste (%)	Sul (%)	Total (%)
De uso por adolescentes	33,3	0	60	62,5	64,2	38,6
Colocação com antecedência para sair protegida	41,7	56,9	53,7	56,3	59,4	56,7
De uso por mulheres em geral	83,3	97,2	90,5	87,5	92,1	93,2
De uso por mulheres na menopausa e que têm pouca lubrificação	25	35,9	28,4	25	29,1	31,1
De uso por mulheres idosas	41,7	33,7	29,5	21,9	27,3	30,1
De uso no homem, retirando o anel	33,3	44,8	43,2	34,4	39,4	41,6
De uso por homens em geral	8,3	36,5	37,9	28,1	32,1	34
De uso por homens idosos ou com dificuldades de ereção	8,3	15,5	10,5	9,4	9,1	11,8
Uso por alcoólicos ou usuários de drogas	8,3	26,5	23,2	15,6	15,8	21
Uso por profissionais do sexo	33,3	49,2	43,2	50	38,2	43,9
Uso para a prevenção da sífilis	58,3	82,3	77,9	78,1	77	78,8
Outros	0	15,5	16,8	12,5	11,5	13,8
Não orienta e nem divulga	0	1,7	4,2	6,3	1,8	2,5
Não respondeu	0	0	0	0	3	1

A colocação de dispensers e a disponibilização de folhetos, segundo 293 serviços (60,4%), gerou comentários positivos por parte dos profissionais da unidade, mas em 263 (54,2%) também foram registradas repercussões negativas (Tabela 5).

Tabela 5 – Comentários espontâneos de profissionais de saúde quanto à colocação de *dispenser* e a disponibilização do preservativo feminino/interno nos serviços da Atenção Básica do município de São Paulo

	Centro (%)	Leste (%)	Norte (%)	Oeste (%)	Sul (%)	Total (%)
Citaram comentários positivos	58,3	62,4	54,7	56,3	65,5	61,4
Provocou mais divulgação e até uso pelos profissionais	41,7	38,1	30,5	46,9	42,4	38,8
Se tornou mais acessível ao público	8,3	21,5	12,6	12,5	21,8	18,4
Público passou a saber que a UBS disponibiliza	16,7	17,7	15,8	18,8	18,2	17,5
Provocou aumento da demanda	25	16	9,5	12,5	11,5	13,2
A pessoa não precisa se expor para retirar	0	8,3	2,1	3,1	9,1	6,8
É bom porque não restringe a quantidade retirada	0	6,6	5,3	0	7,3	6
Atrai mais o público a experimentar o método	8,3	6,1	2,1	6,3	6,7	5,6
Profissionais se atentam mais a repor o <i>dispenser</i>	8,3	6,1	1,1	3,1	7,3	5,4
Facilitou o trabalho do Planejamento Familiar etc.	8,3	3,3	8,4	0	4,2	4,5
Profissionais gostaram	0	3,9	2,1	3,1	5,5	3,9
A população pode se prevenir mais de IST	0	3,3	2,1	0	3	2,7
É uma opção à camisinha masculina	0	1,1	1,1	3,1	4,8	2,5
Fica mais organizado e tem lugar próprio	0	2,8	1,1	0	2,4	2,1
Profissionais gostaram do folheto	0	1,7	0	3,1	3	1,9
Promoveu o empoderamento feminino	8,3	1,7	0	9,4	0	1
Mais uma opção contraceptiva	0	0	0	0	1,2	0,4
Público tem acesso ao folheto	0	0,6	0	3,1	0	0,4
Gostaram de saber que serve para problemas de ereção	0	0,6	0	0	0	0,2
Acharam positiva a possibilidade de uso por idosos	0	0	0	0	0,6	0,2

