



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARY HELP IBIAPINA ALVES

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS
MULHERES ATENDIDAS NO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A
MULHER DO SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE/PB**

CAMPINA GRANDE – PB

2011

MARY HELP IBIAPINA ALVES

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS
MULHERES ATENDIDAS NO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A
MULHER (PAIM) DO SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) DE CAMPINA
GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Idalina Maria Freitas Lima Santiago

CAMPINA GRANDE-PB

2011

A474a Alves, Mary Help Ibiapina.

Análise das condições de saúde sexual e reprodutiva das mulheres atendidas no programa de atenção integral a mulher do serviço municipal de saúde de Campina Grande-PB [manuscrito] /Mary Help Ibiapina Alves. – 2011.

30 f.

Trabalho Acadêmico Orientado (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa Dra. Idalina Maria Freitas Lima Santiago, Departamento de Serviço Social”.

1. Saúde da mulher. 2. Saúde reprodutiva. 3. SUS. 4. Saúde sexual. I. Título.

21. ed. CDD 613.0424

MARY HELP IBIAPINA ALVES

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS
MULHERES ATENDIDAS NO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A
MULHER (PAIM) DO SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) DE CAMPINA
GRANDE/PB**

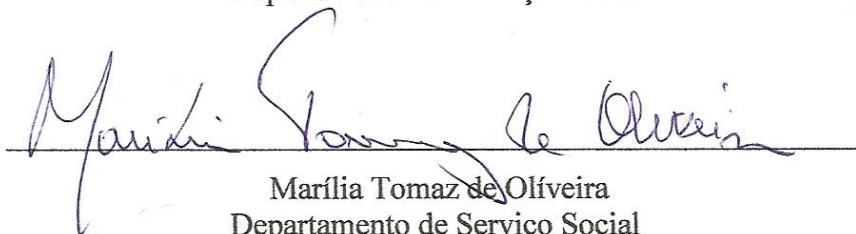
Nota: 10,0

Aprovado em: 09/12/11

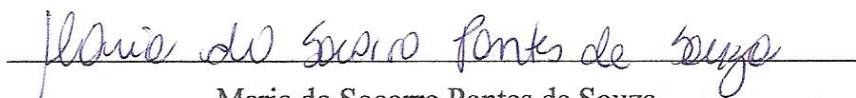
BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Idalina Maria Freitas Lima Santiago (Orientadora)
Departamento de Serviço Social



Marília Tomaz de Oliveira
Departamento de Serviço Social



Maria do Socorro Pontes de Souza
Departamento de Serviço Social

CAMPINA GRANDE – PB

2011

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
1 INTRODUÇÃO.....	5
2 DESENVOLVIMENTO E DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS.....	8
2.1 Identificação das usuárias.....	8
2.2 Saúde Reprodutiva.....	9
2.3 Saúde Sexual.....	20
3 CONSIDERAÇÃO FINAIS.....	24
4 REFERÊNCIAS.....	26

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES ATENDIDAS NO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A MULHER DO SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE/PB

Autora: Mary Help Ibiapina Alves

RESUMO

O trabalho ora apresentado é resultado da experiência de Estágio Curricular do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba realizado junto ao Programa de Atenção Integral a Mulher (PAIM) do Serviço Municipal de Saúde (SMS) de Campina Grande/PB. A pesquisa teve por objetivo analisar se as mulheres atendidas no PAIM acessaram seus direitos previstos na Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos e também na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Para isto, realizamos um estudo de caráter descritivo e analítico com abordagem quanti-qualitativa. Foram pesquisadas 45 mulheres, totalizando 30% do atendimento mensal, no período de junho a julho de 2011. Para coleta de dados utilizamos um questionário estruturado com questões abertas e fechadas, as quais foram analisadas por meio do método estatístico-descritivo. Os resultados apontam que as mulheres pesquisadas tiveram seus direitos referentes a saúde sexual e reprodutiva parcialmente efetivados, já que em alguns aspectos a atenção recebida pelas usuárias foi considerada por estas satisfatória e em outros demonstraram a necessidade de melhoria nas ações de prevenção e promoção da saúde dentro dos níveis de atenção do SUS.

Palavras-chave: Saúde sexual. Saúde reprodutiva. SUS.

ANALYSIS OF CONDITIONS OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN ATTENDED IN THE PROGRAM OF INTEGRAL ATTENTION TO WOMEN OF THE MUNICIPAL HEALTH SERVICE OF CAMPINA GRANDE / PB

ABSTRACT

This work is the result of an experience in the Curricular Stage of Social Work Course at “Universidade Estadual da Paraíba” that occurred in the Program of Integral Attention to Women (PIAW) of the Municipal Health Service (MHS) of Campina Grande / PB. The research aimed to analyze whether women treated at the PIAW accessed their rights under the National Policy on Sexual and Reproductive Rights and also at the Politics of Integral Attention to Women's Health (PIAWH). For this, we conducted a descriptive and analytical study with a quantitative approach. We interviewed 45 women, 30% of the total monthly attendance in the period from June to July 2011. For data collection we used a structured questionnaire with open and closed questions, which were analyzed through descriptive statistical method. The results show that women who participated in the research had their rights relating to sexual and reproductive health partially effected, since at some aspects the attention received by users was satisfactory and others have demonstrated the need for improvement in prevention activities and promotion of health inside the levels of care of SUS.

Key-words: Sexual health. Reproductive health. SUS.

1 INTRODUÇÃO

A história recente do Brasil, no que se refere aos direitos da população, tem como marco a Constituição Federal de 1988, que incorpora em seus dispositivos legais um avanço no tratamento da saúde como direito de todos/as e dever do Estado. No ínterim dessa conjuntura, o Sistema Único de Saúde (SUS) é implantado enquanto política pública, fruto de grande mobilização do movimento sanitarista brasileiro.

No tocante às políticas de atenção à saúde das mulheres, o movimento feminista foi responsável pelo combate às políticas autoritárias, coercitivas e impostas de controle da fecundidade das mulheres na década de 1970, orientadas por organismos internacionais sob a égide do controle da natalidade como necessária para o desenvolvimento econômico de países “subdesenvolvidos”. Essa época foi marcada por ampla difusão de métodos contraceptivos, em especial dos métodos irreversíveis, como a laqueadura tubária, que atingiram principalmente mulheres negras e pobres do Norte e Nordeste brasileiro. De acordo com Campos e Oliveira (2009), as feministas enfrentaram essa realidade reivindicando a autonomia sobre seus próprios corpos, o direito à saúde e à própria regulação da fecundidade.

Tal mobilização e força do movimento feminista, naquela época, resultou em frutos positivos para a saúde das mulheres na década seguinte, quando foi criado, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorpora pioneiramente as primeiras ações referentes aos direitos reprodutivos na política de atenção à saúde destas no Brasil, rompendo com o caráter coercitivo e controlista das ações referentes à saúde das mulheres, assim como com a restrita concepção materno-infantil que perpassava tais ações. Vale salientar que a criação do PAISM aponta para um avanço brasileiro, impulsionado pelo movimento feminista, no campo das discussões sobre saúde sexual e reprodutiva em relação aos demais países, já que as definições e recomendações internacionais pactuadas pela ONU só aconteceram na década seguinte.

