

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

BÁRBARA BEATRIZ DA SILVA NUNES

**SAÚDE REPRODUTIVA EM UBERLÂNDIA – MG:
UMA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PELOS
USUÁRIOS E PRESTADORES**

UBERLÂNDIA
2015

BÁRBARA BEATRIZ DA SILVA NUNES

**SAÚDE REPRODUTIVA EM UBERLÂNDIA – MG:
UMA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PELOS
USUÁRIOS E PRESTADORES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Geografia.

Área de concentração: Geografia e Gestão do Território

Linha de pesquisa: Análise, Planejamento e Gestão Ambiental

Orientação: Prof. Dr. Paulo Cesar Mendes

UBERLÂNDIA
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

- N972s Nunes, Bárbara Beatriz da Silva, 1987-
Saúde reprodutiva em Uberlândia – MG: uma avaliação dos serviços pelos usuários e prestadores / Bárbara Beatriz da Silva Nunes. - 2015.
134 f. : il.
- Orientador: Paulo Cezar Mendes.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Geografia.
Inclui bibliografia.
1. Geografia. 2. Geografia da saúde. 3. Saúde pública – Uberlândia (MG). I. Mendes, Paulo Cezar. II. Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Geografia. III. Título.

CDU: 910.1



BÁRBARA BEATRIZ DA SILVA NUNES

SAÚDE REPRODUTIVA EM UBERLÂNDIA – MG: UMA
AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PELOS USUÁRIOS E
PRESTADORES

Professor Dr. Paulo Cezar Mendes - UFU

Professor Dr. João Donizete Lima – UFG – Catalão - GO

Professor Dr. Samuel do Carmo Lima – UFU

Data: 14/ 09 de 15

Resultado: Approved

Dedico aos meus pais João e Balbina, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho e incentivo ao longo de toda minha vida...

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus pela oportunidade concedida e por sua proteção, sem as quais seria impossível escrever esta dissertação.

À Universidade Federal de Uberlândia e ao Programa de Pós-Graduação em Geografia pela oportunidade de realizar este curso em uma instituição pública e de qualidade.

À minha família e, em especial, meus pais. Eles não apenas me educaram, mas me apoiaram, compreenderam, afagaram e incentivaram durante todas as situações de desafio em que estive. Assim, me forneceram o alicerce para meu crescimento pessoal, emocional, espiritual, intelectual e profissional.

Ao meu orientador, Dr. Paulo Cesar Mendes, o qual não forneceu apenas seus conhecimentos acadêmicos, mas seu apoio para o êxito desta pesquisa.

Ao professor Samuel do Carmo Lima que instituiu o convênio entre a UFU e a Universidade do Minho, o que possibilitou o início desta pesquisa.

À Dra. Eleusa Gallo Rosenburg e aos estagiários da Faculdade Pitágoras que realizaram o trabalho de campo para a pesquisa do convênio.

Aos professores Dr. Jean Ezequiel Limongi e Dr. Júlio Cesar de Lima Ramires que realizaram importantes críticas, contribuições e sugestões de leitura, tendo, por isso, papel vital no êxito desta pesquisa.

À Prefeitura Municipal de Uberlândia e, principalmente, aos servidores da Secretaria de Saúde da Mulher, os quais sempre estiveram dispostos a fornecer as informações necessárias.

Ao Giliander Allan da Silva, por ter me apoiado na produção de mapas.

À Flávia de Oliveira Santos que me auxiliou com o fornecimento de textos da Geografia da Saúde, muito úteis ao desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus amigos e a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta meta de vida.

RESUMO

Este trabalho é fruto de um convênio firmado entre a Universidade Federal de Uberlândia e a Universidade do Minho (Portugal) no ano de 2013, cujo escopo previa a análise dos programas de atendimento oferecidos à população de Uberlândia (MG) referente à saúde reprodutiva, considerando a sua eficácia e efetividade na percepção dos usuários e dos funcionários em relação aos serviços prestados, sendo estes considerados como objetos e objetivos centrais desta dissertação. Para tanto, foi realizado um diagnóstico situacional da atenção materno-infantil utilizando a razão de mortalidade materna e o *near miss*, bem como uma avaliação das percepções de profissionais e de usuários do Sistema Único de Saúde. As análises apontaram que historicamente as políticas de saúde reprodutiva existentes evoluíram de um serviço de ações exclusivamente curativas e que tinham como objetivo apenas assegurar a capacidade reprodutiva da mulher, como na visão biomédica, para a inserção de programas de atenção integral à saúde dos diversos segmentos da sociedade. Atualmente a maior parte da atenção à saúde reprodutiva ocorre por intermédio da atenção primária à saúde, principalmente pela Estratégia Saúde da Família. Embora as políticas vigentes busquem respeitar a questão de gênero e de humanização, a sua efetivação ocorre em detrimento da promoção da saúde, seja pela falta de capacitações dos funcionários e de estrutura ou pelo cotidiano profissional. Tal procedimento perpetua a visão biomédica do cuidado e torna necessária a realização sistematizada de avaliações. A avaliação dos conhecimentos e percepções de usuários e profissionais de saúde sobre saúde reprodutiva indicou que há a necessidade de: (a) disponibilizar cursos de capacitação para os profissionais; (b) realizar orientações comprehensivas aos usuários, principalmente sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar; (c) divulgar os serviços disponíveis. Um dos problemas corriqueiros é a existência de um círculo vicioso em que se os usuários de saúde não conhecem os serviços, não os procuram; se não os procuram, não são informados. Dada a abstenção dos profissionais de saúde em realizar orientações sobre diversos aspectos da saúde reprodutiva, este papel tem sido assumido por familiares, amigos, escola, lideranças religiosas e mídia, o que permite o seu conhecimento, porém parcial e que tolhe sua efetiva cidadania. A análise situacional da performance de saúde materno-infantil em Uberlândia indicou que as mortes maternas resultam de um pré-natal omisso e que há predominância nas decorrentes de complicações obstétricas. Isto é preocupante já que a ocorrência de cesáreas tende a aumentar e evidencia a necessidade de melhora do pré-natal e da captação precoce de gestantes para o mesmo. A análise das percepções evidenciou a qualidade do serviço prestado e indicou que ocorreram casos de falta de humanização do parto. Por fim, verificou-se que grande parte dos problemas na atenção evidenciados nesta pesquisa poderão ser solucionados com a efetivação da Rede Cegonha na cidade, a qual visa a ampliação e melhoria do pré-natal, capacitação de profissionais e a atenção humanizada. Reforça-se ainda a necessidade de se praticar a promoção da saúde, que é um paradigma que deve ser melhor trabalhado nas unidades de saúde.

Palavras-chave: Geografia da saúde. Políticas públicas. Saúde reprodutiva. Mortalidade Materna. Uberlândia (MG).

ABSTRACT

This work is the result of an agreement between the Universidade Federal de Uberlândia and the Universidade do Minho (Portugal) in 2013, which scope included the analysis of care programs offered to the population of Uberlândia (MG) related to reproductive health, considering its effectiveness and efficacy in the perception of users and employees in relation to the services, which are considered as objects and central objectives of this dissertation. To this aim, it conducted a situational diagnosis of maternal and child care using the ratio of maternal mortality, near miss and an assessment of the perceptions of professionals and users of the Sistema Único de Saúde. The analyzes showed that existing reproductive health policies evolved from the exclusively curative service and had the aim only to ensure the reproductive capacity of women, as in the biomedical view, to the inclusion of comprehensive health care programs to various segments of society. Currently, most of the reproductive health care occurs through the primary health care, particularly by the Family Health Strategy. Although current policies seek to comply with the gender issue and humanization, its effectiveness usually focuses on healing issues at the expense of health promotion, by the lack of training of staff and structure or the daily work. This procedure perpetuates the biomedical vision of care and makes it necessary to systematically carry out assessments. The assessment of knowledge and perceptions of users and health professionals about reproductive health indicated that it is necessary to: (a) provide training courses for professionals; (b) carry out comprehensive guidance to users, particularly on contraception and family planning; (c) disclose the available services. One of the common problems is the existence of a vicious circle in which the health users do not know the services so do not seek them; if not seek them, they are not informed. With the abstention of health professionals in carrying out guidance on various aspects of reproductive health, this role has been assumed by family, friends, school, religious leaders and media, improving users' knowledge, however in a partial way and that hinders their effective citizenship. A situational analysis of the maternal-newborn health care in Uberlândia indicated that maternal mortality is a result from a negligent prenatal care and there is a predominance in due to obstetric complications. This is worrying since the occurrence of cesareans tends to increase and shows the necessity of a improvement of prenatal and of early identification of pregnant women. The analysis of the perceptions showed the quality of the service and indicated that there were cases of lack of humanization of childbirth. Finally, it was evidenced that most problems in reproductive health care attencion in this research may be resolved with the effectuation of the Stork Network Program, which aims the expansion and improvement of prenatal care, training of professionals and humanized care. It also reinforces the need to practice health promotion, which is a new paradigm that should be better worked at the healthcare centers.

Keywords: Geography of Health. Public policies. Reproductive health. Maternal mortality. Uberlândia (MG).

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da população de Uberlândia por setor sanitário	22
Gráfico 2 – Razão de Mortalidade Materna brasileira para o período de 1996 a 2011	49
Gráfico 3 – Razão de Mortalidade Materna de Minas Gerais e de Uberlândia para o período de 1996 a 2011	51
Gráfico 4 – Proporção de óbitos maternos por tipo de causa obstétrica ocorridos em Uberlândia (MG), no período de 1996 a 2011	52
Gráfico 5 – Proporção de usuários de saúde que estavam acompanhados durante a entrevista e do seu sexo	60
Gráfico 6 – Proporção da raça autodeclarada, do estado civil, da idade e da renda familiar dos usuários de saúde entrevistados, número de residentes da moradia dos usuários de saúde entrevistados, bem como do número de filhos dos usuários de saúde entrevistados e de seus parceiros, situação de pensão alimentícia e do valor da mesma	61
Gráfico 7 – Proporção da escolaridade e da religião dos usuários de saúde entrevistados e de seus parceiros	62
Gráfico 8 – Proporção da religião de casais compostos pelos usuários de saúde entrevistados	63
Gráfico 9 – Gráficos referentes a caracterização socioeconômica dos profissionais de saúde entrevistados.....	64
Gráfico 10 – Gráficos referentes a caracterização profissional dos profissionais de saúde entrevistados	65
Gráfico 11 – Proporção de homens e mulheres que realizam acompanhamento médico periódico com urologista ou ginecologista.....	66
Gráfico 12 – Avaliação da frequência do acompanhamento médico e da satisfação do atendimento recebido pelos usuários de saúde	68
Gráfico 13 – Tempo para marcação de consultas segundo os usuários de saúde.....	69
Gráfico 14 – Gráficos referentes ao conhecimento e à atuação de profissionais frente a saúde reprodutiva e aos programas vigentes no município	70
Gráfico 15 – Relação dos programas e ações em saúde reprodutiva vigentes no município e que são de conhecimento dos profissionais de saúde.....	71
Gráfico 16 – Profissionais de saúde envolvidos nas orientações de planejamento familiar e de gravidez e sexualidade por tipologia de unidade, segundo os usuários de saúde	72
Gráfico 17 – Serviços de saúde reprodutiva existentes nas unidades de saúde citados pelos profissionais entrevistados	75

Gráfico 18 – Relação das necessidades em saúde reprodutiva dos usuários citadas pelos profissionais de saúde.....	76
Gráfico 19 – Relação das citações de orientações a adolescentes desenvolvidas pelos profissionais do SUS	78
Gráfico 20 – Relação das citações de orientações a adultos e idosos desenvolvidas pelos profissionais do SUS	79
Gráfico 21 – Relação dos métodos contraceptivos mais receitados aos usuários pelos profissionais de saúde.....	80
Gráfico 22 – Métodos contraceptivos conhecidos pelos usuários de saúde.....	81
Gráfico 23 – Métodos contraceptivos utilizados pelos usuários de saúde	82
Gráfico 24 – Temas constatados nas respostas dos profissionais que afirmaram realizar orientações sobre planejamento familiar	84
Gráfico 25 – Proporção dos usuários de saúde sobre seus conhecimentos e ações sobre planejamento familiar	86
Gráfico 26 – Fontes que forneceram informações sobre planejamento familiar aos usuários do SUS entrevistados.....	86
Gráfico 27 – Proporção de homens e mulheres que utilizam métodos contraceptivos	88
Gráfico 28 – Tempo decorrido após a iniciação sexual do entrevistado para que houvesse a primeira gravidez.....	92
Gráfico 29 – Quantidade de consultas de pré-natal realizadas e de ultrassonografias informadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde.....	100
Gráfico 30 – Descrição dos serviços realizados durante o pré-natal e puerpério segundo familiares: quantidade de pré-natais, comparecimento das gestantes às consultas pré-natais, proporção de gestantes acompanhadas pelo seu parceiro e quantidade de ultrassonografias solicitadas durante a gestação.....	101
Gráfico 31 – Satisfação dos usuários de saúde pública com o atendimento da recepção na maternidade	102
Gráfico 32 – Satisfação dos usuários de saúde pública com o atendimento obtido durante o trabalho de parto na maternidade	103
Gráfico 33 – Satisfação dos usuários de saúde pública com o atendimento obtido durante o puerpério	104

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Mapa de localização da cidade de Uberlândia, MG.....	21
Mapa 2 – Localização das unidades de saúde amostradas por distrito sanitário de Uberlândia, MG ...	26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos de tipos de morte de mães constantes no CID- 10.....	48
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das unidades de Atenção Primária à Saúde por setor do município de Uberlândia	22
Tabela 2 – Relação das unidades de saúde amostradas, por tipologia	25
Tabela 3 – Razão de Morte Materna por região do Brasil no período de 1996 a 2011	50
Tabela 4 – Número absoluto e proporção de nascidos vivos por tipo de parto, no período de 1996 a 2011, em Uberlândia, MG.....	53
Tabela 5 – Relação das internações e taxa de mortalidade resultantes de complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério no Brasil, em Minas Gerais e em Uberlândia de 1998 a 2011	56
Tabela 6 – Relação da contribuição de entrevistas por unidade de saúde pesquisada	59
Tabela 7 – Relação dos casos citados pelos profissionais de saúde para acompanhamento psicossocial de gestantes e suas famílias.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
CF	Constituição Federal
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
HC-UFG	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MES	Ministério da Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social
NM	<i>Near miss</i>
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSAJ	Política Nacional de Saúde do Adolescente e do Jovem
PPGAR	Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSF	Programa Saúde da Família
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações sobre Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança
SSRPS	Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 PERCURSO METODOLÓGICO	20
2.1 LOCALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	20
2.2 CONSTRUÇÃO TEÓRICA E APARATO LEGAL	22
2.3 SAÚDE MATERNO-INFANTIL	23
2.4 APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	25
2.5 PERCURSO DOS PRÉ-TESTES	28
2.6 ANÁLISE DOS DADOS	30
3 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL: UMA SÍNTESE DE SEUS ASPECTOS TEÓRICOS E SUA APLICABILIDADE.....	32
3.1 SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL: ALGUNS APONTAMENTOS.....	37
3.2 MORBI-MORTALIDADE MATERNA: ANÁLISE SITUACIONAL DA ATENÇÃO	47
4 PERCEPÇÕES DOS SUJEITOS DA SAÚDE: ANÁLISE DA CONJUNTURA DA SAÚDE REPRODUTIVA EM UBERLÂNDIA.....	59
4.1 SAÚDE REPRODUTIVA	66
4.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	83
4.3 SAÚDE MATERNO-INFANTIL	91
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICE A – ROTEIRO DE QUESTIONÁRIOS PARA USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..	119
APÊNDICE B – ROTEIRO DE QUESTIONÁRIOS PARA PROFISSIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	124
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	129
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS	131

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um dos principais pilares para o bem-viver, sendo um elemento de extrema relevância para qualidade de vida da população e de planejamento das ações dos governos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Deste modo, para ser garantida, a saúde não pode ser vista simplesmente como a ausência de doenças, mas considerar as diversas dimensões que influenciam o estado de saúde, tais como a física, a afetiva, a emocional, a cognitiva, a comportamental, a sociocultural e a ecológica (ANTONOVSKY, 1979).

Dentre os diversos aspectos da saúde, temos a saúde sexual e a saúde reprodutiva, as quais estão fortemente correlacionadas. A noção de saúde sexual e reprodutiva abrange diversos temas, como a sexualidade, a reprodução, os direitos humanos e o bem-estar. Conforme definição da Conferencia Internacional de População e Desenvolvimento, do Cairo em 1994:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (NACIONES UNIDAS, 1995, p. 37).

A saúde reprodutiva tem sido destaque de vários eventos internacionais, não apenas pela sua relevância para o bem-estar da população, mas por se relacionar com o delineamento das políticas populacionais e de desenvolvimento socioeconômico (BRASIL, 2004b). Uma evidência da sua importância é o fato de que três dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) possuem relação com a saúde reprodutiva: reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças.

Sendo uma das áreas de cuidados de saúde consideradas prioritárias no quadro das estratégias de saúde aprovadas pelos mais diversos governos, a saúde reprodutiva integra a prevenção e diagnóstico das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); os cuidados pré-concepcionais, pré-natais e de planejamento familiar bem como o direito à educação sexual conforme se pode constatar na Carta dos Direitos Reprodutivos (MARTINS, 2004). Além disso, a OMS, na Declaração de Alma-Ata, sugere que cuidados de saúde materno-infantil e planejamento familiar deveriam compor os cuidados primários à saúde (OMS, 1978, p. 2), o

que eleva a saúde reprodutiva ao nível básico e de fundamental importância para as sociedades.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 e implantado em 1990¹ com a finalidade de garantir aos cidadãos o direito universal à saúde, é o órgão responsável pela execução de políticas desenvolvidas na área da saúde no Brasil. Estas políticas são delineadas pelo Ministério da Saúde (MS), que propôs orientações e políticas que visam a melhoria da atenção à saúde em suas diferentes vertentes, sendo muitas influenciadas pelas organizações de saúde internacionais.

No âmbito da saúde reprodutiva, o MS busca empreender políticas públicas que objetivam instrumentalizar o profissional de saúde para que possa atender à mulher, homem, adolescentes e jovens, sendo que suas ações devem objetivar empoderamentos sobre diversos temas específicos para cada segmento frente aos direitos sexuais e reprodutivos.

Em uma tentativa de melhoria da atenção à saúde reprodutiva e a superação de dilemas encontrados durante a trajetória das ações do SUS, em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida por HumanizaSUS. Esta política estimula a comunicação entre gestores, profissionais da saúde e usuários para construir relações de afeto, assim como a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Por meio desta política foram implementadas medidas relacionadas à humanização da assistência à mulher, em especial durante os períodos de parto, puerpério e aborto, como, por exemplo, a inclusão do pai ou outro acompanhante durante o período pré-natal, nascimento do bebê e alojamento (BRASIL, 2011a), o que pode favorecer o vínculo do pai com a criança.

Relacionada à PNH, há as medidas de redução de cesáreas e valorização do parto normal. Estas ações são importantes, uma vez que a realização do parto cirúrgico em casos em que não há indicação médica implica em riscos desnecessários à saúde materna e do recém-nascido (ANS, 2008). Apesar do esforço, poucos resultados têm sido obtidos, pois a cesariana fornece a praticidade para a mãe se programar em relação ao momento do parto, bem como fornece vantagens econômicas aos médicos e demais profissionais envolvidos com as cesáreas, já que os partos cirúrgicos são mais caros que os naturais e podem ser programados, de modo que são realizados conforme as agendas médica e hospitalar. Complementando as motivações da realização de partos cirúrgicos, Mandarino et al. (2009, p. 1588) afirma:

¹ O SUS foi criado a partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população. No entanto, apenas em 1990, o Congresso Nacional aprovou as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90) que detalhavam o funcionamento do Sistema e que permitiram o início da sua implantação (COSTA; NUNES, 2013).

Os médicos, muitas vezes apontados como promotores de uma cultura intervencionista por conveniência, alegam que muitas vezes a realização da cesariana é justificada também pelo desejo das gestantes, principalmente as de classes sociais mais favorecidas, que preferem esta via para preservar a anatomia da genitália externa, para não sentir a dor do trabalho de parto e, entre aquelas com desejo de definir a prole, para aproveitar a ocasião e realizar a laqueadura tubária (esterilização cirúrgica).

Um exemplo da aplicação da PNH é o caso do projeto “Laços de Família” do Hospital Mário Gatti, de Campinas (SP). A partir de 2004, para realizar o atendimento mais personalizado para a usuária e a família, o hospital realizou uma série de reestruturações em sua infraestrutura, incentivou a presença de um acompanhante para a gestante, modificou o modo de acolhimento das famílias, bem como investiu em profissionais, em especial os plantonistas. Estas modificações resultaram em uma maior agilidade no primeiro atendimento; melhora da qualidade da atenção com prioridade das usuárias e famílias, considerando as dimensões biológica, social e subjetiva; na definição de diretriz de modelo e pontuação com toda equipe; na redução de conflitos, com melhora na relação entre usuários, rede social e equipes; a melhora na relação das equipes com a gestão; o desencadeamento da discussão de ambiência e qualificação do espaço; e a obtenção do título de Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 2011a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 reorganizou a estrutura de atendimento prestado à população pelo SUS e representou a mudança da concepção sobre a atenção básica no país. Esta política reafirmou a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), a instituindo como porta de entrada para os serviços de saúde pública, enfatizou os princípios da promoção e da prevenção dos agravos à saúde, bem como reafirmou o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para a organização da atenção básica no país (RODRIGUES, 2013).

A ESF faz parte do processo de descentralização do SUS e é considerada uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (PAULINO et al., 2009). Essa estratégia tem como diferencial eleger como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997). Essa nova visão é importante, pois, ao entender a família como objeto da atenção, a partir do ambiente onde vive, pode-se compreender o processo saúde/doença como um todo, o que permite a realização de intervenções de maior impacto e significação social, ou seja, permite a promoção da saúde da população em geral.

No SUS, “a atenção em saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da atenção básica à saúde, devendo ser ofertada observando-se como princípio o

respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos” (BRASIL, 2010b, p. 9). Deste modo, a atenção à saúde reprodutiva está vinculada diretamente à APS e, por conseguinte, à ESF.

Há uma grande variedade de políticas e os programas de saúde reprodutiva desenvolvidos no Brasil. Como as principais políticas podemos citar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008; 2009), a Política Nacional de Planejamento Familiar (BRASIL, 2007), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (BRASIL, 2005b), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem (BRASIL, 2010a), o Marco Teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens (BRASIL, 2007).

Apesar da grande quantidade e diversidade de políticas públicas relacionadas à saúde reprodutiva, é evidente a distância entre o que se é preconizado pelas políticas e o que se é efetivado. Estas políticas têm como foco a promoção da saúde, no entanto, o paradigma da visão assistencialista e curativa gera hiatos entre o que se é indicado pelas políticas públicas e o que realmente é concretizado. As iniciativas de atenção prestada em saúde reprodutiva nestas unidades permanecem focadas na mulher adulta, predominando medidas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama, em detrimento da assistência aos homens (BRASIL, 2010b). Além disso, as políticas desenvolvidas muitas vezes não são realizadas de modo coerente com o que se estava sendo recomendado, seja por falta de infraestrutura, por falta de verba, pelo não envolvimento e/ou aceitação da população ou mesmo por convicções pessoais dos profissionais envolvidos. Estes entraves devem ser evidenciados, analisados e corrigidos a fim de se obter resultados favoráveis.

Um exemplo da distância entre a preconização e a efetivação das políticas são as diretrizes e as normas técnicas para o planejamento familiar². Conforme normas e manuais técnicos voltados para os profissionais de saúde, “a atenção em planejamento familiar implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada” (BRASIL, 2010b, p. 9). Ao analisarmos as orientações específicas que constam nestes manuais e relatórios de saúde, constata-se a predominância do modelo biomédico que ressalta o planejamento familiar exclusivamente como a oferta e o aconselhamento dos métodos anticoncepcionais, ou seja, ainda mantém-se o paradigma de que a mulher é a responsável pela reprodução (BRASIL, 2007, 2013; PAULINO et al., 2009). Devido a esta situação,

² “Planejamento familiar consiste na possibilidade de decisão da mulher, homem ou do casal em ter ou não filhos, o número destes e o momento ideal para concebê-los” (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009, p.232).

foram propostas novas diretrizes aos profissionais de saúde, as quais apontavam a necessidade de “ampliar a abordagem para outras dimensões que contemplem a saúde sexual e reprodutiva em diferentes momentos do ciclo de vida e também para promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens” (BRASIL, 2010b, p. 10).

Pelas diferenças existentes e evidenciadas na definição e na execução das políticas públicas, a avaliação das mesmas é importante para a efetivação de parâmetros básicos de qualidade na prestação de serviços. Esta ação é importante, ainda, para o fortalecimento das políticas e dos programas desenvolvidos no país. Segundo Bosi e Mercado-Martinez (2011, p.41):

Na região latino-americana, evidencia-se, sobretudo nos últimos anos, um reconhecimento crescente da importância de se centrar a atenção no fortalecimento das políticas e programas públicos no setor saúde. [...] Nesse contexto, uma das demandas que se impõem com mais força aos governos refere-se a um maior acesso, bem como a uma melhor qualidade na prestação dos serviços de saúde. Embora tais exigências variem nos distintos países, sistemas e instituições, pressões por melhorias nesses serviços provêm dos mais diversos segmentos e atores sociais, que, de modo geral, confluem em suas críticas aos programas existentes e sobre a necessidade de impulsionar medidas concretas para aperfeiçoá-los.

Como a avaliação de políticas públicas de saúde é um campo relativamente novo no Brasil, tem adaptado métodos consolidados em outras áreas, o que tem gerado diversos métodos a serem utilizados. No entanto, uma prática avaliativa democrática deve estar interessada em escutar os pontos de vista dos distintos atores, interessada nos resultados, mas também atenta aos processos subjetivos e simbólicos que se vinculam aos resultados. Assim, não apenas gestores, mas os profissionais de saúde e os usuários do sistema devem ser ouvidos, a fim de se obter uma visão geral de todo o sistema e do serviço oferecido. Deste modo, pode-se “assegurar nos processos avaliativos dimensões concernentes à qualidade, integralidade e humanização, a nosso ver ainda excepcionais, se tomarmos o conjunto das iniciativas de avaliação em curso na região” (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2011, p. 54).

Gomes (2011, p.14) afirma que:

A integralidade, relacionada à boa prática profissional, às formas de organização das práticas de saúde e às políticas de saúde, é destacada como princípio para: acolher as necessidades de usuários; ampliar o foco no adoecimento a partir de questões relacionadas à vida cultural e social; estabelecer conexões entre ações de saúde pública e as de cunho médico-assistencial; articular demandas espontâneas com as programadas pelas políticas de saúde e integrar diferentes especialidades profissionais. Na lógica da integralidade, criticam-se as reduções das necessidades de saúde de homens e mulheres ao corpo anatomo-patológico.

A distância entre o que é preconizado pelas políticas e o que é efetivado das mesmas agravam os problemas de saúde pública, uma vez que faz predominar a visão assistencialista do cuidado à saúde em detrimento da promoção da saúde, da integralidade e humanização. Isto resulta em graves problemas de saúde reprodutiva como: aumento das DST, gravidezes não planejadas e indesejadas, mortes maternas em decorrência de abortos inseguros ou ausência de assistência ao pré-natal.

O grande indicativo de exemplos desse distanciamento no território nacional na literatura científica e em relatórios do próprio MS nos leva a questionar: quais são e o que preconizam as políticas públicas no âmbito da saúde reprodutiva nas cidades? Quais são as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde do âmbito da saúde reprodutiva? De que forma a população tem aderido a estas práticas?

A cidade de Uberlândia (MG) se enquadra neste contexto uma vez que é perceptível o grande distanciamento entre o preconizado pelas políticas públicas e sua efetivação, bem como foi observado que o município não possui investigações científicas que buscassem o entendimento sobre sua realidade desta temática. Outro fator que cabe destacar é que, no ano de 2013, a Universidade Federal de Uberlândia (UFU) firmou um convênio com a Universidade do Minho (Portugal) para o desenvolvimento do projeto “Políticas Públicas no Âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva em Uberlândia/Minas Gerais (Brasil) e em Braga (Portugal)”, que tinha Uberlândia como objeto de análise. Esse busca compreender como as políticas públicas efetivamente ocorrem na cidade de Uberlândia (Brasil) e na cidade do Minho (Portugal) em seus aspectos da assistência, atendimento do corpo clínico e dos agentes de saúde que trabalham na atenção primária, o oferecimento de insumos para vivência da saúde sexual e reprodutiva coerente com os direitos sexuais e reprodutivos, dentre outras questões, com vistas à elaboração de um documento final para auxiliar o serviço público frente às questões da saúde sexual e reprodutiva. Estes fatores incentivaram o desenvolvimento desta pesquisa.

Assim, este trabalho teve como objetivo analisar os programas de atendimento oferecidos à população de Uberlândia (MG) referente à saúde reprodutiva, avaliando a sua eficácia e efetividade na percepção dos usuários e dos funcionários em relação aos serviços prestados na esfera municipal. Para tanto, buscou-se (a) conhecer as políticas públicas de saúde reprodutiva e sua efetivação no Brasil desde a década de 1980 até à atualidade, no âmbito dos cuidados de Atenção Primária à Saúde, bem como a efetivação das mesmas no SUS; (b) verificar a situação da assistência à saúde materno-infantil, que é a política de saúde reprodutiva mais antiga do Brasil; (c) verificar e analisar o acesso às políticas públicas de

saúde reprodutiva pelos usuários e usuárias; bem como (d) avaliar as práticas realizadas pelos profissionais de saúde no âmbito da saúde reprodutiva.

Este trabalho foi organizado em cinco capítulos. No capítulo 1, “Introdução”, destacou-se a importância da saúde reprodutiva e os diversos aspectos que a compõem, bem como a importância da realização de avaliações constantes nos serviços de saúde, devido o distanciamento entre o que é preconizado pelas políticas e o que é efetivado das mesmas. Ainda, tratou-se dos objetivos e das justificativas da pesquisa, bem como a sua importância para a sociedade.

No capítulo 2, “Percorso metodológico”, foram abordadas questões referentes à Uberlândia (MG), objeto de análise deste trabalho; sobre a amostragem desenvolvida e os procedimentos adotados para a realização da pesquisa.

No capítulo 3, “Evolução das políticas públicas de saúde reprodutiva no Brasil: uma síntese de seus aspectos teóricos a sua aplicabilidade”, houve o resgate histórico das políticas públicas de saúde e as de saúde reprodutiva, com enfoque nas existentes a partir da década de 1980, a fim de contextualizar as políticas vigentes atualmente. Ainda, foi realizada uma análise da situação da saúde materno-infantil existente no município, com o objetivo de fornecer subsídio para a análise das percepções de usuários e trabalhadores da saúde sobre esta atenção.

No capítulo 4, “Percepção dos sujeitos da saúde: análise da conjuntura da saúde reprodutiva em Uberlândia”, foram apresentadas e avaliadas as percepções dos usuários e profissionais de saúde sobre saúde reprodutiva, planejamento familiar e saúde materno-infantil. Foram avaliados, ainda, as políticas e os serviços de saúde reprodutiva oferecidos.

Já no capítulo 5, “Considerações finais” realizou-se um panorama das discussões apresentadas e sugestões para ações futuras.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi realizada utilizando as interfaces da investigação teórica com a prática, envolvendo um estudo quantitativo e qualitativo das políticas públicas e do atendimento oferecido à população do município de Uberlândia no que tange a saúde reprodutiva.

2.1 LOCALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O município de Uberlândia está localizado no Triângulo Mineiro, setor sudoeste do estado de Minas Gerais (Mapa 1) e é considerado de médio porte. Durante o ano de 2013, ano de início desta pesquisa, a estimativa populacional foi de 646.673 habitantes, com 630.850 residentes em área urbana e 15.823 residentes em área rural. Para atender a esta população, há 137 estabelecimentos de saúde, sendo que 130 (94,39%) têm sua gestão pelo município (UBERLÂNDIA, 2013, 2014b).