	Centro (%)	Leste (%)	Norte (%)	Oeste (%)	Sul (%)	Total (%)
Citaram comentários negativos	33,3	38,1	40	40,6	74,4	55,5
Profissionais têm desconhecimento sobre o método	33,3	30,4	30,5	34,4	73,3	49,9
Não houve comunicação interna avisando profissionais da disponibilização e dos <i>dispensers</i>	0	4,4	10,5	6,3	0	4,1
Profissionais não recarregam o <i>dispenser</i>	0	1,7	4,2	3,1	0,5	1,9
Público tem vergonha de pegar na frente dos outros	0	1,1	2,1	3,1	0	1
Profissionais se preocupam com as crianças mexerem	0	1,7	0	0	0,5	0,8
Não acham código no sistema para renovar o estoque	0	0,6	2,1	0	0	0,6
Profissionais têm dificuldade de divulgar para idosos	0	1,1	0	0	0,5	0,6
Dizem que público rejeita folhetos devido a desenhos explícitos	0	1,1	0	0	0	0,4
Profissionais repõem pouco e se preocupam em controlar desperdício	0	0,6	1,1	0	0	0,4
Ninguém reparou, o <i>dispenser</i> não está visível	0	0	1,1	0	0,5	0,4
Profissionais rejeitam o método (devido ao formato, barulho etc.)	0	0	1,1	0	0,5	0,4
Não colocaram preservativos por falta de autorização da Supervisão de Saúde	0	0,6	0	0	0	0,2
Falta quantidade, acaba rápido, há recusa da Supervisão em aumentar a cota	0	0,6	0	0	0	0,2

A disponibilização dos preservativos e folhetos, segundo 357 serviços (73,6%), gerou comentários positivos por parte do público usuário, mas em 102 deles (21,0%) também houve reações negativas (Tabela 6).

Tabela 6 – Comentários espontâneos do público mencionados pelos profissionais de saúde sobre a colocação de dispensers e a disponibilização de preservativo feminino/interno em serviços da Atenção Básica do município de São Paulo

	Centro (%)	Leste (%)	Norte (%)	Oeste (%)	Sul (%)	Total (%)
Comentários positivos do público relatados	75	71,8	70,5	75	75,2	73
Tem boa procura, pedem para encher <i>dispenser</i> , para pegar mais, tem mulheres que são público cativo	41,7	49,7	42,1	65,6	41,8	46,4
Público gostou, achou bom, recebeu bem	41,7	37	28,4	25	44,8	37,3

	Centro (%)	Leste (%)	Norte (%)	Oeste (%)	Sul (%)	Total (%)
Gostaram de ser por livre demanda	0	12,7	18,9	9,4	18,2	15,3
Perguntam como usa, querem experimentar	0	10,5	16,8	12,5	15,2	13,2
Público passou a conhecer	16,7	8,8	8,4	9,4	13,3	10,5
Acham poder pegar sem ter que pedir e se expor	0	5,5	5,3	3,1	10,9	7
Pegam após grupo de Planejamento Familiar	0	1,7	12,6	3,1	3,6	4,5
Público pega o folheto, lê o folheto, se interessa	0	4,4	2,1	6,3	3	3,5
Mulheres se sentem empoderadas	0	0,6	4,2	0	1,2	1,4
Adolescentes e mais jovens procuram mais	0	2,2	0	0	1,2	1,2
Gostam devido à recusa do parceiro em usar o masculino	0	0	2,1	3,1	1,2	1
Se surpreendem por um produto tão caro ser de graça	0	1,1	1,1	0	0,6	0,8
Homens também buscam	0	0,6	2,1	0	0,6	0,8
Pegam para idosos fazer outros usos (como sonda, bolsa de colonoscopia etc.)	0	1,1	0	0	0	0,4
Mulheres recomendam para amigas	0	0	1,1	0	0,6	0,4
É procurada por pessoas alérgicas ao látex do preservativo masculino	0	0	1,1	0	0	0,2
Comentários negativos do público relatados	75	71,8	70,5	75	75,2	73
Mulheres têm vergonha de pegar na frente dos outros	41,7	49,7	42,1	65,6	41,8	46,4
Mulheres reclamam da falta do insumo no serviço	41,7	37	28,4	25	44,8	37,3
Usuários reclamam que crianças alcançam o <i>dispenser</i>	0	12,7	18,9	9,4	18,2	15,3
Mulheres não gostam de usar	0	10,5	16,8	12,5	15,2	13,2
Acham indecentes o folheto e as imagens	16,7	8,8	8,4	9,4	13,3	10,5
Reclamam que tem poucos <i>dispensers</i> no serviço	0	5,5	5,3	3,1	10,9	7
Tem pouca demanda	0	1,7	12,6	3,1	3,6	4,5
Mulheres têm vergonha de usar	0	4,4	2,1	6,3	3	3,5

A possibilidade de colocação no pênis, retirando-se o anel interno, também foi comentada, e, frente ao conhecimento dessa opção, os profissionais relatam que parte do público se mostrou receptivo e viu vantagens, apesar de 17,7% dos serviços não orientarem tal forma de uso (Tabela 7).