As questões defendidas pelo movimento de mulheres ganharam espaço na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida no Cairo, em 1994, que estabeleceu pioneiramente um enfoque central do direito de cada indivíduo a uma saúde sexual e reprodutiva plena, que considere todas as fases de sua vida e a garantia dos meios necessários para obtê-la (RELATÓRIO DA CIPD, 1994).

Em 1995, um ano após a Conferência de Cairo, aconteceu, em Pequim, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher que definiu a saúde reprodutiva das mulheres como sendo:

Um estado de bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. A saúde reprodutiva, implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência (Declaração e plataforma de ação da IV conferência mundial sobre a mulher, 1995, p.178).

Tais conferências deixam clara a desvinculação da sexualidade da capacidade produtiva, repudiando a discussão que envolve demografia apenas aos aspectos econômicos, alocando as políticas populacionais para o campo dos direitos humanos, com ênfase para a equidade de gênero (CAMPOS e OLIVEIRA, 2009).

Galvão (1999, p.173) salienta que:

Cinco anos após a Conferência de Cairo (“ICPD +5”), a tendência internacional aponta para uma maior discussão sobre a *Saúde Sexual* da mulher e do homem. Nessa discussão, a *Saúde Sexual* tem sido incluída como parte da definição de *Saúde Reprodutiva* ou referida também, de forma mais ampla, como *Saúde Sexual e Reprodutiva*.

Neste sentido, é importante salientar que a saúde sexual não está restrita apenas aos aspectos relativos à capacidade reprodutiva ou de prevenção de DSTs/AIDS, mas também às várias formas de vivenciar a sexualidade com prazer.

Assim, os direitos reprodutivos são os responsáveis pela ampliação da concepção de saúde sexual, que, por sua vez, se fundamenta na necessidade de homens e mulheres vivenciarem a sexualidade de forma prazerosa, com acesso a informações e com segurança contra possíveis DST/AIDS, gestações indesejadas, coerções e/ou violências.

Em 2004, o então programa PAISM passa a ser a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o qual incorpora,

num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate a violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004, p.5).

Em 2003, o governo brasileiro assume os direitos sexuais e reprodutivos como uma prioridade e elabora a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Entre as propostas e diretrizes do referido documento, destacamos as que se referem à saúde sexual e reprodutiva:

Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; Atenção em reprodução humana assistida na rede SUS; Ampliação do acesso a esterilização cirúrgica voluntária no SUS; Atenção a saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens; Implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento; Planejamento familiar; Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2005, p.13).

Neste sentido, fica evidente que o Brasil constituiu um rico instrumental legal com princípios que dialogam no sentido de assegurar a homens e mulheres a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos. Mas é sabido que apenas a constituição de leis não garante sua realização. Segundo Santiago (2011, p.91) “ainda resta um longo caminho a trilhar para a real efetivação desses direitos em todo o país”. De acordo com Ventura:

Existem fronteiras políticas para serem vencidas para implementação e efetivação de determinados direitos, em particular, aqueles que dependem de políticas públicas para sua realização, como os relacionados ao direito à saúde, à educação, ao trabalho, segurança pública e outros. Pode-se concluir que para a efetivação de direito, é necessário, além das garantias legais, as garantias sociais e políticas, e todas elas devem ser construídas e propiciadas por meio de estratégias integradas e múltiplas. (VENTURA, 2009, p.60)

A partir deste contexto, o presente artigo busca analisar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres atendidas no Programa de Atenção Integral à Mulher (PAIM), do Serviço Municipal de Saúde (SMS) de Campina Grande-PB, que compreende um serviço de média complexidade do SUS, com atendimento nas áreas de ginecologia e mastologia.

O principal objetivo do trabalho é analisar se as mulheres atendidas nesse serviço tiveram efetivados os direitos referentes à saúde sexual e reprodutiva, constituídos na PNAISM e na Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos.

A aproximação com o tema se deu através da experiência do Estágio Curricular e sobretudo, com a vivência de estudos de gênero no Grupo flor e flor: estudos de gênero da UEPB. Verificamos a inexistência de estudos que refletissem a efetivação destas políticas no nível da média complexidade do SUS, o que aponta a relevância deste estudo.

A pesquisa teve como eixo metodológico a perspectiva analítico-descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, e foi realizada no período de junho a julho de 2011. A amostra contou com um total de 45 mulheres, totalizando 30% da demanda mensal. Foi utilizado um questionário estruturado com questões abertas e fechadas, as quais foram analisadas por meio do método estatístico-descritivo. Para tabulação dos dados foi utilizado o programa de planilha eletrônica Excel, escrito e produzido pela Microsoft. O referido programa apresenta margem percentual de adequação de um (01) ponto para mais ou para menos.

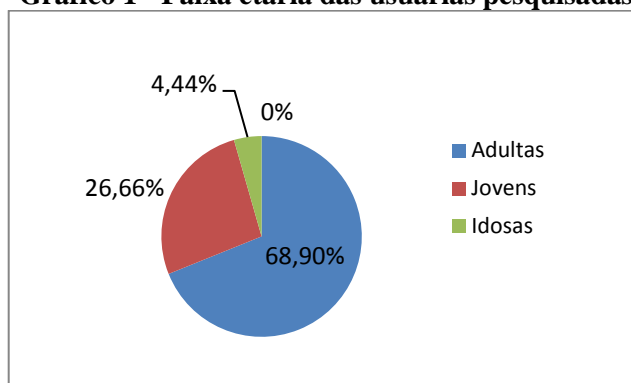
Entendemos como de grande importância analisar como está posta a saúde sexual e reprodutiva das mulheres atendidas por um serviço de média complexidade do SUS, considerando que seus resultados podem se constituir em indicadores situacionais que podem contribuir na elaboração de medidas que garantam a melhor efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no âmbito do SUS.

2 DESENVOLVIMENTO E DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesse tópico apresentaremos os resultados da pesquisa. Iniciaremos com o perfil sócioeducacional das usuárias, seguindo com as informações acerca da saúde reprodutiva, para, finalmente, discorrer sobre os aspectos referentes à saúde sexual.

2.1 Identificação das Usuárias

No que se refere à faixa etária das pesquisadas, foi possível constatar que a maior parte da amostra era adulta, já que 68,90% das mulheres estavam com idades entre 30 a 59 anos, 26,66% encontravam-se no segmento geracional juvenil, com idades entre 18 a 29 anos, e 4,44% eram idosas, por estarem com mais de 60 anos.

Gráfico 1 - Faixa etária das usuárias pesquisadas

Fonte: pesquisa de campo SMS/CG, 2011.

Assim, foi possível verificar que 96% das mulheres estão em idade reprodutiva, que, segundo o Ministério da Saúde, vai dos 10 aos 49 anos (Brasil, 2009). Vale destacar ainda que, dessas mulheres em idade reprodutiva, 30% encontram-se no período de pré-menopausa, estando entre 40 e 55 anos de idade, conforme determina o citado Ministério.

Quanto ao critério étnico-racial das usuárias, verificamos que 55,56% se auto definem como pardas, 22,22% como branca e 22,22% como negras, sendo majoritária a incidência de mulheres não brancas.