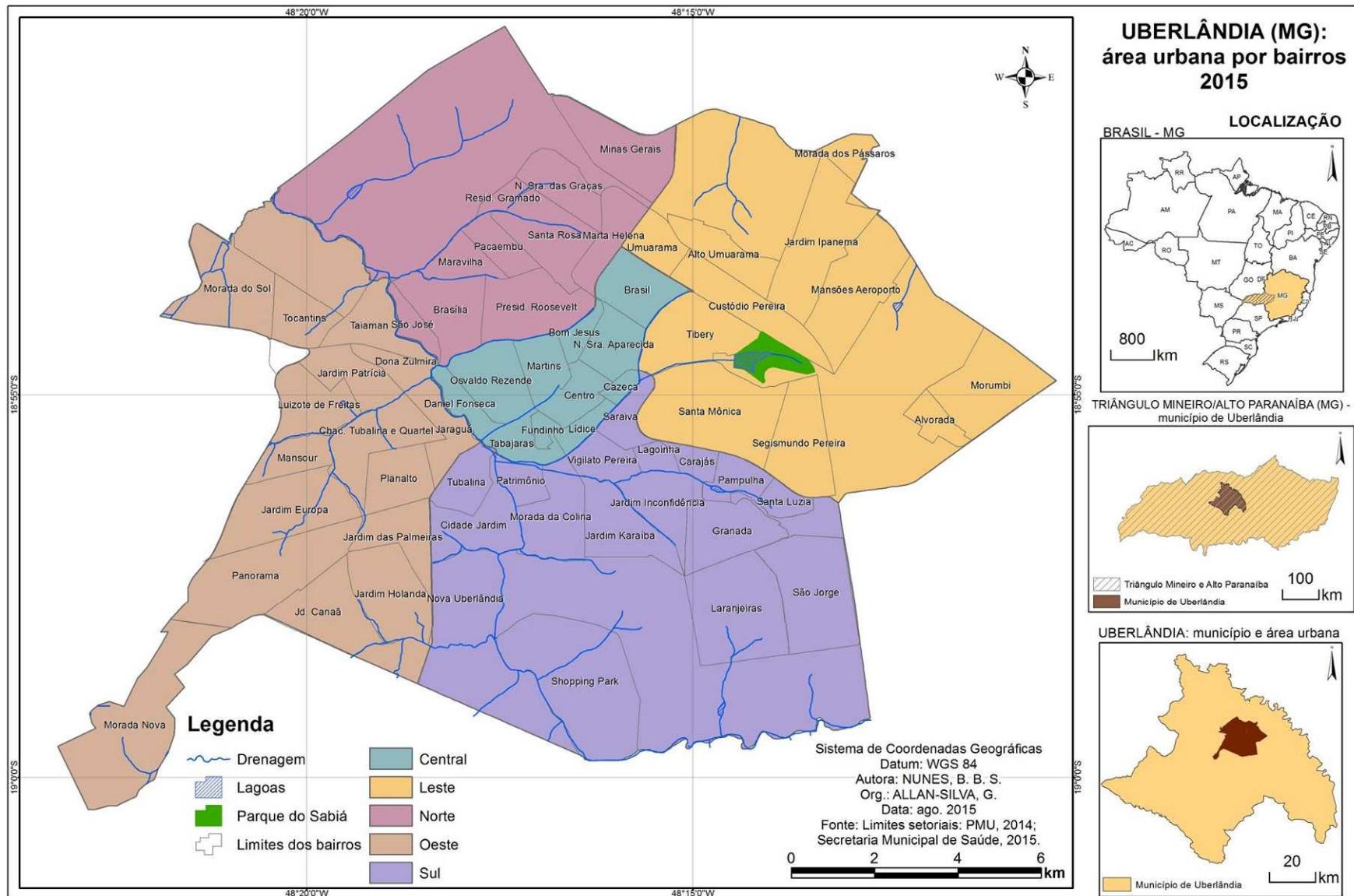
Para a pesquisa foram considerados homens e mulheres com idade acima de 18 anos atendidos pelos serviços de saúde na área urbana. Nessas condições, em 2013 residiam no município de Uberlândia 233.073 mulheres e 215.904 homens, o que resultou em aproximadamente 448.977 pessoas aptas para serem sujeitos da pesquisa no município (UBERLANDIA, 2013).

Ao início desta pesquisa, foi verificado que a rede municipal de atenção à saúde era constituída por 8 Unidades de Atendimento Integrado (UAI), 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 69 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), 7 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) e 7 ambulatórios de especializados (SMSDAIS, 2014). A rede de saúde em Uberlândia contava ainda com o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFG) e o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro.

Devido à complexidade em coordenar uma rede de serviços em uma cidade do tamanho de Uberlândia, o território foi dividido em cinco setores sanitários (Norte, Oeste, Central, Sul e Leste) que coincidem com a divisão político-administrativa estabelecida pela Lei n. 6.022, de maio de 1994. Esta setorização foi necessária para (re) organizar os serviços e oferecer atendimento às necessidades de saúde de forma universal, equânime e de boa qualidade (BRASIL, 1993; RODRIGUES, 2007).

Os pontos de atendimento estão hierarquizados de modo que inicialmente a população é atendida nas unidades de APS, sendo que casos mais graves são encaminhados para o atendimento em nível secundário (UAI) e, em nível terciário, o HC-UFG e o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro.

Mapa 1 – Mapa de localização da cidade de Uberlândia, MG



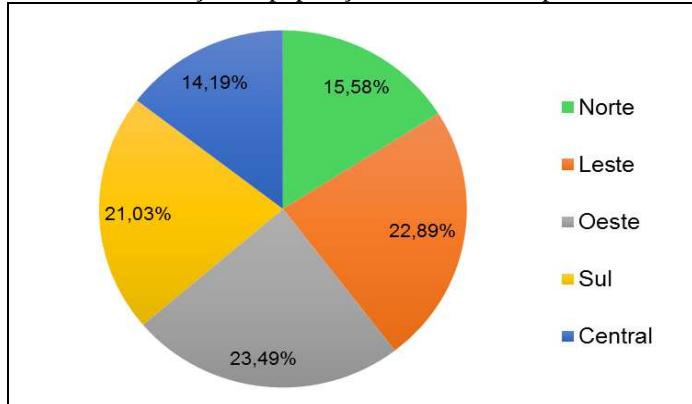
Em 2013, a APS de Uberlândia era composta pelos ambulatórios das 8 UAIS, as 8 UBS e as 69 UBSF (Tabela 1), sendo que as equipes de atenção básica cobriam 35,83% da população uberlândense (UBERLÂNDIA, 2013). A distribuição das unidades de saúde não ocorre de forma igual no município, pois no seu processo e implantação foram considerados principalmente os aspectos socioeconômicos e a demanda pelos serviços. As unidades estão disponíveis em maior quantidade nos setores Oeste e Sul, que estão entre os setores mais populosos da cidade (Gráfico 1).

Tabela 1 – Distribuição das unidades de Atenção Primária à Saúde por setor do município de Uberlândia

Unidade	Norte	Central	Leste	Oeste	Sul	Rural	Total
UAI	1	1	2	2	2	0	8
UBS	2	1	1	3	1	0	8
UBSF	8	2	13	19	21	6	69

Fonte: SMSDAIS, 2014.

Gráfico 1 – Distribuição da população de Uberlândia por setor sanitário



Fonte: SMS, 2014.

Com relação ao setor sanitário Sul, nota-se que ele dispõe de características únicas: é o maior setor sanitário da cidade, possui bairros novos (Nova Uberlândia) e apresenta extremos econômicos, que geram contrastes de vulnerabilidade social. Deste modo, as áreas que possuem a maior concentração de população de menor poder aquisitivo coincidem com as áreas de maior disponibilidade dos serviços de saúde.

2.2 CONSTRUÇÃO TEÓRICA E APARATO LEGAL

A construção teórica e o aparato legal visaram a compreensão das políticas públicas sobre saúde reprodutiva elaboradas nos níveis federal, estadual e municipal existentes desde a década de 1980, bem como da promoção da saúde gerada a partir das interações destas políticas

com a sociedade. Esta construção teve como base estudos já elaborados em nível local, regional, nacional e internacional, bem como enfatizou as políticas nacionais ligadas ao tema vigentes no SUS, tais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008; 2009), a Política Nacional de Planejamento Familiar (BRASIL, 2007), Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (BRASIL, 2005b), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem (BRASIL, 2010a) e o Marco Teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens (BRASIL, 2007).

Além disso, foram realizados levantamentos em bases de dados de saúde pública disponibilizadas na internet para consulta, tais como o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Informações Hospitalares (SIH), bem como de dados socioeconômicos disponibilizados pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Foram coletados dados dos determinantes sociais da saúde (renda per capita, escolaridade, idade, sexo, dentre outros) e de saúde (quantidade de gestantes, nascimentos, fecundidade, mortes de gestantes, nascidos vivos, estabelecimentos de saúde).

2.3 SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Para cumprimento dessa etapa do trabalho, antes da execução dos trabalhos de campo, foi realizado um breve diagnóstico situacional da realidade do atendimento oferecido às gestantes, objetivando um entendimento preliminar da situação de saúde na cidade de Uberlândia. O serviço de saúde materno-infantil foi escolhido como indicador, uma vez que é a política mais antiga e, teoricamente, a mais bem estruturada no âmbito do SUS. Além disso, é um indicador utilizado mundialmente.

Para análise da saúde materno-infantil, foram considerados a Razão de Mortalidade Materna (RMM) e o *Near Miss* (NM). Enquanto a RMM é reconhecida como um dos mais sensíveis indicadores de pobreza e desigualdade social (WHO; UNICEF, 1996), o NM se refere a “situação onde mulheres que apresentam complicações potencialmente letais durante a gravidez, parto ou puerpério” e que “sobrevivem devido ao acaso ou ao cuidado hospitalar” (SOUZA et al., 2006, p.256). Deste modo, o NM indica diretamente a morbidade existente em decorrência da saúde e dos cuidados relacionados à gravidez, parto e puerpério, evidenciando assim a qualidade do serviço prestado e tornando a análise situacional mais precisa.

A RMM, que indica a mortalidade materna existente em um determinado lugar, é calculada pela equação:

$$RMM = \frac{\text{Total de óbitos relacionados à gestação e/ou parto, de mulheres residentes}}{\text{Total de nascidos vivos, de mulheres residentes}} * 100.000$$

Posteriormente à definição deste coeficiente, o mesmo é classificado em **risco baixo** se a RMM for menor que 20 por 100 mil nascidos vivos, **médio risco** quando estiver acima de 20 até 49 por 100 mil nascidos vivos, **alto risco** se a RMM estiver entre 50 e 149 por 100 mil nascidos vivos, e **muito alta** quando acima de 150 por 100 mil nascidos vivos (WHO; UNICEF, 1996).

Como esse coeficiente utiliza dados de registro vital, a mortalidade materna é difícil de ser verdadeiramente medida, sendo muitas vezes subestimada. Segundo Sousa et al. (2007, p. 182):

A mortalidade materna é difícil de ser medida, mesmo em países desenvolvidos com bom sistema de registro vital apesar do baixo sub-registro de óbitos. Pode ocorrer erro na atribuição da causa da morte, levando à subenumeração da morte materna. Mais complicada ainda é a obtenção de estimativas confiáveis nos países em desenvolvimento que, em geral, possuem baixa cobertura dos registros vitais, além de alta subenumeração de causas específicas de morte.

No caso no Brasil, o MS disponibiliza seus dados vitais por meio do SIM, sobre Nascidos Vivos (SINASC) e sobre Informações Hospitalares (SIH), os quais podem ser acessados no portal do DATASUS. O MS também tem divulgado o “RMM para Estados da região Sudeste (exceto Minas Gerais), Sul e Centro-Oeste (exceto Mato Grosso), devido ao fato de terem cobertura igual ou superior a 90% para o SIM e o SINASC” (SOUZA et al., 2007, p. 183).

O NM é um índice relativamente novo e, portanto, ainda não apresenta métodos para seu cálculo. Devido a isto, foram considerados para sua análise a taxa de internações em decorrência da gravidez, parto e puerpério, bem como a taxa de mortalidade existente em decorrência destas internações, de modo que se pudesse ter uma noção sobre a morbidade materna existente na rede assistencial.

Para a análise da RMM, foi acessado o banco de dados de estatísticas vitais no DATASUS. Neste banco, foram obtidos os dados referentes aos nascidos vivos e os óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos. Já para a análise do NM, foi acessado o banco de dados de morbidade hospitalar no SUS e averiguados os casos do capítulo XV do CID-10, que corresponde à morbidade por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério,

estratificados por local de residência. Devido a disponibilidade de dados no DATASUS, foi utilizado o recorte temporal de 1996 a 2011.

Os dados foram organizados e tabulados por meio de planilha eletrônica, sendo utilizados a média (\bar{X}), desvio padrão (σ) e a análise de tendência (r^2), para projetar a situação dos dados ao longo do tempo. Para tanto, considerou-se a confiança de 95%.

2.4 APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Como referência empírica, foi realizada uma investigação em 17 unidades de saúde com atenção primária na cidade de Uberlândia (Mapa 2), o que representa 20% das unidades com APS existentes. As unidades foram selecionadas utilizando-se três critérios: (a) a sua distribuição espacial na zona urbana e nos distritos sanitários, (b) a tipologia da unidade (UAI, UBS e UBSF) e (c) considerando as que apresentaram maior número de gravidezes na população adstrita das unidades de saúde. Para este critério, foram utilizadas informações da Secretaria de Saúde da Mulher, que citou as unidades: UAI Martins, UAI Pampulha, UBS Custódio Pereira, UBS Tocantins, UBSF Dom Almir e UBSF Joana D'arc (ANTONIOLI, 2014). Assim, obteve-se a seguinte relação das unidades amostradas (Tabela 3):

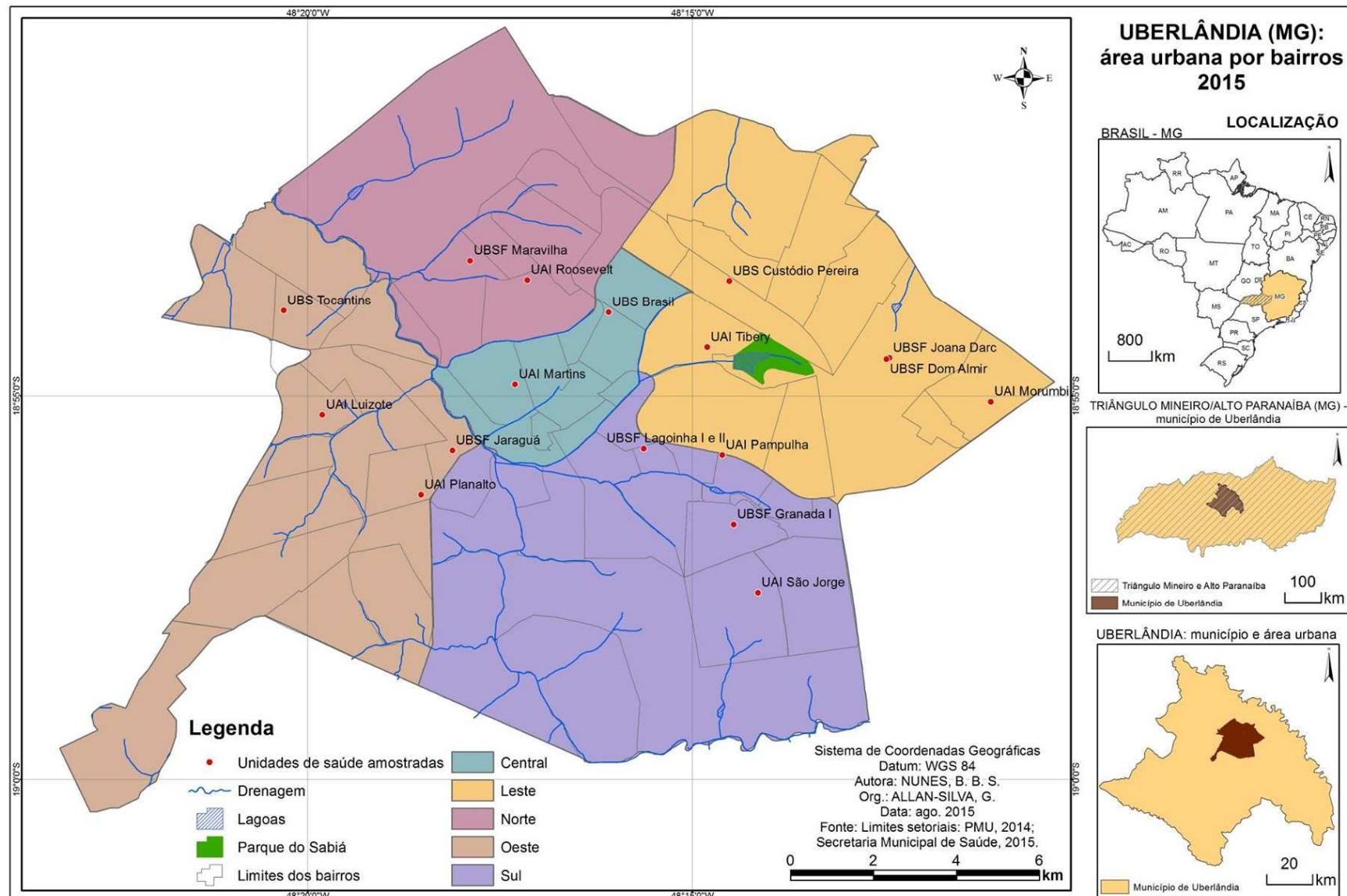
Tabela 2 – Relação das unidades de saúde amostradas, por tipologia

UAI	UBS	UBSF
Luizote	Brasil	Granada
Martins	Custódio Pereira	Dom Almir
Morumbi	Tocantins	Jaraguá
Pampulha		Joana D'Arc
Planalto		Lagoinha
Roosevelt		Maravilha
São Jorge		
Tibery		

Fonte: A autora, 2014.

A amostragem foi realizada visando atender os dois subprojetos originados do Projeto Políticas públicas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva em Uberlândia/Minas Gerais (Brasil) e em Braga (Portugal). Esta amostragem foi do tipo não probabilística por quota, devido à flutuação existente na quantidade de atendimentos realizados nas unidades, na população de acompanhantes destes usuários, bem como pela distribuição dos profissionais que atuam em saúde sexual e reprodutiva ser desigual entre as unidades que compõem a rede de atenção à saúde. Tais fatos impossibilitam se saber, com certeza, qual a população efetivamente existente nas unidades de saúde e que estaria disponível para a pesquisa.

Mapa 2 – Localização das unidades de saúde amostradas por distrito sanitário de Uberlândia, MG



Mattar (1996, p. 157 apud OLIVEIRA, 2001, [s.p.]) discorre sobre as vantagens e limitações da amostragem probabilística por quota:

Uma razão para o uso de amostragem não probabilística pode ser a de não haver outra alternativa viável porque a população não está disponível para ser sorteada. Outra razão é que apesar da amostragem probabilística ser tecnicamente superior na teoria, ocorrem problemas em sua aplicação na prática o que enfraquece essa superioridade. O resultado de um processo de amostragem probabilístico a priori pode resultar em um estudo não probabilístico devido a erros que os entrevistadores podem cometer quando não seguem corretamente as instruções. Outro motivo pode ser o e que a obtenção de uma amostra de dados que refletem precisamente a população não seja o propósito principal da pesquisa. Se não houver intenção de generalizar os dados obtidos na amostra para a população, então não haverá preocupações quanto à amostra ser mais ou menos representativa da população. A última razão para usar amostragem não probabilística se refere às limitações de tempo, recursos financeiros, materiais e "pessoas" necessários para a realização de uma pesquisa com amostragem probabilística.

Para a amostragem dos usuários de saúde, buscou-se obter 20 questionários por unidade de saúde amostrada (10 homens e 10 mulheres), totalizando 340 entrevistas. Estes usuários deveriam se enquadrar nos critérios de elegibilidade, os quais eram possuir idade acima dos 18 anos, ser usuário do SUS e, preferencialmente, estar esperando atendimento ou acompanhando alguém que estivesse para ser atendido na APS. A delimitação da idade foi necessária em decorrência de exigências vigentes na Resolução CNS 466/12 e do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP). Ainda, optou-se por adicionar mais um critério de elegibilidade para a análise da saúde reprodutiva, em que o entrevistado deveria ser heterossexual ou, caso fosse de outros gêneros, possuísse filhos. O questionário voltado para os usuários de saúde está no Apêndice A.

Os usuários de saúde podiam ser recrutados tanto se estivessem sozinhos (indivíduo), quanto se estivessem acompanhados de seu(ua) parceiro(a). Neste caso, foi marcado um campo específico indicado que os entrevistados estavam como casal, bem como, caso ambos aceitassem participar da pesquisa, foram preenchidos dois questionários, sendo um para cada indivíduo.

Os profissionais de saúde incluídos neste estudo foram todos os profissionais que desempenham funções diretas e indiretas na área da saúde reprodutiva que eram afetos às unidades de atenção primária em saúde de Uberlândia. Deste modo, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros, foram convidados a participar da pesquisa. Também foram incluídos os auxiliares administrativos, uma vez que eles compõem o setor que entram em contato com os usuários de saúde, bem como auxiliam na marcação de consultas e

procedimentos médicos. Para esta população, definiu-se a realização de 10 entrevistas por unidade de saúde, totalizando 170 entrevistados. O questionário voltado para profissionais de saúde está no Apêndice B.

Antes da participação no recolhimento de dados, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), de acordo com os padrões éticos estabelecidos na Resolução CNS 466/12. Além disso, o projeto Políticas públicas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva em Uberlândia/Minas Gerais (Brasil) e em Braga (Portugal), da qual este projeto se derivou, foi submetido à Plataforma Brasil para análise junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, obtendo sua aprovação em 19 de Janeiro de 2015 (Anexo A).

Os questionários com preenchimento por entrevistas (MINAYO; GOMES, 2011) eram constituídos por questões de caracterização socioeconômica e por questões que objetivam aferir o conhecimento e a percepção do participante sobre o tema da pesquisa. Sua aplicação ocorreu no período de Fevereiro a Julho de 2015.

Para a coleta dos dados, houve a capacitação de 36 alunos dos 3º a 6º períodos do curso de Psicologia da Faculdade Pitágoras de Uberlândia, realizada durante um dia, em dois turnos, explicando cada uma das questões que constam no roteiro. Estes alunos foram escolhidos por serem orientados da responsável pelo subprojeto de saúde sexual originado pelo convênio. Dos alunos capacitados, 14 se disponibilizaram para a coleta de dados, sendo, então, divididos em duplas e enviados às unidades que deveriam ser amostradas. Deste modo, os estagiários foram os responsáveis pela coleta dos dados utilizados nessa pesquisa.

2.5 PERCURSO DOS PRÉ-TESTES

Para validação dos questionários a serem aplicados, foram realizados pré-testes no período de agosto a setembro de 2014. Conforme Minayo (2010, p. 153):

Sem o pré-teste, pode-se perder tempo, dinheiro e credibilidade, caso se constate, tardiamente, algum problema grave com o questionário já na fase de aplicação. Se isso ocorrer, o questionário deve ser refeito e se perdem todas as informações já colhidas.

Foram realizados três pré-testes, todos contendo a caracterização socioeconômica do entrevistado e questões pertinentes ao tema, sendo que os dois primeiros aplicados na UAI Planalto e o terceiro na UAI Martins.

O primeiro pré-teste apenas conseguiu a participação de usuários do SUS. O roteiro de entrevistas era composto por 11 questões de caracterização socioeconômica e 20 questões relativas ao tema. O pré-teste foi aplicado por 4 horas na unidade de saúde, conseguindo recrutar três usuárias.

A grande quantidade de questões tornava a aplicação da entrevista muito demorada, levando de 10 a 15 minutos para ser realizada. Este fator fazia tanto entrevistado, quanto entrevistador ficarem desgastados e pouco confortáveis nas questões finais do formulário. Deste modo, algumas questões do questionário foram modificadas a fim de facilitar o questionamento e preenchimento do formulário, bem como para tornar as perguntas mais claras e objetivas. Houve a reestruturação das questões fechadas, pois o tempo de leitura das opções prolongava o tempo de aplicação da entrevista e a deixava menos fluida, bem como restringia o pensamento do entrevistado. Além disso, foi percebido que as participantes, mesmo quando possuem escolaridade mais alta, não conseguem correlacionar planejamento familiar e atendimento no SUS, o que estava influenciando as respostas das questões posteriores. Devido a isto, foi acrescentada uma nota explicativa aos entrevistados sobre o que se trata planejamento familiar para os que não souberem defini-lo.

No segundo pré-teste, houve o recrutamento de seis usuários do SUS enquanto que os profissionais envolvidos com a saúde reprodutiva novamente se recusaram a participar. Houve a participação de 4 mulheres e 2 homens, sendo que os homens estavam acompanhando as companheiras durante a consulta do(a) filho(a). O roteiro de entrevistas era composto por 14 questões de caracterização socioeconômica e 21 questões relativas ao tema.

Na caracterização socioeconômica houve três mudanças: (a) o acréscimo da pergunta sobre a religião do parceiro; (b) a modificação das alternativas sobre escolaridade, uma vez que ter um nível de escolaridade completo ou incompleto e (c) a inclusão da justificativa caso houvesse diferença entre pessoas residentes e a soma entre filhos e casal. Nas questões relativas ao tema, houve o desmembramento de questões que estavam amplas, exclusão de questões repetidas, inclusão de questões acerca da saúde sexual e para avaliar o planejamento familiar aplicado dos usuários do SUS.

No terceiro pré-teste, houve o recrutamento de cinco usuários do SUS (4 mulheres e 1 homem) e seis profissionais (5 mulheres e 1 homem). O roteiro de entrevistas dos usuários de saúde era composto por 15 questões de caracterização socioeconômica e 22 questões relativas ao tema, enquanto que o roteiro de entrevistas dos profissionais de saúde era composto por 8 questões de caracterização socioeconômica e 23 questões relativas ao tema.

No roteiro de entrevistas de profissionais de saúde, apenas houve a modificação na questão sobre tempo de atuação, reforçando que se tratava do tempo de atuação na atenção primária. Já no roteiro de entrevistas de usuários de saúde, houve três alterações na caracterização socioeconômica: (a) alteração da ordem das questões e acrescentou-se a (b) caracterização breve dos filhos e (c) questões relativas ao recebimento ou não de pensão alimentícia. Com relação às questões específicas, (a) houve a exclusão de questões pouco informativas, (b) a transformação de questões objetivas em abertas, pois limitava o raciocínio do entrevistado, bem como (c) houve a reformulação de perguntas que poderiam deixar o entrevistado encabulado, pois isto poderia causar resultados negativos na entrevista.

Os aprimoramentos que foram realizados nos questionários durante a aplicação de todos os pré-testes foram observados por meio da análise compreensiva do discurso, o que fez com que o formulário ficasse mais consistente e com linguagem mais acessível. Ressalta-se que apenas o roteiro final foi submetido à análise do CEP, para aprovação.

2.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, buscou-se empregar a avaliação por triangulação de métodos proposta por Minayo; Assis e Souza (2005), a qual visa uma análise conjunta de dados qualitativos e quantitativos.

Triangulação é um conceito que vem do interacionismo simbólico e é desenvolvido, dentro dessa corrente, primeiramente por Denzin (1973), significando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores de formação diferenciada; a visão de informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Seu uso, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva e comparação (DENZIN, 1973; MINAYO; SANCHEZ, 1993; MINAYO et al., 1999; MINAYO; CRUZ NETO, 1999 apud MINAYO, 2010, p. 29).

Para análise dos dados qualitativos, foram realizadas três etapas:

1. Leitura compreensiva do material selecionado: nesta etapa visou-se “impregnar-se pelo conteúdo do material, ter uma visão de conjunto e apreender as particularidades presentes nessa totalidade parcial” (MINAYO, 2010, p. 205). Após a leitura, realizou-se a organização prévia dos dados.

2. Construção de inferências: nesta fase buscou-se “as ideias que estão por trás dos textos (transcrições de falas, registros de observações e organização de outros materiais secundários), por meio de procedimentos que quebram, dividem, descontroem, procuram

desvelar” (MINAYO, 2010, p. 205). Durante esta etapa, foi utilizada técnicas propostas por Bardin (2010) para auxiliar na análise de conteúdo das questões abertas do questionário.

3. Reinterpretação: este é o momento em que há o ápice da interpretação, onde trabalha-se uma interpretação das interpretações”, em que os procedimentos caminham “em um movimento de *síntese*, por meio da construção de possíveis significados” (MINAYO, 2010, p. 207).

Para essa análise, o programa Microsoft® Excel 2013 foi utilizado como suporte, para auxiliar na classificação de conteúdo e contagem das respostas.

A entrada e análise dos dados quantitativos foram efetuadas no programa EPI INFO versão 7.0 em um banco de dados construído especificamente para este estudo, para que os dados obtidos pudessem ser tratados estatisticamente a fim de estabelecer correlações e diagnosticar a realidade da saúde reprodutiva do município de Uberlândia. A análise dos dados realizada foi descritiva (frequência, média, tendência de dados), considerando o intervalo de confiança em 95% ($r^2=0,5$). Este tipo de análise é importante, a medida que fornece subsídios para “para organizar, resumir e descrever os aspectos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos de dados” (REIS; REIS, 2002, p. 6).

Os resultados foram organizados em forma de gráficos, mapas e tabelas. A partir da análise dos dados e das informações obtidas, conheceu-se o padrão de atendimento e acesso dos usuários nas políticas públicas desenvolvidas no Município de Uberlândia – MG, havendo assim o desvelamento das políticas públicas referentes à saúde reprodutiva e sua efetivação ou não na Atenção Primária à Saúde.

3 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL: UMA SÍNTESE DE SEUS ASPECTOS TEÓRICOS E SUA APLICABILIDADE

A saúde pública brasileira percorreu um longo caminho de mudanças e aprimoramentos até que se chegasse ao que está disponível aos brasileiros hoje. Sabe-se que há várias incoerências e distanciamentos entre o que se é preconizado pelas políticas públicas e o que se é efetivado no sistema de saúde, sendo que, “para se entender as origens das distorções e/ou dificuldades que se apresentam, faz-se necessário um resgate histórico das políticas de saúde em nosso país” (BRANT, 2004, p. 18).

A história da saúde pública brasileira teve seu primeiro marco em 1808, com a vinda da coroa portuguesa ao Brasil e a instauração da medicina urbana. Esta tinha como foco não apenas a higiene pública e a medicalização do espaço urbano, mas “a transformação da cidade – e principalmente da Corte – promovendo seus habitantes livres a indivíduos saudáveis e patriotas, perfeitos cidadãos” (MACHADO et al., 1978 apud NUNES, 2000, p. 254).

Na década de 1920, “a saúde foi alçada à questão fundamental no horizonte da vida política da Primeira República” (SANDES, 2002, p. 14). Neste período houve a instauração de reformas educacionais de Rui Barbosa que tinham como finalidade a necessidade da preparação de corpos saudáveis na população para compor os campos de batalha (SANDES, 2002). Aliadas a estas reformas, o Estado Novo fez do sanitarismo seu projeto médico-social dominante, seguindo o “campanhismo”, modelo de saúde ditado por Oswaldo Cruz (NUNES, 2000).

Ainda na década de 1920, houve a criação do Ministério da Educação e Saúde (MES), exigida pelos sanitaristas para o fortalecimento do Estado como forma de resolução dos problemas nacionais. Além disso, para combater problemas epidêmicos, o Estado criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920. Este órgão tinha como responsabilidades “saneamento urbano e rural, combatia endemias e coordenava a propaganda sanitária, os serviços de higiene infantil com uma postura que transformava o autoritarismo em sinônimo de eficiência técnica” (SANDES, 2002, p. 30).

Os primeiros serviços institucionalizados de saúde estavam vinculados ao seguro social, criado por meio da Lei nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923, conhecida como Lei Eloy Chaves. Esta lei instituiu o sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP), que eram responsáveis por serviços previdenciários, assistência médica e fornecimento de medicamentos (MERCADANTE, 2002). O sistema de caixas foi posteriormente substituído pelos Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAP), que garantiam benefícios, pensões e

assistência médica aos trabalhadores formais e se tornaram gradualmente um sistema nacional de previdência social gerido pelo estado. Embora cada IAP possuísse pacotes de benefícios diferentes, este sistema fortaleceu a assistência médica previdenciária, bem como os serviços médicos privados e individuais em detrimento das ações de saúde pública.

Em 1930, o Estado assumiu a saúde, se tornando um período em que “as práticas médicas voltaram-se para a proteção da capacidade produtiva da força de trabalho, contribuindo para a consolidação da sociedade capitalista” (SANDES, 2002, p. 24). Para tanto, houve a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), o que representou um grande avanço à saúde pública brasileira, uma vez que possibilitou a criação de um sistema nacional de saúde, embora este fosse precário e limitado. Além disso, o DNSP foi incorporado ao MESP, bem como foi substituído pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS) em 1939 (SANDES, 2002).

O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949, é considerado um marco de inovação na assistência à saúde. Segundo Mercadante (2002, p. 237):

A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência.

A Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953, instituiu o Ministério da Saúde (MS) a partir do desdobramento do MESP (BRASIL, 1953). Desde sua criação, o MS passou a encarregar-se das atividades que eram de responsabilidade do DNS, “mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes” (BRASIL, 2015a, [s.p.]).

Por meio do Decreto Lei nº 72 de 21 de novembro de 1966 (BRASIL, 1966) houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), que teve como objetivo unificar os IAPs, o SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social (SSRPS). Houve então o desenvolvimento do “complexo médico-industrial”, modelo de saúde que possuía:

Extensão da cobertura previdenciária; ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública; prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde possibilitando a capitalização da medicina e o privilégio do produtor privado de serviços de saúde (MENDES, 1999, p. 22).

Esta conjuntura na saúde permaneceu e se agravou no período de 1966 a 1976, no qual houve a duplicidade de responsabilidades federais no setor da saúde, as quais estavam divididas entre o MS e o MTPS (MERCADANTE, 2002). Em 1974, a área do trabalho foi separada da área previdenciária com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Já em 1975, a Lei nº 6.229 (BRASIL, 1975), que definiu o Sistema Nacional de Saúde, institucionalizou o modelo médico assistencial privatista, reafirmando a dicotomização da saúde oferecida pelo MS e pelo MPAS, bem como definiu as competências das instituições públicas e privadas:

Criou-se um abismo no setor saúde: a “atenção à saúde coletiva” (entendida como saúde pública), não rentável, ficaria sob responsabilidade do setor estatal e a “saúde das pessoas” (entendida como atenção médica”, rentável, seria destinada ao setor privado, intermediado pela Previdência Social (BRANT, 2004, p. 20).

Deste modo, o MPAS regulava os serviços de saúde oferecidos aos trabalhadores, elevados a categoria de “cidadãos”³, enquanto que o MS era responsável pelas ações de saúde pública e assistência médica aos demais brasileiros. Em decorrência dessa segregação, havia um subfinanciamento do MS. Segundo Brant (2004, pp. 20-21):

Nesse período começou a desenvolver no Brasil uma proposta de atenção primária simplista e de baixo custo para as populações excluídas do modelo médico-assistencial privatista, principalmente para os que viviam nas periferias urbanas e nas zonas rurais. A ideia era oferecer ações básicas de saúde com tecnologias simples e baratas, executadas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem garantia de acesso a atendimento de maior complexidade tecnológica.