Tabela 7 – Percepção e opinião sobre a possibilidade de uso com colocação no pênis, com retirada do anel interno

	Centro (%)	Leste (%)	Norte (%)	Oeste (%)	Sul (%)	Total (%)
Opinião sobre a possibilidade de uso masculino sem anel	75	97,2	92,6	100	96,4	95,7
Desconheciam essa opção e passaram a conhecer	33,3	43,1	43,2	59,4	30,3	39,6
Estranham a possibilidade e mostram surpresa	16,7	16,6	18,9	9,4	20	17,7
O serviço não orienta o uso dessa forma	8,3	17,1	9,5	9,4	21,8	16,5
Acham que será mais prático para a mulher e para o homem	16,7	12,7	9,5	3,1	13,3	11,8
Acham que escapa e que pode falhar, vaziar	0	8,8	8,4	9,4	11,5	9,5
Querem experimentar e acham que homens devem experimentar	0	5,5	7,4	0	6,1	5,6
Disseram que homens não comentam sobre sua sexualidade, se experimentaram e nem o que acham	0	3,3	2,1	3,1	6,7	4,1
Homens rejeitam qualquer preservativo	0	3,3	2,1	6,3	3	3,1
Mulheres se mostraram indiferentes, não comentaram	0	2,2	3,2	0	4,2	2,9
Acha que é mais estimulante e prazerosa	0	3,3	0	0	1,2	1,6
Acham ruim ter que parar a relação para usar algo	0	1,1	3,2	3,1	1,2	1,6
Público homossexual aceita mais e associa esse uso a gays	0	2,2	2,1	0	0,6	1,4
Idosos com problemas de ereção e suas parceiras gostaram da opção	0	0,6	1,1	3,1	1,2	1
Bom para quem tem alergia ao preservativo masculino	0	0	0	0	0,6	0,2

O registro médio mensal de solicitação de preservativo feminino/interno pelos serviços em 2019, antes da pandemia de covid-19^{viii}, era de

cerca de 200 unidades por mês por serviço, sendo que a maioria (135 deles) solicitava de 100 a 200 unidades por mês; outros 114 (23,5%), de 300 a 500 unidades, mas havia até 13 serviços (2,7%) que solicitavam e dispensavam mais de 500 unidades por mês (Tabela 8).

^{viii} Considerando que as orientações de distanciamento social e quarentena feitas em 2020 e 2021 pelo poder público afetaram não apenas a demanda pelo insumo, mas obviamente toda a circulação de pessoas nos serviços de saúde da Atenção Básica.

Cabe considerar que vários deles – como os 11 que representam 0,6% da Coordenadoria Leste – têm essa quantidade limitada devido à orientação e à não aceitação da supervisão local de aumentar a cota, apesar da solicitação motivada pelo aumento da demanda.

Tabela 8 – Quantidade de dispensa mensal, conforme o CMM, de preservativos femininos/internos na Atenção Básica do Município de São Paulo

	Centro		Leste		Norte		Oeste		Sul		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 50 unidades	0	0	19	10,5	7	7,4	7	21,9	30	18,2	63	13
51 a 100 unidades	1	8,3	40	22,1	17	17,9	6	18,8	22	13,3	86	17,7
101 a 200 unidades	2	16,7	50	27,6	19	20	7	21,9	57	34,5	135	27,8
201 a 300 unidades	5	41,7	22	12,2	12	12,6	6	18,8	17	10,3	62	12,8
301 a 500 unidades	2	16,7	43	23,8	30	31,6	4	12,5	35	21,2	114	23,5
501 a mil unidades	1	8,3	5	2,8	2	2,1	2	6,3	3	1,8	13	2,7
Não respondeu	1	8,3	2	1,1	8	8,4	0	0	1	0,6	12	2,5
Total	12	100	181	100	95	100	32	100	165	100	485	100

Discussão

O levantamento mostra que a facilitação de acesso aos preservativos internos na Atenção Básica de saúde, principalmente nas UBS, vem aumentando o interesse e a retirada desse item pela população da cidade de São Paulo. A continuidade da oferta desde sua implementação, em 2007, apesar de ter havido alguns atrasos de reposição de estoque, mostrou-se uma política de sucesso, como aponta o aumento de aquisições registrado pela Prefeitura de São Paulo. Em 2020, o número foi de 1.034.617 unidades¹⁷ – uma média de dispensa mensal de mais de