Em relação ao estado civil, foi constatado que 55,56% são casadas, 26,67% são solteiras, 8,89% são divorciadas, 6,67% são viúvas e 2,22% são separadas.

No referente aos relacionamentos conjugais, 73,33% das usuárias afirmaram ter parceiro fixo para as relações sexuais e 26,67% disseram não possuir parceiro fixo.

Quanto à naturalidade, 51,11% afirmaram ser de Campina Grande-PB e 29,99% são naturais de demais cidades da Paraíba: Lagoa Seca, Aroeiras, Puxinanã, Piancó, Alagoa Nova, João Pessoa, Natuba, Taperoá, Alagoa Grande, Areia, Cacimba de Dentro, Umbuzeiro e Sumé. Encontramos, ainda, 2,22% naturais de São Paulo, 2,22% do Rio Grande do Norte, 2,22% de Pernambuco e 2,22% do Ceará.

Quanto à religião, houve predominância de mulheres seguidoras do cristianismo, posto que 49% é católica, 42% é evangélica e apenas 8,89% disse não seguir nenhuma religião.

Em relação à escolaridade, 96% das usuárias revelou que sabe ler e escrever, enquanto 4,44% afirmou não saber. No tocante ao grau de instrução das que são alfabetizadas, 37% possui o Ensino Médio Completo, 19% afirmou ter o Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano), 16% possui o Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano), 12% tem o Ensino Médio incompleto, 9,30% estudou até a educação infantil, 4,65% possui o Ensino Superior Completo e 2% o nível superior incompleto.

Assim, percebemos que 43,65% das usuárias alfabetizadas possui grau de escolaridade do nível médio completo ao superior, o que se apresenta como um dado relevante, na medida em que se espera das mulheres com maior nível de escolaridade uma consciência educativa maior em relação aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva.

2.2 Saúde Reprodutiva

No tocante à prevenção contra gravidez, 77% das mulheres pesquisadas afirmou evitar a gravidez, enquanto 23% diz não evitar. Quanto à forma de contracepção utilizada pelas mulheres, a tabela 1 demonstrará os resultados.

Tabela 1 – Métodos contraceptivos utilizados pelas mulheres

TIPOS DE MÉTODOS	F(n)	F(%)
Pílula anticoncepcional	14	31
Laqueadura	12	27
Camisinha masculina	3	7
Anticoncepcionais injetáveis	2	4
Coito interrompido	1	2
Vasectomia do parceiro	1	2
Camisinha masculina associada a pílula anticoncepcional	2	4
Não se aplica	10	22
TOTAL	45	100

Fonte: pesquisa de campo SMS/CG, 2011.

Verificamos uma incidência significativa de usuárias que utilizam a pílula anticoncepcional como forma de prevenção contra gravidez, bem como a ocorrência de percentual elevado de mulheres que optaram pela laqueadura, também conhecida como ligação de trompas.

Ao perguntarmos as usuárias sobre quem decidiu por esta forma de evitar gravidez, 51% decidiu sozinha, 13% decidiu junto com o companheiro, 9% afirmou que a decisão foi do companheiro e 4% disse ter decidido junto com o/a profissional de saúde.

Verificamos, assim, que a maioria das mulheres decidiu sozinhas sobre o método contraceptivo que usaria, e isso pôde indicar a manutenção do pensamento que relega a contracepção à responsabilidade exclusiva da mulher. É importante ponderarmos que esta responsabilidade deve ser compartilhada com o parceiro, já que o mesmo é parte integrante do ato sexual e responsável também pela gravidez, seja ela desejada ou não.

Em relação aos métodos contraceptivos que as usuárias conhecem, a tabela abaixo demonstrará os números absolutos e os dados percentuais da incidência de conhecimento sobre cada método isoladamente citados pelas pesquisadas, sem computar as várias associações de método que individualmente cada mulher indicou conhecer.

Tabela 2 - Conhecimento das mulheres acerca dos métodos contraceptivos

TIPO DE MÉTODO	F(n)	F(%)
Pílula anticoncepcional	43	96
Camisinha masculina	37	82
Contraceptivos injetáveis	17	38
Dispositivo Intra Uterino	13	29
Laqueadura	12	27
Tabelinha	9	20
Camisinha feminina	6	13
Coito interrompido	5	11
Diafragma	1	2
Histerectomia	1	2

Fonte: pesquisa de campo SMS/CG, 2011.

Notamos a ausência de conhecimento por parte das usuárias sobre a pílula de emergência, também conhecida como pílula do dia seguinte, que, apesar de não ser indicada como método contraceptivo, pode e deve ser disseminada entre as mulheres como uma opção de contracepção de emergência. Verificamos, entre os métodos citados, a pouca menção em

relação ao diafragma e à camisinha feminina, o que pode indicar a inexistência desses métodos nos serviços de saúde. Percebemos que a histerectomia foi citada por pequena parte das usuárias como um método contraceptivo. É importante salientarmos que a histerectomia não é reconhecida, nem indicada como contracepção, já que esse procedimento cirúrgico é aplicável para mulheres que, por algum problema nos órgãos do sistema reprodutivo, necessitam removê-los. Foi possível constatarmos que os dois métodos reversíveis de maior conhecimento entre as usuárias se configuram como os métodos mais disponíveis pela Estratégia Saúde da Família (ESF) - camisinha masculina e pílula anticoncepcional - conforme demonstra a Tabela 3:

Tabela 3: Métodos disponibilizados pelo SUS

TIPOS DE MÉTODOS	F(n)	F(%)
Pílula anticoncepcional	37	82
Camisinha masculina	35	78
Anticoncepcionais injetáveis	9	20
Dispositivo Intra Uterino	5	11
Laqueadura	3	7
Tabelinha	2	4
Camisinha feminina	1	2
Diafragma	1	2
Não sabe	3	7

Fonte: pesquisa de campo SMS/CG, 2011.

Os dados acima confirmam nosso pressuposto de que a pílula anticoncepcional e a camisinha masculina são os métodos mais disseminados na ESF, tanto em relação a indicações de uso feitas pelos profissionais da saúde, para as usuárias, quanto em relação à disponibilidade de oferta no SUS. Vale destacar, ainda, que os valores apresentados na tabela se referem ao total de vezes que o método foi mencionado, já que as mulheres fizeram referência a mais de um tipo de método disponível.

No tocante ao local onde as usuárias obtiveram as informações sobre os métodos de contracepção, 58% afirmou que ter sido informada nos serviços de saúde, 20% pelos meios de comunicação, 16% na escola e 7% através de familiares. É importante destacarmos que as mulheres citaram mais de um meio de informação, motivo pelo qual os dados apresentados demonstram o número de vezes que a variável foi citada entre as pesquisadas.

Em relação à forma de aquisição dos métodos contraceptivos reversíveis, verificamos que 24% costuma comprar em farmácias e 22% adquire pelo SUS, através da ESF. Neste sentido, pudemos perceber que, apesar das mulheres pesquisadas serem usuárias do SUS, o maior percentual não adquire os métodos contraceptivos na ESF.