Enquanto havia o nascimento da atenção primária, que era gerida pelo MS, o sistema médico-industrial criado pela instituição do INPS estava se tornando cada vez mais complexo, o que resultou na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social em 1978. Este sistema, por priorizar a medicina curativa, foi incapaz de solucionar os problemas de saúde pública, tais como endemias, epidemias e indicadores de saúde, como a mortalidade infantil.

A deficiência da saúde pública brasileira, a abertura política “lenta, gradual e segura”⁴ e a profunda crise econômica no país, as quais ocorreram no final dos anos 1970 e

³ “A experiência estadonovista (1937-1945) transformou o Brasil em um laboratório social de práticas de intervenção, no qual se redefiniram os hábitos culturais e políticos, transformando o trabalho em categoria distintiva do cidadão” (SANDES, 2002, p. 68). Essa concepção de cidadania se manteve além do governo Vargas, orientando as ações do MPAS.

⁴ Expressão cunhada na época do governo de Ernesto Geisel.

início dos anos 1980, fizeram com que movimentos sociais emergissem e reivindicassem por serviços e ações de saúde. Segundo Mercadante (2002, p. 246):

Consolidou-se, assim, o movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais bandeiras eram: 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esses direitos; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

Visando atenuar a deficiência da saúde pública, houve o processo de articulação entre o MS e o MPAS durante a década de 1980. Este processo ocorreu com (a) a criação da Comissão Interinstitucional de Planejamento, em 1980, para fixar os repasses federais dos dois ministérios para as redes estaduais e municipais; e (b) pela instituição do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde (Plano do CONASP) no âmbito da Previdência Social, em 1982 (MERCADANTE, 2002).

O Plano do CONASP tinha como objetivos (a) priorizar a atenção primária; (b) integrar as diferentes agências públicas de saúde em um sistema regionalizado e hierarquizado; e (c) diminuir a capacidade ociosa do setor público (MERCADANTE, 2002, p. 247). Ainda segundo este autor, apesar de não ter sido totalmente implementado, este plano criou bases para novas políticas públicas de expansão de cobertura nos anos seguintes, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) implantadas em 1984 e o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde em 1987.

A Constituição Federal (CF) de 1988 inclui em seus artigos as pautas defendidas durante a Reforma Sanitária, o que introduziu o conceito de seguridade social⁵ e que resultou na transformação radical no sistema de saúde brasileiro (MERCADANTE, 2002). Houve (a) o reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania (BRASIL, 1988, art. 196); bem como (b) a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e a integralidade da atenção, a descentralização e a participação comunitária (BRASIL, 1988, art. 198). Embora este sistema tenha sido instituído na CF, ele apenas foi regulamentado em 1990 com as Leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990a, 1990b).

Os anos 1990 foram marcados pela busca de alternativas que possibilitassem a superação dos limites dos modelos de saúde vigentes. Pensando nas mudanças necessárias, foram implantados programas, ações regulatórias e novas modalidades

⁵ Conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988, art. 194).

de alocações de recursos, com o objetivo de aumentar o nível de equidade e eficácia do SUS. Neste contexto, são implantados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, e o Programa Saúde da Família, em 1994. Dessa forma, nos anos 1990, o setor saúde no Brasil passa a enfrentar uma contradição central entre a clara dominância do projeto neoliberal e a organização de um sistema de saúde baseado legalmente nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, com uma clara direção de reforço do setor público (RODRIGUES, 2013, p. 57).

Para consolidar e regular as propostas do SUS, foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), as quais tinham como função tratar dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). As NOBs SUS 01/91 e 01/92 apoiaram a descentralização e a municipalização, enquanto que a NOB SUS 01/93 regulava a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde (BRASIL, 2003).

A NOB SUS 01/96 caracterizou as responsabilidades sanitárias do município pela saúde e as competências de Estados e municípios, fortalecendo, assim, a municipalização da saúde. Ela tinha como um dos seus objetivos “reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde” (BRASIL, 2003, p. 30). Assim, essa NOB propiciou incentivo para a ampliação de cobertura dos Programas Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde - ACS (RIBEIRO-FILHO, 2004).

A partir da promulgação da PNAB em 2006, há a unificação do PSF e de ACS, originando a Estratégia Saúde da Família (ESF). Este estava fortalecido pelos bons resultados de seus predecessores, tais como redução da mortalidade infantil, aumento de mulheres que fazem pré-natal nos três primeiros meses, diminuição das internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias agudas, cuidado com hipertensos e diabéticos. Além disso, houve a ampliação da rede de atenção (RESENDE, 2013).

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta, minimamente, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - podem ser incorporados ou constituir uma equipe complementar, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Recomenda-se o limite de atendimento a 4.500 pessoas por equipe. A depender da concentração de famílias no território sob a responsabilidade, a Unidade de Saúde da Família atua com uma ou mais equipes de profissionais (MERCADANTE, 2002, p. 263).

O histórico do sistema de saúde se relaciona com as questões relativas aos direitos reprodutivos à medida que tratados, acordos, convenções ou atos internacionais instituídos globalmente se refletem em políticas públicas e em programas de saúde (BRASIL, 2001).

Política pública pode ser entendida como um curso de ação do Estado, orientado por determinados objetivos, refletindo ou traduzindo um jogo de interesses. Um programa governamental, por sua vez, consiste em uma ação de menor abrangência em que se desdobra uma política pública (FARAH, 2004, p. 47).

A seguir, discorrer-se-á sobre as políticas e os programas de saúde pública brasileiras, enfocando a saúde reprodutiva. Esta análise terá como objetivo verificar questões relacionadas a gênero e integralidade, visando compreender as motivações dos possíveis desencontros do que se preconiza nas políticas e o que é oferecido à população.

3.1 SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL: ALGUNS APONTAMENTOS

As políticas de saúde reprodutiva no Brasil historicamente têm se relacionado com o tema materno-infantil. Esta questão, mais do que uma necessidade da sociedade, tem relação com o papel social designado à mulher. Isto, nos diversos contextos históricos, resultaram na construção e implementação de programas de atenção de diferentes abrangências ao longo dos anos.

Sendo o corpo feminino um lócus privilegiado de instrumentação de sua submissão e opressão, as dimensões do cuidado com a saúde da mulher também se expressam nas intervenções voltadas para esse corpo, definidas pelo papel que a sociedade de forma hegemônica lhe impõe: mãe e reprodutora. É sob esse olhar que institucionalizaram os primeiros cuidados em saúde da mulher: saúde materna e do ciclo gravídico-puerperal, no qual a sexualidade da mulher também está restrita à sua condição de reprodução (SOUTO, 2008, pp. 167-168).

Segundo Ribeiro-Filho (2004), um dos primeiros registros históricos de política nacional voltados para a atenção à saúde materno-infantil estava relacionado com o DNS, no qual foram criados a divisão do Amparo à Maternidade e à Infância e o Instituto Nacional de Puericultura.

Essa Divisão tinha como objetivo, realizar estudos, inquéritos e pesquisas sobre os problemas relativos à maternidade e à saúde da criança. Em 1940 a Divisão foi extinta e em seu lugar foi criado o Departamento Nacional da Criança que tinha entre suas ações: coordenar as atividades no país relativas à proteção, à maternidade, à infância, à adolescência, em relação à saúde, à alegria de viver, à preservação moral, etc. Esse Departamento foi extinto em 1966/67, tendo sido criada a Coordenação Nacional Materno Infantil (DE SETA, 1997 apud RIBEIRO-FILHO, 2004, pp. 2-3).

A visão precária da saúde da mulher, que era vista apenas como produtora e reproduutora de força de trabalho, ou seja, como mãe (SOUTO, 2008), fez com que surgissem lutas pelos direitos reprodutivos da mulher. O movimento de mulheres e outros movimentos sociais relacionados com gênero foram importantes à medida que “trouxeram para o debate

público temas referentes a saúde e direitos reprodutivos, que, até então, não eram considerados ‘próprios’ desse espaço” (GIFFIN; COSTA, 1999, p. 21). Estas discussões resultaram, por fim, na definição de novas políticas de saúde reprodutiva.

O feminismo lançou os questionamentos e as ideias que vão historicamente produzir o conceito de direitos reprodutivos e servir de base para a construção de direitos sexuais. Pode-se dizer que no primeiro caso há uma autoria original do feminismo, e no segundo caso uma autoria compartilhada entre vários movimentos sociais, sendo os mais relevantes o movimento gay, o movimento lésbico e o movimento feminista (ÁVILA, 2003, p. 466).

O conceito de gênero adotado pelas políticas em saúde se refere “ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher”, sendo uma construção social e histórica sobreposta a um corpo sexuado e que é a primeira significação de poder nas relações entre homens e mulheres (BRASIL, 2004, p.12). Uma vez que o gênero significa as relações de poder, compõe identidades, papéis, crenças e valores da sociedade (BRASIL, 2010a), sua abordagem na saúde é importante, pois “implica o esforço de desvendar como as ideias de feminilidade e masculinidade permeiam as práticas sociais, definindo comportamentos, sentimentos e interações humanas, de modo a possibilitar intervenções mais efetivas sobre a sua saúde” (SOUTO, 2008, p. 165).

As relações de gênero são desiguais na maioria das sociedades, se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas, o que resulta no aprofundamento de outras desigualdades sociais e discriminações (BRASIL, 2004). Dada a importância do tema, movimentos populares passaram a lutar pelos direitos relacionados ao gênero, como, por exemplo, o movimento feminista.

A luta do movimento de mulheres está ligada ao debate sobre controle de população, planejamento familiar, saúde da mulher e saúde reprodutiva e sexual. Foram importantes na medida em que:

A luta do movimento de mulheres pela inclusão desses princípios no discurso governamental e em amplos setores da sociedade se dá em meio a profundas transformações demográficas, resultantes tanto da queda das taxas de mortalidade – característica das décadas de 50 e 60 – quanto do acentuado declínio das taxas de fecundidade verificado a partir dos anos 70. As taxas de crescimento populacional decresceram de mais de 3% ao ano, entre 1950 e 1960, para 2,9% na década seguinte e 1,8% entre 1985 e 1990 (GIFFIN; COSTA, 1999, p. 27).

Durante as décadas de 1960 e início de 1970, o Brasil tendia ao natalismo, influenciado pelo milagre econômico e pela Igreja Católica (GIFFIN; COSTA, 1999). Com o

enfraquecimento do modelo econômico, foram instituídos dois programas de saúde reprodutiva: em 1974 foi promulgado o 1º Programa de Atenção Materno-Infantil e em 1977 foi instituído o Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco (PPGAR), que foram os primeiros programas de atenção à saúde da mulher (RIBEIRO-FILHO, 2004). Estas políticas tratavam o corpo da mulher apenas pela sua função reprodutora com práticas curativas, bem como enfatizavam o pressuposto que a mulher devia se adequar ao princípio “mãe saudável, de filho igualmente saudável” e também o foco sobre o “risco gravídico” (D`OLIVEIRA; SENNA, 1996; RIBEIRO-FILHO, 2004), demonstrando a visão biomédica no modelo de atenção do sistema médico industrial vigente.

Havia assim um grande descompasso entre as lutas da sociedade pelos direitos sexuais e reprodutivos e as políticas públicas desenvolvidas, em especial as de saúde. Segundo Ávila (2003, p. 468):

Para o exercício efetivo desses direitos, torna-se necessário uma transformação da lógica na qual está baseada o sentido das leis que dizem respeito ao exercício da reprodução e das relações amorosas e sexuais. Uma transformação que vai no sentido de deslocar o princípio lógico da prescrição e controle, para o princípio da ética e da liberdade. Políticas públicas dirigidas a esses direitos devem ser voltadas para a justiça social, e para isso, elas têm de ser formuladas e executadas levando em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual.

Como alternativa para a visão biomédica, surgiu o conceito de integralidade na saúde, o qual afirma que se devem considerar as dimensões biológica, cultural e social do usuário. Assim, o paciente não pode ser reduzido ao seu sistema biológico, mas em todas as dimensões que o envolvem e que produzem sofrimento (FRACOLLI et al., 2011). Gomes (2011, p. 29) complementa que:

Dir-se-á que a integralidade oferece, atualmente, a possibilidade de se pensar melhor o agir profissional e os cuidados em saúde, revitalizando as ações técnicas como construções técnico-científicas e construções humanas de intervenções. Na perspectiva de integrar, leva ainda a outra renovação: a da concepção de ‘eficácia técnica’, em que não só o produto da ação ou o tratamento das doenças está em jogo, mas também a própria relação interativa do profissional com os usuários. Trata-se da valorização da interação como participante da eficácia técnica. Pode-se dizer: cada profissional terá de romper com sua autonomia absoluta, com sua total independência de decisão, para uma autonomia interdependente em que partilha a tomada de decisões e a elaboração do projeto terapêutico com outros, incluindo-se aí o próprio usuário ou paciente.

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1983, resultou da articulação entre universidades, mulheres e MS, sendo o primeiro exemplo de mudança no modelo de atenção, com perspectiva da integralidade. Neste contexto, este

programa significou que “a saúde das mulheres precisava ser abordada em todos os ciclos da vida da mulher e não apenas no período da gravidez” (SOUTO, 2008, p. 171), o que rompe com a visão tradicional curativa, que focava as questões relativas à reprodução (OSIS, 1994; 1998).

Paradoxalmente, o PAISM foi o primeiro programa proposto e efetivado pelo Estado, embora parcialmente, que possui dentre suas ações o planejamento familiar, ou seja, se tratava de um programa que contemplava o controle da reprodução (OSIS, 1994). Em consequência da sua nova abordagem, as ações do PAISM “voltadas à regulação da fecundidade passaram a ser concebidas como parte da atenção completa à saúde que as mulheres deveriam receber e não mais como fins em si mesmas” (OSIS, 1998, p. 31).

Dessa forma, o PAISM se torna singular à medida que redimensionou o significado do corpo feminino e marcou o início da inclusão dos conceitos de universalidade e integralidade às políticas públicas na área da saúde. Além disso, sua adoção enfatizou a utilização das Ações Integradas de Saúde, representou uma vitória da Reforma Sanitária, bem como marcou o seu pioneirismo, “inclusive no cenário mundial ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar” (OSIS, 1998, p. 31). Sendo assim, sua efetiva implantação em todo o território nacional não ocorreu.

Ao longo dos 25 anos de implantação, o programa apresenta diferenciações. No período inicial, de 1984 a 1989, ainda não estava implantado o SUS e os programas eram verticais, então o PAISM, enquanto proposta mais horizontal e participativa, teve que conviver com uma máquina administrativa vertical e autoritária sob a configuração de um Estado Mínimo defendido pelo governo na época. Na década de 90, com a implantação da política do SUS e a consequente municipalização e reorganização da atenção básica, o PAISM ganhou força, embora as ações no campo da saúde reprodutiva tenham sido privilegiadas, demonstrando ainda a visão de saúde nas práticas desenvolvidas. Algumas lacunas subsistiram, como a atenção no climatério e à adolescência e a própria inclusão de perspectiva de gênero e de raça/etnia nas ações a serem desenvolvidas (SOUTO, 2008, p. 171).

O PAISM foi reformulado em 2004, originando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Nesta nova política, reafirma-se a perspectiva de gênero e raça/etnia da atenção à mulher. Para isso, explicita-se “orientações para identificação de demandas e necessidades das mulheres, considerando a realidade local e os determinantes sociais e culturais de homens e mulheres” (SOUTO, 2008, p. 173). No entanto, ainda faz-se necessário a integração das perspectivas de gênero e integralidade nas práticas de saúde, para a humanização e a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Após o pioneirismo do PAISM, “a segunda metade dos anos 80 marca um período fundamental de formulação e implantação de políticas públicas com perspectiva de gênero no

Brasil” (GIFFIN; COSTA, 1999, p. 24). Isto se deve, em parte, pela criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985 (BRASIL, 1985), o qual fortaleceu a luta pelos direitos das mulheres. Devido a sua atuação, em parceria com o movimento feminista e conselhos estaduais e municipais, a significativa maioria das propostas das mulheres foi incluída na Constituição de 1988.

A concepção da “mulher-mãe” continua a modificar-se, bem como os direitos reprodutivos se evidenciam mundialmente com o Encontro sobre Direitos Reprodutivos, em 1984 em Amsterdã. A seguir vieram outras convenções, como a Conferência de Nairóbi em 1985 (Quênia); a Conferência do Cairo em 1994 (Egito); bem como a Conferência da Mulher em 1995 em Pequim (China), as quais representaram a consolidação da promoção dos direitos da reprodução para a justa posição das mulheres na sociedade (SOUTO, 2008).

Com as mudanças sobre as concepções sobre mulher-mãe, a questão de gênero e dos direitos reprodutivos novamente se fortalece, pois:

No sistema de valores que fundamenta a cultura sexista, o masculino representa a supremacia e o poder, enquanto o feminino é associado à fraqueza e dependência. Essa injustiça repercute tanto sobre as mulheres quanto sobre os homens. De acordo com a construção sociocultural dos gêneros que prevalece na tradição ocidental, a reprodução seria um assunto feminino, em decorrência da natureza da mulher, e o campo da sexualidade seria essencialmente masculino, em decorrência da natureza do homem (BRASIL, 2010a, p. 55).

Complementando o PAISM, a assistência pré-natal foi normatizada em 1986 pelo Manual de Assistência Pré-Natal e revisto em 2000 (BRASIL, 2000a). Segundo este manual, a assistência à gestante irá depender do grau de risco de sua gestação e está diretamente relacionada com a atenção primária à saúde:

A assistência pré-natal de baixo risco foi incluída na Estratégia da Saúde da Família, fazendo parte dos serviços a serem oferecidos nas unidades básicas de saúde do PSF, como uma das atividades passíveis de serem realizadas pela equipe de saúde da família, na atenção à gestante. Em relação à gestação de alto risco, em 1998, o Ministério da Saúde criou mecanismos de apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco, com o propósito de garantir a atenção adequada e estimular e apoiar a organização e/ou consolidação de Sistemas de Referência na área hospitalar em todo o país (RIBEIRO-FILHO, 2004, p. 3).

Com relação ao planejamento familiar, o cuidado com o mesmo já havia sido instituído no PAISM, foi reafirmado na CF e instituído como um direito do cidadão:

Art. 226, § 7º - Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal,

competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

Com o estabelecimento de acordos sobre direitos sexuais e reprodutivos na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, houve a reafirmação de definir estes direitos como direitos humanos. Além disso, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher:

O governo do Brasil assumiu o compromisso de fundamentar todas as políticas e programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive os programas de planejamento familiar, nos direitos sexuais e reprodutivos (COELHO; PORTO, 2009, pp. 31-32).

Para regular o Art. 226, foi publicada a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996a). Esta lei reafirma que o planejamento familiar é um direito de todo cidadão, sendo que deve ser oferecido como “parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde” (BRASIL, 1996a, art. 3º). No parágrafo único do Art. 2º desta lei, afirma-se ainda que é proibida a utilização das ações de regulação da fecundidade para qualquer tipo de controle demográfico, o que condiz com os princípios de Pequim e do Cairo. Além disso, estabelece como diretrizes a garantia de ações educativas, ações preventivas e acesso igualitário a informações meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (BRASIL, 1996a, art. 4º).

A partir de 2001, com demanda ampliada em 2005, o MS passa a adquirir métodos anticoncepcionais reversíveis, tais como a pílula combinada de baixa dosagem, pílula só de progesterona, minipílula, preservativo masculino, dispositivo intrauterino, anticoncepcional injetável mensal, anticoncepcional injetável trimestral e a pílula anticoncepcional de emergência.

Com distribuição descentralizada e trimestral para municípios que possuíssem pelo menos uma equipe do PSF, estivessem com o termo de adesão ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento aprovado ou ter uma equipe do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (COELHO; PORTO, 2009). No entanto:

O que se observa no cotidiano das equipes de Saúde da Família é a irregularidade da oferta desses insumos e a desobrigação do governo municipal na aquisição dos mesmos. Como resultado, as atividades voltadas para os direitos reprodutivos e sexuais se encontram desestruturadas, sem a garantia de continuidade de suas ações (COELHO; PORTO, 2009, p. 33).

Para instruir os profissionais de saúde ligados ao SUS sobre planejamento familiar, foi lançado um manual técnico em 2002. Segundo este manual técnico, “o planejamento familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos” (BRASIL, 2002a, p. 7). Para isso, a assistência à anticoncepção deve, necessariamente, envolver (a) as atividades educativas, as quais devem ser realizadas preferencialmente em grupo; (b) o aconselhamento, o qual é individualizado e centrado no indivíduo e (c) as atividades clínicas, as quais devem ser realizadas em todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde.

Embora o manual fosse de orientação sobre todas as práticas a serem realizadas da unidade de saúde, nota-se que o material focou apenas o aconselhamento e as atividades clínicas individualizadas, uma vez que traça recomendações específicas de cada método contraceptivo, indicando, inclusive a atuação dos profissionais de saúde por consulta.

Assim, apesar de discursar afirmando a busca pelo atendimento integral e a promoção da saúde, acaba-se por novamente reproduzir o conhecimento biomédico de práticas curativas, ressaltando o planejamento familiar como oferta e o aconselhamento dos métodos contraceptivos. Isto, por consequência, delega à mulher a responsabilidade sobre a reprodução.

No Brasil, apenas a partir de 1989 o MS apresentou as bases programáticas do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), instituindo em nível nacional ações que eram restritas a alguns estados e municípios (UEDA; FERRIANI, 1997). Esta estratégia buscou reordenar o modelo de atenção à saúde, enfatizando o cuidado ao adolescente⁶, o qual, até então, era tratado do mesmo modo que o adulto, sem considerar suas especificidades.

O PROSAD apenas estabeleceu referências para promoção da saúde integral do adolescente em consonância com a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), as quais defendem que a saúde integral do adolescente depende do contexto dos sistemas biológico, psicossocial e meio ambiente⁷. Assim, o programa foi instituído tendo como um dos seus principais objetivos “promover a saúde integral do adolescente favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais” (BRASIL, 1996b, p.14). Para isso, definiu como áreas prioritárias de atuação (a) o crescimento e desenvolvimento; (b) a sexualidade; (c) a saúde bucal; (d) a saúde mental; (e) saúde reprodutiva; (f) saúde do escolar adolescente; (g) prevenção de acidentes; (h) violência e maus tratos; e (i) família.

⁶ A adolescência, faixa etária entre 10 e 19 anos, é o período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. (BRASIL, 1996b, p. 5)

⁷ A OPAS estabeleceu como condições para “a efetivação dos níveis críticos de qualidade de vida em termos elementares: a educação, nutrição, habitação, boa saúde física e mental, trabalho, lazer, participação e liberdade” (UBEDA; FERRIANI, 1997, p. 198).

Em termos de saúde reprodutiva, o PROSAD se propõe a desenvolver atividades variadas, tais como ações informativas para promoção da consciência do corpo relacionado à vida pessoal e sexual; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; AIDS; gravidez indesejada; traumas psicossociais e assistência pré-natal, em nível ambulatorial. No entanto, o levantamento de estudos publicados indicou que ainda há situações extremas e opostas na atenção oferecida, sendo que há casos em que o PROSAD é cumprido (FORMIGLI; COSTA; PORTO, 2000) e casos que pouco se é efetivado nas unidades de saúde, o que indica a manutenção da visão curativa e não integral de assistência (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006).

Em 2005 essa política foi reformulada, passando para Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem (PNSAJ). Do mesmo modo que já preconizava o PROSAD, institui a atenção integral a essa população, “considerando as necessidades específicas de adolescentes e jovens, as características socioeconômicas e culturais da comunidade à qual pertencem, bem como as diferenças de gênero, raça e religião” (RAPOSO, 2009, p. 118). Esta política também busca convergir com o Estatuto da Criança do Adolescente, o qual visa salvaguardar a vida e garantir o desenvolvimento pleno das crianças e adolescentes brasileiros.

O PNSAJ tem como temas estruturantes a (a) participação juvenil, (b) equidade de gêneros, (c) direitos sexuais e direitos reprodutivos, (d) projeto de vida, (e) cultura de paz, (f) ética e cidadania e (g) igualdade racial e étnica (BRASIL, 2010a). Ao contrário do PROSAD não define ações específicas, apenas discute sobre a importância destas áreas para o bem-viver dessa população.

Complementando o PNSAJ, houve a publicação do Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens em 2007 (BRASIL, 2007). O Marco Teórico garantiu a essa população a privacidade na consulta, a confidencialidade e o sigilo médico. A principal questão se relaciona à confidencialidade, o qual é a garantia da privacidade do jovem, caso o mesmo não deseje repassar as informações a seus pais. Este documento define melhor as ações que devem ser desenvolvidas com os adolescentes e os jovens, ao contrário do PNSAJ. No entanto ainda deixa muitas lacunas em aberto, como por exemplo, ao levantar os desafios para o PNSAJ e não definir com mais rigor ações a serem realizadas.

Além das políticas com recorte de gênero, novos programas que visam o cuidado materno-infantil foram promulgados. Houve a deliberação da Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000 que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000b). Este programa tinha como objetivo principal “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, 2002b, p.5). Além disso:

O desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000a, [s.p.]).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento tem como prioridades:

(a) Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; (b) toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; (c) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; (d) todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002b, p.6).

Em 2003, o governo brasileiro firmou um Pacto Nacional visando à redução das mortes maternas, bem como reconheceu o RMM como um indicador das desigualdades sociais brasileiras das lacunas ainda existentes na prestação de serviços básicos de assistência às mulheres adultas e adolescentes, como o pré-natal de qualidade (BRASIL, 2007). Para tanto, foram definidas as seguintes ações estratégicas:

Garantia de acolhimento nos serviços; reconhecimento do aborto como causa de mortalidade materna e garantia da qualidade e ampliação de serviços de atenção ao abortamento; expansão da atenção básica; efetivação de pactos municipais e/ou regionais; expansão da oferta de exames; implementação do planejamento familiar; vigilância ao óbito materno e neonatal, inclusive com o apoio à criação de comitês de mortalidade materna; intensificação do cuidado de recém-nascido e puérpera na primeira semana; organização, ampliação e qualificação do acesso aos serviços; desenvolvimento de ações de suporte social, inclusive de forma integrada aos programas de assistência social; qualificação e humanização e capacitação de profissionais de saúde para intervenção qualificada sobre e segundo estas prioridades (BRASIL, 2007, p. 43).

Este pacto é importante à medida que o RMM é de alto risco, com 68 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos no ano de 2010 (BRASIL, 2012). Pelas mortes maternas serem altamente evitáveis, é imprescindível o fortalecimento da Atenção Básica e do atendimento hospitalar para a redução do risco.

Em 2005 promulgou-se a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (BRASIL, 2005b). Conforme seu Art. 3º, seus componentes fundamentais são:

I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto;

II – Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro;

III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial.

Devido à falta de financiamento, bem como a falta de locais de média e alta complexidade que realizam este tipo de serviço para o SUS, esta é uma política de pouco acesso à população e que praticamente não se efetivou.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída em 2009 pela Portaria GM/MS nº 1944 (BRASIL, 2009) e, assim como o PNAISM, possui um forte recorte de gênero. Essa política foi resultado de “processos amplos de análise e discussão entre setores da sociedade civil, profissionais de saúde, gestores do SUS, pesquisadores e sociedades científicas” (CHAKORA, 2014, p. 559).

Os eixos prioritários da Saúde do Homem devem alcançar os homens em sua pluralidade, em suas diversas condições reais de existência, de forma a cumprir com a tarefa de levar resolubilidade às suas demandas em saúde (CHAKORA, 2014). Os eixos estão agrupados em torno dos seguintes temas: (a) acesso e acolhimento; (b) doenças prevalentes na população masculina; (c) saúde sexual e reprodutiva; (d) paternidade e cuidado, (e) Promoção da Saúde e (f) prevenção de violências e acidentes.

A principal questão levantada em saúde sexual e reprodutiva é a questão da paternidade consciente. Segundo esta política, a paternidade, em especial na adolescência, não é algo que simplesmente deve ser evitado: deve-se considerar as necessidades e projetos de vida pessoal, de modo responsável, independentemente da idade do pai. Mais ainda que isso: devem ser disponibilizadas informações, métodos contraceptivos e preservativos para contracepção e planejamento familiar e o acesso deve ser facilitado aos adolescentes e jovens (BRASIL, 2008).

Sobre esta questão, Ávila (2003, p. 469) pondera:

Os tabus e os preconceitos sobre a vida sexual e reprodutiva ao longo da história recente, têm se constituído em um impedimento para uma atenção integral de qualidade nesses terrenos. Tornar a prática preventiva uma rotina que leve de fato à preservação e à promoção da saúde, invertendo o quadro atual de saúde da população, é um desafio que exige uma estratégia de educação para saúde voltada para a qualificação dos profissionais e também como parte da atenção à saúde prestada à população em geral.

Assim, de modo geral, verifica-se que as políticas e os programas instituídos desde o PAISM com finalidade em saúde reprodutiva possuem a questão de gênero e a integralidade em seu corpo. Estas políticas conceitualmente são esplêndidas, porém a atuação dos profissionais de saúde tem perpetuado a concepção curativa em detrimento da promoção da saúde dos usuários de saúde, conforme indicado em vários estudos.

Para que uma melhor atenção à saúde seja realizada, deve-se realizar constantes avaliações. Estas devem abordar tanto o quantitativo, com base em indicadores de saúde, mas sem excluir o qualitativo, analisando-se tanto o profissional que atua no SUS, quanto o próprio usuário.

3.2 MORBI-MORTALIDADE MATERNA: ANÁLISE SITUACIONAL DA ATENÇÃO

A OMS define morte materna como “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas accidentais ou incidentais” (OMS, 1998, p.143). A morte materna é um problema de saúde pública, ainda preocupante em muitos países em desenvolvimento. Este é um evento importante à medida que:

A morte materna é um fenômeno de exceção que reflete de modo extremamente doloroso a desorganização e a má qualidade da assistência prestada à saúde da mulher em uma fase crucial e delicada de sua vida. Ela é ainda mais cruel e delicada na medida em que significa um desperdício de vidas (BRASIL, 2001, p.21).

A redução da mortalidade materna é o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio e faz parte de acordos firmados internacionalmente pelo Brasil. Em 1987, durante a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, o Brasil firmou a decisão de reduzir, até o ano 2000, em 50% o número de mortes maternas existentes em 1985. Já na 23^a Conferência Sanitária Pan-Americana, em 1990, comprometeu-se a reduzir a mortalidade materna em 50% no decorrer da década (BRASIL, 2001). Deste modo, tem-se a meta de se possuir um valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos até 2015

(BRASIL, 2012). No entanto, “poucos foram os reflexos no coeficiente de mortalidade materna no país” (FERRAZ, BORDIGNON, 2012, p. 529).

A manutenção de elevadas taxas de mortalidade materna denuncia, sobretudo, deficiências nos serviços de atenção à saúde, uma vez que são altamente evitáveis e podem ser agravadas por condições socioeconômicas desfavoráveis (RESENDE, 2013). Na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre mortalidade materna concluiu-se que embora as mulheres constitucionalmente sejam iguais aos homens (art. 5º), tanto em direitos quanto em deveres, muitas vezes a assistência prestada às mulheres pode ser classificada como desumana e degradante (BRASIL, 2001).

Assim sendo, a mortalidade materna foi escolhida como indicador para a análise situacional da efetividade das políticas no SUS, uma vez que programas de atenção materno-infantil são os que foram implantados há mais tempo no Brasil e são passíveis de melhoria a partir de políticas públicas (BRASIL, 2000a; RIBEIRO-FILHO, 2004). Além disso,

Estudar os fatores relacionados a esta situação faz-se essencial para a formulação de estratégias de gestão e planejamento, já que o número de mortes maternas de um país constitui um excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente proporcional ao grau de desenvolvimento humano. Tal fato reflete o nível socioeconômico, a qualidade da assistência, a iniquidade entre os gêneros e a política de promoção da saúde existente (FERRAZ, BORDIGNON, 2012, p. 529).

As mortes maternas podem ser definidas, segundo tipo de causas, como obstétrica direta e obstétrica indireta (Quadro 1). As mortes maternas tardias e não obstétricas, apesar de possuírem códigos específicos no CID-10, não são considerados óbitos maternos segundo a definição da OMS.

Quadro 1 – Conceitos de tipos de morte de mães constantes no CID- 10

Tipo de morte	Descrição
Morte materna obstétrica direta	Ocorre por complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Exemplos: hemorragia, aborto, infecção puerperal, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) e anormalidades da contração uterina.
Morte materna obstétrica indireta	Resultante de doenças existentes antes da gravidez ou que se desenvolveram durante a gravidez, não por causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, incluindo as doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas.
Morte materna tardia	Morte por causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorrida após 42 dias do parto e em um prazo inferior a um ano.
Morte não obstétrica	Morte resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo.

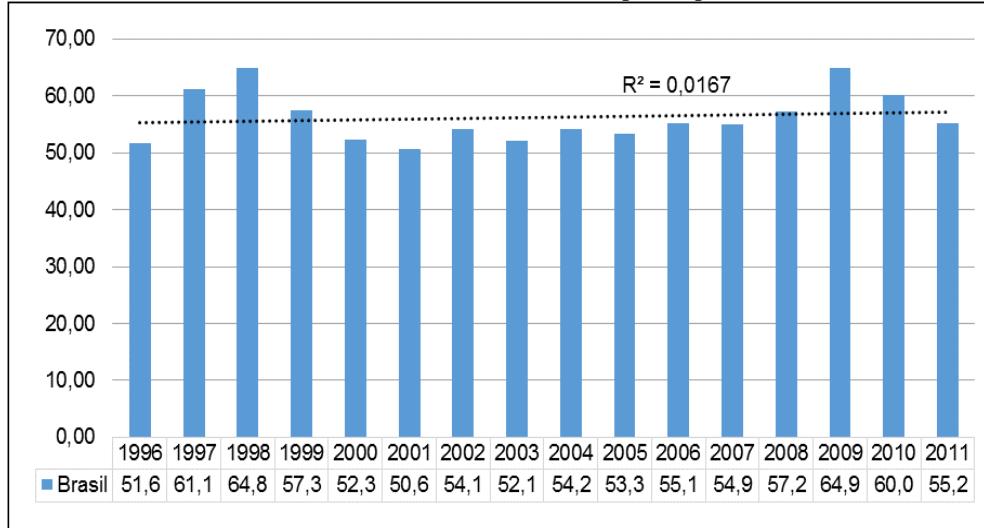
Fonte: OMS, 1998; BRASIL, 2012; RESENDE, 2013.