86 mil pela Atenção Básica do município –, mais que o dobro da quantidade adquirida no início dessa política, e que provavelmente seria muito maior caso esse preservativo fosse amplamente divulgado, tal como ocorreu com o masculino/externo nas mídias de massa¹⁴. Ao mesmo tempo, foram poucos os comentários negativos e rejeições registrados frente à aceitação observada, apesar de todas as dificuldades, preconceitos e da rotatividade de funcionários verificada após a implementação da terceirização das gestões e contratações pelo esquema de Organizações Sociais (OS)¹⁸.

Nesse sentido, a política adotada no município de São Paulo atende a recomendação das principais referências internacionais de saúde no tema das IST, pois tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS)¹⁹ continuam preconizando esse instrumento como tecnologia complementar à prevenção das IST.

A distribuição em São Paulo, embora ainda não seja significativa entre a população feminina do município como método de uso corrente, conforme apontou pesquisa amostral realizada em 2015²⁰, tem beneficiado principalmente mulheres de até 40 anos, confirmando outros estudos que apontam esse público como o que mais demanda²¹. Porém, já se mostra presente o interesse de adolescentes, registrado por Takiuti e colegas desde 1998²², que no município de São Paulo é apontado por 16% dos serviços. O preservativo interno também está sendo divulgado para uso entre mulheres acima de 40 e pós-menopausa – público que, como apontam Mello e colegas²³, necessita com urgência de ações que habilitem estratégias de prevenção de IST –, principalmente com uso orientado para colocação (sem anel interno)¹ por homens com dificuldades de ereção. Tal função, como confirmam as respostas, interessa a essas mulheres, que a consideram interessante e levam para experimentar.

Ainda assim, o método continua sendo associado apenas à inserção vaginal, o que faz muita gente desconfiar da possibilidade de uso com colocação no pênis devido ao seu tamanho e/ou receio de falhas e vazamentos. Vários homens associam essa forma de uso, sem o anel interno, como sendo exclusiva de homossexuais para o sexo anal, o que reforça a necessidade de modificar a identificação do preservativo no Brasil para que seja tratado como “interno”, e

não exclusivamente feminino, já que estudos confirmam que homossexuais, transexuais e travestis também o utilizam²⁴.

A disseminação dos preservativos internos alcança pessoas que o experimentam pela primeira vez, mas a pesquisa confirma que já há um público cativo, diferentemente do panorama brasileiro de 2003. Naquele ano, segundo pesquisa amostral realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope)²⁵, embora o item fosse conhecido por 76,1% dos entrevistados, seu uso efetivo no cotidiano pela população brasileira atingia apenas 1,5%, e apenas 3,6% dos homens afirmaram já ter mantido relação sexual com uma mulher que o havia utilizado.

Os espaços que mais figuram entre as formas de divulgação do método em São Paulo são, além da oferta no *dispenser* (geralmente colocado na recepção do serviço), os grupos de Planejamento Familiar e Reprodutivo (realizados em praticamente todas as UBSs), as consultas de Enfermagem (mostrando a importância da aceitação do preservativo interno por esses profissionais) e a coleta e/ou entrega dos exames de Papanicolau (o que reforça a orientação de Lima e Biscarde²⁶ de que tal momento é estratégico para se trabalhar o empoderamento e a autonomia das mulheres em saúde sexual e reprodutiva). A divulgação também busca associar o método à prevenção de outras IST, como o HPV, assim como vários serviços o têm recomendado devido ao crescimento dos casos de sífilis no município, no estado de São Paulo e em todo o país²⁷.

A rejeição ainda é grande, tal como a parcela de mulheres que se preocupam com a estética da vagina “vestida” com o preservativo feminino, como já havia sido apontado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)²⁸. da mesma

forma, Kalckmann, em 2013²⁹, mostrou que a opinião e a aceitação do parceiro para a adesão a esse método eram decisivas.

Infelizmente, o estudo observou que houve quase nenhuma busca por mulheres profissionais do sexo, confirmando o trabalho de Oliveira e colegas³⁰, que identificou apenas 5,25% de uso entre esse público em Porto Alegre, feito geralmente com parceiro fixo, e não com clientes – pelo menos por procura do método nas UBS.