Com relação ao número de gestações, verificamos que 36% das usuárias teve de 1 a 2 gestações, 33% de 3 a 4 gestações, 9% de 5 a 6 gestações, 2% de 7 a 8 gestações e, por fim, 20% nunca engravidou. Segundo dados do IBGE (2000), a taxa de fecundidade brasileira é de 2,3 filhos por mulher; assim, percebemos que a maioria das usuárias pesquisadas está dentro dessa projeção nacional.

No que se refere aos filhos nascidos vivos, constatamos que 40% teve de 1 a 2 filhos nascidos vivos, 34% de 3 a 4 filhos nascidos vivos, 4% de 5 a 6 nascidos vivos, 2% de 7 a 8 filhos nascidos vivos; e ainda 20% não teve nenhum filho.

Assim, verificamos que a mortalidade infantil esteve mais presente entre as mulheres que tiveram três ou mais gestações, já que houve um aumento maior na porcentagem de 1 a 2 nascidos vivos em relação ao número de mulheres que tiveram de 1 a 2 gestações. De acordo com o DATASUS (2009), no ano de 2009, Campina Grande-PB registrou 108 óbitos infantis, perdendo apenas para João Pessoa-PB, que registrou 165 óbitos.

No tocante à realização do pré-natal, na última gestação das mulheres que engravidaram, verificamos que a maioria das usuárias realizou o pré-natal (73%), enquanto uma pequena parcela não realizou (7%). Com relação à média de consultas realizadas, 7% afirmou ter feito até 3 consultas, ao passo que 11% disse ter realizado de 3 a 5 consultas. Verificamos, ainda, que grande parte das usuárias realizou de 6 a 8 consultas (38%) e, acima de 8 consultas, 17%; estando, assim, de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que preconiza o mínimo de seis consultas, “sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação” (BRASIL, 2005, p.6).

Com relação ao tipo de procedimento realizado no último parto, 51% afirmou ter realizado parto normal, enquanto 29% submeteu-se à cirurgia cesariana. Percebemos que grande parte das mulheres teve o parto realizado de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde, ao priorizar o parto natural, mas ainda é grande o número de mulheres submetidas à cirurgia cesariana. Neste sentido, Santiago (2001, p.95) salienta que:

Em certa medida, este número excessivo de cesarianas, na maioria das vezes, ocorre não por problemas obstétricos para a realização do parto, mas, por fatores externos, que incluem desde a facilidade de agendamento entre

parturiente, médico e hospital para a realização do procedimento até o maior rendimento financeiro por parte da equipe médica com cesárea.

No tocante ao local que foi realizado o último parto, constatamos que a grande maioria das usuárias teve o parto realizado pelo SUS (78%), enquanto apenas 2% foi realizado na rede privada de saúde.

Em relação à qualidade do atendimento durante o processo do parto, verificamos que a maioria das mulheres que teve seu parto pelo SUS considera o atendimento de boa qualidade e de forma humanizada (56%), mas ainda constatamos que uma parcela dessas usuárias não se sentiu satisfeita com o atendimento recebido na hora do parto (22%).

Percebemos que a satisfação em relação ao atendimento recebido na hora do parto foi predominante entre as mulheres pesquisadas, e, neste sentido, é importante salientarmos que, desde ano 2000, o Ministério da Saúde tem atuado para a melhoria da atenção ao parto e pós-parto como forma de reconhecimento da cidadania das mulheres, e, para isto, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem como principal objetivo “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p.5).

Tal iniciativa do referido ministério pode ter impactado a atenção ao parto nas maternidades brasileiras e melhorado o acesso, a cobertura e a qualidade do atendimento prestado às usuárias do SUS, e isto se reflete no nível de satisfação demonstrado pelas usuárias da amostra.

Em relação à atenção puerperal, que se caracteriza como um período de muitas particularidades da saúde da mulher, o PHPN recomenda a revisão puerperal precoce, entre 7 a 10 dias, e a revisão puerperal tardia, entre 30 a 42 dias após o nascimento da criança (BRASIL, 2006). Indagamos as usuárias sobre a realização da consulta médica até 42 dias após o parto: 29% afirmou ter realizado a consulta puerperal e 51% disse não tê-la feito. Considerando que a incidência de não realização da revisão puerperal atingiu um pouco mais da metade da amostra pesquisada, analisamos os motivos pelos quais as mulheres não fizeram a referida consulta, conforme demonstra a tabela a seguir.

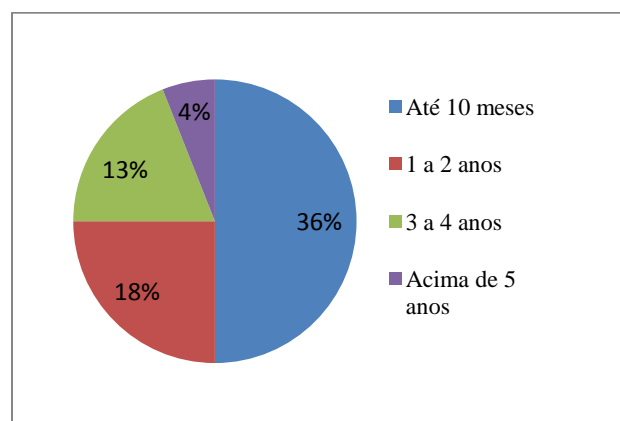
Tabela 4 – Motivos para não realização de consulta puerperal.

	F(n)	F (%)
Não desejou fazer	14	31
Não foi informada que era necessário	4	9
Não conseguiu acesso pelo SUS	3	7
Não considera importante	2	4
Não se aplica (não engravidaram, mulheres que realizaram a consulta).	22	49
TOTAL	45	100

Fonte: pesquisa de campo SMS/CG, 2011.

Assim, notamos que a atenção as mulheres pesquisadas em relação ao puerpério foi deficitária, levando em conta, principalmente, a falta de acesso e de informação suficiente para o reconhecimento da importância desse procedimento para a sua saúde, durante este período. Segundo a PNAISM (2009), “a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde” e os dados apresentados acima ilustram tal afirmativa.

Indagamos as mulheres que tiveram filhos/as sobre a amamentação do/a seu/sua último/a filho/a e verificamos que 71% amamentou, enquanto 9% não o fez. Em relação ao tempo de amamentação o gráfico a seguir expressa este resultado:

Gráfico 2 - Tempo de amamentação

Fonte: pesquisa de campo SMS/CG, 2011.

Constatamos então que todas as mulheres que amamentaram seu/sua último/a filho/a, o fizeram por tempo superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-

Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), que inclui até os seis meses de idade (BRASIL, 2002).

Colhendo informações acerca do aborto, verificamos que 76% afirmou nunca ter vivenciado situações de abortamento, enquanto 20% teve um aborto e 4% dois abortos. Das que abortaram, 18% teve aborto espontâneo, e 7% provocou o aborto.

Em relação ao aborto provocado, questionamos as usuárias sobre quem tomou a decisão em recorrer ao aborto e verificamos que a maior indicação para o procedimento abortivo partiu dos companheiros das usuárias (4,44%), em contraponto as que tomaram a decisão sozinhas (2,22%). Concernente ao método utilizado para provocar o aborto, todas as mulheres pesquisadas afirmaram que ingeriram chás ou misturas caseiras abortivas.