Para avaliar a mortalidade materna, a OMS definiu a Razão de Mortalidade Materna (RMM) como indicador. Este índice evidencia a quantidade de mortes de mães ocorridas a cada 100 mil nascidos vivos.

Segundo os dados do MS, no período de 1990 a 2010 houve o declínio da RMM, havendo redução de 143 para 68 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012). Essa taxa, embora ainda enquadre o país em alto risco de mortalidade materna, possui uma alta tendência a em continuar a diminuir os óbitos nacionais de morte materna ($r^2=0,8004$), sendo estatisticamente significativos.

O recorte dos dados de 1996-2011, maior período disponível para consulta no DATASUS, em alguns pontos contradiz as perspectivas positivas evidenciadas no boletim epidemiológico. Isto, pois, houve o aumento de 51,61 para 55,27 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (Gráfico 2), havendo uma tendência de um aumento suave nos anos posteriores, embora não seja estatisticamente significativa ($r^2=0,0167$). A média do RMM para o período indica um alto risco de mortalidade materna ($\bar{X}=56,21$; $\sigma=4,46$), condiz com o boletim epidemiológico, porém evidencia que o índice está muito acima do considerado aceitável pela OMS, que é inferior a 20 mortes por 100 mil nascidos vivos.

Gráfico 2 – Razão de Mortalidade Materna brasileira para o período de 1996 a 2011



Fonte: DATASUS, 2014.

Analisando o RMM para as regiões brasileiras (Tabela 4), todas as regiões ficaram com o índice médio para o período classificado como alto risco de mortalidade materna ($\bar{X}_{Norte}=57,98$ e $\sigma_{Norte}=5,63$; $\bar{X}_{Nordeste}=62,76$ e $\sigma_{Nordeste}=5,87$; $\bar{X}_{Centro-Oeste}=53,95$ e $\sigma_{Centro-Oeste}=8,61$; $\bar{X}_{Sudeste}=50,79$ e $\sigma_{Sudeste}=8,44$; $\bar{X}_{Sul}=56,68$ e $\sigma_{Sul}=7,80$). Além disso, apenas as regiões Sudeste e Centro-oeste tiverem índices inferiores aos da média nacional, que foi de

56,21. Outro dado observado que merece ser destacado foi o fato da região Sul apresentar maior RMM que a região Centro-oeste. Esses números geram estranheza quando se analisa as condições socioeconômicas de ambas as regiões, onde é perceptível a superioridade dos indicadores da região Sul. Um dos motivos que podem estar contribuindo para esta disparidade é a subnotificação.

Tabela 3 – Razão de Morte Materna por região do Brasil no período de 1996 a 2011

Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
1996	51,61	47,45	56,77	32,53	52,37	52,83
1997	61,16	53,10	54,90	53,32	64,67	71,51
1998	64,87	57,07	56,25	54,83	70,08	76,25
1999	57,36	63,11	56,25	57,23	55,28	62,08
2000	52,30	62,26	57,66	39,11	48,23	53,44
2001	50,62	49,77	57,42	54,06	44,29	52,65
2002	54,10	53,12	61,42	60,74	46,27	57,37
2003	52,14	57,17	63,00	53,55	42,16	51,58
2004	54,22	52,73	63,68	61,85	44,19	59,03
2005	53,38	57,49	67,03	54,47	40,71	55,09
2006	55,11	58,90	63,56	57,29	46,52	56,72
2007	54,99	64,78	63,62	45,06	48,09	52,91
2008	57,28	58,39	69,57	65,12	46,71	54,37
2009	64,96	67,26	72,94	61,77	62,10	54,86
2010	60,07	62,66	71,09	59,79	53,76	52,18
2011	55,27	62,47	68,98	52,52	47,21	44,02
Média	56,21	57,98	62,76	53,95	50,79	56,68
Desvio padrão	4,46	5,63	5,87	8,61	8,44	7,80
r^2	0,0167	0,3732	0,8804	0,2214	0,1041	0,3631

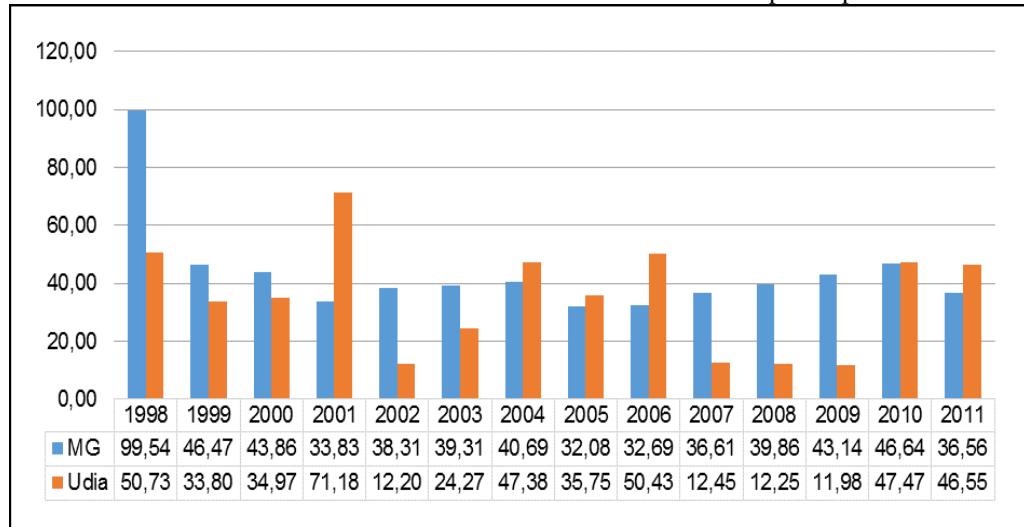
Fonte: DATASUS, 2014.

A região Nordeste foi a que apresentou os maiores RMM do país, seguida da região Norte. Segundo Rezende (2013, p. 39), estudos da década de 1980 “já apontavam as regiões Norte e Nordeste como as de maior ocorrência de mortes de mulheres na gestação, parto ou puerpério”, o que é agravado pelo fato de que nestas regiões a subnotificação é significativamente elevada, o que sugere que “os números, ainda que corrigidos, são imprecisos”.

As análises de tendência indicaram que assim como no Brasil, as regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste tendem a aumentar seus casos de morte materna, embora apenas na região nordeste isto seja estatisticamente significativo ($r^2_{norte}=0,3732$; $r^2_{nordeste}= 0,8804$; $r^2_{centro-oeste}= 0,2214$). Já nas regiões Sudeste e Sul, a tendência é de queda, embora também não seja estatisticamente significativo ($r^2_{sudeste}= 0,1041$ e $r^2_{sul}= 0,3631$).

O mesmo recorte temporal de dados (1996 a 2011) foi utilizado para Minas Gerais e o município de Uberlândia, no entanto, os dados de nascidos vivos não eram confiáveis nos anos de 1996 e 1997 sendo, por isso, desconsiderados. Em Minas Gerais, para o período, houve um coeficiente médio de 43,54 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Além disso, ocorreu a redução de 99,54 para 36,56 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, ou seja, uma redução de 63,27% do índice, passando de um RMM de alto para médio risco de mortalidade materna (Gráfico 3). Essa tendência é de redução nos anos posteriores, porém não é estatisticamente significativa ($r^2=0,2009$).

Gráfico 3 – Razão de Mortalidade Materna de Minas Gerais e de Uberlândia para o período de 1996 a 2011



Fonte: DATASUS, 2014.

Legenda: MG: Minas Gerais; Udia: Uberlândia.

Com relação a Uberlândia (MG), o coeficiente médio para o período foi de 35,10, configurando a classificação de médio risco (Gráfico 3). Além disso, houve uma redução da quantidade de óbitos, os quais passaram de 50,73 para 46,55 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, ou seja, uma redução de 8,24%, passando assim de alto para médio risco de mortalidade materna. Essa tendência, assim como em Minas Gerais e no Sudeste, é de queda nos anos posteriores, não sendo estatisticamente significativa ($r^2=0,0514$).

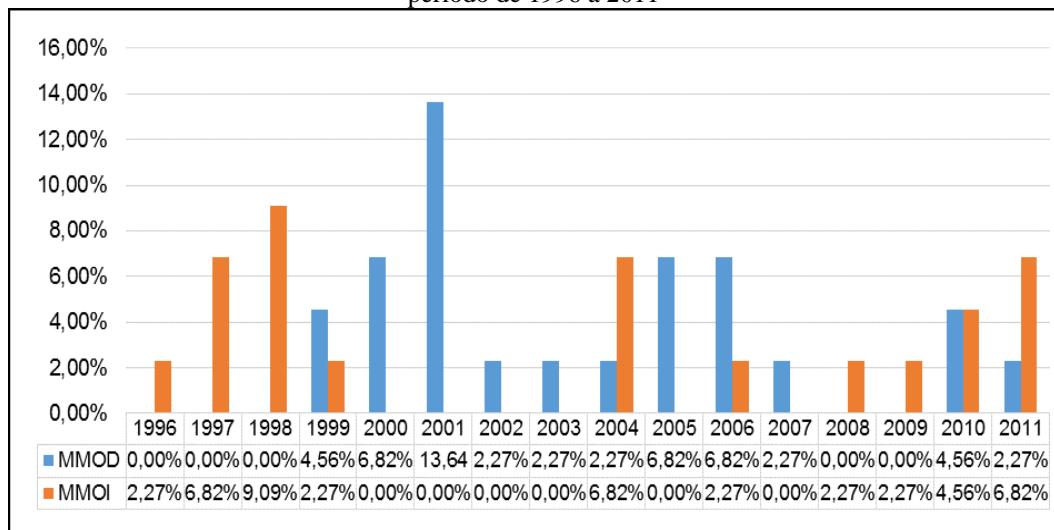
A mortalidade materna por causas obstétricas diretas é predominante no Brasil, ao mesmo tempo em que preocupante, pois são óbitos diretamente evitáveis com melhorias na atenção obstétrica, na atuação de profissionais da saúde e em questões sociais (RESENDE, 2013). Ainda, há a tendência de que as causas indiretas ganhem mais importância, uma vez que passaram de 22,0% do total de óbitos em 1996 para 30,7% em 2010 (BRASIL, 2012). Uma vez que estes óbitos são resultantes de doenças existentes antes da gravidez, reforça-se a

necessidade de políticas e ações que envolvam a questão do atendimento integral e não que se espere a gravidez para que se cuide da saúde dessa mulher.

Em Minas Gerais, do mesmo modo que no Brasil, para o período, as mortes maternas por causas diretas foram predominantes (68,24%) sobre as por causas indiretas (29,44%), havendo uma pequena porcentagem de mortes de causas não especificadas (2,31%). Além disso, considerando apenas os casos de morte de causa especificada, há uma tendência em aumentar a proporção dos casos de mortes obstétricas diretas enquanto que a proporção dos casos de mortes obstétricas indiretas diminui, porém nenhuma é estatisticamente significativa ($r^2=0,4156$).

Do mesmo modo que Minas Gerais e o Brasil, em Uberlândia (MG) as mortes maternas por causas diretas foram predominantes (53,33%), sendo que as causas indiretas representaram 44,44% e as não especificadas 2,22% das mortes (Gráfico 4). Analisando-se a tendência da proporção dos tipos de mortes maternas, nota-se a estagnação dos óbitos por causa direta ($r^2=0$) e a ligeira tendência de queda nos óbitos por causa indireta ($r^2=0,0017$), porém ambas não foram significativas.

Gráfico 4 – Proporção de óbitos maternos por tipo de causa obstétrica ocorridos em Uberlândia (MG), no período de 1996 a 2011



Fonte: DATASUS, 2014.

Legenda: MMOD: Morte materna obstétrica direta; MMOI: Morte materna obstétrica indireta.

Alguns dos fatores que influenciam a morte materna evitável são as consultas pré-natais, o planejamento reprodutivo e a educação em saúde. Isto, pois a captação precoce da gestante e a realização correta do pré-natal visam à identificação imediata de gestações de alto risco (RESENDE, 2013). Além disso,

Tendo em vista que muitos óbitos maternos decorrem de gestações indesejadas, como por exemplo, devido ao aborto provocado, o acesso aos anticoncepcionais e a eficiência dos programas de educação sexual são apontados como aliados na redução dessas mortes. Além disso, a equipe de saúde deve ser sensibilizada para que entenda as dificuldades, crenças e culturas inerentes à mulher e seu companheiro, orientando-os sobre os direitos sexuais e reprodutivos, numa linguagem clara e acessível (RESENDE, 2013, pp.57-58).

As ações da atenção primária, em especial a Estratégia Saúde da Família, têm a função de buscar ativamente as grávidas e assegurar o acompanhamento pré-natal. Deste modo, o fortalecimento desse nível de atenção e das ações realizadas pelo mesmo são de extrema importância para a redução do número de mortes maternas.

Outro fator que tem sido apontado em pesquisas como influenciador na ocorrência de mortes maternas é o tipo de parto realizado. O levantamento do tipo de parto realizado em Minas Gerais e Uberlândia (MG) está relacionado na Tabela 4.

Tabela 4 – Número absoluto e proporção de nascidos vivos por tipo de parto, no período de 1996 a 2011, em Uberlândia, MG

Ano	Minas Gerais			Uberlândia		
	Vaginais	Cirúrgicos	Ignorados	Vaginais	Cirúrgicos	Ignorados
1996	91.596 (52,1%)	81.669 (46,4%)	2.678 (1,5%)	-	-	-
1997	100.731 (52,5%)	89.146 (46,4%)	2.137 (1,1%)	-	-	-
1998	167.831 (56,8%)	126.735 (42,9%)	798 (0,3%)	2.469 (31,3%)	5.323 (67,5%)	93 (1,2%)
1999	183.487 (59,6%)	123.213 (40,0%)	1.051 (0,3%)	3.466 (39,1%)	5.282 (59,5%)	127 (1,4%)
2000	177.672 (59,0%)	121.910 (40,5%)	1.376 (0,5%)	3.193 (37,2%)	5.334 (62,2%)	52 (0,6%)
2001	176.365 (59,1%)	120.775 (40,5%)	1.398 (0,5%)	3.004 (35,6%)	5.367 (63,7%)	58 (0,7%)
2002	165.583 (58,2%)	118.194 (41,5%)	781 (0,3%)	2.413 (29,4%)	5.718 (69,8%)	63 (0,8%)
2003	160.852 (56,5%)	123.404 (43,3%)	648 (0,2%)	2.009 (24,4%)	6.168 (74,8%)	65 (0,8%)
2004	152.828 (55,0%)	124.292 (44,8%)	571 (0,2%)	1.682 (19,9%)	6.750 (80,0%)	10 (0,1%)
2005	148.516 (53,5%)	128.299 (46,2%)	653 (0,2%)	1.439 (17,1%)	6.951 (82,8%)	2 (0,02%)
2006	138.160 (51,9%)	127.370 (47,9%)	613 (0,2%)	1.227 (15,5%)	6.700 (84,5%)	5 (0,1%)
2007	132.050 (50,9%)	126.842 (48,9%)	613 (0,2%)	997 (12,4%)	7.033 (87,6%)	2 (0,02%)
2008	128.534 (49,3%)	131.666 (50,5%)	716 (0,3%)	963 (11,8%)	7.198 (88,2%)	0 (0,0%)
2009	120.839 (47,8%)	131.211 (51,9%)	626 (0,2%)	910 (10,9%)	7.436 (89,1%)	0 (0,0%)
2010	116.763 (45,8%)	137.937 (54,1%)	426 (0,2%)	999 (11,9%)	7.427 (88,1%)	0 (0,0%)
2011	114.744 (44,2%)	144.370 (55,6%)	749 (0,3%)	1.285 (15,0%)	7.308 (85,0%)	0 (0,0%)
Média	142.284,4 (53,6%)	122.314,6 (46,1%)	989,6 (0,4%)	1.861,1 (22,4%)	6.428,0 (77,2%)	34,1 (0,4%)
Desvio	28.610,2	15.866,4	623,9	898,6	860,6	42,0
r^2	0,063	0,630	0,545	0,792	0,914	0,756

Fonte: SINASC, 2014.

Em Minas Gerais houve a prevalência do parto vaginal (53,6%), porém com tendência à redução da ocorrência da realização do mesmo em favor do parto cirúrgico, sendo que apenas a tendência da cesárea foi estatisticamente significativa ($r^2_{vaginal}=0,063$; $r^2_{cirúrgico}=0,630$). Já em Uberlândia, há uma preponderância do parto cirúrgico (77,2%) sobre o

vaginal (22,4%). Analisando-se a tendência de ocorrência do tipo de parto, observou-se que a realização dos partos vaginais tende a diminuir com o tempo ($r^2 = 0,792$), enquanto que as cesáreas tendem a aumentar ($r^2 = 0,914$). Tanto a nível estadual, quanto a nível municipal, a tendência é que a quantidade de casos de partos ignorados reduza ($r^2_{\text{Minas}} = 0,545$; $r^2_{\text{Udia}} = 0,756$).

Não encontrou-se explicações concretas sobre a prevalência do parto cirúrgico em Uberlândia, uma vez que, por ser uma cidade universitária e, portanto, possuir universidades que disponibilizam cursos de medicina e enfermagem, deveria haver uma maior preocupação com a saúde das pacientes e dos recém-nascidos. Assim, pode-se levantar como possíveis fatores a falta do estudo dos riscos existentes nos componentes curriculares dos cursos existentes ou questões de cunho cultural, como a praticidade da cesárea. No entanto, estas questões não foram avaliadas neste estudo e, portanto, devem ser melhor analisadas.

Consciente da problemática relacionada à atenção integral à saúde da mulher e, em especial, a atenção materno-infantil, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto pela Saúde do Brasil (BRASIL, 2005a), aprovado pela Portaria 2.607, de 10 de dezembro de 2004. No âmbito da saúde materno-infantil, visava que, até 2007, houvesse a redução em 15% dos índices de mortalidade materna; redução em 15% da taxa nacional de cesariana no SUS; redução em 15% o número de complicações de aborto no âmbito do SUS; bem como a implantação de comitês de morte materna em 100% dos municípios com população superior a 50 mil habitantes. Apesar do pacto, as taxas de partos cirúrgicos tanto em Minas Gerais quanto em Uberlândia não modificaram sua tendência global: ambos os casos permaneceram com tendência de aumento dos partos ($r^2_{\text{MG-antes}} = 0,4814$; $r^2_{\text{MG-depois}} = 0,7801$; $r^2_{\text{Udia-antes}} = 0,7858$; $r^2_{\text{Udia-antes}} = 0,6934$).

A elevada taxa de parto cirúrgico em Uberlândia, aliada às tendências de elevação da ocorrência deste tipo de parto no município e em Minas Gerais evidenciam que há a necessidade de uma política mais eficaz para a orientação de pacientes e profissionais de saúde sobre os riscos existentes. Essa ação é importante, pois a ANS (2008) afirma que quando não há indicação médica, as cesáreas ocasionam riscos desnecessários à saúde da mãe e do recém-nascido. Isto, pois, há o aumento de 120 vezes na probabilidade de problemas respiratórios para a criança, bem como triplica o risco de morte da mulher. Mandarino et al. (2009, p. 1588) complementa que:

As cesáreas acarretam aumento da morbimortalidade materna e neonatal, destacando-se a infecção puerperal e a prematuridade. Também se associam com um retardamento na recuperação puerperal, maior tempo de internação, maior tempo de assistência por profissionais de saúde, durante a internação mais prolongada, maior

uso de medicamentos, início tardio da amamentação e, por fim, elevação de gastos para o sistema de saúde.

Consciente dessa necessidade, a SMS concluiu em seu Plano Municipal de Saúde que deveria “desenvolver ações e atividades que valorizem o parto normal como a maioria dos países desenvolvidos” (UBERLÂNDIA, 2014a, p. 49). Essa medida está em consonância com as ações desenvolvidas nacionalmente para o incentivo do parto normal, as quais foram necessárias, pois:

A análise deste indicador evidenciou que o parto cirúrgico predomina no mercado privado de planos de saúde no Brasil. Foram identificadas altas taxas de cesariana, variando de 64,30% em 2003 a 80,72% em 2006, valores muito acima dos 15% recomendados pela OMS. O impacto negativo desta taxa nos dados nacionais é expressivo, pois a proporção de cesarianas no setor de saúde suplementar é cerca de três vezes maior que a proporção encontrada no SUS e duas vezes maior que a média nacional (ANS, 2008, p. 09).

Embora seja inegável a necessidade destas ações, há o prognóstico de que haverá o embate da resolução normativa 368 com médicos, que preferem o procedimento por ser mais rápido e viável financeiramente, e com mulheres que possuem resistência ao parto normal por medo ou comodidade (BERDINELLI, 2015). Esta resolução, apesar de dificultar o acesso da maior parte da população ao parto cirúrgico desnecessário na saúde suplementar, não coíbe a realização do mesmo sem a utilização dos convênios médicos. Assim, há a necessidade de uma maior esclarecimento e conscientização da população sobre a questão, para que estas ações realmente entrem em prática.

Complementando os dados de RMM, foi realizado o levantamento da morbidade materna no período perinatal no DATASUS, com objetivo de verificar possíveis *Near Miss* (NM) de mortalidade materna. O NM torna a análise situacional mais precisa, uma vez que indica a qualidade do atendimento obstétrico no atendimento hospitalar, bem como serve de “grupo de comparação em estudos de casos de morte materna” (SOUZA et al., 2006, p.256).

A análise do NM indicou que, do total de internações nacionais no período analisado (Tabela 5), ocorrências relacionadas à gravidez, parto e puerpério foram responsáveis por 20,9% a 25,5% dos casos ($\bar{x}=23\%$, $\sigma=1\%$). Além disso, houve a tendência significativa de queda dos casos no decorrer do tempo ($r^2=0,9422$). A situação do estado de Minas Gerais e do município de Uberlândia é similar ao inferido nacionalmente. Em Minas, estas internações corresponderam por 18,9% a 24,5% dos casos ($\bar{x}=21\%$, $\sigma=2\%$), enquanto que em Uberlândia este índice variou de ($\bar{x}=20\%$, $\sigma=3\%$). Ainda, tanto no estado, quanto no município há a tendência a queda estatisticamente significativa ($r^2_{\text{Minas Gerais}}=0,8710$ e $r^2_{\text{Uberlândia}}=0,9082$).

Tabela 5 – Relação das internações e taxa de mortalidade resultantes de complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério no Brasil, em Minas Gerais e em Uberlândia de 1998 a 2011

Ano	Brasil		Minas Gerais		Uberlândia	
	Internações (%)	Mortalidade	Internações (%)	Mortalidade	Internações (%)	Mortalidade
1998	24,9	0,11	23,3	0,05	25,7	0,86
1999	25,5	0,10	24,5	0,04	24,7	1,21
2000	24,5	0,25	23,4	0,05	22,4	0,99
2001	24,0	0,02	22,6	0,04	23,3	1,09
2002	23,4	0,17	21,3	0,04	21,6	1,15
2003	22,7	0,06	20,7	0,04	20,4	1,45
2004	23,0	0,10	20,8	0,03	19,3	0,83
2005	23,2	0,14	21,2	0,05	18,6	1,34
2006	22,4	0,03	20,6	0,05	16,7	1,51
2007	22,0	0,09	20,2	0,03	16,6	1,68
2008	22,0	0,05	20,1	0,03	17,2	0
2009	21,6	0,05	20,1	0,04	17,7	0
2010	20,9	0,03	19,2	0,03	16,6	0,07
2011	20,9	0,02	18,9	0,02	15,5	0,02

Fonte: DATASUS, 2014.

Das internações ocorridas no período, a taxa de mortalidade variou de 0,02 a 0,25 no Brasil ($\bar{x}=0,09$; $\sigma=0,07$); de 0,02 a 0,05 em Minas Gerais ($\bar{x}=0,04$; $\sigma=0,01$) e de 0,00 a 1,68 em Uberlândia ($\bar{x}=0,87$; $\sigma=0,06$). Nota-se que a variação, bem como a média dos dados de Uberlândia é muito superior ao observado a nível federal e estadual, o que evidencia que há uma menor mortalidade a nível federal e estadual. Dessa forma, o NM é maior nessas esferas políticas.

Do mesmo modo que a taxa de internações, a taxa de mortalidade nas três esferas políticas tende a reduzir com o tempo, embora essa tendência não seja estatisticamente significativa ($r^2_{Brasil}=0,3104$; $r^2_{Minas Gerais}=0,4086$ e $r^2_{Uberlândia}=0,3104$). No entanto, como em Uberlândia as chances de óbito após a internação são maiores, faz-se necessária a avaliação dos fatores que permeiam a questão, a fim de que os índices municipais reduzam e sejam mais condizentes com os demais.

Segundo Ávila (2003, p.468):

A reprodução e a sexualidade devem constar como áreas específicas da política geral de saúde pública. Gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno, concepção, contracepção, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e violência sexual são questões cruciais que hoje são colocadas para a política de saúde. Isso significa que o poder público deve assegurar nesses campos os meios de promover bem-estar, de prevenir contra morbimortalidade e assegurar tratamentos e curas necessários. Esse bem-estar diz respeito ao estado de saúde física e mental.

Cabe ressaltar que as propostas de políticas e programas existentes são bem fundamentados, preocupados com os direitos sexuais e reprodutivos, com respaldo das

posições defendidas no Cairo e em Beijing. No entanto, esses dados infelizmente indicam que as ações preconizadas nestas políticas estão permanecendo no campo conceitual. Assim, devem-se redobrar os esforços para efetivar a efetivação das políticas em todo o país. “Mais uma tarefa para as mulheres organizadas e, em geral, para todos os que se interessam em promover um atendimento de boa qualidade à saúde reprodutiva” (OSIS, 1998, p. 31).

Observa-se que a história da saúde pública brasileira evidenciou que a mesma foi desfavorecida em favor da saúde privada, bem como a saúde coletiva e a promoção da saúde em favor da atenção curativa do corpo. Esta atenção apenas começou efetivamente a se modificar a partir da implantação do SUS e da gestão do MS sobre a saúde do país.

A história da atenção à saúde reprodutiva no brasil demonstra que as questões relacionadas ao cuidado materno-infantil sempre foram privilegiadas em detrimento de outros grupos. O movimento feminista, aliado ao movimento gay e lésbico, ampliou os horizontes para a integralidade e a universalidade da saúde nos diversos âmbitos da saúde: direitos, saúde reprodutiva, sexualidade e saúde pública. Assim, passou-se a preconizar nas políticas públicas a universalidade e a integralidade da atenção, que teve início com a instituição do PAISM. No entanto, homens e masculinidades muitas vezes são tratados de modo secundário.

No modelo vigente, a maior parte da atenção à saúde reprodutiva ocorre por intermédio da atenção primária, principalmente da Estratégia Saúde da Família. Várias políticas foram promulgadas, no entanto, percebe-se que por diversas vezes as mesmas não são efetivadas em sua plenitude no atendimento à população, o que perpetua a visão biomédica do cuidado. Devido a isto, faz-se necessária a realização sistematizada de avaliações.

A análise da RMM, que indica quantitativamente a organização e a qualidade da assistência prestada à mulher durante a gestação, parto e puerpério, indicou que as mortes por causas obstétricas diretas são predominantes no Brasil, assim como em Minas Gerais e Uberlândia (MG). Ou seja, a maioria das mortes maternas está ocorrendo devido a complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério em razão de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas, o que evidencia a falta de preparo dos profissionais envolvidos. Isto é preocupante, à medida que os partos cirúrgicos tendem a aumentar tanto em Minas Gerais, quanto em Uberlândia.

Para a melhoria da mortalidade e morbidade maternas, há a necessidade de capacitação contínua dos profissionais envolvidos com a gravidez, parto e puerpério. Além

disso, notou-se que um dos fatores preponderantes é a realização do pré-natal precoce e de qualidade, o qual poderia detectar possíveis complicações obstétricas previamente ao parto. Aliado a isto, há a necessidade do fortalecimento de medidas de planejamento familiar para prevenir gravidezes indesejadas e possíveis abortos ilegais, bem como a redução da realização de cesáreas sem motivos clínicos.

Embora historicamente as políticas tenham passado por uma evolução, conjuntamente com a evolução e a estruturação do SUS, ainda há uma alta prevalência do modelo biomédico e ações curativas em detrimento da promoção e da integralidade da saúde da população. A atenção primária e a ESF precisam ser fortalecidas e serem melhor executadas, bem como os profissionais de saúde necessitam de capacitações que permitam que estes servidores possam trabalhar mais alinhados aos princípios do SUS, a fim de que se tenha uma saúde de melhor qualidade.

4 PERCEPÇÕES DOS SUJEITOS DA SAÚDE: ANÁLISE DA CONJUNTURA DA SAÚDE REPRODUTIVA EM UBERLÂNDIA

Ao término da amostragem, foram obtidos 153 questionários envolvendo os profissionais de saúde da rede e 287 com usuários de saúde do SUS, sendo 440 entrevistados no total (Tabela 6). Deste total, 202 questionários (45,91%) foram obtidos em UAI, 73 (16,59%) em UBS e 165 (37,50%) em UBSF. Do mesmo modo que a tipologia da unidade de saúde não foi uniforme, a distribuição dos questionários não foi uniforme nas unidades amostradas. As maiores contribuições foram obtidas na UAI São Jorge e na UBSF Maravilha (34 e 33 entrevistas, respectivamente) e a menor na UAI Martins (15 entrevistas).

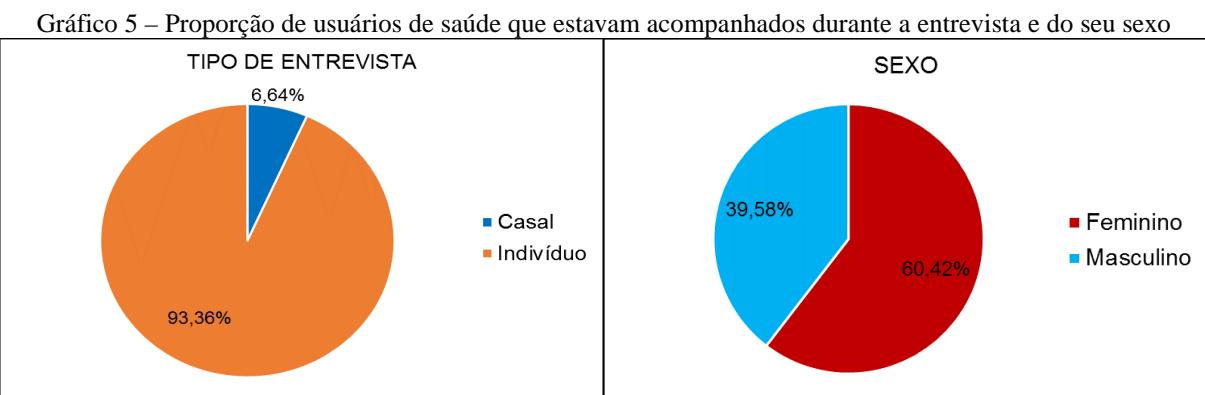
Tabela 6 – Relação da contribuição de entrevistas por unidade de saúde pesquisada

Unidade	Profissionais	Usuários	Total
UAI Luizote	10	21	31
UAI Martins	6	9	15
UAI Morumbi	9	15	24
UAI Pampulha	9	20	29
UAI Planalto	8	19	27
UAI Roosevelt	8	9	17
UAI São Jorge	15	19	34
UAI Tibery	10	15	25
UBS Brasil	6	18	24
UBS Custódio Pereira	9	9	18
UBS Tocantins	9	22	31
UBSF Dom Almir	6	19	25
UBSF Granada	7	19	26
UBSF Jaraguá	10	21	31
UBSF Joana D'arc	5	22	27
UBSF Lagoinha	10	13	23
UBSF Maravilha	16	17	33
Total	153	287	440

Fonte: A autora, 2015.

Dos 287 questionários preenchidos com usuários do sistema de saúde, 125 (43,55%) foram provenientes das UAI, 49 (17,07%) das UBS e 113 (39,37%) de UBSF. As unidades que forneceram a maior quantidade de entrevistas foram a UBSF Joana D'arc e a UBS Tocantins (5,23% cada) e as menores quantidades foram da UAI Martins, UAI Roosevelt e UBS Custódio Pereira (3,14% cada).

A caracterização dos entrevistados (Gráfico 5) demonstrou que a grande maioria (93,36%) não estava acompanhada por seus parceiros e eram do sexo feminino (60,42%). Esta distribuição refletiu a realidade encontrada nas unidades de saúde, uma vez que as mulheres procuram por atendimento médico com maior frequência que os homens, bem como estes usualmente não participam do cuidado da saúde da parceira, mesmo quando está grávida.



Fonte: A autora, 2015.