Considerações finais

A iniciativa paulistana de ofertar o preservativo interno por meio da Atenção Básica tem obtido sucesso em disseminar esse método, principalmente entre o público feminino. tendo em vista a recente expansão de IST, principalmente da sífilis, é uma política que precisa ser ampliada para alcançar tanto o público geral quanto grupos mais vulneráveis, como as mulheres pós-climatério e profissionais do sexo, além de continuar sendo divulgada para jovens e adolescentes.

A diversidade de formas possíveis de uso (para sexo vaginal, anal e oral) precisa ser explorada e difundida para que a ideia do preservativo interno não fique restrita à colocação vaginal. A continuidade de sua oferta e a devida orientação dos profissionais de saúde (que costumam ocupar postos rotativos nos serviços) sobre o tema se mostram frutíferas para estimular a constante divulgação e instrução para o público, servindo para afastar preconceitos e rejeições entre ambos os grupos.

Outros municípios podem se espelhar na experiência de São Paulo para adotar essa política em todos os serviços da Atenção Básica, tornando-o realmente uma opção preventiva complementar ao preservativo masculino/externo.

Referências

1. Associação para o Planejamento da Família - APF. Preservativos interno e externo [internet]. Lisboa; 2016 [acesso em 30 ago 2021]. Disponível em: http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2017/folheto_apf_preservativos_2017.pdf.
2. Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA. Preservativo feminino: das políticas globais à realidade brasileira [internet]. Brasília; 2011 [acesso em 30 ago 2021]. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/preservativo_feminino.pdf.
3. Oxford Committee Famine – OXFAM, Word Population Foundation - WPF. Failing Women, Withholding Protection [internet]. In: 17ª Conferência Internacional de Aids; 2008 [acesso em 30 ago 2021]; México. Disponível em: <https://www.oxfam.org/en/research/failing-women-withholding-protection>.
4. National Coalition of STD Directors - NCSDDC. Global female condom day [internet]. 16 set 2017 [acesso em 30 ago 2021]. Disponível em: ncsddc.org/event/global-female-condom-day/.
5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Preservativo feminino como alternativa de prevenção ao HIV, às IST e às hepatites virais [internet]. [acesso em 30 ago 2021]. <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/preservativo-feminino-como-alternativa-de-prevencao-ao-hiv-ist-e-hepatites-virais>.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 1999.
7. Brasil. Lei no 3088/2008. Dispõe sobre o fornecimento gratuito de preservativo feminino pelo Sistema Único de Saúde e dá outras providências [internet]. Brasília; 26 mar 2008 [acesso em 30 ago 2021]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=547697.
8. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Saiba por que o preservativo feminino é uma excelente alternativa preventiva contra o HIV/aids e as IST [internet]. [acesso em 30 ago 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/saiba-por-que-o-preservativo-feminino-e-uma-excelente-alternativa-preventiva-contr-o>.