Questionamos as mulheres que vivenciaram situação de abortamento, espontâneos ou provocados, a despeito de terem tido ajuda de alguém após o aborto: 13% declarou ter contado com ajuda de alguém, enquanto 11% não teve ajuda alguma. Em relação a quem auxiliou no pós-aborto, 9% disseram ter tido ajuda do companheiro, 2% da mãe, 2% da uma amiga.

Interessamo-nos em saber se as mulheres que abortaram procuraram algum serviço de saúde para atendimento em decorrência do aborto e verificamos que a maioria das usuárias recorreu ao serviço de saúde (20%), ao passo que apenas 4% não procurou. Tendo em vista saber sobre qual serviço foi procurado, verificamos que a maioria destas usuárias (13%) foi atendida no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) que se constitui o hospital de referência em Campina Grande para as mulheres em situação de abortamento, 2% no hospital Antonio Targino, 2% no hospital Pedro I e 2% na clínica Dr. João Leite.

Indagadas se ficaram com algum problema de saúde em decorrência do aborto espontâneo ou provocado, 20% disse não ter tido, enquanto 4% mencionou ter alguma sequela e procurado o serviço de saúde para resolvê-la.

Assim, no que se refere ao aborto, vale destacar que o percentual de mulheres que provocaram o aborto (6,66%), o fizeram de maneira insegura, trazendo risco para suas vidas. Como destaca Rabay e Soares (2008, p.13), os abortos “acontecem sem assistência adequada, em condições precárias, realizados por pessoas sem capacitação e com possibilidades de complicações pós-aborto, como hemorragia, infecção, infertilidade e/ou morte”.

Faz-se importante salientarmos, ainda, de acordo com as autoras supracitadas, que essa realidade de abortamento inseguro reflete uma realidade nacional, já que anualmente estima-

se que ocorram, no Brasil, entre 729 mil e 1,25 milhão de abortamentos clandestinos (idem, 2008).

No Brasil, a ilegalidade que perpassa a questão do aborto relega as mulheres a uma situação de marginalidade que causa, além de ausência de assistência adequada dentro dos serviços de saúde, inúmeros outros problemas para sua saúde, como ressalta a PNAISM: “o aborto realizado em condições inseguras figura entre as principais causas de morte materna e é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde” (BRASIL, 2009, p.31).

No tocante ao câncer de mama, questionamos as usuárias se elas já foram diagnosticadas com esta doença e verificamos que 98% nunca o teve, enquanto apenas 2% informou o acometimento de tal doença.

Em relação à prevenção desse tipo de câncer, 60% afirmou ter feito a prevenção, já 40% declarou não tê-la feito. Indagamos as mulheres que já fizeram a prevenção sobre a última vez que a fizeram e verificamos que 32% está em dia com a prevenção do câncer de mama, já que realizaram os exames preventivos (clínico ou de imagem) entre 2010 e 2011, sinalizando que estão realizando anualmente, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Contudo 28% das usuárias, o que soma quase a metade das mulheres que fizeram a prevenção, não está em dia com os exames preventivos, apontando assim um dado preocupante.

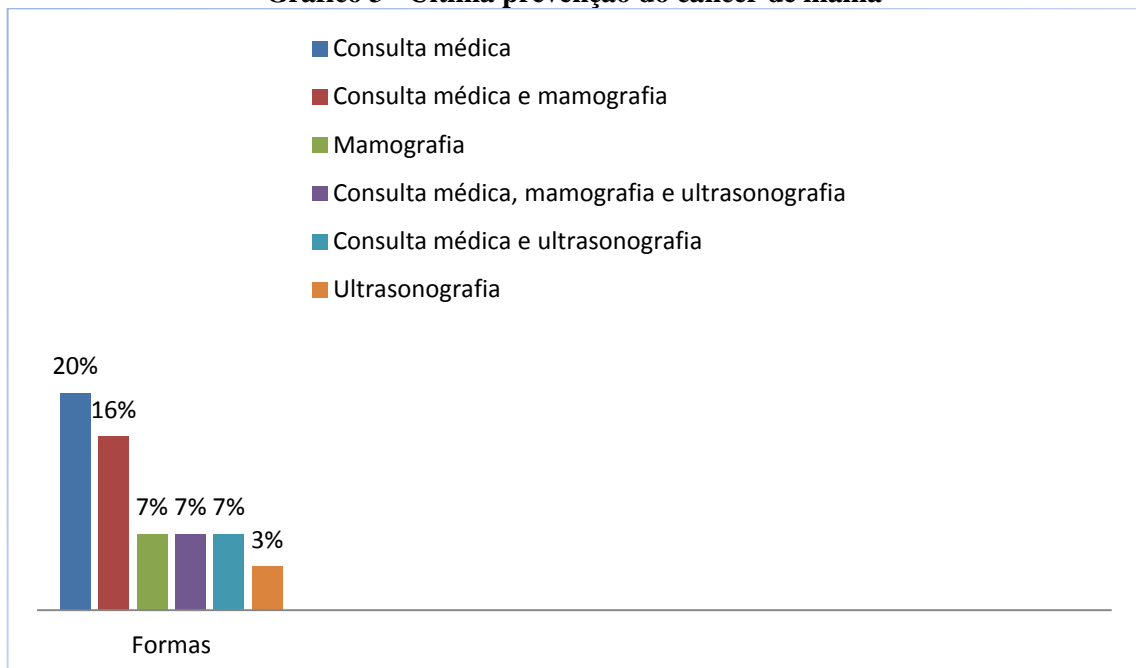
Tabela 5 – Ano de realização da última prevenção do câncer de mama

ANO DE REALIZAÇÃO DO EXAME	F(n)	F(%)
Não lembra	2	4
2003	1	2
2004	1	2
2005	2	4
2006	1	2
2008	3	7
2009	3	7
2010	7	16
2011	7	16
Não se aplica	18	40
TOTAL	45	100

Fonte: pesquisa de campo SMS/CG, 2011.

Analisando a forma como foi feita a última prevenção, percebemos que a utilização dos exames de imagem (ultrasonografia e mamografia), considerados os mais confiáveis para detecção do câncer de mama, não foram acessados por todas as mulheres que realizaram a referida prevenção (60%), posto que metade delas (30%) fez mamografia e apenas 17% teve acesso à ultrasonografia. Levando em consideração que a maior parte da amostra da pesquisa é constituída de adultas (68,9%) e que a PNAISM prevê a realização da mamografia anualmente a partir dos 40 anos, podemos inferir que o PAIM, serviço de média complexidade responsável pela especialidade de mastologia, não está seguindo as diretrizes da citada política, já que não assegura a realização das mamografias anuais.

Gráfico 3 - Última prevenção do câncer de mama



Fonte: pesquisa de campo SMS/CG, 2011.

Ainda em relação ao exame de mamografia, vale destacar que a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande possui um déficit de mamógrafos, o que ratifica a dificuldade das mulheres acessarem o referido exame. Esta informação foi acessada durante a III Conferência Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres, ocorrida em 2011,

Questionamos as usuárias acerca do local onde realizaram tais exames e constatamos que a maioria das usuárias (51%) os fizeram através do SUS e 9% pela rede de saúde privada.