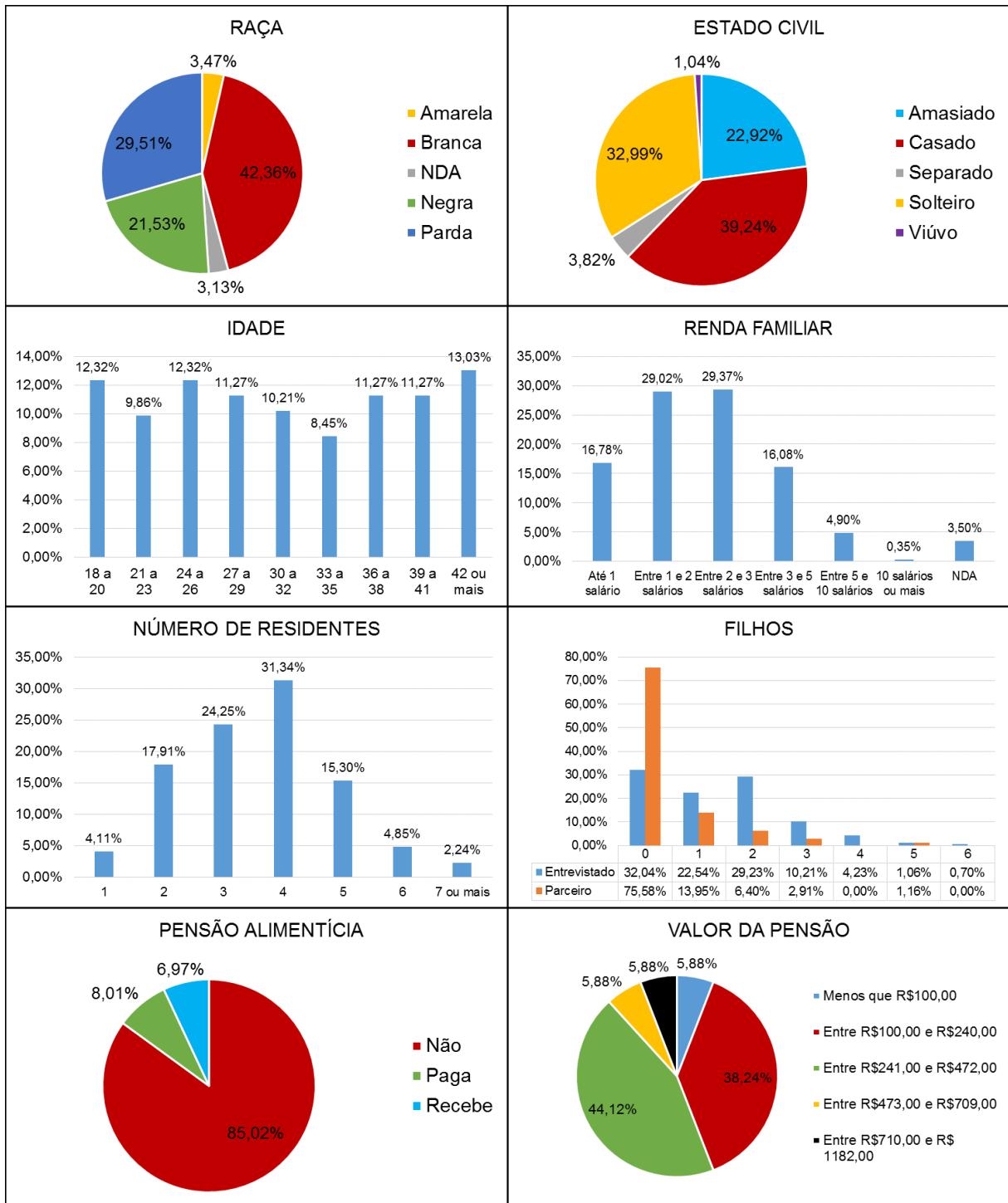
Continuando a caracterização dos entrevistados (Gráfico 6), percebeu-se que a maior parte dos entrevistados afirmaram que sua raça era branca (42,36%), estava casado (39,24%), bem como foram mais frequentes nas faixas etárias dos 42 anos ou mais (13,03%) e nas de 18 a 20 anos e de 24 a 26 anos (12,32% cada). Além disso, observou-se que a maioria dos entrevistados possuem renda familiar de 2 a 3 salários mínimos (29,37%) e de 1 e 2 salários (29,02%), morando em residências de famílias constituídas por 4 pessoas (31,34%) e não possuem filhos (32,04%).

Com relação aos filhos do parceiro, 75,58% dos entrevistados afirmara que o parceiro não possuía filhos fora da união estável. Dos 42 entrevistados (24,42%) que afirmaram que o parceiro tinha pelo menos 1 filho fora da relação, 57,14% afirmaram que o parceiro possuía apenas um filho, 26,19% que o parceiro possuía dois filhos, 11,90% que o parceiro possuía três filhos e 4,76% que o parceiro possuía cinco filhos. Tais dados apontam que há uma tendência negativa dos parceiros possuírem filhos de outras relações ($r^2=0,576$), seja antes ou durante a união estável com seus parceiros atuais. Além disso, apenas 14,98% afirmaram que pagam ou recebem pensão alimentícia, sendo que, destes, a maior parte (44,12%) afirma que a pensão paga ou recebida é de R\$241,00 a R\$472,00.

Deste modo, os entrevistados, em geral, possuíam parceiro fixo (62,15%), com renda variando de 1 a 3 salários mínimos (58,39%), morando com famílias constituídas por 4 pessoas, não possuem filhos e, portanto, não pagam ou recebem pensão alimentícia. Possuir parceiro fixo é um fator que reduz a vulnerabilidade pessoal em relação a DST. Além disso, a renda familiar

de R\$788,00 a R\$ 2.364,00 gera uma renda per capita média de R\$197,00 a R\$591,00, o que se configura como uma renda relativamente baixa para os entrevistados. Esta renda, aliada as despesas com pensão alimentícia impactam diretamente no planejamento financeiro dos usuários e, por conseguinte, podem influenciar o seu planejamento familiar futuro.

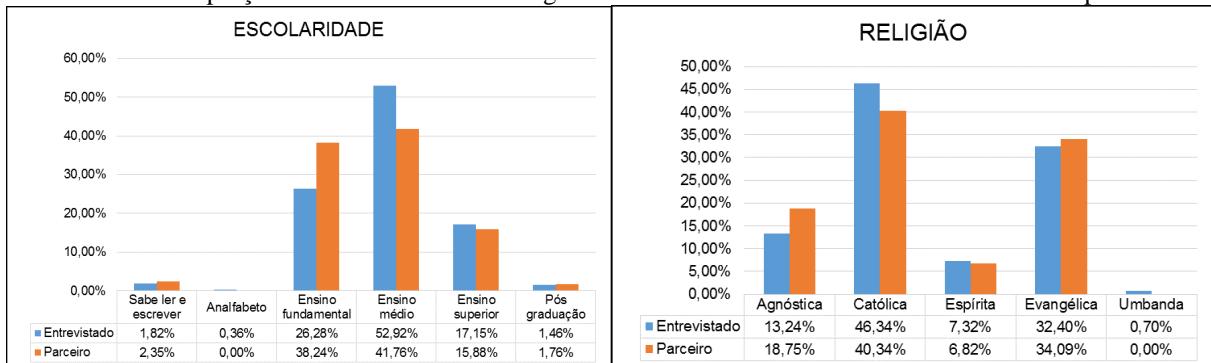
Gráfico 6 – Proporção da raça autodeclarada, do estado civil, da idade e da renda familiar dos usuários de saúde entrevistados, número de residentes da moradia dos usuários de saúde entrevistados, bem como do número de filhos dos usuários de saúde entrevistados e de seus parceiros, situação de pensão alimentícia e do valor da mesma



Fonte: A autora, 2015.

As características de renda apresentadas se relacionam diretamente com a escolaridade dos entrevistados (Gráfico 7), uma vez que, em geral, as maiores remunerações estão relacionadas com a maior exigência de escolaridade. A maior parte (52,92%) dos entrevistados cursaram o ensino médio, seguida dos que cursaram o ensino fundamental (26,28%), o ensino superior (17,15%), os que sabem ler e escrever (1,82%), possuem pós-graduação (1,46%) e os analfabetos (0,36%). Assim como a dos entrevistados, a escolaridade dos seus parceiros foi majoritariamente de ensino médio (41,76%), seguida de ensino fundamental (38,24%), o ensino superior (15,88%), os que sabem ler e escrever (2,35%) e os que possuem pós-graduação (1,76%).

Gráfico 7 – Proporção da escolaridade e da religião dos usuários de saúde entrevistados e de seus parceiros



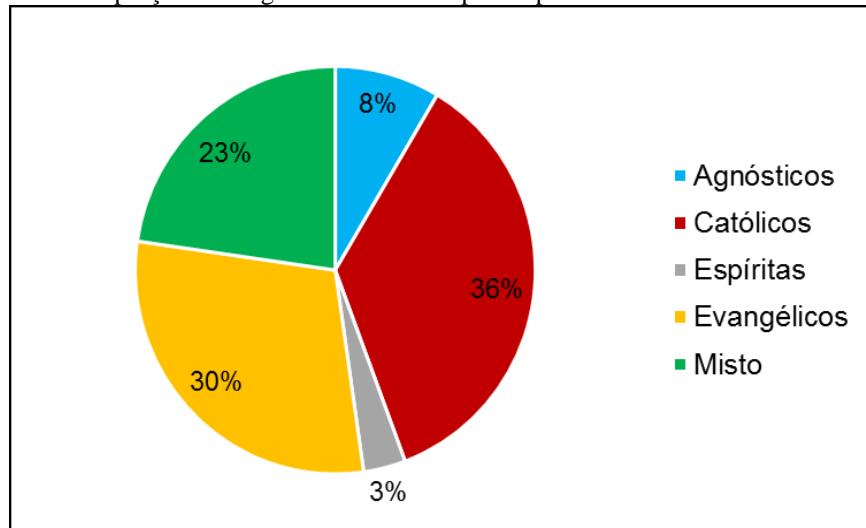
Fonte: A autora, 2015.

Com relação à religião dos usuários de saúde entrevistados, a maior parte dos entrevistados são católicos (46,34%), seguidos dos evangélicos (32,40%), agnósticos (13,24%), espíritas (7,32%) e umbandistas (0,70%). Foram considerados evangélicos, os entrevistados que afirmaram ser testemunhas de Jeová, batistas, da assembleia de Deus e protestantes. Do mesmo modo que a religião própria, os usuários entrevistados afirmaram majoritariamente que a religião dos seus parceiros é católica (40,34%), seguidos da evangélica (34,09%), agnóstica (18,75%) e espírita (6,82%). Notou-se, ainda, que a maior parte dos entrevistados (77,53%) afirmou possuir parceiro da mesma religião (Gráfico 8), sendo que, dos 178 casais existentes, a maioria é composta por parceiros católicos (35,39%), seguido por casais compostos por parceiros evangélicos (29,21%), parceiros de religiões diferentes (22,47%), agnósticos (9,55%) e espíritas (3,37%).

Tal como os dogmas religiosos são diferentes nas religiões, os valores e ensinamentos de cuidado também serão diversos. Deste modo, a análise da religião dos usuários e de seus parceiros que são públicos-alvo das ações de uma determinada unidade de saúde são importantes à medida que fornecem parâmetros para as abordagens temáticas que

serão realizadas, de modo a criar vínculos mais fortes entre sociedade e a população. Pode-se perceber, por exemplo, se é necessária uma abordagem compreensiva, voltada para pontos bíblicos ou uma abordagem mais científica.

Gráfico 8 – Proporção da religião de casais compostos pelos usuários de saúde entrevistados



Fonte: A autora, 2015.

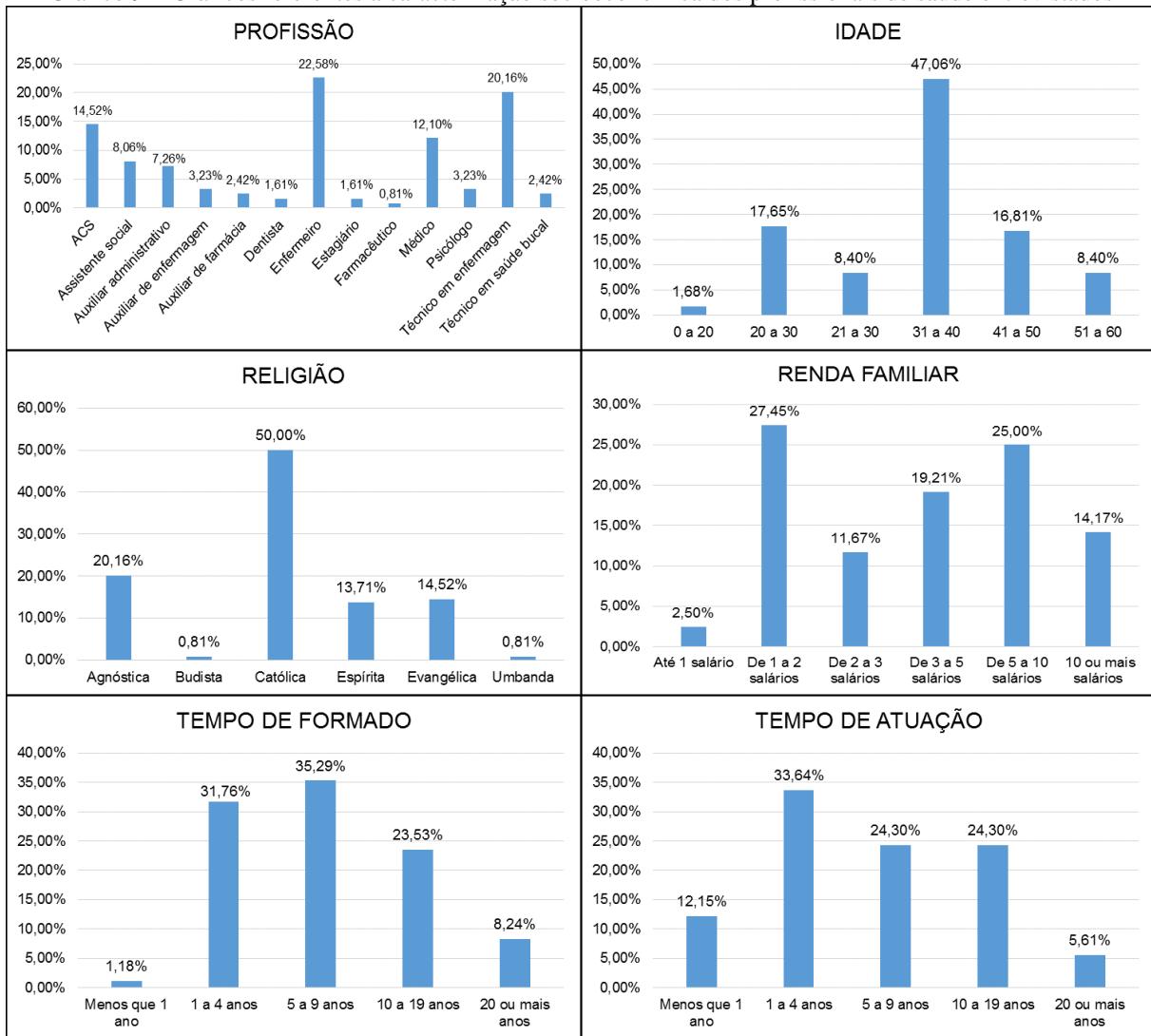
Dos 153 questionários envolvendo os profissionais de saúde, 75 (49,02%) foram provenientes das UAI, 24 (15,69%) das UBS e 54 (35,29%) de UBSF. As maiores contribuições foram obtidas dos profissionais da UBSF Maravilha e da UAI São Jorge (16 e 15 entrevistas, respectivamente) e as menores da UBSF Dom Almir e da UBSF Joana D'arc (6 e 5 entrevistas, respectivamente). Esta diferença ocorreu tanto pela quantidade de profissionais existente na unidade, quanto pela quantidade de profissionais que se dispuseram a responder a entrevista.

Embora se desejasse que apenas o setor da atenção primária das UAI fosse alvo da pesquisa, muitos estagiários responsáveis pela coleta de dados nestas unidades também amostraram o pronto socorro. Tal fato, apesar de fugir do objetivo inicial da pesquisa, forneceu uma visão ampla dos profissionais da rede, bem como aferiu o conhecimento dos mesmos acerca dos serviços existentes na unidade em que atuam.

Das 153 entrevistas com profissionais, 88,24% foram realizadas com mulheres e 11,76% com homens. A caracterização destes profissionais (Gráfico 9) evidenciou que os entrevistados pertencem a 13 profissões diferentes, sendo que a que mais colaborou foi enfermagem (22,58%) e a que menos colaborou foi farmácia (0,81%). Além disso, a grande maioria está na faixa dos 31 aos 40 anos (47,06%), é católica (50,00%), possui renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (27,45%), estão formados de 5 a 9 anos (35,29%) e atuam no SUS

de 1 a 4 anos (33,64%). Estes índices indicam que são profissionais mais maduros psicologicamente, com formação um pouco desatualizada, com pouca experiência nas áreas que atuam e que o padrão de consumo da maioria é baixo, o que pode influenciar na sua satisfação como profissional e em como atua em seu trabalho.

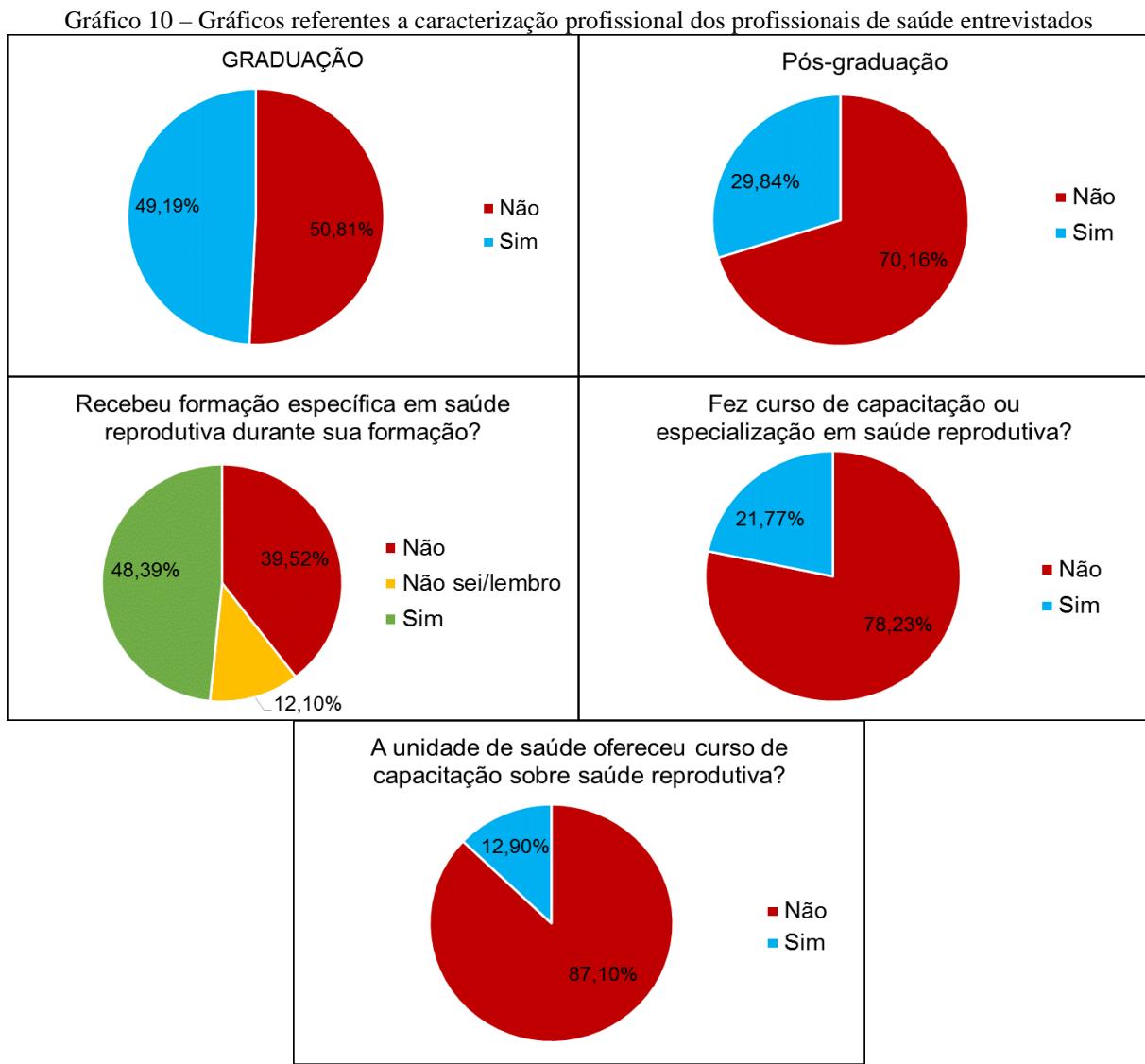
Gráfico 9 – Gráficos referentes a caracterização socioeconômica dos profissionais de saúde entrevistados



Fonte: A autora, 2015.

Em sua maioria, os profissionais entrevistados possuem graduação (50,81%), bem como apenas 29,84% possuem pós-graduação (Gráfico 10). Dos 153 entrevistados, 48,39% afirmaram que receberam formação específica em saúde reprodutiva durante a sua formação, enquanto que 39,52% afirmaram não ter recebido nenhuma e 12,10% não sabiam se tinham ou não recebido a mesma. Com relação a formação continuada, apenas 21,77% dos entrevistados afirmaram ter realizado capacitações ou especialização relacionadas com saúde reprodutiva. Isto está relacionado com o oferecimento destes e outros cursos pela unidade de

saúde ou o conhecimento deles estarem sendo realizados no município, uma vez que apenas 12,90% afirmaram que houve a realização destas capacitações oferecidos pela unidade.



Fonte: A autora, 2015.

Dada a variedade de profissões, o tempo de formado dos profissionais em atuação no SUS, a grande variedade de políticas relacionadas a saúde reprodutiva existentes, bem como a grande dinâmica de atualização das mesmas, observou-se que há uma carência de formação continuada dos profissionais. Tal fato prejudica a atenção fornecida pelos mesmos aos usuários, colocando em risco a efetividade das políticas desenvolvidas. Neste contexto, buscamos analisar as ações e serviços enfocando a saúde reprodutiva, o planejamento familiar e a saúde materno-infantil.

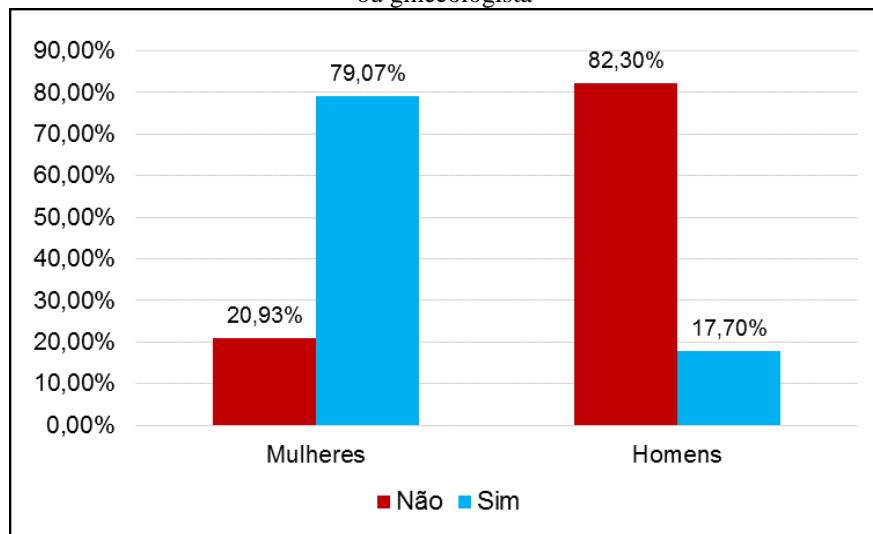
4.1 SAÚDE REPRODUTIVA

Embora a saúde reprodutiva não envolva apenas questões relacionadas à reprodução, mas também à sexualidade, optou-se nesta pesquisa por focar apenas nas questões reprodutivas em si, seja em como ter filhos ou como evitá-los. Para tanto, o primeiro parâmetro aferido foi se os usuários de saúde realizavam acompanhamento periódico com ginecologista ou urologista, se realmente utilizaram corretamente os métodos contraceptivos, se realizavam planejamento familiar e saber sobre o atendimento durante o pré-natal e parto.

A análise dos questionários (Gráfico 11) indicou que embora a maior parte dos entrevistados tenha afirmado que realizam acompanhamento periódico (54,36%), a maioria destes se refere às mulheres (79,07%). Esta procura maior por serviços das unidades de saúde pelas mulheres já foi verificada em diversos estudos (LUCK et al., 2000; PINHEIRO et al., 2002; FIGUEIREDO, 2005; LAURENTI et al., 2005; NARDI, GLINA, FAVORITO, 2007; COURTENAY, 2000) e explicitado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008, p. 5):

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

Gráfico 11 – Proporção de homens e mulheres que realizam acompanhamento médico periódico com urologista ou ginecologista



Fonte: A autora, 2015.

Esta preocupação com a saúde diferenciada entre os sexos pode ser explicada por questões de gênero, já que mulheres são apontadas como as que mais procuram as unidades de saúde na faixa etária estudada; pelo acesso à informação, bem como por questões das próprias políticas de saúde existentes e pela atuação dos profissionais de saúde. Além disso, as mulheres são tradicionalmente vistas como tendo uma relação íntima com o cuidar. Devido a isso, o sexo feminino é associado aos “papéis que as tornam responsáveis, quase que exclusivamente, pela manutenção das relações sociais (de cuidados) e pela prestação de serviços aos outros” (GOMES et al., 2007, p. 569).

Os profissionais de saúde, principalmente os ligados à ESF, ao tratarem de saúde reprodutiva e suas nuances, acabam por focar nas famílias e suas relações familiares. Esta ação é necessária para a atenção integral à saúde, no entanto, acaba por se contrapor ao estereótipo de gênero que o profissional possui, o que acarreta problemas à sua ação. As mulheres, então, são definidas como ‘mães’ e ‘cúmplices’ dos trabalhadores, o que as transformam no público-alvo preferencial das ações educativas. Este modo de agir reafirma as questões de gênero que o PAISM e o PNAISM buscaram romper, reafirmando situações de atenção à saúde materno-infantil (SARTI, 2010).

Tal situação também evidencia o cuidado ineficaz à saúde do homem. Os homens estão associados à virilidade, força e, sobretudo, à invulnerabilidade. Estas características, os tornam “incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade” (GOMES et al., 2007, p. 569). Além da questão da invulnerabilidade, há a posição social de provedor da família. Esta seria afetada uma vez que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho (BRASIL, 2008). Ainda:

Outro ponto igualmente assinalado é a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas intermináveis que, muitas vezes, causam a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta (BRASIL, 2008, p. 6).

A atual atenção à saúde do homem faz com que eles apenas recorram aos serviços de saúde quando há a necessidade de ações curativas conforme o modelo biomédico (SARTI, 2010). Assim:

Reproduzem-se as dificuldades de se incorporar a atenção à saúde do homem, problema estrutural da atenção básica centrada na saúde materno-infantil. Continua-se a conceber a família como assunto de mulheres, crianças e idosos, daqueles, enfim, nos quais se reconhecem as vulnerabilidades (SARTI, 2010, p. 97).

O cuidado ineficaz com a saúde do homem refletiu-se na própria amostra pesquisa. Embora se desejasse obter a mesma quantidade de questionários de homens e de mulheres, houve a menor frequência de homens disponíveis na unidade de saúde e, por conseguinte, que concordaram em participar das entrevistas. Deste modo, notou-se que a integralidade nos serviços de saúde, em especial na atenção primária, ainda está incipiente e necessita ser desenvolvida.

A frequência e a satisfação com o atendimento foram avaliadas junto aos usuários de saúde (Gráfico 12). A maior parte dos entrevistados afirmaram que não fazem acompanhamento médico, devido às variadas justificativas. Os homens citaram o desconhecimento dos serviços disponíveis na unidade, a vergonha, a falta de tempo, pela idade e por não possuir doenças, ou seja, não seria necessário:

Não, por desconhecimento (homem, 26 anos, ensino médio, UAI).

Não, nunca ouvi falar (homem, 28 anos, ensino médio, UAI).

Apenas fiz acompanhamento quando tive DST (homem, 41 anos, ensino médio, UBSF).

Não, por falta de tempo (homem, 41 anos, ensino fundamental, UBSF).

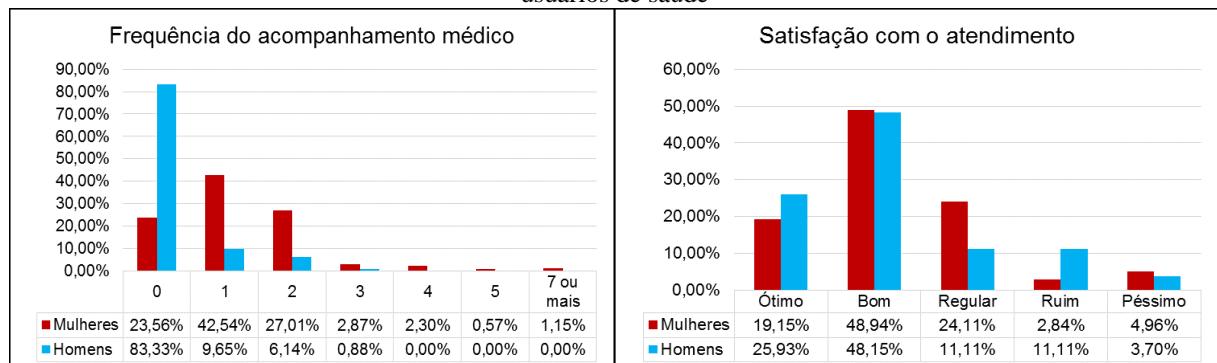
Apenas quando tive infecção urinária (homem, 24 anos, ensino fundamental, UBSF).

Não, nunca tive doença (homem, 28 anos, ensino fundamental, UBSF).

Não, quando for velho vou consultar (homem, 22 anos, ensino fundamental, UBSF).

Não faço. Tenho vergonha... (homem, 30 anos, ensino médio, UBSF).

Gráfico 12 – Avaliação da frequência do acompanhamento médico e da satisfação do atendimento recebido pelos usuários de saúde



Fonte: A autora, 2015.

As mulheres, além de se cuidarem mais, têm motivações diferentes para a sua falta de prevenção. Elas citaram a abstinência sexual, a vergonha de se expor a médicos, a opção por não realizar a consulta e a falta de vagas:

Nunca fiz, porque só tem especialista homem na unidade de saúde Jaraguá, mas realiza consultas em outras unidades ou particular para consultas com especialistas mulheres (mulher, 25 anos, UBSF Jaraguá).

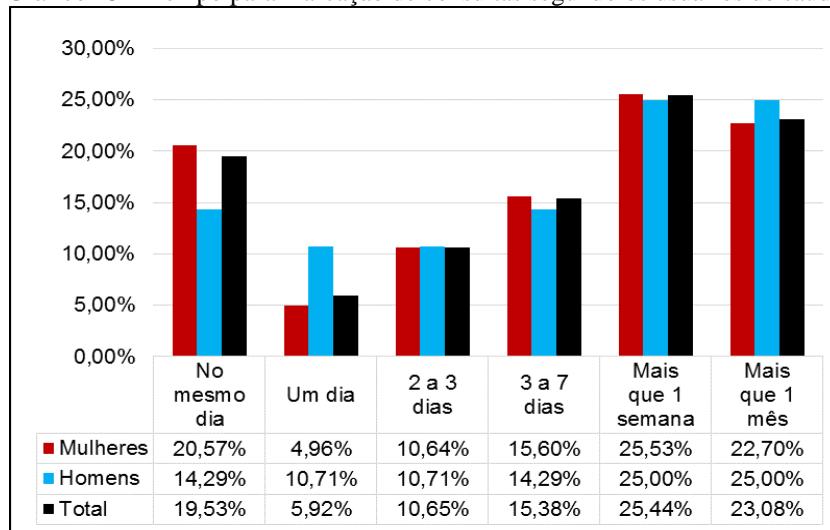
Não, por não conseguir vaga (mulher, 43 anos, UAI).

Não, por não manter relações há algum tempo (mulher, 69 anos, UAI).

Porque opta por não fazer (mulher, 36 anos, UAI)

Apesar de haver alegações de falta de vagas, a maior parte afirmou que o atendimento oferecido é bom. As queixas mais frequentes se referiam ao tempo de espera para a marcação de consultas e exames, o tempo de espera para o atendimento médico e a estrutura oferecida, pois nem sempre todos que estão à espera do atendimento podem permanecer sentados. Segundo o levantamento sobre o tempo de marcação de consultas (Gráfico 13), a maior parte afirma que a vaga apenas foi conseguida após uma semana (25,44%) ou após um mês (23,08%). A maioria das mulheres que afirmaram que a consulta foi conseguida para o mesmo dia (20,57%) se referia a ações de enfermagem, tais como primeira consulta de pré-natal e o acompanhamento de pressão arterial e do nível de glicose no sangue.