9. Jornal de Brasília. Ministério da Saúde pode fechar compra de R\$ 15,7 milhões com empresa alvo da CPI da Covid [internet]. Brasília; 29 jul 2021 [acesso em 23 set 2021]. Disponível em: <https://jornaldebrasil.com.br/noticias/brasil/ministerio-da-saude-pode-fechar-compra-de-r-157-milhoes-com-empresa-alvo-da-cpi-da-covid/>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2016 [internet]. [acesso em 30 ago 2021]. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/9497-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-em-2016#:~:text=Estima%2Dse%20que%20o%20Brasil,2015%20\(0%2C83%25\)](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/9497-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-em-2016#:~:text=Estima%2Dse%20que%20o%20Brasil,2015%20(0%2C83%25).).
11. Governo do Brasil. População brasileira chega a 213,3 milhões de habitantes, estima IBGE [internet]. [acesso em 30 ago 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2021/08/populacao-brasileira-chega-a-213-3-milhoes-de-habitantes-estima-ibge#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20chegou%20a,1%C2%BA%20de%20julho%20de%202021.>
12. Grupo de Incentivo à Vida - GIV. Camisinha feminina como opção para mulheres. Revista IDEC [internet]. 1 set 2005 [acesso em 30 ago 2021]. Disponível em: <http://www.giv.org.br/Not%C3%ADcias/noticia.php?codigo=1240>.
13. Figueiredo R, Castro Filho JMC, Silvia Bastos. Introdução da oferta do preservativo feminino em serviços de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Bol Inst Saude [internet]. 2008 [acesso em 30 ago 2021]; (46):22-25. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122008000300007&lng=pt&nrm=iso&tng=pt.
14. Bastos FI. A feminização da epidemia de aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Rio de Janeiro: ABIA; 2000.
15. Ruiz-Perez I, Murphy M, Pastor-Moreno G, Rojas-Garcia A, Rodriguez-Barranco M. The Effectiveness of HIV Prevention Interventions in Socioeconomically Disadvantaged Ethnic Minority Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Public Health. 2017; 107(12):e13-e21. Doi: 10.2105/AJPH.2017.304067.
16. World Health Organization - WHO. Family planning/contraception methods [internet]. [acesso em 30 ago 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
17. Semina Indústria e Comércio. Relatório de vendas 2020: preservativo feminino. São Paulo; 2021.
18. Baggenstoss S, Donadone C. A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil. Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos. 2014; (59):69-98.
19. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS. UNFPA, OMS e UNAIDS: declaração de posição sobre preservativos e a prevenção do HIV, outras infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada [internet]. Brasília: UNAIDS-Brasil; 7 jul 2015 [acesso em 23 set 2021]. Disponível em: <https://unaid.org.br/2015/07/unfpa-oms-e-unaid-declaracao-de-posicao-sobre-preservativos-e-a-prevencao-do-hiv-outras-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-e-gravidez-indesejada/>.
20. Lago TG, Suzana Kalckmann S, Porto Alves MCG, Escuder MML, Koyama M, Barbosa RM. Diferenciais da prática contraceptiva no Município de São Paulo, Brasil: resultados do inquérito populacional Ouvindo Mulheres. Cad Saude Publica. 2020; 36(10):e00096919. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096919>
21. Oliveira NS, Moura ERF, Guedes TG, Almeida PC. Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de unidades de referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. Saude Soc. 2008; 17(1):107-116. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000100010>
22. Takiuti AT, Melo AV, Fernandes LS, Monteleone MLA, Moreira VLGP, et al. O Uso do Condom Feminino: avaliação entre adolescentes paulistas [internet]. São Paulo: ABEP; 1999 [acesso em 23 set 2021]. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/988/953>.
23. Mello ST, Cordeiro IVTS, Zanardi IMS, Vidott AP, Mello JM, et al. Popularização da ciência na prevenção das DST/aids na terceira idade. Revista UNINGÁ. 2017; 5(2):63-70.
24. Agência de Notícias da Aids - Agência Aids. Conhecida como preservativo interno, uso de camisinha feminina amplia possibilidades de prazer e prevenção nas relações sexuais [internet]. 10 set 2019 [acesso em 12 out 2021]. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/uso-de-camisinha-feminino-conhecido-como-preservativo-interno-para-sexo-anal-se-populariza-entre-usuarios/>.

25. Paiva V, Venturi G, França-Junior I, Lopes F. Uso de preservativos: pesquisa nacional ms / ibope, Brasil 2003 [internet]. Brasília: IBOPE; 2003 [acesso em 23 set 2021]. Disponível em: http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/artigo_preservativo.pdf.
26. Lima AA, Biscarde GM. A percepção do empoderamento feminino em relação ao exame papanicolau uma nova abordagem para prevenção do colo do útero. *Cad Espaço Femininos*. 2021; 34(1):337-359.
27. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico sífilis 2020 [internet]. Brasília; 2020 [acesso em 23 set 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/outubro/29/BoletimSfilis2020especial.pdf>.
28. Finotti M. Manual de anticoncepção. São Paulo: FEBRASGO; 2015.
29. Kalckmann S. Preservativo feminino e dupla proteção: desafios para os serviços especializados de atenção às DSTs e Aids. *Temas Psicol*. 2013; 21(3):1145-1157.
30. Oliveira FS, Costa CFS, Kerber NPC, Barros AM, Wachholz VA, Lemos DB. El uso del preservativo femenino por las profesionales del sexo. *Enfermería Global* [internet]. 2012 [acesso em 23 set 2021]; (26):390-398. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.2.142871/133671>.

Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de 2 mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, médicos psicólogos e demais integrantes da equipe multidisciplinar, pesquisadores e gestores da área da Saúde.