Percebemos que a maioria das mulheres pesquisadas faz regularmente a prevenção do câncer de mama, seja semestralmente (7%) ou anualmente (27%), mas uma parcela da

amostra (20%) fez a prevenção apenas uma vez, o que pode indicar que não vem fazendo esta prevenção regularmente.

Segundo a PNAISM (2009), o diagnóstico tardio do câncer de mama acontece em cerca de 60% dos casos, e torna-se um desafio mudar essa realidade, já que o diagnóstico precoce aumenta expressivamente a perspectiva e a qualidade de vida das mulheres depois do diagnóstico da doença.

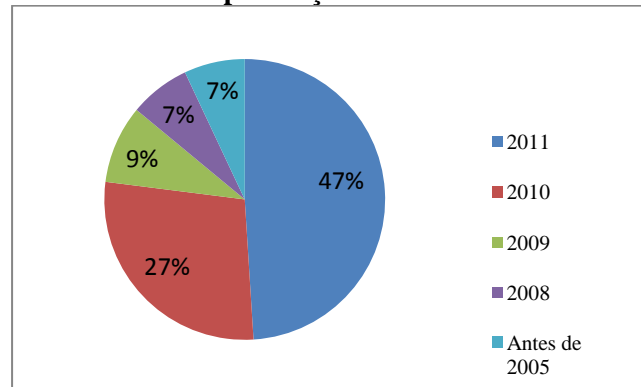
Ainda em relação à prevenção do câncer de mama, perguntamos às usuárias se elas sabiam realizar o autoexame das mamas, tendo em vista que esse método pode ser importante para o diagnóstico precoce de nódulos e cistos; verificamos que 78% sabe realizar o autoexame e 22% não sabem.

No tocante ao câncer de colo de útero, procuramos saber sobre a incidência desta doença e constatamos que não houve nenhuma mulher, dentre as pesquisadas, que tenha tido esse tipo de câncer. Vale salientar que, apesar de não ter aparecido incidência do câncer de útero dentre estas mulheres, um número considerável de mulheres que são atendidas no SMS apresentam lesões de colo de útero, geralmente provenientes do HPV, chamadas de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), que podem ser de grau I, II ou III e podem evoluir para o câncer. Comumente, as usuárias que apresentam essas lesões precursoras são encaminhadas para o hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP).

Com relação à prevenção do câncer de colo de útero, questionamos as mulheres da amostra a respeito da realização do exame citopatológico cérvico vaginal, popularmente conhecido como citológico, já que este é o exame clínico imprescindível para diagnosticar doenças do trato genital feminino. Verificamos que 96% já fez o exame citológico e 4% ainda não o fez.

Interessadas em saber sobre a periodicidade da prevenção do câncer de colo de útero, perguntamos de quanto em quanto tempo as usuárias faziam o exame preventivo, e constatamos que grande parte das pesquisadas fazem este exame anualmente (57,78%) e semestralmente (18%), seguindo as orientações do Ministério da Saúde, que recomenda a prevenção do câncer de colo pelo menos uma vez ao ano. Verificamos, ainda, que 18% não sabe com que periodicidade realiza o referido exame, e 2,22% o fez apenas uma vez.

Sobre a última vez que realizaram o exame preventivo de tal câncer, constatamos que grande parte da amostra estava em dia com a prevenção. Conforme demonstra o gráfico abaixo, 47% realizou o referido exame em 2011 e 27% em 2010:

Gráfico 4 - Última prevenção do câncer de colo de útero

Fonte: pesquisa de campo SMS/CG, 2011.

Concernente, ainda, ao exame citológico, indagamos as usuárias à cerca dos locais onde realizaram este exame, e verificamos que 82% o fez através do SUS e 13% pela rede privada de saúde. Com isso, percebemos que a grande maioria das mulheres vem fazendo a prevenção do câncer de colo de útero periodicamente, seja semestralmente ou anualmente.

Neste sentido, a PNAISM alerta para implantação de medidas que garantam prevenção e promoção da saúde ginecológica da mulher:

A prevenção do câncer ginecológico, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requerem a implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina; investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação (BRASIL, 2009, p.48).

Assim, percebemos que a melhoria da atenção preventiva ao câncer de colo de útero, bem como do câncer ginecológico de maneira geral, requer ações articuladas, no âmbito do SUS, de organização, e melhoria do atendimento prestado de forma bem ajustada nos três níveis de complexidade do Sistema.

Instigamo-nos a pesquisar, no âmbito da saúde reprodutiva das mulheres, questões referentes à reprodução humana assistida e verificamos que 93% das mulheres nunca fez uso de método pra conseguir engravidar, ao passo que apenas 7% fez uso de tratamento de fertilidade. Constatamos, ainda, que esse tratamento foi realizado pelo SUS, através de atendimento pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil, 287 mil casais têm problema pra gerar um filho em algum momento da sua vida fértil (BRASIL, s/d). Diante disso, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana

Assistida, com o objetivo de ampliar o acesso de casais às soluções para a infertilidade, seja do homem ou da mulher.

2.3 Saúde Sexual

Para que pudéssemos analisar a Saúde Sexual da amostra de mulheres pesquisadas, direcionamos os estudos para as questões referentes à vivência da sexualidade, à prevenção da AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e à violência de gênero.

Com relação à iniciação sexual, 98% das mulheres declarou já ter iniciado sua vida sexual enquanto 2% disse não ter iniciado. No que diz respeito à idade da primeira relação sexual, 16% teve sua primeira prática dos 12 aos 14 anos, 38% dos 15 aos 17 anos, 22% dos 18 aos 20 anos, 16% dos 21 aos 23 anos e 7% acima de 24 anos. Conforme os dados apresentados, pôde-se perceber que a maioria das mulheres pesquisadas iniciou sua vida sexual ainda muito jovem: entre os 12 e os 20 anos.

Indagadas sobre se tiveram acesso a informações sobre sexo antes da primeira relação, 38% afirmou ter tido acesso tais informações, enquanto 60% não foram informadas. Das mulheres que foram informadas, 4,44% disse ter tido informações sobre sexo através da mãe, 4,44% com as amigas, 7% através da unidade de saúde, 11,11% através da escola e outros 11,11% com a irmã. Tais dados demonstram que a escola e as irmãs das usuárias tiveram papel significativo como principais informadoras sobre sexualidade na amostra estudada.

Diante do exposto, é possível verificar que a maioria das mulheres não teve informação sobre sexo antes da primeira prática sexual, o que, somado à idade precoce de iniciação sexual, pode sinalizar um dado preocupante: a possibilidade de vivência não prazerosa da sexualidade e o risco de contaminação com DSTs. É importante destacarmos, ainda, que poucas mulheres (4%) tiveram orientação sexual com a mãe, o que nos leva a inferir que a orientação familiar sobre sexualidade ainda é ínfima.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, através da cartilha Direitos Sexuais e Reprodutivos, salienta a necessidade de inserção da população jovem em uma política específica de atenção integral aos direitos sexuais e reprodutivos desta população:

A saúde sexual e a saúde reprodutiva da população adolescente, principalmente na faixa dos 10 aos 15 anos, deve ser o foco prioritário de análise, de intervenção e cuidados. Afinal, as expectativas familiares e

sociais sobre essa faixa não incluem, via de regra, maternidade ou paternidade, fato este que pode acarretar conseqüências indesejáveis para adolescentes de ambos os sexos, seus(suas) parceiros(as) e para seus filhos (BRASIL, 2005, p.20).