Gráfico 13 – Tempo para marcação de consultas segundo os usuários de saúde



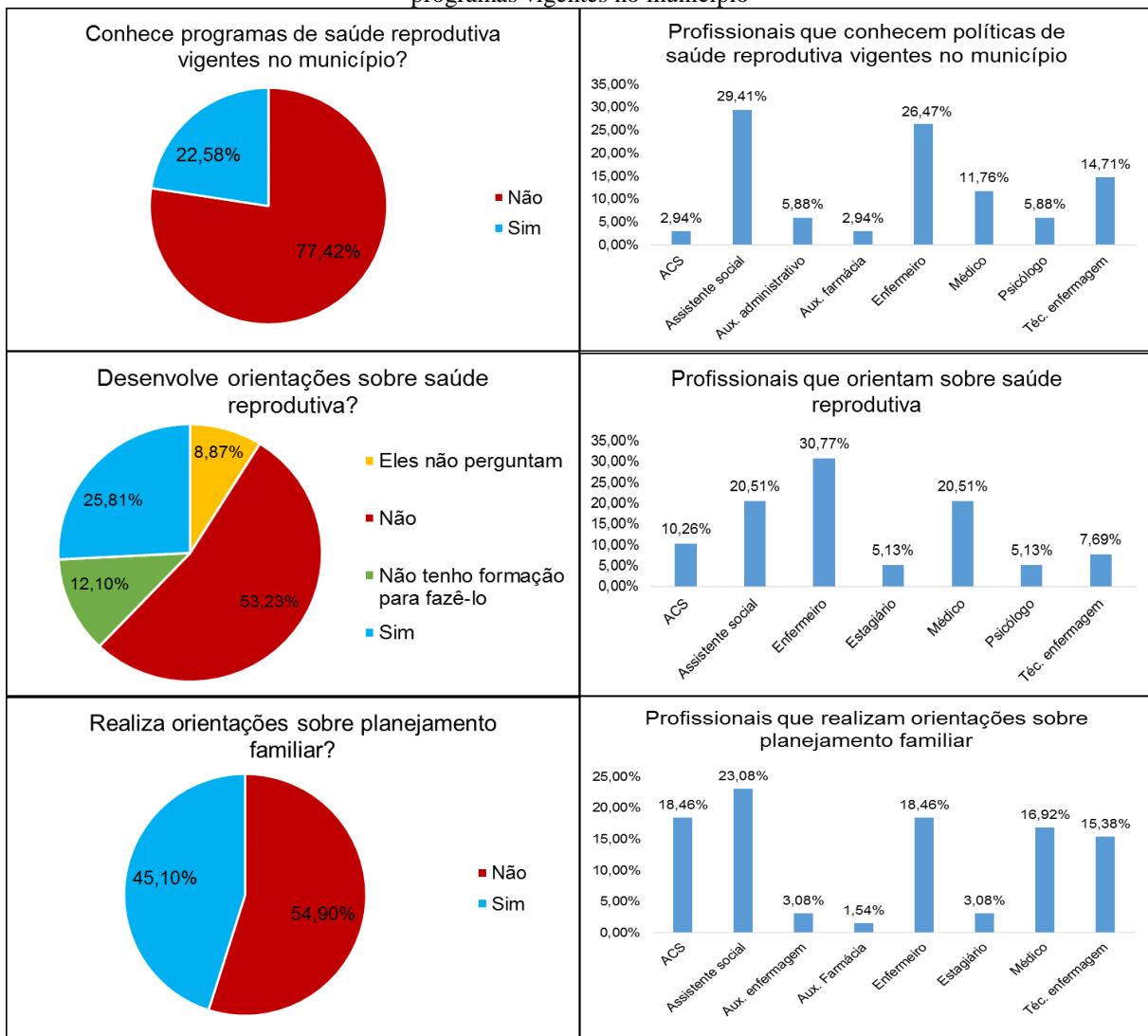
Fonte: A autora, 2015.

Deste modo, nota-se que há a necessidade de maior divulgação e informação para os usuários de saúde sobre os serviços de saúde reprodutiva disponíveis, uma vez que esse fator

com apontado como a causa da não realização de acompanhamento de uma grande parte dos homens entrevistados. Além disso, focar as ações de atenção à saúde apenas em momentos específicos, como a campanha Novembro Azul e a Outubro Rosa, é insuficiente para a realização efetiva do cuidado integral à saúde.

A falta de informação disponibilizada pelos profissionais de saúde pode ser verificada em diversos aspectos no levantamento realizado (Gráfico 14). Apesar da maioria dos profissionais ter afirmado que recebeu formação específica em saúde reprodutiva durante a sua formação, a maior parte dos profissionais não tem conhecimento acerca dos programas de saúde reprodutiva vigentes no município (77,42%), não realizam orientações sobre saúde reprodutiva (74,19%) e não efetuam orientações sobre planejamento familiar (54,90%).

Gráfico 14 – Gráficos referentes ao conhecimento e à atuação de profissionais frente a saúde reprodutiva e aos programas vigentes no município

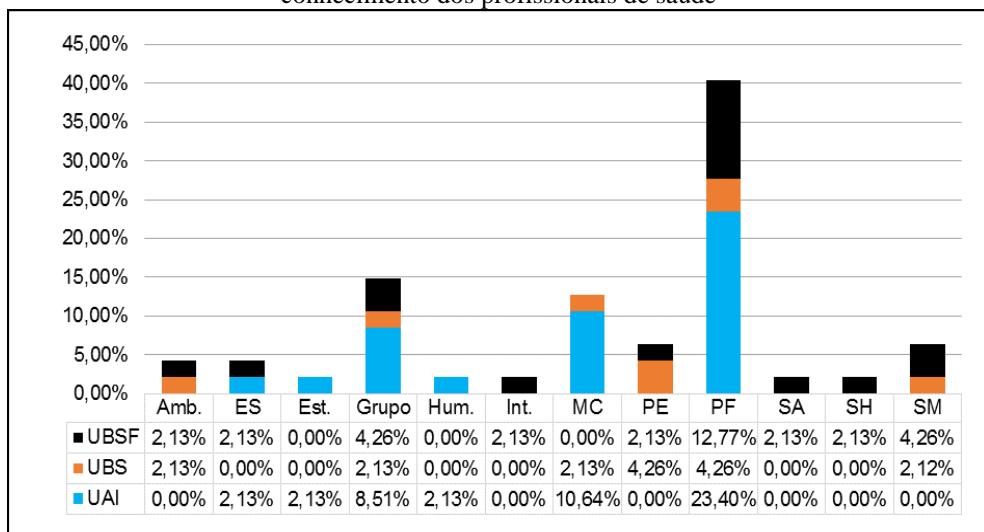


Fonte: A autora, 2015.

Os assistentes sociais foram os que mais conheciam os programas em saúde reprodutiva vigentes (29,41%), seguidos dos enfermeiros (26,47%), técnicos em enfermagem (14,71%), médicos (11,76%) auxiliares administrativos e psicólogos (5,88% cada), auxiliares de farmácia e ACS (2,94% cada). Os profissionais que afirmaram que fornecem orientações sobre saúde reprodutiva foram, em sua maioria, os enfermeiros (30,77%), seguidos dos médicos e assistentes sociais (20,51% cada), ACS (10,26%), técnicos em enfermagem (7,69%), bem como estagiários de medicina e psicólogos (5,13% cada). Já com relação aos profissionais que afirmaram realizar as orientações sobre planejamento familiar, a maior parte se referia aos assistentes sociais (23,08%), seguidos de ACS (18,75%), enfermeiros (18,46%), médicos (16,92%), técnico em enfermagem (15,38%), auxiliar de enfermagem e estudantes de medicina estagiários (3,08% cada) e auxiliares de farmácia (1,54%).

Com relação ao conhecimento sobre os programas ou ações em saúde reprodutiva, apenas 36 profissionais (23,53%) responderam positivamente. Estes relataram principalmente que as ações (Gráfico 15) estão relacionadas com planejamento familiar (40,43%), grupos (14,89%) e métodos contraceptivos (12,77%). Dois profissionais, no entanto, indicaram a internet e o encaminhamento para UBSF da área de abrangência do paciente. Estes casos, juntamente com os demais 117 (76,47%), indicam a falta do conhecimento dos profissionais sobre políticas, programas e ações que compõem sua prática profissional.

Gráfico 15 – Relação dos programas e ações em saúde reprodutiva vigentes no município e que são de conhecimento dos profissionais de saúde



Fonte: A autora, 2015.

Legenda: Amb.: Ambulatório; ES: Educação sexual; Est.: Esterilização; Hum.: Humanização; Int.: Internet; MC.: Métodos contraceptivos; PE: Palestras escolares; PF: Planejamento familiar; SA: Saúde do adolescente; SH: Saúde do homem; SM: Saúde da mulher.

Foram mencionados, ainda, o Ambulatório de Reprodução do HC-UFU e o Ambulatório de Sexualidade Humana, os quais compõem unidades de referência. O Ambulatório de Reprodução relaciona-se com o atendimento à gestante de alto risco, em trabalho de parto. Já o Ambulatório de Sexualidade Humana, pertence à UAI Martins, que é a atual unidade referência para questões relacionadas à sexualidade e saúde materno-infantil, bem como se destina ao atendimento de pacientes encaminhados por médicos e psicólogos para tratamento de disfunções sexuais (disfunção erétil, ejaculação rápida, vaginismo, anorgasmia e disfunção de desejo).

Com relação aos que negaram a realização de orientações, a maior parte justificou afirmando que não havia demanda. Foram citadas ainda o pouco tempo disponível para a realização ou mesmo que estas orientações deveriam ser realizadas por outro setor, tais como o atendimento médico e o atendimento de assistentes sociais. Para exemplificar, foram listados alguns relatos de profissionais a seguir:

Não há demanda desse tipo de necessidade aqui (técnico em enfermagem, UAI).

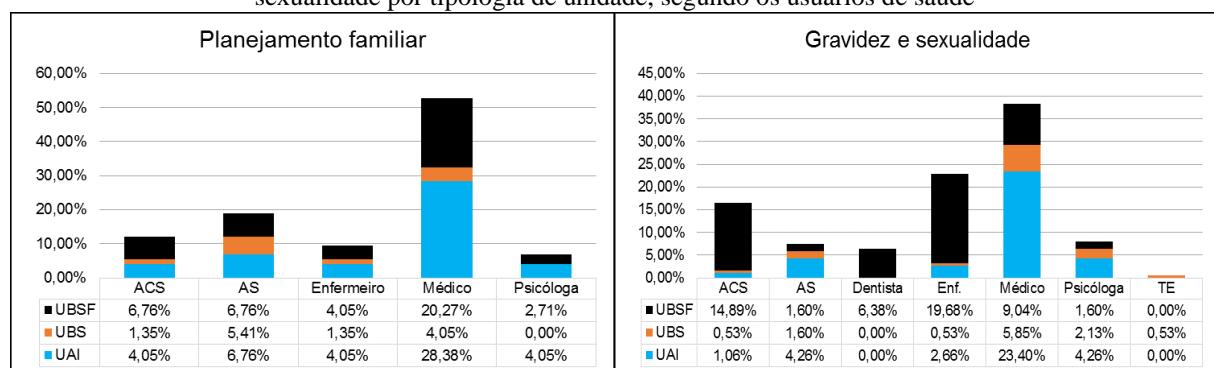
Não, pois atualmente atendo em pronto socorro de pediatria e as queixas são muito objetivas e o tempo de atendimento é escasso (médico, UAI).

Não, pois atuo em pronto socorro e este tipo de atendimento é realizado em ambulatório (enfermeiro, UAI).

Constatou-se que as justificativas apontadas foram mais comuns nos relatos profissionais que atuam em UAI, pois houve a realização de coleta de dados no pronto atendimento da unidade, o qual exige um trabalho diferenciado, voltado prioritariamente para fins curativos em detrimento das ações de prevenção ou promoção da saúde.

Estas singularidades estão em consonância com a percepção dos usuários de saúde acerca das suas fontes de informação cerca de questões relacionadas à saúde reprodutiva (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Profissionais de saúde envolvidos nas orientações de planejamento familiar e de gravidez e sexualidade por tipologia de unidade, segundo os usuários de saúde



Fonte: A autora, 2015.

Legenda: ACS: Agente Comunitário de Saúde; AS: Assistente social; Enf.: Enfermeiro; TE: Técnico de enfermagem

Os usuários afirmaram majoritariamente que não haviam recebido informações sobre planejamento familiar (64,46%), mas que haviam sido informados sobre gravidez e sexualidade (74,56%). Os 102 usuários que afirmaram estar informados sobre planejamento familiar citaram 203 fontes de informação, sendo que apenas 74 (36,45%) se referiam a profissionais de saúde. De modo similar, os 287 usuários que afirmaram estar informados sobre gravidez e sexualidade citaram 428 fontes de informação, sendo que apenas 188 (43,93%) se referiam a profissionais de saúde.

Segundo Paulino, Bedin e Paulino (2009), a maioria das pessoas, seja homem ou mulher, não conhece o próprio corpo e como cuidar dele, principalmente em relação ao sistema reprodutor. Isto acaba por criar um efeito cascata, pois os pré-adolescentes nem sempre recorrem aos seus familiares e educadores para obter informações sobre suas mudanças corporais e acabam por buscar fontes alternativas de conhecimento que muitas vezes não são confiáveis. Em consequência, há o maior risco de gravidezes indesejadas, seja pela falta de conhecimento sobre o próprio corpo, pela falta de familiaridade e credibilidade do homem e da mulher em relação aos diferentes métodos que evitam a gravidez ou sobre o acesso a eles.

Dado o desconhecimento do próprio corpo, a orientação sobre métodos contraceptivos, planejamento familiar, gravidez e sexualidade deveria ser realizada pelos profissionais de saúde, os quais têm conhecimento técnico para isso. Isto, conforme exposto neste estudo, nem sempre acontece.

Cabe aos educadores e profissionais de saúde desenvolverem estratégias de intervenção comportamental, tais como oficinas de sexo seguro, sensibilização quanto às DST/Aids, aconselhamento e treinamentos direcionados a equipes multiprofissionais e à população em geral. Dessa forma, estarão colaborando para que o exercício da sexualidade seja um direito aliado à opção e responsabilidade da reprodução. Além disso, as ações desenvolvidas devem pressupor a valorização e a melhoria da qualidade de vida, contribuindo para a formação de cidadão mais conscientes e sadios, física e psiquicamente. Afinal, instrumentar as pessoas sobre o conhecimento de seus direitos favorece a construção e o exercício da cidadania (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009, p. 234).

O desencontro entre a formalidade do conhecimento e as fontes de informação dos usuários de saúde se reflete nos seus conceitos de planejamento familiar. Dos 287 usuários de saúde entrevistados, 60,63% não conseguiram defini-la, enquanto que 39,37% o conseguiram. Muitos usuários afirmaram que planejar sua família seria ter dois filhos, a qual é a definição comum da família idealizada da sociedade. Foram citadas, ainda, a impossibilidade de planejamento, devido à vontade divina, bem como a estrutura financeira e psicológica do

casal para que se criar os filhos. Estas visões estão expressadas nas citações dos entrevistados descritas a seguir:

É pensar na renda que se tem para definir quantos filhos quer (mulher, 43 anos, ensino superior, UBSF)

Quero três no máximo, com 3 anos de espaçamento. Não tenho mais condições (homem, 35 anos, ensino médio, UAI).

Você planejar a quantidade de filhos, ter renda compatível com o que gasta (homem, 52 anos, ensino superior, UBS).

Planejar é você olhar se tem condições financeiras, espiritual, de moradia para depois resolver quantos filhos pode ter (mulher, 43 anos, ensino superior, UBSF).

Muito complicado conseguir planejar, pois tem a vontade de Deus (homem, 41 anos, ensino fundamental, agnóstico, UBSF).

Quando o casal tem que planejar o número de filhos. Tem de ser no máximo dois, pois é muito caro (homem, 28 anos, ensino fundamental, UBSF).

Manter em ordem a casa, a renda e bom convívio com esposa e filhos (homem, 29 anos, ensino médio, UBS).

Tem que ter muita responsabilidade, pensar quantos filhos dá conta de educar (homem, 32 anos, ensino médio, UAI).

É a sustentação da família estando em dia com saúde, diálogo, amor e atenção sendo organizado com a renda financeira; ter um controle o qual o casal seja ciente de quantos filhos terão (homem, 38 anos, ensino médio, UAI).

É permanecer com dois filhos, tendo condição financeira para nossa família alimentação, cultura e educação (mulher, 29 anos, ensino médio, UAI).

Planejar para engravidar, ver quantos vai ter, se trabalha, tem casa, condição para educar. Tive minhas filhas de 3 em 3 anos (mulher, 47 anos, UBSF).

É difícil. Ninguém consegue planejar o número de filhos porque é a vontade de Deus (homem, 31 anos, ensino médio, UAI).

Não fazemos planejamentos, quem planejou foi Deus, mas estou muito feliz (mulher, 50 anos, ensino fundamental, UBSF).

Foi verificado assim, ao comparar os profissionais de saúde relatados como fontes de informação sobre planejamento familiar (Gráfico 16) com os profissionais que relataram realizar estas orientações (Gráfico 14), que há diferenças entre as percepções. Um primeiro ponto é a proporção dos profissionais que realizam orientações: os maiores responsáveis por esta função seriam os assistentes sociais para os profissionais, enquanto que seriam os médicos para os usuários de saúde.

O segundo fator se refere à diversidade de profissionais que realizam a informação: para os funcionários, 8 profissões seriam responsáveis por esta função, enquanto que são apenas 5 para os usuários. Uma explicação para isso é que os pacientes usualmente não diferenciam (a) o estagiário de medicina com médicos e (b) enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

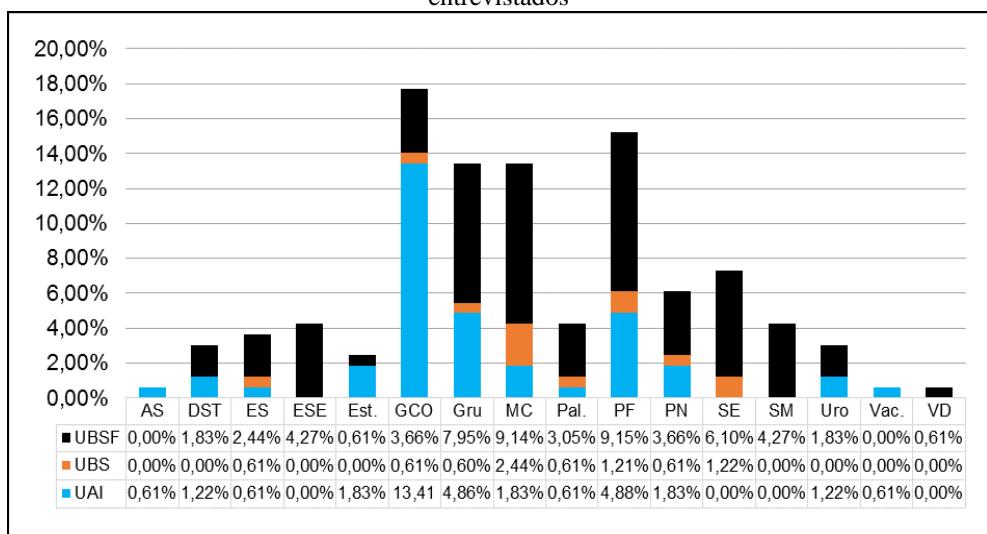
Deste modo, apenas houve discrepâncias entre a frequência dos profissionais nos auxiliares de farmácia e na citação da psicóloga. Os auxiliares de farmácia podem realizar orientações pontuais de planejamento familiar relacionadas com métodos contraceptivos, o que nem sempre é lembrado pelos usuários. Além disso, os psicólogos estão muito presentes em trabalhos de grupo e palestras.

Com relação às informações sobre gravidez e sexualidade, nota-se a presença de profissionais que usualmente estão envolvidos nesta questão, embora seus serviços façam parte do cuidado materno-infantil, como os dentistas.

Além da falta de conhecimento das políticas de saúde reprodutiva em vigência, há a problematização do conhecimento dos profissionais acerca dos serviços em saúde reprodutiva disponíveis na unidade de saúde em que atuam. Dos profissionais entrevistados, 82,41% citaram serviços existentes enquanto que 17,59% afirmaram que não havia este tipo de serviço disponível, ou seja, não sabiam sequer da existência da distribuição de preservativos, que é um serviço de saúde reprodutiva corriqueiro existente nas unidades.

Dos serviços citados (Gráfico 17), os de maior frequência foram a ginecologia (17,68%) e o planejamento familiar (15,24%). Nas UBSF houve maior variabilidade na citação de serviços que nas demais unidades, sendo responsáveis por 58,54% das respostas. Estas unidades foram responsáveis por citarem, exclusivamente, os serviços de educação sexual escolar, visitas domiciliares e ações de saúde da mulher.

Gráfico 17 – Serviços de saúde reprodutiva existentes nas unidades de saúde citados pelos profissionais entrevistados

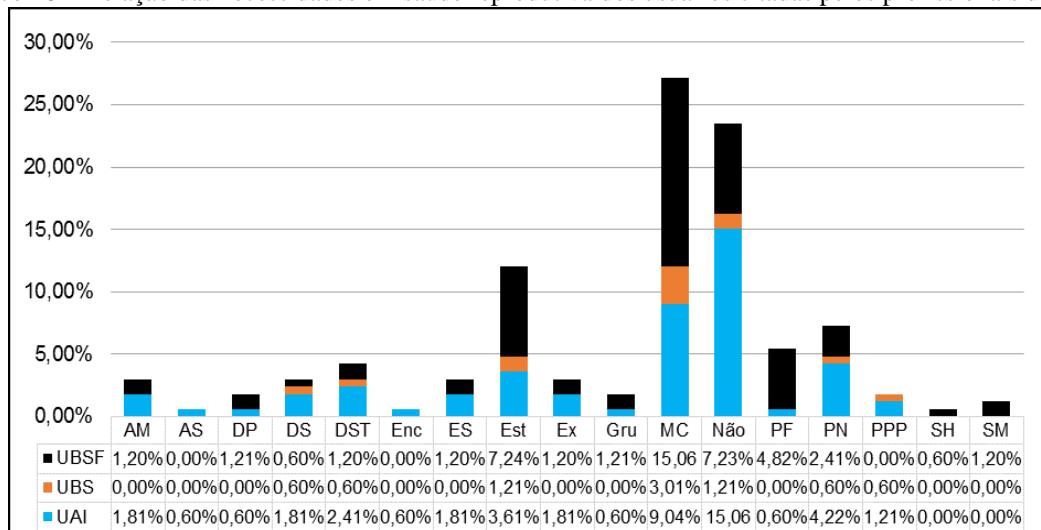


Fonte: A autora, 2015.

Legenda: AS: Assistente social; DST: Doenças sexualmente transmissíveis; ES: Educação sexual; ESE: Educação sexual escolar; Est.: Esterilização; GCO: Ginecologia; Gru: Grupos; MC: Métodos contraceptivos; Pal.: Palestras; PF: Planejamento familiar; PN: Pré-natal; SE: Sala de espera; SM: Saúde da mulher; Uro: Urologia; Vac.: Vacinas; VD: Visitas domiciliares.

Estes dados estão em consonância com a percepção dos profissionais acerca das necessidades em saúde reprodutiva mais requisitadas pelos usuários (Gráfico 18). Ao serem questionados, 23,50% afirmaram que não haviam nenhuma necessidade. A maioria (27,11%) indicou questões relacionadas aos métodos contraceptivos, tais como sua distribuição e informação de como utilizá-los. Foram citadas comumente, ainda, esterilização (12,06%), pré-natal ou gravidez (7,23%) e planejamento familiar (5,42%).

Gráfico 18 – Relação das necessidades em saúde reprodutiva dos usuários citadas pelos profissionais de saúde



Fonte: A autora, 2015.

Legenda: AM: Atendimento médico; AS: Assistente social; DP: Dúvida do paciente; DS: Disfunção sexual; DST: Doenças sexualmente transmissíveis; Enc: Encaminhamento; ES: Educação sexual; Est: Esterilização; Ex: Exames; Gru: Grupos; MC: Métodos contraceptivos; Não: Não há demanda; PF: Planejamento familiar; PN: Pré-natal ou gravidez; PPP: Pós-parto e puerpério; SH: Saúde do homem; SM: Saúde da mulher.

Ressalta-se que apenas na UBSF houve relatos sobre saúde do homem (0,60%) e da mulher (1,20%). Já nas UAI houve o relato exclusivo encaminhamento para assistentes sociais (0,60%) e para a UBSF da área de abrangência do paciente (0,60%). Além disso, principalmente nas regiões em que há alta prevalência de gravidezes, como a UAI São Jorge, os profissionais indicaram grande procura por exames para confirmação da prenhez. Segue alguns relatos apresentados pelos profissionais sobre as necessidades dos usuários de saúde:

Recebo com grande frequência pacientes adolescentes com suspeita de gravidez. No nosso serviço elas têm acesso aos exames, mas não conseguimos fazer uma orientação bem feita. No máximo orientamos uso de camisinha ou encaminhamos para ambulatório para prescrição de contraceptivo hormonal (enfermeira, UAI).

A mais requisitada é o exame diagnóstico de gravidez e queixas relativas à gravidez. As pacientes são encaminhadas para acompanhamento na UBSF ou UAI Martins ou ambulatório (enfermeira, UAI).

Outro ponto observado é que os profissionais de saúde focam suas orientações sob demanda de pacientes. Deste modo, como há falta de informação dos usuários sobre os serviços disponíveis, ocorre um ciclo vicioso: como o usuário não sabe ou não percebe o significado da existência destes serviços, não os procuram, não gerando demanda; se não há demanda, o profissional não informa.

Ao serem questionados sobre seu cotidiano de orientações sobre saúde reprodutiva, muitos profissionais entrevistados não responderam a questão 10 do questionário (Apêndice 2) ou mesmo disseram que não realizavam orientações sobre saúde reprodutiva. No entanto, muitos dos profissionais que fizeram tal afirmação citaram orientações sobre saúde reprodutiva na questão anterior. Sendo assim, as questões 09 e 10 foram analisadas conjuntamente. Isto ocorreu pela dificuldade de diferenciação entre saúde sexual e saúde reprodutiva pelos profissionais, já que são intensamente correlatas.

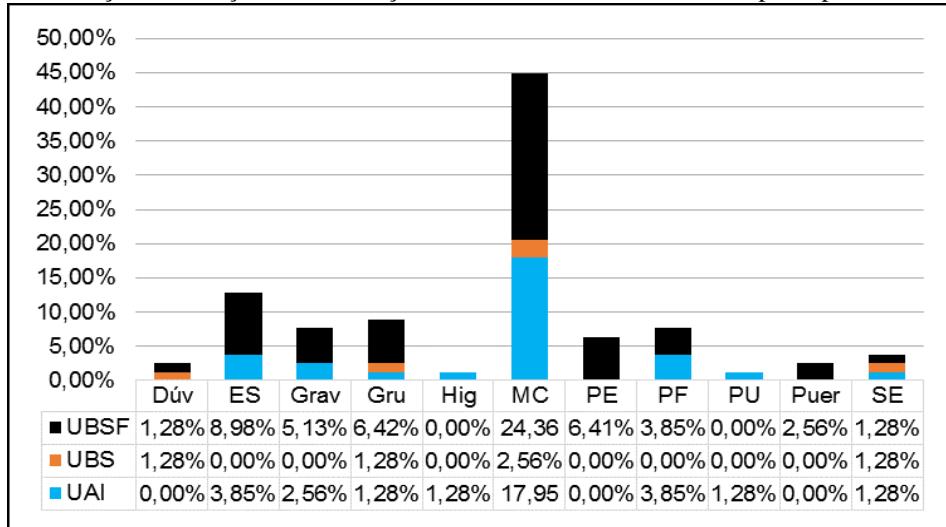
A tabulação dos entrevistados indicou que apenas 26,14% dos profissionais afirmaram desenvolver orientações sobre saúde reprodutiva, enquanto que 54,25% afirmam que não desenvolvem; 7,84% afirmam não orientar por não serem questionados e 11,76% dizem que não possuem formação para fazê-lo. Este último grupo corresponde a diversos profissionais, inclusive as que deveriam oferecer esta formação: ACS (11,76%), assistente social (11,76%), auxiliar administrativo (17,65%), auxiliar de farmácia (5,88%), enfermeiro (11,76%), farmacêutico (5,88%), médico (5,88%), técnico em enfermagem (17,65%), técnicos em saúde bucal (11,76%) e psicólogo (5,88%). Assim, pelas respostas afirmativas, nota-se que estas orientações são realizadas prioritariamente pelos enfermeiros (30,77%), os ACS (20,51%) e os médicos (20,51%).

A realização de orientações em saúde reprodutiva ser majoritariamente realizada por enfermeiros, ACS e médicos condiz com a divisão de tarefas realizada nas equipes de saúde da família, nas quais estas profissões devem aproveitar os contatos com a comunidade para promover ações de educação em saúde (COSTA, 2009). No entanto, esperava-se que os médicos fossem os principais responsáveis por esta função, uma vez que esta é uma de suas funções nas UAI, cuja APS não obedece a divisão de tarefas das UBS e UBSF. Isto gera consequências negativas ao atendimento prestado como, por exemplo, a perpetuação da orientação com base nos métodos disponíveis na unidade, ao invés de uma informação ampla sobre os métodos existentes e o seu uso para planejamento familiar.

Com relação às orientações específicas para adolescentes (Gráfico 19), a principal orientação desenvolvida se refere aos métodos contraceptivos (44,87%). Além dessa, foram citadas dúvidas (2,56%), educação sexual (12,82%), gravidez (7,69%), grupos (8,97%),

higiene (1,28%), palestras/dinâmicas escolares (6,41%), palestras na unidade (1,28%), planejamento familiar (7,69%), puericultura (2,56%) e sala de espera (3,85%).

Gráfico 19 – Relação das citações de orientações a adolescentes desenvolvidas pelos profissionais do SUS



Fonte: A autora, 2015.

Legenda: Dúv: Dúvidas; ES: Educação sexual; Grav: Gravidez; Gru: Grupos; Hig: Higiene; MC: Métodos contraceptivos; PE: Palestras escolares; PF: Planejamento familiar; PU: Palestras na unidade; Puer: Puericultura; SE: Sala de espera.

Nos relatos apresentados, notou-se ainda a existência de depoimentos conflitantes quanto ao que se deve ser informado:

Geralmente com os adolescentes conversamos mais, pois muitas mães gostam... aí ficamos com orientações de como é o uso da camisinha, sobre o HIV. Muitos têm dúvidas se quando tomar o remédio engorda (ACS, 20 anos, UBSF).

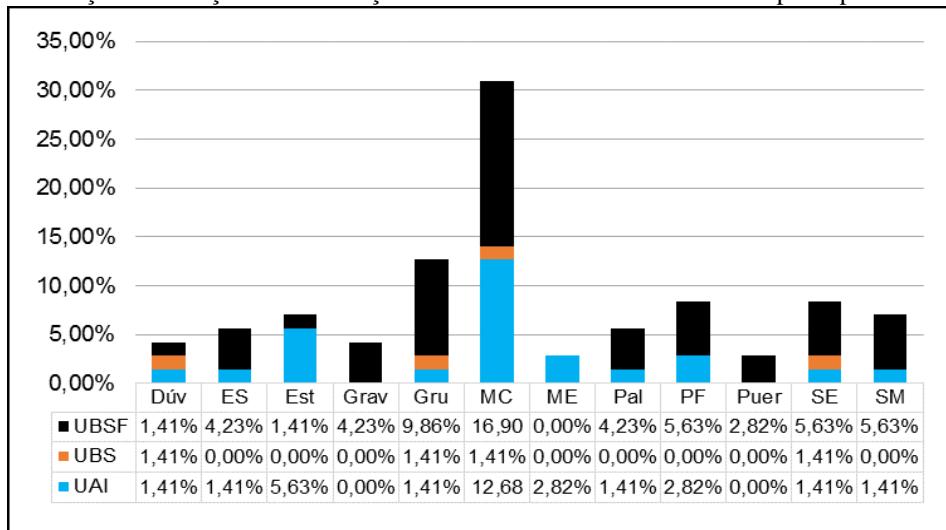
Eu evito falar sobre isso com adolescentes... sabe como é... muitos pais não gostam que a gente comente certos assuntos com os filhos, acham que estamos ensinando. Daí, pra reclamar e processar a gente, é um pulo. Quando algum adolescente pergunta algo, encaminho para a psicóloga (ACS, 45 anos, UBSF).

Assim, nota-se que a realização destas orientações pelos profissionais entra em conflito com motivações pessoais para seu desempenho profissional; com o método de divisão de tarefas da unidade de saúde; com a percepção de capacidade de orientação do outro acerca de um tema que o profissional, em teoria, possui plena capacidade; ou mesmo em decorrência de conflitos e crenças do público alvo.

Com relação às orientações específicas para adultos e idosos (Gráfico 20), nota-se que, assim como para adolescentes, a principal orientação desenvolvida se refere aos métodos contraceptivos (30,99%), seguida dos diversos grupos existentes (12,68%). Além dessas, foram citadas dúvidas (4,23%), educação sexual (5,64%), esterilização (7,04%), gravidez

(4,23%), métodos para engravidar (2,82%), palestras (5,64%), planejamento familiar (8,45%), puericultura (2,82%), sala de espera (8,45%) e saúde da mulher (7,04%).

Gráfico 20 – Relação das citações de orientações a adultos e idosos desenvolvidas pelos profissionais do SUS



Fonte: A autora, 2015.

Legenda: Dúv: Dúvidas; ES: Educação sexual; Est: Esterilização; Grav: Gravidez; Gru: Grupos; MC: Métodos contraceptivos; ME: Métodos para engravidar; Pal: Palestras; PF: Planejamento familiar; Puer: Puericultura; SE: Sala de espera; SM: Saúde da mulher.

Estes dados evidenciam que dentre os tipos de unidades amostrados, a UBSF é o tipo de unidade que possui ações e orientações mais variadas, seguida da UAI. Embora tenham sido questionados sobre possíveis diferenças nas orientações para adolescentes e adultos/idosos, os profissionais desenvolviam as mesmas ações para as três faixas etárias, principalmente para os que atuam nas UAI. Além disso, a maior parte das orientações restringem-se aos métodos contraceptivos (preservativo masculino e anticoncepcionais oral e intramuscular) e ocorrem conforme demanda.

O fato dos profissionais de saúde utilizarem as mesmas orientações para todas as faixas etárias de pacientes é preocupante, uma vez que, deste modo, não conseguem efetivamente envolver os usuários de saúde em sua informação. Paulino, Bedin e Paulino (2009, p. 235) complementa que:

A prática educativa deve estar de acordo com o público-alvo. O educador ou profissional da equipe de saúde deve utilizar uma linguagem simples e clara, possibilitando o desenvolvimento dos conceitos num clima de tranquilidade, respeito e harmonia, cuja metodologia desperte a consciência do grupo. Nesse sentido, propomos que sejam utilizadas dinâmicas de grupo e encontros programados, onde os temas sejam abordados de forma a revelar o que as pessoas sabem ou pensam saber.