Fontes de indexação: Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina I, II e III, Ciências Ambientais, Enfermagem, Ensino, Farmácia, Interdisciplinar, Odontologia e Psicologia.

Copyright: é permitida a reprodução parcial ou total dessa publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

Patrocinadores: o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Resumo: os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br, antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em *Word Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com três palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em *Word Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

Submissão: os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br e ter entre 15 mil e 25 mil caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em *Word Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. **Figuras e gráficos devem ser enviados em arquivos separados (JPG), em alta resolução.**

Título: deve ser escrito em *Times New Roman*, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

Autor: o crédito de autoria deve estar à direita, em *Times New Roman*, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição à qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

Subtítulos do texto: nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

Corpo do texto: o corpo do artigo deve ser enviado em *Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Transcrições de trechos dentro do texto: devem ser feitas em *Times New Roman*, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

Citação de autores no texto: deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros): devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Referências bibliográficas: preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser numeradas seguindo a ordem de citação, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

Espaçamento das referências: deve ser igual ao do texto, ou seja, *Times New Roman*, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Termo de autorização para publicação: o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

Obs.: no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da Resolução CNS 466/2012 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

Avaliação: os trabalhos são avaliados pelos editores científicos, por editores convidados e pareceristas *ad hoc*, a cada edição, de acordo com a sua área de atuação.

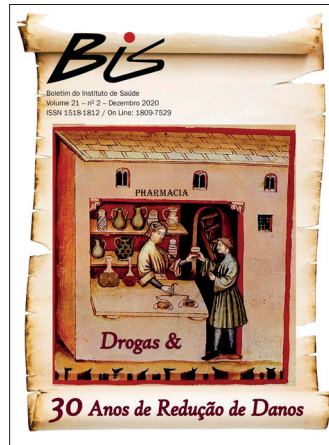
Acesso: a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a Bireme, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

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

BIS – números já editados



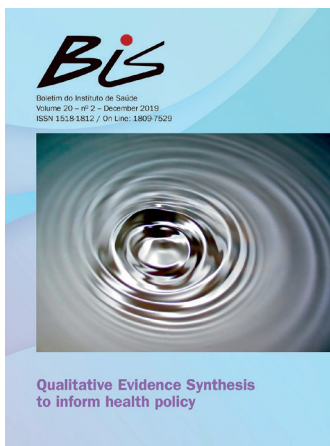
(v. 22 - nº 1) / 2021
Sexualidade, Gênero
e Saúde Sexual
e Reprodutiva I



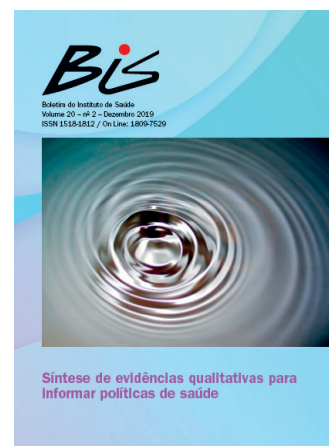
(v. 21 - nº 2) / 2020
Drogas & 30 Anos
de Redução de Danos



(v. 21 - nº 1) / 2020
Comunicação em Saúde
na Era Digital



(v. 20 - nº 2) / 2019
Qualitative Evidence Synthesis
to inform health policy



(v. 20 - nº 2) / 2019
Síntese de evidências
qualitativas para informar
políticas de saúde



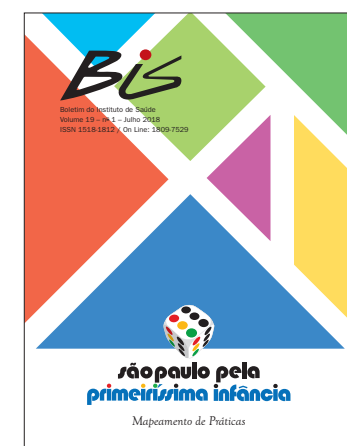
(v. 20 - nº 1) / 2019
Mestrado Profissional em
Saúde Coletiva: traduzindo
conhecimento para o SUS



(v. 19 - suplemento) / 2018
32º Congresso de Secretários
Municipais de Saúde do
Estado de São Paulo



(v. 19 - nº 2) / 2018
Diversidade Sexual
e de Gênero



(v. 19 - nº 1) / 2018
São Paulo pela
Primeiríssima Infância –
Mapeamento de Práticas



**SECRETARIA
DA SAÚDE**



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**