No que se refere ao acesso a informações sobre AIDS e DSTs, 96% das mulheres disse já ter tido acesso a tais informações, enquanto 4% não o teve. A incidência de indicação dos locais onde as mulheres receberam tais informações apareceu nas respostas das informantes com os seguintes percentuais: 76% através da unidade de saúde, 31% por meio da escola, 18% através dos meios de comunicação e 16% via familiares e amigos/as. Cabe lembrar, que o instrumento de coleta possibilitava assinalar mais de uma resposta. Percebemos, assim, que as unidades de saúde, juntamente com a escola, se configuram as maiores agentes de informação sobre DSTs e AIDS, dentro da amostra analisada.

Sobre as DSTs que as mulheres pesquisadas conhecem, a tabela abaixo demonstrará os resultados que foram considerados a partir do número de vezes que a doença foi citada:

Tabela 6 – tipos de DSTs conhecidas

DSTs	F(n)	F(%)
AIDS	36	80
HPV	19	42
Gonorréia	14	31
Sífilis	13	29
Candidíase	8	18
Herpes	8	18
Tricomóníase	3	7
Câncer	3	7
Cancro	1	2
Hepatite C	1	2
Crista de galo	1	2
Não conhece	3	7

Fonte: pesquisa de campo SMS/CG, 2011.

De acordo com os dados, percebemos que a AIDS se constitui a doença mais conhecida pelas mulheres, seguida pelo HPV, que atualmente se configura um vírus sexualmente transmissível de enorme incidência entre as mulheres usuárias do Serviço

Municipal de Saúde. É preocupante o fato de apenas 42% da amostra pesquisada ter se referido ao HPV, tendo em vista que este vírus é o principal responsável pelo acometimento de câncer de colo de útero. Vale destacar, ainda, que o Câncer foi citado por 7% das usuárias como uma DST, e sabemos que essa afirmação é errônea, tendo em vista que o câncer não se transmite sexualmente, segundo a ciência que se dedica a este assunto.

No que tange às formas de transmissão das doenças que as mulheres pesquisadas conhecem, a relação sexual foi mencionada por 91% das pesquisadas, a transfusão de sangue foi citada por 16%, as seringas contaminadas foram mencionadas por 4%, o beijo teve menção de 4%, higiene pessoal foi citada por 4%, o corte foi referido por 2% e outros 2% revelou não saber.

Concernente ao nível de contaminação com DSTs, verificamos que 87% declarou nunca ter tido DSTs, enquanto 13% disse ter sido acometida com alguma DST. Sobre qual ou quais DSTs tiveram, 11% apontou HPV e 2% herpes, gonorréia e candidíase.

Questionadas acerca da prevenção contra a AIDS e DSTs, apenas 33% afirmaram se prevenir, ao passo que 67% não se previne. Estes dados se coadunam com os resultados apresentados sobre o uso de preservativos masculinos e/ou femininos; relativo a esses dados, detectamos que somente 11% da amostra analisada indicou utilizar a camisinha masculina e nenhuma incidência foi relatada para o uso de preservativos femininos.

Interessadas em saber sobre a fidelidade sexual do parceiro das mulheres da amostra, já que a maioria destas não usa preservativo nas suas relações sexuais, verificamos que 58% confessa saber da infidelidade do parceiro, o qual manteve ou mantém relação sexual com outra pessoa, enquanto 40% considera o parceiro fiel.

Com isso, podemos inferir que grande parte das mulheres (67%) está inserida em um grupo de risco de contaminação com a AIDS ou alguma DST, na medida em que não se previne contra tais doenças, mesmo sabendo da infidelidade sexual do parceiro, o que se apresenta como um dado alarmante. Vale salientar que grande parte dessas mulheres faz uso de métodos contraceptivos (77%), e, destas, apenas 11% usa preservativos, demonstrando que as orientações dadas às mulheres no planejamento familiar, oferecido pela ESF, não estão considerando a importância do uso do preservativo, articulado ao planejamento familiar, como forma mais eficaz de prevenção contra DSTs/AIDS. Corroborando esta afirmação, em pesquisa realizada em duas ESFs de Campina Grande/PB, Santiago salienta que:

A vivência da saúde sexual e reprodutiva das mulheres usuárias das ESFs pesquisadas segue a tendência apontada em nível nacional, a

qual evidencia que é bastante elevado o uso de métodos anticoncepcionais de alta eficácia, não havendo a devida preocupação, por parte do Ministério da Saúde, em articular o planejamento familiar com os programas de prevenção contra DSTs/AIDS (2011, p.99-100).

Buscando investigar sobre incidência de violência de gênero na amostra, verificamos que 22% destas já vivenciou algum tipo de violência, enquanto 78% não. Ressaltamos que das mulheres que vivenciaram violência de gênero todas alegaram terem sido submetidas a mais de um tipo de violência. Dessa forma, a incidência de violência física foi indicada por 16%, a psicológica por 13%, a moral por 7% e a de tipo sexual por outros 7%. Sobre a pessoa que praticou a violência, 18% das pesquisadas foi agredida pelo parceiro/marido, 2% pelo irmão e outros 2% pelo namorado.

Indagadas se procuraram ajuda depois de ocorrido o ato violento, 7% declarou ter procurado, enquanto 15% não solicitou ajuda. Das que procuraram, 4,44% foi através da delegacia da mulher e 2,22% com uma amiga.

Questionamos ainda se as mulheres agredidas fizeram a notificação da violência no serviço de saúde e constatamos que apenas 4% das mulheres chegou a preencher a ficha de notificação compulsória¹, enquanto 18% não realizou tal preenchimento.

Diante disso, podemos perceber que a violência de gênero ainda está bastante presente na vida das mulheres, se configurando inclusive como um grave problema de saúde pública hoje no Brasil (BRASIL, 2009), já que um percentual significativo de mulheres (22%) sofreu mais de um tipo de violência do parceiro/marido, namorado ou irmão. E, ainda, destas, houve um número significativo (15%) que não procurou nenhum tipo de ajuda após o fato, sinalizando que as mulheres vítimas de violência ainda se sentem vulneráveis diante dos agressores, apesar dos avanços da legislação punitiva para o agressor com o advento da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

¹ A notificação compulsória foi estabelecida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de evidenciar os agravos a saúde para que sejam tomadas medidas resolutivas pertinentes por parte do referido Ministério. Em 2011, a violência foi inserida na lista de agravos a saúde através da portaria 104 de 25 de janeiro de 2011, tornando-se obrigatória notificação dos casos de violência contra a mulher detectados nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Pudemos constatar, através dos dados apresentados, que os direitos relativos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres pesquisadas não foram efetivados de forma plena, mas devemos considerar que houve avanços importantes na melhoria da atenção prestada às mulheres da amostra.