Apesar de que a maioria das orientações prestadas aos usuários são realizadas em consultório, dada a impossibilidade de muitos em comparecerem às dinâmicas de grupo, os

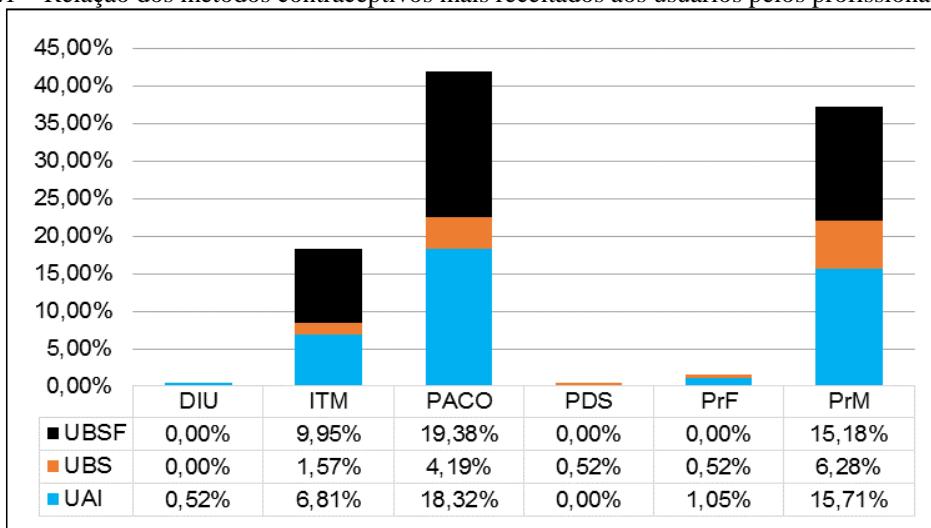
princípios devem ser os mesmos. Assim, deve-se verificar e valorizar o conhecimento prévio dos usuários de saúde, de modo que se possa realizar uma informação ampla e eficiente.

A grande ênfase dos profissionais de saúde em ensinar sobre métodos contraceptivos aos usuários de saúde de todas as faixas etárias foi corroborada pelos pacientes. Ao serem questionados se tinham recebido informações sobre estes métodos e seu funcionamento por profissionais de saúde, 67,25% dos usuários entrevistados afirmaram que haviam recebido informações. Dos 193 que obtiveram informações por profissionais, 56,48% afirmaram que a explicação foi realizada oralmente, 30,57% que foi realizada ilustradamente e 12,95% que foi realizada oralmente com a utilização de recursos ilustrados.

Desta forma, a orientação dos usuários acerca dos métodos contraceptivos é realizada de modo pouco eficaz, uma vez que a explicação exclusivamente oral não é capaz de demonstrar a utilização dos métodos. Além disso, a informação exclusiva por meio de folders e cartilhas necessita que uma linguagem simples e direta, bem como que o interlocutor tenha conhecimento suficiente para poder analisar o material que lhe é entregue e compreender a mensagem, o que não ocorre em diversas situações, como, por exemplo, se o usuário for analfabeto. Assim, nem 13% dos entrevistados estariam desenvolvendo ações educativas mais eficazes.

Os profissionais enfocam na orientação e receita de seis métodos (Gráfico 21), sendo que os mais receitados são a pílula anticoncepcional (41,89%), preservativos masculinos (37,17%), anticoncepcional intramuscular (18,33%), preservativo feminino (1,57%), DIU e pílula do dia seguinte (0,52% cada).

Gráfico 21 – Relação dos métodos contraceptivos mais receitados aos usuários pelos profissionais de saúde



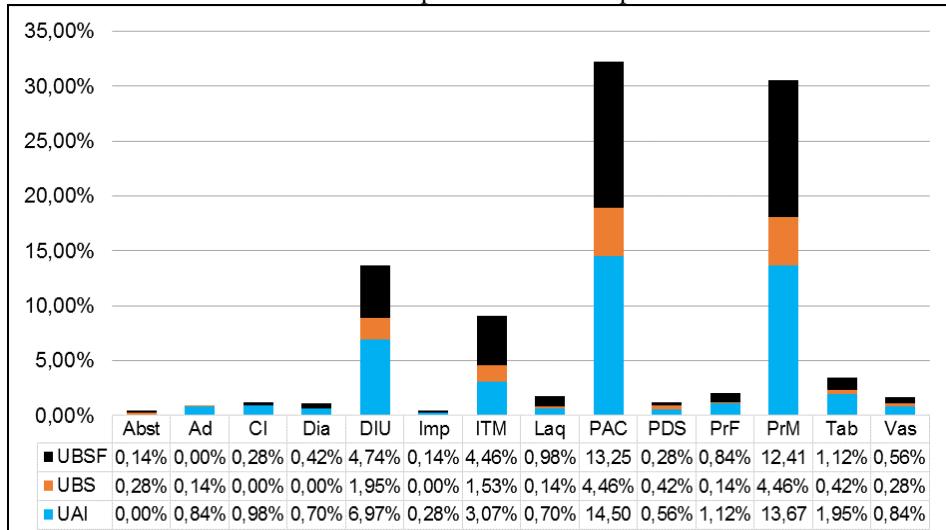
Fonte: A autora, 2015.

Legenda: DIU: Dispositivo intrauterino; ITM: Anticoncepcional intramuscular; PACO: Pílula anticoncepcional; PDS: Pílula do dia seguinte; PrF: Preservativo feminino; PrM: Preservativo masculino.

Este enfoque se justifica a medida que os métodos hormonais e preservativos são anticoncepcionais temporários e são oferecidos gratuitamente pelo SUS sem grandes burocracias aos usuários. O enfoque dado à orientação e receita de métodos contraceptivos específicos pelos profissionais de saúde se refletiu no conhecimento e na utilização dos usuários sobre este tema.

Ao serem questionados sobre os métodos contraceptivos que conheciam (Gráfico 22), os usuários citaram 14 tipos de métodos, sendo que os principais foram pílula anticoncepcional (32,21%) e preservativo masculino (30,54%). Dos usuários que informaram utilizar esses métodos (Gráfico 23), a maior parte informou a utilização de anticoncepcionais orais (40,00%) e preservativos masculinos (28,57%). Ainda, apenas 13 usuários entrevistados afirmaram que recebem ou já receberam métodos contraceptivos gratuitamente, os quais foram citados: preservativo masculino (53,85%), anticoncepcionais oral e intramuscular (15,38% cada), laqueadura (7,69%) e DIU (7,69%).

Gráfico 22 – Métodos contraceptivos conhecidos pelos usuários de saúde



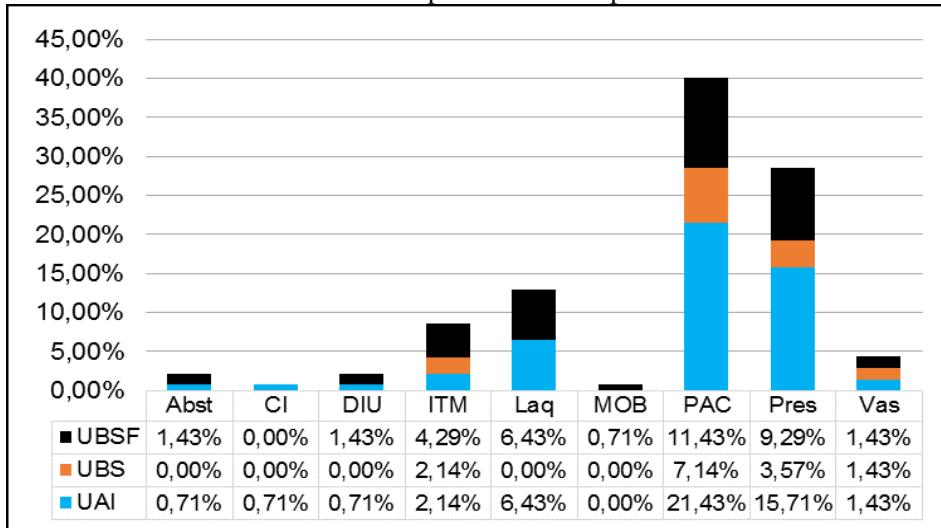
Fonte: A autora, 2015.

Legenda: Abst: Abstinência; Ad: Adesivo; CI: Coito interrompido; Dia: Diafragma; DIU: Dispositivo intrauterino; Imp: Implante; ITM: Anticoncepcional intramuscular; Laq: Laqueadura; PAC: Pílula anticoncepcional; PDS: Pílula do dia seguinte; PrF: Preservativo feminino; PrM: Preservativo masculino; Tab: Tabelinha; Vas: Vasectomia.

Isto demonstra que apesar de conhecerem vários métodos contraceptivos, percebe-se que a predominância dos métodos que são amplamente difundidos, inclusive na mídia, e que são distribuídos gratuitamente pelo SUS. Esta é uma orientação presente na política de planejamento familiar que visa tornar universal o acesso aos métodos contraceptivos. No entanto, a partir do momento em que não há a disponibilização de informação de todos os meios

possíveis para os usuários de saúde, há o cerceamento do direito constitucional deste de escolher se e de que modo deseja realizar seu planejamento familiar.

Gráfico 23 – Métodos contraceptivos utilizados pelos usuários de saúde



Fonte: A autora, 2015.

Legenda: Abst: Abstinência; CI: Coito interrompido; DIU: Dispositivo intrauterino; ITM: Anticoncepcional intramuscular; Laq: Laqueadura; MOB: Método de ovulação de Billings; PAC: Pílula anticoncepcional; Pres: Preservativos; Vas: Vasectomia.

Com relação aos métodos contraceptivos, notou-se que o conhecimento dos profissionais acerca da disponibilidade dos mesmos pela unidade de saúde se restringia a preservativos masculinos, anticoncepcionais orais e injetáveis, bem como DIU. Estes métodos são mais corriqueiros em seu cotidiano, uma vez que possuem distribuição gratuita pelo SUS. Além disso, foram citados os contraceptivos definitivos (laqueadura e vasectomia), com grande enfoque na cirurgia feminina. Neste caso, houveram ressalvas quanto à sua disponibilidade, uma vez que essa necessidade apenas é atendida caso os usuários estejam em conformidade com os critérios de elegibilidade:

Planejamento familiar, mas tem muita burocracia (técnico de enfermagem, UAI).

Laqueadura e vasectomia. São atendidas se o usuário enquadrar-se nos critérios para liberação da cirurgia (assistente social, UAI).

A entrega de preservativo é diária. Já as laqueaduras e vasectomias têm muita procura, com média mensal de 3 a 4 de cada, que passamos na comissão de planejamento familiar que é uma vez por mês (assistente social, UBS).

Muitas vezes as pacientes desejam falar sobre a disfunção sexual, na qual o sistema público não oferece um apoio adequado para essas pacientes (médico, UAI).

Maiores orientações, as quais são atendidas na medida do possível, conforme os grupos oferecidos pela UBSF (psicóloga, UBSF).

Além disso, houve uma ressalva realizada por uma psicóloga de uma UBS, a qual afirmou que as necessidades de saúde reprodutiva dos usuários do SUS são atendidas quando a demanda surge em consultas. A falta de apoio sobre questões de sexualidade e de reprodução assistida também são pontos restritos, que não possuem apoio efetivo nas unidades de saúde. Percebe-se que o atendimento dessa demanda é muito restrito, não havendo trabalhos específicos na área fora as consultas médicas ou estes trabalhos não são reconhecidos como uma necessidade dessas pessoas.

A relação dos métodos que são utilizados pelos usuários de saúde e as informações prestadas pelos profissionais de saúde sobre as necessidades de saúde reprodutiva está em consonância com as considerações realizadas por Paulino, Bedin e Paulino (2009, p.233):

Esta lei [Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996] garante a efetivação dos direitos reprodutivos através do Sistema Único de Saúde (SUS), prevendo uma série de ações preventivas e educativas como o acesso igualitário e universal às informações, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade e o treinamento de equipes multiprofissionais de saúde. Estudos estatísticos demonstram que a esterilização cirúrgica ainda é a primeira opção das mulheres que se declaram insatisfeitas com o método contraceptivo que usam (BEMFAM, 1996). Outros estudos demonstram que a insatisfação com tais métodos é grande e que estes possuem um índice de falha maior do que os índices de falha que são divulgados (GRIFFIN; COSTA, 1999). A explicação disto está no fato das mulheres utilizarem métodos contraceptivos sem orientação adequada, contribuindo para os casos de gravidez indesejada e, consequentemente, de abortos provocados.

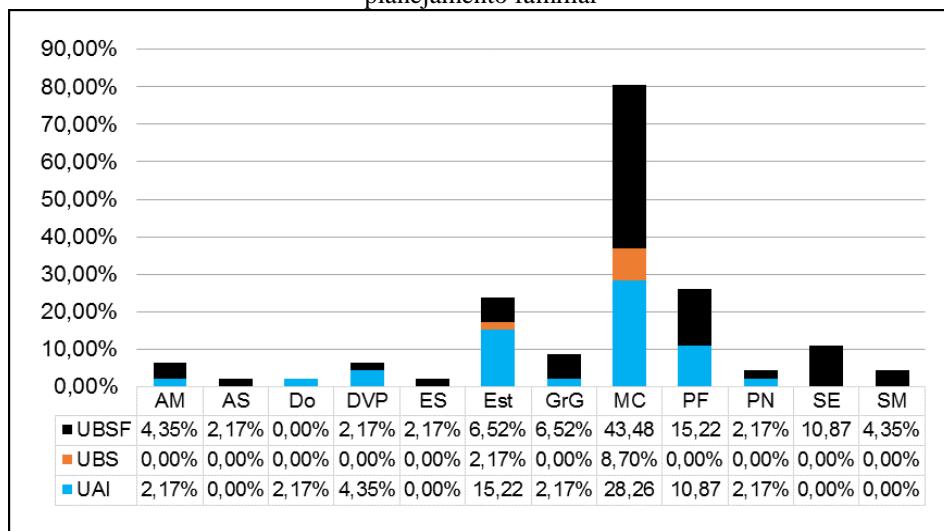
Tais dados reafirmam a postura biomédica presente nas ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, com predominância nas ações curativas. Embora haja atenção primária nas UAI e nas UBS, apenas as UBSF têm ações mais concretas relacionadas com a promoção de saúde e que contemplam mais profissionais. Isto pode ser comprovado pela ausência de profissionais que citam este serviço nas duas primeiras tipologias de unidades, nas quais, as únicas ações que são consideradas de promoção são os grupos e as palestras, que dependem da procura dos usuários, mas, antes disso, do conhecimento destes da disponibilidade desse serviço.

4.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR

Conforme exposto previamente, a maioria dos profissionais não realizam orientações de planejamento familiar, sendo que os médicos compõem a profissão mais citada pelos usuários como fonte de informação, bem como os assistentes sociais foram os que mais se autodeclararam orientadores do tema.

Evidenciou-se que os profissionais dificilmente moldam suas orientações no sentido amplo da questão relacionado com a regulação da fecundidade conforme o desejo do casal e que é um direito básico previsto na CF: o direito de ter ou não descendentes. As orientações basicamente se restringem a um dos fatores que compõem o tema, o que não subsidia o indivíduo ou casal a se tornar plenamente capaz de tomar suas decisões sobre esta questão. Contatou-se que a maior parte dos profissionais (80,44%) orienta acerca de métodos contraceptivos (Gráfico 24).

Gráfico 24 – Temas constatados nas respostas dos profissionais que afirmaram realizar orientações sobre planejamento familiar



Fonte: A autora, 2015.

Legenda: AM: Atendimento médico; AS: Assistente social; Do: Doenças; DVP: Dúvida do paciente; ES: Educação sexual; Est: Esterilização; GrG: Grupos de gestantes; MC: Métodos contraceptivos; PF: Planejamento familiar; PN: Pré-natal; SE: Sala de espera; SM: Saúde da mulher.

Além desse tema, foram comumente citados planejamento familiar (26,09%), esterilização (23,91%). Outros citaram que eles não realizavam as orientações, porém na unidade havia outros setores que as realizavam: sala de espera (10,87%), grupos de gestantes (8,69%), atendimento médico (6,52%) e assistente social (2,17%). Tais dados reforçam que há um forte apelo do paradigma biomédico, apenas orientando o uso de preservativos e anticoncepcionais, cura de patologias, bem como há a orientação atrelada ao questionamento do paciente:

Às vezes pedem orientações de quantidade de filhos pela renda (médico, UAI).

Oriento sempre que necessário ou por demanda livre do próprio paciente (assistente social, UAI).

Orientamos que a decisão de não ter filhos mais é muito séria, que o SUS dá a cirurgia e não a reversão (assistente social, UBS).

A orientação depende de cada patologia específica (técnica em enfermagem, UAI).

Orientações sobre os procedimentos de laqueadura, vasectomia e outros métodos contraceptivos (médico, UBSF).

Métodos contraceptivos e importância do planejamento familiar responsável e adequado são orientações dispensadas rotineiramente nas consultas dos adolescentes e das mulheres em idade fértil (médico, UBSF).

Por meio de grupos e orientação sexual sobre a questão de planejamento, como não engravidar antes de um ano, bem como sobre preservativos (assistente social, UBSF).

Quando pertinente, oriento, aconselho sobre intervalo das gravidezes, intervalos das gestações, aconselhamento genético (médico, UAI).

Uma ressalva observada nas respostas de planejamento familiar é que muitos entrevistados transpareceram confundir o uso do termo como sinônimo de esterilização:

O paciente é orientado e encaminhado para a assistente social que faz todo o processo (auxiliar de enfermagem, UBSF).

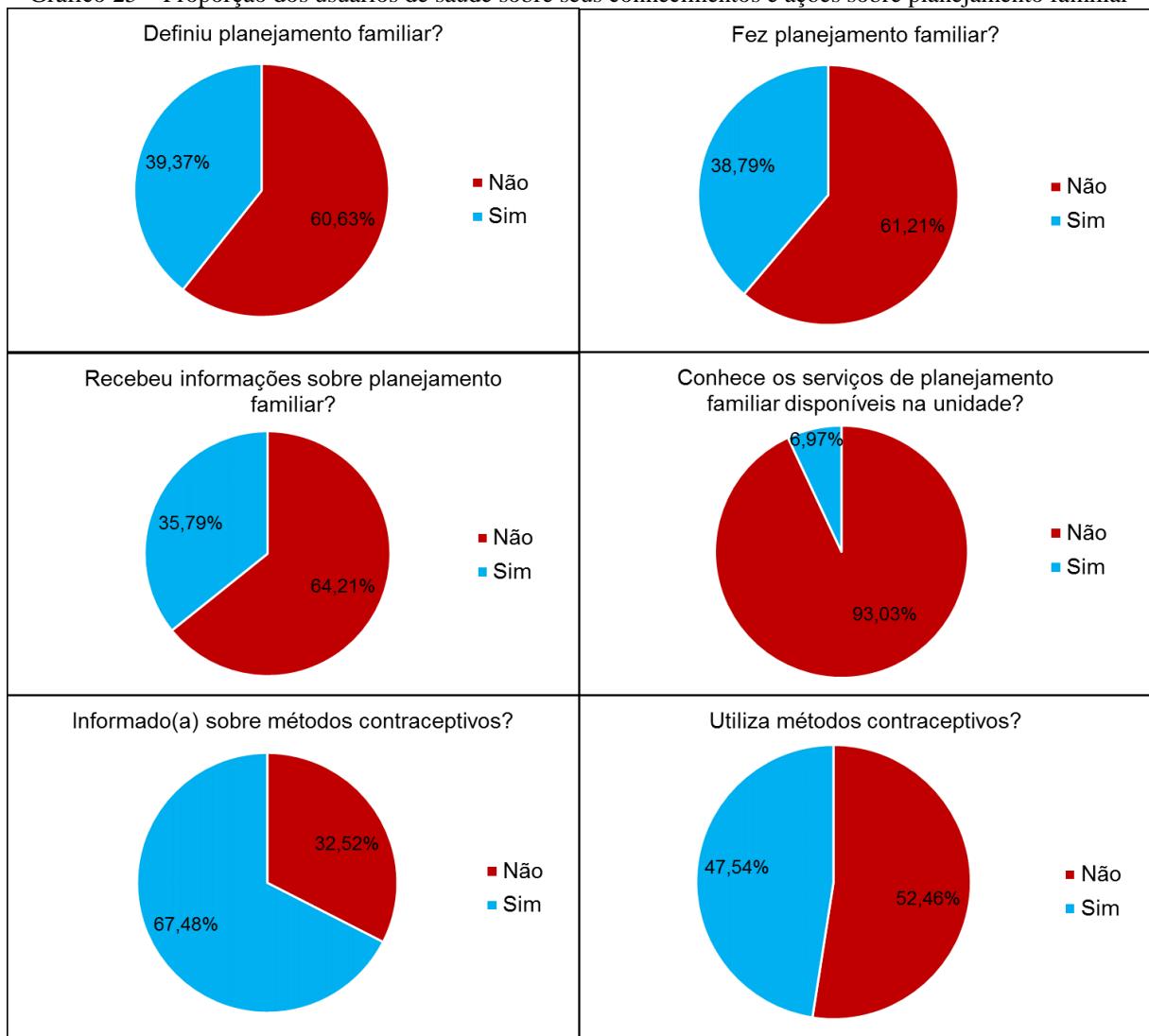
O serviço social monta processo de laqueadura e vasectomia e participa de reuniões mensais para aprovação dos mesmos (assistente social, UAI).

Agendamento vasectomia e laqueadura e o acompanhamento pré-natal (assistente social, UAI).

Compreendeu-se, ainda, que as percepções envolvendo saúde reprodutiva e planejamento familiar são muito ligadas à saúde da mulher, sendo, por vezes, confundidas com a mesma. Isto é um indício da íntima relação com a visão de gênero e os papéis que envolvem a função de homens e mulheres na sociedade. Como exemplo, pode-se utilizar os relatos de um médico que atua em UAI que citou como uma ação de saúde sexual “*fornecimento de camisinhas e exames para DST*”, enquanto que listou como ações de saúde reprodutiva apenas os métodos contraceptivos femininos: “*fornecimento de métodos de contraceptivos orais e injetável, bem como o DIU*”.

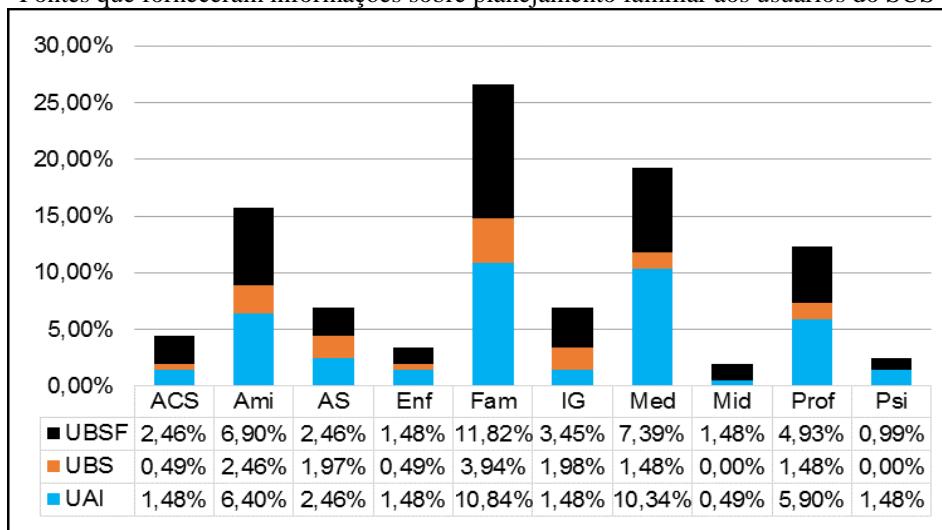
A visão parcial ou mesmo distorcida dos profissionais de saúde sobre o que é planejamento familiar se reflete no conhecimento que é repassado aos usuários (Gráfico 25). Dos 287 entrevistados, 60,63% não sabiam o que é planejamento familiar, bem como 64,21% afirmaram que não haviam recebido nenhum tipo de orientação de como fazê-lo e apenas 6,97% afirmaram conhecer os serviços de planejamento familiar disponíveis na unidade de saúde. Tais dados se agravam a medida que muitos dos que afirmaram ter recebido orientações sobre planejamento familiar citaram como fontes de informação amigos, parentes, líderes religiosos, a escola/professor ou meios de comunicação em detrimento de profissionais de saúde (Gráfico 26). Além disso, verificou-se que 67,48% dos entrevistados já haviam sido informados sobre métodos contraceptivos, mas que apenas 38,79% entrevistados realizaram planejamento familiar e que 47,54% entrevistados utilizam algum tipo de método contraceptivo.

Gráfico 25 – Proporção dos usuários de saúde sobre seus conhecimentos e ações sobre planejamento familiar



Fonte: A autora, 2015.

Gráfico 26 – Fontes que forneceram informações sobre planejamento familiar aos usuários do SUS entrevistados



Fonte: A autora, 2015.

Legenda: ACS: Agente comunitário de saúde; Ami: Amigos; AS: Assistente social; Enf: Enfermeiro(a); Fam: Familiares; IG: Igreja; Med: Médico(a); Mid: Mídia; Prof: Professor(a); Psi: Psicólogo(a).

Ao se analisar o manual técnico para a assistência em planejamento familiar, nota-se duas nuances. A primeira se relaciona com a atuação dos profissionais de saúde:

Os profissionais de saúde devem empenhar-se em bem informar aos usuários para que conheçam todas as alternativas de anticoncepção e possam participar ativamente da escolha do método. Considerando que a AIDS vem se tornando uma das principais causas de morte entre mulheres jovens, é fundamental que se estimule a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive a infecção pelo HIV/AIDS e a gravidez indesejada. Isso pode se traduzir no uso dos preservativos masculino e feminino ou na opção de utilizá-los em associação a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal (BRASIL, 2002a, p. 8).

Observa-se que os profissionais de saúde deveriam informar os usuários acerca dos métodos contraceptivos e capacitá-los para que pudessem escolher qual método utilizar. E, mais do que isso, dever-se-ia abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher, educando acerca de questões relacionadas à sexualidade e à contracepção, o que envolveria uma explicação ampla sobre planejamento familiar. Além disso, tal procedimento não deveria se limitar à atenção primária, uma vez que:

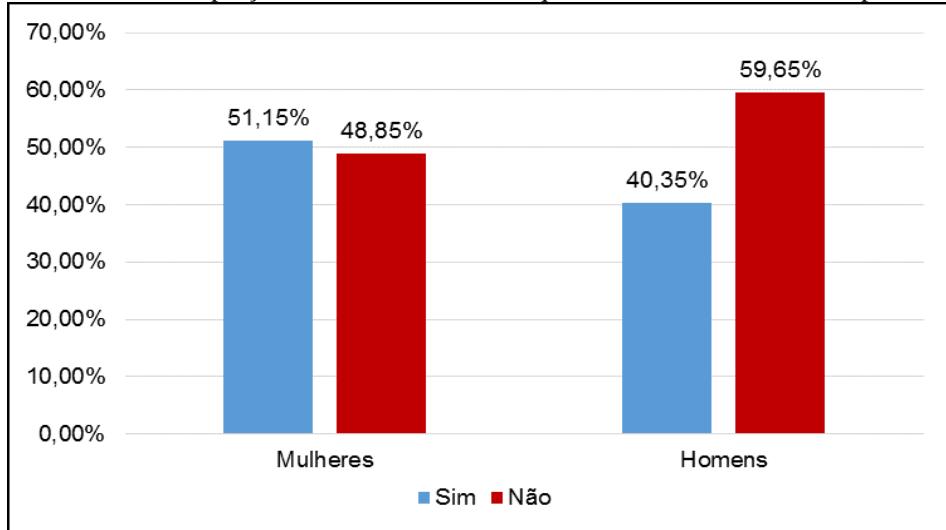
Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que **toda visita ao serviço de saúde** constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas que não devem se restringir apenas às atividades referentes à anticoncepção, no enfoque da dupla proteção, mas sim **abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher**. [...] As atividades educativas devem ser desenvolvidas com o **objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade** (BRASIL, 2002a, p. 8, grifo nosso).

Verificou-se a segunda nuance: a orientação que é repassada aos profissionais sobre como atuar nos atendimentos de planejamento familiar. O manual técnico, embora explice que os profissionais devem realizar uma ação ampla à saúde da mulher, foca apenas em métodos contraceptivos e na própria mulher, transferindo a esta toda a responsabilidade sobre a reprodução e sobre o planejamento familiar:

As atividades clínicas devem ser realizadas **levando-se em conta que todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde** deve ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde. De tal forma que a primeira consulta deve ser feita após as atividades educativas incluindo: a anamnese; exame físico geral e ginecológico, com especial atenção para a orientação do auto-exame de mamas e levantamento de data da última colpocitologia oncológica para avaliar a necessidade de realização da coleta ou encaminhamento para tal; **análise da escolha e prescrição do método anticoncepcional** (BRASIL, 2002a, p. 12, grifo nosso).

Este modo de atuação é deficitário e, ao contrário do que se propõe, reafirma as questões de gênero que a PAISM e PNAISM se contrapuseram. Ao se excluir os homens do público-alvo, estes foram expostos a maiores chances de uma gravidez indesejada e a doenças sexualmente transmissíveis. Isto se confirma ao analisarmos que mesmo que 193 (67,48%) dos entrevistados tenham sido informados sobre contraceptivos apenas 47,54% os utilizam. Além disso, ao analisarmos o uso destes métodos por homens e mulheres, incluindo, assim, os preservativos, pode-se observar que a maioria dos homens (59,65%) não os utilizam, enquanto que a maioria das mulheres (52,35%) o fazem (Gráfico 27), o que reafirma as diferenças de gênero.

Gráfico 27 – Proporção de homens e mulheres que utilizam métodos contraceptivos



Fonte: A autora, 2015.

Além da questão de gênero, pode-se afirmar que a religião é um dos fatores relacionados com o uso ou não dos métodos contraceptivos. Tal fato foi evidenciado quando alguns entrevistados que afirmaram não utilizar métodos contraceptivos, justificaram sua escolha por dogmas religiosos: “*Não uso porque a igreja proíbe*” (homem, 36 anos, evangélico, semianalfabeto, UAI). A proibição do uso destes métodos é controversa inclusive entre os fiéis e pastores: alguns pregam que o seu uso gera microabortos e, como o aborto é o mesmo que assassinar, estes métodos não devem ser utilizados (SEVERO, 2004). Já na visão do pastor Marcos Feliciano (FELICIANO, 2015), não há problemas na utilização destes métodos, caso seja para planejamento familiar e não por motivos fúteis (ex.: não ter filhos para não perder a juventude, para não perder a forma física, etc). Mas o que seria um aborto para os evangélicos: evitar a concepção ou eliminar o conceito? Tais afirmações demonstram

a necessidade de uma nova abordagem sobre este tema com adeptos dessa religião, uma vez que os mesmos representam um número significativo da população. Cabe destacar ainda que as respostas baseadas em pontos religiosos e bíblicos pelos adeptos dessa religião foram as mais frequentes.

Esta característica evidencia a necessidade de uma prática educativa em saúde renovada, em que não há apenas a transmissão mecânica de conhecimento, mas um diálogo que considere os valores e conhecimentos prévios dos usuários de saúde. Ou seja, “O educador deve oferecer condições para que o grupo possa adquirir novos conhecimentos, transforme seu saber e adote comportamentos preventivos e responsáveis ao exercício da sexualidade, saúde reprodutiva e quanto à prevenção das DST” (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009, p. 235).

Verificou-se que a orientação dos usuários de saúde de forma ampla, correta, valorizando os conhecimentos e valores individuais e com características de promoção da saúde não é realizada pelos profissionais do setor, sendo esta uma responsabilidade que está sendo redistribuída para outros setores da sociedade, tais como escola, família e religião. Este evento não é de responsabilidade apenas dos profissionais envolvidos, mas do próprio programa de planejamento familiar. Esta política foca apenas os métodos contraceptivos e a saúde da mulher, excluindo a responsabilidade dos homens nas ações preconizadas e sobre a reprodução. Além disso, o conceito de promoção da saúde e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários é um paradigma novo, que deve ser melhor trabalhado nas unidades de saúde.

A falta de uma informação efetiva sobre os serviços de saúde existentes pôde ser evidenciada quando os usuários de saúde foram questionados a explicar sobre quais seriam os serviços de planejamento familiar disponíveis na unidade e sua satisfação com os mesmos. A grande maioria não soube apontá-los, embora tivessem afirmado conhecê-los, sendo que descreveram citando métodos contraceptivos reversíveis, esterilização e forneceram sugestões de melhoria:

Sim, foi horrível. Queria operar e não deixou. Não respeitou meu direito de escolha de quantos filhos quero ter! (mulher, 30 anos, UBSF).

Excelente. Todos ou quase todos estão disponíveis: preservativos, anticoncepcionais oral e injetável, vasectomia, laqueadura e DIU (mulher, 55 anos, UBSF).

Acho que precisa melhorar. Precisa de um dia especial (mulher, 47 anos, UBSF).

Esta questão foi reafirmada pelas percepções dos profissionais de saúde sobre o serviço de planejamento familiar desenvolvido no município. Com exceção dos poucos profissionais contentes com o serviço disponível e que afirmaram desconhecê-lo, as críticas sofreram variação de acordo com o tipo de unidade de saúde em que os profissionais atuavam:

Teria que começar um serviço junto as escolas para começar uma orientação por meio de palestras (enfermeiro, 36 anos, UAI).

As pacientes deveriam receber orientações quanto aos riscos de várias gestações, quanto aos riscos de gravidez tanto em pacientes em muito jovens e após os 40 anos, bem como ser mais fácil processo de laqueadura (médico, 34 anos, UAI).

O acesso deveria ser mais rápido e fácil (médico, 27 anos, UAI).

Deveria haver mais disponibilidade do serviço, mais capacitação aos profissionais e divulgação dos projetos para a equipe multiprofissional (enfermeiro, 32 anos, UAI).

Deveria ter mais divulgação sobre os trabalhos realizados e deveria ser criado programas para adolescentes (assistente social, 32 anos, UAI).