No tocante à saúde reprodutiva pudemos constatar, referente aos métodos contraceptivos, que o conhecimento sobre os mesmos se concentra, em grande parte, no preservativo masculino e na pílula anticoncepcional, o que reflete uma aplicabilidade ineficaz do planejamento reprodutivo na ESF, já que este é o nível responsável por esta ação e foi apontado como o principal meio de informação e recepção dos métodos contraceptivos pelas mulheres pesquisadas (58%).

Percebemos, ainda, que a atenção ao pré-natal e parto foi satisfatória para maioria das usuárias do SUS, e consideramos esse dado como um indicativo importante de que a melhoria na atenção prestada às mulheres nessa fase reprodutiva tem evoluído positivamente. Contudo, constatamos uma atenção puerperal ineficiente, já que a maioria (51%) das usuárias não realizou consulta médica nesse período. Neste sentido, torna-se necessária maior atenção por parte tanto dos profissionais, quanto do Ministério da Saúde em investimentos para melhoria da atenção puerperal no Brasil.

Além disso, vimos que o aborto, relegado em nossa sociedade a uma situação de marginalidade e invisibilidade, está presente na vida das mulheres que sofrem diversos agravos à saúde por causa da clandestinidade. E, neste sentido, sinalizamos como necessária, além de urgente, medidas que tirem as mulheres que praticam o aborto do status de criminosas e as garantam meios seguros para a realização do abortamento, como forma de reconhecimento da sua cidadania e autonomia corporal, além de solucionar a questão de saúde pública na qual se insere o aborto no Brasil.

No que se refere à prevenção do câncer de mama, vimos que um número significativo das usuárias não teve acesso à mamografia, que é preconizada pelo Ministério da Saúde como o principal exame para detecção deste tipo de câncer. Sendo assim, necessário se faz maiores investimentos para aquisição de mamógrafos e conseqüentemente a ampliação do acesso a uma prevenção eficaz.

Em relação a prevenção do câncer de colo de útero, constatamos que as mulheres vem fazendo a prevenção de forma regular, o que denota um dado positivo para diminuição da incidência deste tipo de câncer no Brasil.

Como vimos na introdução deste trabalho, a saúde sexual tem como um dos seus princípios fundamentais o direito de toda pessoa receber informações amplas e sem preconceitos sobre as possíveis práticas sexuais, com vistas a possibilitar uma vivência prazerosa da sexualidade, livre de riscos de contaminação de doenças, bem como de gestações indesejáveis. Neste sentido, pudemos constatar com os dados apresentados na amostra, que um número significativo de mulheres não teve acesso a esse direito, já que não foram informadas sobre sexo antes da sua primeira relação sexual.

Além disso, verificamos que as informações sobre AIDS/DSTs não foram passadas para as mulheres de forma completa, já que elas demonstraram conhecimentos parciais sobre essas doenças, o que nos faz inferir que a principal fonte informadora sobre as DSTs da amostra analisada, as Estratégias Saúde da Família, citada por 76% das usuárias, não está realizando a prevenção de forma eficaz, tendo em vista que as usuárias pesquisadas só demonstraram conhecimento sobre algumas DSTs, e não sobre todas, como seria o ideal para uma vida sexual mais segura.

Percebemos que um número significativo de mulheres (67%) não se previne contra DST/AIDS em suas relações sexuais, o que aponta para um grupo de alto risco de contaminação, principalmente por uma grande parcela dessas mulheres (58%) acreditarem na infidelidade do seu parceiro.

E, por fim, outro agravante importante para não efetividade da saúde sexual e reprodutiva das mulheres diz respeito à violência de gênero que se apresentou de maneira relevante na amostra pesquisada, pois 22% das mulheres já sofreu mais de uma forma de violência.

Na parte introdutória deste trabalho, pudemos perceber um grande instrumental de leis e conceitos referentes à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. No entanto, quando apresentamos o resultado da pesquisa com usuárias de um serviço público de saúde, percebemos que tal instrumental não é efetivado de forma integral, pois alguns aspectos concernentes a saúde sexual e reprodutiva não chegam a contemplar o previsto nas legislações, a exemplo da atenção puerperal, prevenção do câncer de mama, disponibilidade de maior leque de métodos contraceptivos, prevenção contra DSTs/AIDS, .

Mas, vale salientar, tivemos resultados positivos que denotam para uma melhoria significativa na atenção prestada às mulheres usuárias do PAIM, como maior nível de prevenção do câncer de colo de útero e melhorias na atenção ao pré natal e parto.

É importante considerarmos que as mulheres pesquisadas já passaram, durante a sua vida sexual e reprodutiva, por outros serviços do SUS, o que nos faz inferir que as lacunas referentes à prevenção da saúde, que foram evidenciadas pelas usuárias da amostra, podem ser advindas da Estratégia Saúde da Família (ESF), a porta de entrada do referido sistema, o que nos faz sinalizar para a ainda frágil integralidade do SUS.

Diante disso, concluímos que as mulheres pesquisadas tiveram seus direitos referentes à saúde sexual e reprodutiva parcialmente efetivados, já que, em alguns pontos, percebemos que a atenção recebida pelas usuárias foram satisfatórias e, em outros, demonstraram necessidade de melhoria nas ações de prevenção e promoção da saúde dentro dos níveis de atenção do SUS. Concluímos ainda que as prerrogativas concernentes à saúde sexual e reprodutiva, contidas na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), bem como na Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, não estão efetivamente consolidadas na amostra pesquisada.

4 REFERÊNCIAS

ÁVILA, Maria Betânia; SONIA, Corrêa. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. Págs: 71-103.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 1ª edição, 2ª reimpressão. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de Mama**: documento de consenso. Secretaria de Atenção a Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em: 30/11/2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 104 de 25 de janeiro de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 08/12/2011.

CAMPOS, Carmem Hein; OLIVEIRA, Guacira Cesar. **Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios**. Brasília: CEFEMEA: IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2009.

DATASUS. **Informações em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10pb.def>>. Acesso em: 02/10/2011.

Declaração da Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Pequim, 2005. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>>. Acesso em 11/11/2010.

GALVÃO, Loren. Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde da Mulher e Saúde Materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. P. 165-179.

GLORIA, Rabay; SOARES, Gilberta Santos. **Abortamento inseguro: assistência e discriminação**. João Pessoa: Cunha – Coletivo Feminista; Marmesh, 2008.

IBGE. **Fecundidade, Natalidade e Mortalidade**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>>. Acesso em: 03/10/2011.

Portal da Saúde. **Dados sobre Reprodução Humana Assistida**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=832>. Acesso em: 30/11/2011.

SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima. Direitos Reprodutivos na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB. In: MACHADO, C. J. S.; NUNES, M. L. S.; SANTIAGO, I. M. F. L. (orgs.). **Olhares: gênero, sexualidade e cultura**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2011.

TEIXEIRA, Maria da Glória; PENNA, Gerson Oliveira; RISI, João Batista; PENNA, Maria Lúcia; ALVIM, Maria Lúcia; MORAES, José Cássio de; LUNA, Expedito. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, V. 7, n.1, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05/12/2011.

Texto Integral do Relatório da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento. Nações Unidas. Cairo, 5 a 13 de setembro de 1994. Disponível em: <<http://www.sepm.gov.br/Articulacao/articulacao-internacional/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 29/11/2011.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** 3ª Edição. Brasília: UNFPA, 2009.