Palestra dinâmica nas escolas (enfermeiro, 22 anos, UBS).

Deveria ser mais divulgado pela mídia (enfermeiro, 39 anos, UBS).

Inovar, indo de porta em porta (enfermeiro, 41 anos, UBS)

Em relação ao planejamento familiar fazemos um pouco até nos nossos grupos, mas se tivesse um projeto específico seria melhor (assistente social, 44 anos, UBS).

Acho que deveria ser melhor difundida dentro das unidades de saúde, com grupos bem direcionados e resolutivos (coordenador da unidade, 41 anos, UBS).

Capacitação para melhorar a abordagem do paciente pré-pubere (médico, 25 anos, UBS).

Deveria existir um setor que ficasse por conta desse tema e que o mesmo fosse divulgado na rede, com hora e agenda para a população (ACS, 30 anos, UBSF).

Colocar profissionais capacitados para fazer dinâmicas com a linguagem dos adolescentes, explicando o assunto (ACS, 32 anos, UBSF).

Está muito restrito às mulheres. Deveriam ter propostas para homens (psicóloga, 39 anos, UBSF).

A crítica do médico de 34 anos da UAI sobre os serviços de planejamento familiar foi a que revelou uma das maiores contradições: ele relata que deveria se orientar acerca de riscos de várias gestações e os riscos de gravidez conforme a faixa etária. A função específica deste tipo de orientação, no entanto, é própria dos médicos. Embora também possa ser realizada secundariamente por enfermeiros e ACS.

Percebeu-se ainda que, nas UAI e UBS, foram citados principalmente a necessidade de capacitação de profissionais; de divulgação na unidade e na mídia de projetos e atividades existentes; a falta de grupos específicos sobre planejamento familiar, de programas específicos para adolescentes e dos riscos relacionados à gravidez; bem como problemas de disponibilidade e acesso dos usuários a essas iniciativas. Além disso, foram citadas a realização de palestras

escolares e a realização de serviço de porta em porta, os quais já são atividades presentes nas ações das UBSF. Pelos profissionais das UBSF foram citadas a necessidade de capacitação dos profissionais e a necessidade da criação de um setor específico.

As críticas com relação à divulgação dos serviços existentes são válidas, à medida que apenas há a realização extensiva de divulgação na mídia de orientações relacionadas ao uso de preservativos e da divulgação da possibilidade de testes para HIV nas campanhas realizadas no Carnaval. Ainda, foi sugerido pelos profissionais, a necessidade de se realizar a orientação dos usuários de saúde acerca de métodos contraceptivos disponíveis nas unidades de saúde, antes da realização da esterilização:

Minha sugestão é que os pacientes deveriam passar por, pelo menos, uma palestra a respeito do tema antes da realização da cirurgia de laqueadura/vasectomia (assistente social, 33 anos, UAI).

Na minha opinião deveria ser mais esclarecido e abordado sobre outros métodos disponíveis antes de decidirem a realizar o método definitivo (enfermeira, 26 anos, UBSF).

Como comentários acerca do serviço disponível, foram obtidos relatos da necessidade de mudança de paradigmas, os quais focam demasiadamente na sexualidade de jovens, bem como da consciência de que o serviço realizado nas UBSF é mais efetivo que a realizada nas demais unidades:

Faz-se necessário mudanças de paradigmas, possibilidades para diferentes planos futuros. Nossa prática clínica e pesquisas realizadas em nossa instituição apontam que as gravidezes na adolescência foram em sua maioria planejadas e não obras do acaso (médico, 35 anos, UBSF).

Acredito que o serviço público que mais atua e é mais eficaz é o PSF, por isso tenho esperança de que o nosso município valorize os profissionais capacitados e dedicados, bem como aumente a cobertura de PSF para 100% (médico, 42 anos, UAI).

Esta opinião sobre as UBSF corrobora a questão da gama de serviços que são disponibilizadas nestas unidades e que não são efetivados nas demais unidades, embora estas também possuam o atendimento primário à saúde. Estes serviços que trabalham diretamente com a comunidade, inclusive, formam um vínculo mais forte entre o serviço de saúde e a população adstrita, o que melhora a efetividade das políticas públicas nos locais que possuem UBSF.

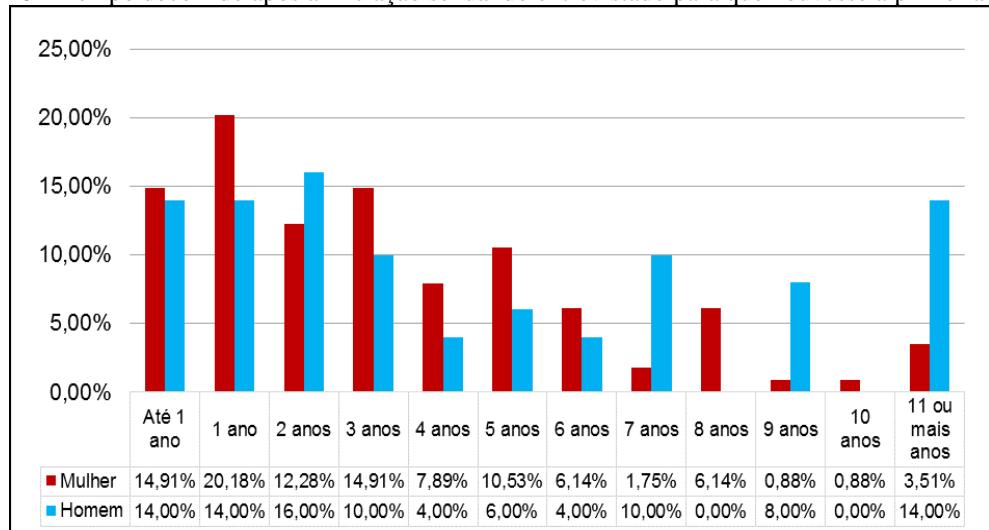
4.3 SAÚDE MATERNO-INFANTIL

A análise situacional prévia da saúde materno infantil em Uberlândia (MG) havia indicado que o município se encontra classificada como sendo de médio risco para a

mortalidade materna, embora historicamente o parto cirúrgico tenha prevalecido dentre os partos realizados. Além disso, os fatores que foram considerados como indicadores do NM, mostraram que tanto a proporção de internações quanto a taxa de óbitos tendem a reduzir futuramente, embora a probabilidade de óbito materno após a internação serem maiores que em Minas Gerais e nacionalmente.

A análise das informações fornecidas pelos usuários de saúde indicou que a maior parte engravidou-se ou engravidou a parceira até os três anos após sua iniciação sexual (62,28% das mulheres e 54,00% dos homens), sendo majoritário as que ocorreram em um ano ou menos do início do relacionamento (Gráfico 28). A tendência desse evento ocorrer diminui ao longo do tempo, principalmente quando se trata do sexo feminino ($r^2_{mulher} = 0,7983$; $r^2_{homem} = 0,238$).

Gráfico 28 – Tempo decorrido após a iniciação sexual do entrevistado para que houvesse a primeira gravidez



Fonte: A autora, 2015.

Além disso, dos 164 usuários que se dispuseram a responder esta questão, 69,51% eram mulheres e 30,49% homens. Enquanto que, do total, 49,32% afirmaram que, quando houve a gravidez, eles utilizavam algum tipo de método contraceptivo, observou-se que a distribuição diferenciada do uso entre os sexos. A maioria das mulheres (54,81%) afirmou a utilização, enquanto que a maioria dos homens (64,29%) afirmou que não utilizava nenhum método contraceptivo.

Estes dados demonstram três possibilidades de explicações sobre o que têm afetado a fecundidade dos entrevistados: (a) os usuários não tinham conhecimento sobre métodos contraceptivos; (b) tinham conhecimento, porém não viram a importância de utilizá-los ou (c) tinham conhecimento e utilizaram, porém a imperícia levou à falha do mesmo. Assim, faz-se

necessário uma promoção da saúde efetiva de jovens e adultos, principalmente os homens, sobre a importância da utilização dos métodos contraceptivos, bem como de como se realizar o planejamento familiar. Além disso, deve-se informar sobre a correta utilização desses instrumentos.

Segundo o manual técnico de Pré-natal e Puerpério (BRASIL, 2005c), o diagnóstico de gravidez é baseado na história, no exame físico e nos testes laboratoriais (TIG) para mulheres com suspeita de gravidez e atraso menstrual inferior a 16 semanas. Este teste é solicitado sem a necessidade do agendamento de consulta, pois isso poderia postergar a confirmação da gestação, bem como é dispensável para atrasos menstruais superiores a 16 semanas.

Quando questionados acerca dos procedimentos adotados após o diagnóstico da gravidez, a maioria dos profissionais de saúde sabia que deveria orientar o acompanhamento clínico da gestante, ou seja, que se deveria abrir o SISPRENATAL⁸, realizar os primeiros exames clínicos, solicitar os exames de protocolo, verificar as vacinas do pré-natal, agendar a primeira consulta e convidar essa gestante para o grupo de gestantes da unidade. Ainda, o tratamento das unidades de saúde apresenta uma diferenciação: nas UAI e UBS não houve relatos de que há a busca ativa das gestantes, o que já ocorre nas UBSF.

Há a primeira consulta com enfermeiro e fazem todos os exames complementares, vacinas, dentista, direcionamento ou encaminhamento quando há sangramentos. Depois há o encaminhamento para clínica para início do pré-natal (médico, 28 anos, UBSF).

A gestante tem a sua primeira consulta com a enfermeira, que dá início ao pré-natal, marca consulta médica e é solicitado todos os exames, conforme protocolo (técnico de enfermagem, 23 anos, UBSF).

Paciente vem até a unidade, passa por uma consulta de enfermagem, onde são solicitados os exames de primeiro trimestre, cartão de vacina, faz cadastramento do SISPRENATAL, pesa, mede, verifica pressão arterial, preenche cartão gestante (Enfermeiro, 34 anos, UBSF).

Abertura de cadastro, solicitação de exames pelo médico, bem como há a entrevista e genograma pelo serviço social (assistente social, 46 anos, UBS).

Orientação para fazer o pré-natal e buscas-ativa direto (ACS, 49 anos, UBSF).

A primeira consulta de pré-natal pela enfermeira, onde há a solicitação de vários exames, como USG obstétrico, coleta de teste rápido de toxoplasmose, ácido fólico e sulfato ferroso, há o cadastramento no SISPRENATAL, encaminhamento para odontologia e é agendada a primeira consulta médica com resultados de exame (enfermeira, 26 anos, UBSF).

⁸ O Sisprenatal é o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde que tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. Este sistema amplia esforços de redução das taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neo-natal (BRASIL, 2015b).

Busca da gestante, SISPRENATAL e o acompanhamento todo mês. Faz-se exames beta, urina e sangue (ACS, 30 anos, UBSF).

Os procedimentos das consultas de pré-natal estão de acordo com o procedimento preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000b), normatizado pelo manual técnico de Parto e Puerpério (BRASIL, 2005c) e descrito na Caderneta da Gestante (BRASIL, 2014). É normatizado que na primeira consulta, que pode ser realizada por médicos ou por enfermeiros, deve-se realizar uma anamnese da situação psicofísica da paciente, realizar os exames clínicos (ex.: pesagem, aferimento da pressão arterial, verificar sinais de anemia ou inchaço, medir a altura uterina e escutar as batidas do coração do conceito), solicitar e avaliar o resultado de exames, verificar as vacinas do pré-natal (antitetânica, contra hepatite B e contra influenza), prescrever tratamentos se necessário, bem como orientar sobre a participação nas atividades educativas (reuniões e visitas domiciliares) e sobre questões da gravidez e do parto (BRASIL, 2014).

A anamnese da situação psicofísica da paciente busca evidenciar fatores de risco para a gravidez atual (características individuais e sociodemográficas desfavoráveis; antecedentes familiares; antecedentes pessoais; antecedentes ginecológicos e obstétricos; sexualidade; antecedentes e a situação da gravidez atual). É importante, à medida que pode revelar diversas situações, como sintomas de enfermidades físicas, transtornos psicológicos e comportamentos de risco, como a depressão e o vício em álcool ou drogas. Nestes casos, as gestantes são encaminhadas para atividades de grupo e para consultas com psicólogas e assistentes sociais, conforme a necessidade da paciente.

O aferimento da pressão arterial durante o pré-natal é necessário para se detectar casos de hipertensão arterial, a qual é a complicação médica mais comum na gravidez e a principal causa de morbimortalidades materna e perinatal. Esta situação pode (pré-eclâmpsia) ou não (hipertensão gestacional) estar associada à proteinúria, sendo que ambas podem evoluir para a eclâmpsia. Ocorrem durante a gestação, na evolução do trabalho de parto e no puerpério imediato. Podem ocasionar edema cerebral, hemorragia cerebral, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, desprendimento prematuro da placenta da parede uterina e hemorragia vaginal na mãe. A hipertensão, ainda, reduz o fornecimento de sangue pela placenta, o que faz com que ocorra o retardamento do crescimento do feto, bem como abortamento, prematuridade e sofrimento fetal agudo e crônico (FEBRASGO, 2011; VARELLA, 2011).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000b) e o manual técnico de Parto e Puerpério (BRASIL, 2005c) garantem a realização de exames

laboratoriais, define os prazos para a realização dos mesmos durante o pré-natal, bem como instituiu a realização de atividades educativas e classificação de risco gestacional, com garantia de atendimento na unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. A lista de exames pré-natais que podem ser exigidos é: ABO-Rh, Coombs indireto, Hemograma (Hb/Ht), Eletroforese de Hemoglobina, Glicemia em jejum, Exame de urina, Urocultura, Colpocitopatologia oncotíca (Papanicolau), Teste rápido de sífilis e VDRL, Toxoplasmose, oferta de testes de HIV, testes para hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV), protoparasitológico, sorologia para rubéola, bacterioscopia da secreção vaginal (mulheres com histórico de prematuridade), ultrassonografia obstétrica e o Teste de malária (gestantes da região Amazônica). Para os homens que participam do pré-natal de suas parceiras também são oferecidos exames: exames para Sífilis (teste rápido e VDRL), anti-HIV (teste rápido), Hepatites B e C (testes rápidos), Tipo sanguíneo e Fator Rh, Hemograma, Lipidograma, Glicose e Eletroforese de hemoglobina (BRASIL, 2000b, 2005b, 2014).

Estes exames laboratoriais são importantes, à medida que promovem a saúde paterna e materna, contribuem para evitar diversas enfermidades que podem ser transmitidas do pai para a mãe e da mãe para o filho em algum momento durante a gestação ou parto, bem como diminui o risco de abortos espontâneos. Por serem exames diagnósticos de doenças consideradas de risco, caso haja a existência das mesmas, a mulher precisar é de cuidados especiais.

O teste ABO-Rh verifica a tipagem sanguínea e o Rh da gestante e do parceiro. Caso a gestante possua Rh negativo e o pai da criança possua Rh positivo, a mulher deverá realizar o Coombs indireto. Estes exames verificam se há o risco da gestante desenvolver isoimunização materna pelo fator Rh, a qual permanece como uma “importante causa de morbidade perinatal, ainda sendo responsável por inúmeras perdas fetais e neonatais” (FEBRASGO, 2011, p. 105). Esta enfermidade ocorre em mulheres de Rh negativo, cujo feto é de Rh positivo e que, por algum motivo (ex. transfusão sanguínea, sangramentos placentários), foram sensibilizadas ao Rh positivo. Nestes casos, dá-se início a uma reação imunológica que destrói as hemácias do filho, ocasionando hemólise e anemia, evoluindo para hepatoesplenomegalia, insuficiência cardíaca e óbito fetal. Há a prevenção por meio de um tratamento com dose profilática de imunoglobulina anti-Rh realizado na 28^a semana de gestação (FEBRASGO, 2011, REINALDIN, 2013).

O Hemograma identifica vários problemas relacionados às células sanguíneas da gestante. Este exame, somado à Eletroforese de hemoglobina, a qual diagnostica a doença falciforme e a talassemia, verificam a existência de anemias. A anemia é comumente

considerada como a doença de maior ocorrência na gravidez e as suas consequências dependem do grau de hipóxia tissular. De modo geral há o aumento da morbidade pela maior suscetibilidade a infecções, aumento do tempo de internação e de recuperação pós-parto. Em casos graves, o sangramento do parto pode determinar insuficiência cardíaca congestiva e até o óbito materno (FEBRASGO, 2011).

O Exame de urina e a Urocultura aferem se há infecção do trato urinário da gestante. Esta é mais frequente durante a gestação e está associada ao aumento de morbidade e mortalidade maternas e fetais. Para a saúde materna há diversos riscos, como o desenvolvimento da pielonefrite e insuficiência respiratória, que poderão evoluir para anemia, edema pulmonar, insuficiência renal, bacteremia, septicemia e, raramente, ao choque séptico e óbito materno. As principais complicações perinatais são trabalho de parto prematuro, prematuridade, crescimento intrauterino restrito, com recém-nascidos de baixo peso, ruptura prematura das membranas amnióticas, infecção fetal intrauterina, sepse neonatal e óbito fetal (FEBRASGO, 2011; REINALDIN, 2013).

Os testes HBsAg e anti-HCV são utilizados para verificar a ocorrência de Hepatite B e C, respectivamente. São importantes à medida que as hepatites levam à cirrose, insuficiência hepática e ao hepatocarcinoma, podendo ocasionar óbito fetal, prematuridade, abortamento e ser transmitida ao feto no parto e na amamentação (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007; FEBRASGO, 2011). Já a Toxoplasmose é transmitida ao feto verticalmente via placenta em 30 a 40% das gestações de mulheres que sofrem infecção primária por *Toxoplasma gondii* durante a gravidez. A toxoplasmose pode causar sequelas graves para o bebê, as quais variam de acordo com o período da gravidez que houve a contaminação materna, bem como pode ser assintomático. São sequelas da doença: hidrocefalia, atraso mental, calcificações cerebrais, surdez, convulsões, lesões nos olhos, estrabismo e cegueira, bem como atraso do desenvolvimento. Destas, as mais comuns são as que compõem a Tétrade de Sabin: retinocoroidite; calcificações cerebrais; retardo mental ou perturbações neurológicas e a hidrocefalia, com macro ou microcefalia (FEBRASGO, 2011; MENDONÇA, 2011; PRADO et al., 2011).

A glicemia de jejum e o VDRL verificam, respectivamente, a existência da Diabetes Mellitus e a sífilis. Estas enfermidades acarretam uma grande gama de consequências para a saúde maternoinfantil. A diabetes gestacional ocasiona várias complicações, tanto para a saúde da mãe, quanto do bebê. Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM, 2006, pp.3-4):

A gestante portadora de Diabetes Mellitus Gestacional não tratada tem maior risco de rotura prematura de membranas, parto pré-termo, feto com apresentação pélvica e feto macrossômico. Há também risco elevado de pré-eclâmpsia nessas pacientes. Com relação ao feto, além da macrossomia, o risco para o desenvolvimento de síndrome de angústia respiratória, cardiomiopatia, icterícia, hipoglicemias, hipocalcemia, hipomagnesemia e policitemia com hiperviscosidade sanguínea, encontra-se fortemente aumentado. O resultado perinatal está diretamente relacionado ao controle metabólico materno, com evidência de 52,4% de macrossomia, 14,3% de óbito fetal e 8,2% de má formações em gestantes com controle metabólico não adequado, caracterizado por média glicêmica superior a 130 mg/dl no terceiro trimestre.

Já a sífilis, se não tratada, é preocupante à medida que pode infectar o feto a qualquer momento durante a gestação por via transplacentária, bem como durante o parto. “Pode originar consequências graves como morte perinatal, parto pré-termo, baixo peso à nascença, hidrópsia fetal não imune, anomalias congénitas, sífilis ativa no recém-nascido e sequelas a longo prazo como surdez, alterações neurológicas ou deformidades ósseas” (GOUVEIA, BORGES-COSTA, 2013, p. 514).

A infecção materna pelo vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) pode ser verificada por intermédio da Testagem anti-HIV mediante autorização da gestante. Esta enfermidade ocasiona a depleção do sistema imunológico, configurando-se como meio de estabelecimento de infecções oportunistas (ex. pneumonia e toxoplasmose), bem como gerar dano direto ou dano decorrente de processos inflamatórios a alguns órgãos, ocasionando miocardiopatia, nefropatia e neuropatias. A gravidez pode retardar o diagnóstico da AIDS, bem como gerar falsos-positivos. Esta infecção pode ser transmitida verticalmente em três situações: durante a gravidez, no parto e pela amamentação (FEBRASGO, 2011).

O Teste de malária e o Exame preventivo de câncer de colo de útero (Papanicolaou) são realizados apenas em situações específicas. O Teste de malária é realizado em todas as gestantes da Região Amazônica, uma vez que esta é uma região endêmica (BRASIL, 2014). Esta medida é necessária, uma vez que os protozoários causadores da malária se acumulam na placenta, o que modifica a distribuição de nutrientes e gases respiratórios. Isto resulta no nascimento de crianças com baixo peso, que são mais suscetíveis a doenças infecciosas e que podem ter déficit de aprendizagem e lesões no sistema nervoso central (COELHO, 2013).

O Papanicolaou não apenas detecta câncer de colo de útero, mas também alterações causadas pelo HPV, tal como o condiloma, bem como infecções vaginais como vaginose bacteriana, tricomoníase e candidíase. Estas enfermidades não afetam a gestação em si, mas têm seu tratamento influenciado por esta. O câncer de colo de útero raramente ocorre na gravidez e, dependendo do estágio, não afeta a gestação. Já as alterações por HPV não são transmitidas ao feto, porém, se presente na mãe quando esta entrar em trabalho de parto, deve

ser realizada uma cesárea para que o bebê não seja contaminado. É um exame periódico que deve ser realizado anualmente por mulheres que não apresentam condições de risco. Caso a gestante não tenha realizado o exame anteriormente, este é colhido durante a gravidez (TIRE..., 2015).

Ao se questionar a ocorrência de doenças que poderiam afetar a gravidez aos usuários de saúde, apenas 20 entrevistados afirmaram que sim. Como enfermidades, foram citadas: hipertensão arterial (25,00%), hipertireoidismo (15,00%), anemia (10,00%), depressão (10,00%), diabetes gestacional (10,00%), amebíase (5,00%), condiloma (5,00%), infecção urinária (5,00%), leucemia (5,00%), sífilis (5,00%) e trombose (5,00%). Das onze doenças citadas, quatro não são avaliadas inicialmente na consulta inicial para a abertura do SISPRENATAL e nos exames iniciais solicitados: hipertireoidismo, amebíase, leucemia e trombose. Além disso, duas doenças não afetam diretamente o desenvolvimento da criança durante a gravidez: a depressão é fator de risco que é acompanhado nos grupos de gestantes e por psicólogas, enquanto que a amebíase afeta apenas o tratamento que é realizado.

A leucemia não é causada e não tem seu curso afetado pela gravidez, no entanto, há o aumento do risco de abortamento, prematuridade, restrição de crescimento intrauterino e óbito fetal (NOMURA et al., 2011). O hipertireoidismo e a hipertensão arterial na gravidez estão relacionados ao maior risco de pré-eclâmpsia. Além disso, o hipertireoidismo e a trombose aumentam a probabilidade de aborto espontâneo. A trombose, ainda, na gravidez e no período pós-parto, eleva substancialmente a morbimortalidade maternofetal (KALIL et al., 2008). Para todos os casos, os entrevistados afirmaram que obtiveram tratamento gratuito para as doenças relatadas e que não houve consequências para os bebês.

Além dos aspectos médicos, foi arguido aos profissionais de saúde sobre casos em que há acompanhamento psicossocial das gestantes e suas famílias (Tabela 7). Os profissionais entrevistados afirmaram que essa orientação ocorre, principalmente, nos grupos existentes na unidade (19,46%) e por demanda espontânea (10,74%). Ainda, houve uma grande proporção de entrevistados que não sabiam se o serviço estava disponível (14,09%) e um caso em que um profissional de enfermagem da UAI São Jorge afirmou que havia o encaminhamento para unidades de APS. Como neste bairro há uma grande concentração de unidades de UBSF, provavelmente o entrevistado se referiu a pacientes que procuram atendimento na UAI devido os serviços de atenção secundária da unidade, já que a UAI São Jorge “oferece consultas básicas aos pacientes encaminhados pelas UBSF” (MISSÃO SAL DA TERRA, 2015, [s.p.]).

Tabela 7 – Relação dos casos citados pelos profissionais de saúde para acompanhamento psicossocial de gestantes e suas famílias

Orientação psicossocial	UAI	UBS	UBSF	Total
Aborto	0,00%	0,67%	0,00%	0,67%
Álcool/drogas	0,67%	0,00%	3,37%	4,04%
Assistente social	0,67%	0,00%	2,01%	2,68%
Avaliação emocional	1,34%	0,00%	0,67%	2,01%
Comportamento autodestrutivo	0,00%	0,67%	0,00%	0,67%
Demandas espontâneas	3,36%	1,34%	6,05%	10,75%
Depressão	0,00%	0,67%	1,35%	2,02%
Doenças mentais na família	0,00%	0,00%	0,67%	0,67%
Encaminha para APS	0,67%	0,00%	0,00%	0,67%
Esterilização	0,67%	0,00%	0,00%	0,67%
Gestantes adolescentes	0,67%	0,67%	4,03%	5,37%
Gestantes de alto risco	0,67%	0,00%	0,00%	0,67%
Gestantes solteiras	0,67%	0,00%	0,00%	0,67%
Gravidez não desejada	0,00%	2,01%	0,67%	2,68%
Grupos	8,05%	1,34%	10,07%	19,46%
Incentivo ao pré-natal	0,00%	0,00%	0,67%	0,67%
Não há	4,03%	1,34%	1,34%	6,71%
Não sei	11,41%	0,67%	2,01%	14,09%
Orientação médica	2,01%	0,67%	5,37%	8,05%
Planejamento familiar	0,00%	0,67%	0,67%	1,34%
Pré-natal e cuidados	1,34%	0,00%	0,00%	1,34%
Problemas familiares diversos	1,34%	0,00%	2,02%	3,36%
Psicólogos	2,01%	0,00%	3,36%	5,37%
Rejeite da mãe	0,00%	0,67%	2,69%	3,36%
Violência doméstica	0,00%	0,00%	2,01%	2,01%

Fonte: A autora, 2015.

Um caso que há a recomendação psicossocial é o de abortos, uma vez que afeta negativamente a saúde mental das gestantes que passaram por esta intercorrência adversa grave. A maior parte dos usuários de saúde afirmaram que não tiveram ou que a parceira não teve nenhum tipo de aborto (90,23%). Dos 26 (9,77%) entrevistados que afirmaram que tiveram aborto, 7,89% relataram um aborto, 1,50% dois e 0,38% três abortos, o que evidencia a raridade do evento e a tendência negativa de haver mais de um aborto ($r^2=0,6673$). Tais dados evidenciam que intercorrências graves que resultam na morte fetal é rara, embora traga condições adversas para a saúde mental dessas mães. Talvez pela raridade do evento, os profissionais não o relatam em seus depoimentos, citados a seguir. Nestes foram citados: gravidez indesejada, planejamento familiar, gravidez na adolescência, vício em álcool e/ou drogas, depressão, histórico familiar de distúrbios mentais, risco psicossocial e demanda espontânea.

A assistente social realiza por meio de planejamento e pela psicóloga em casos de demanda (estudante de medicina, 25 anos, UBSF).

Todas as gestantes são acompanhadas na unidade por uma equipe de multiprofissionais, entre eles a assistente social e psicóloga, caso necessite (técnico de enfermagem, 23 anos, UBSF).

Há em casos de gravidez indesejada, quando usuária de drogas ou álcool, quando há problemas diversos na família ou depressão pós-parto (Enfermeiro, 34 anos, UBSF).

Existe, pois temos psicóloga e assistente social na unidade. As mesmas atendem em demanda espontânea (enfermeira, 26 anos, UBSF).

Em casos de risco psicossocial detectados em consultas coletivas ou pelo agente de saúde, bem como para grupos de planejamento familiar (antes e após a gestação) (médico, 35 anos, UBSF).

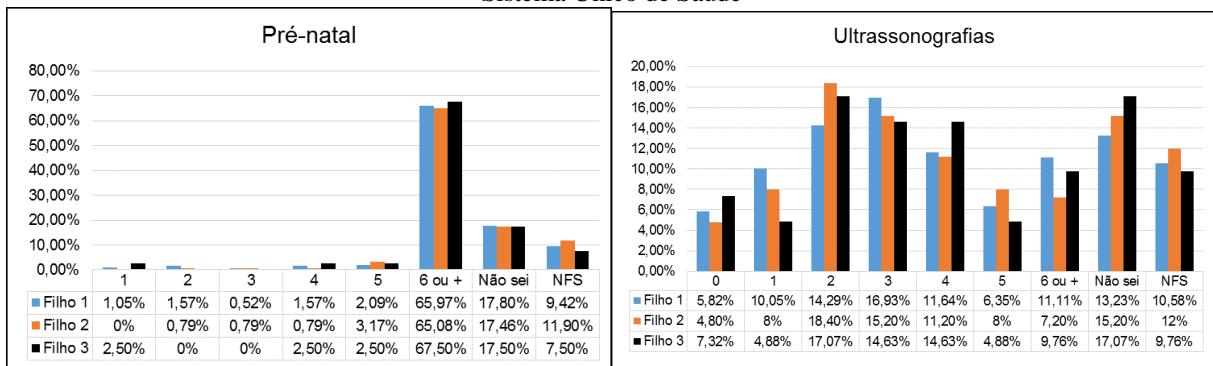
Por demanda livre e espontânea. Quem acolhe são psicólogas e os assistentes sociais (enfermeiro, 32 anos, UAI).

Em casos de gestação na adolescência, em casos de dificuldade para aceitação da gestação, em casos de problemas trabalhistas associados a gestação (médico, 25 anos, UBSF).

Com relação aos dados sobre o decorrer da gestação até o atendimento de puerpério, foram analisadas as informações das três últimas gravidezes, uma vez que a ocorrência de casos que não se enquadram nesta categoria foi esporádica (2 entrevistados).

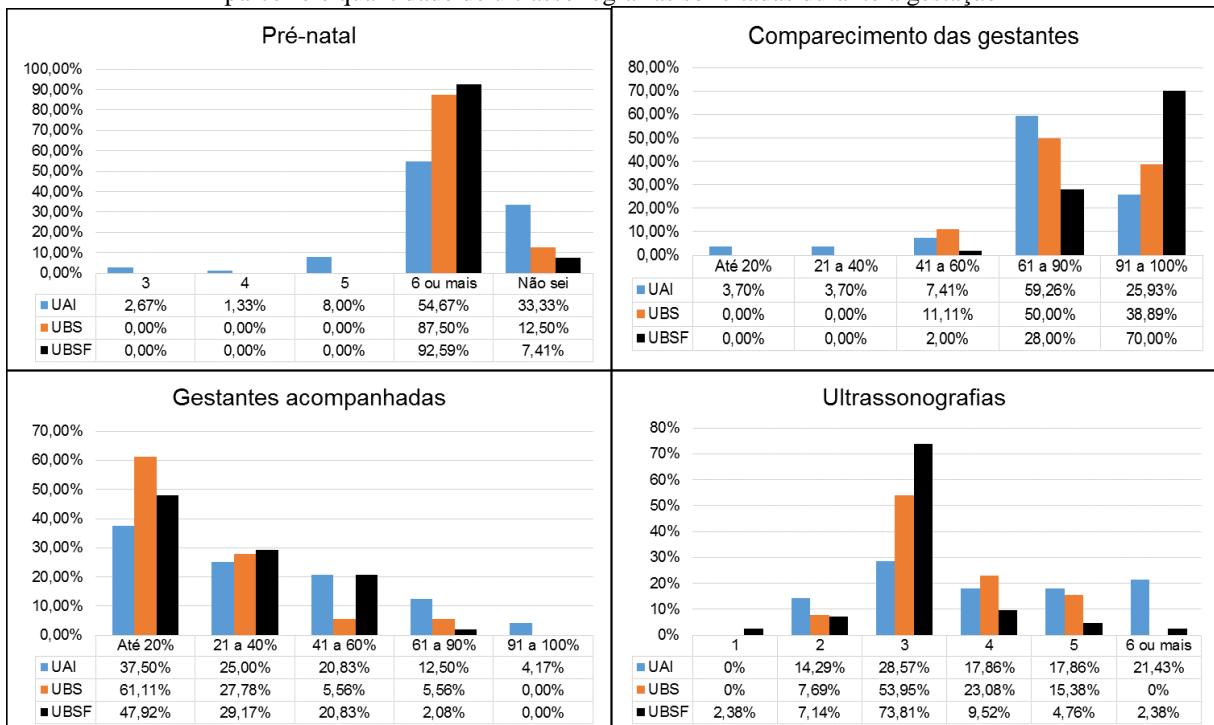
Durante o acompanhamento da gestação, os usuários de saúde que têm filhos afirmaram que foram realizados no mínimo seis consultas pré-natais e que realizaram entre 2 e 3 ultrassonografias durante o pré-natal (Gráfico 29). Assim como os pacientes, os profissionais relataram que, em média, são realizadas pelo menos 6 consultas pré-natais (73,20%), são solicitadas 3 ultrassonografias (30,07%), sendo que 49 profissionais (32,03%) afirmaram que 91-100% das gestantes comparecem ao pré-natal e que 43 (28,10%) relataram que menos que 20% das gestantes são acompanhadas pelo parceiro (Gráfico 30).

Gráfico 29 – Quantidade de consultas de pré-natal realizadas e de ultrassonografias informadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde



Fonte: A autora, 2015.

Gráfico 30 – Descrição dos serviços realizados durante o pré-natal e puerpério segundo familiares: quantidade de pré-natais, comparecimento das gestantes às consultas pré-natais, proporção de gestantes acompanhadas pelo seu parceiro e quantidade de ultrassonografias solicitadas durante a gestação



Fonte: A autora, 2015.

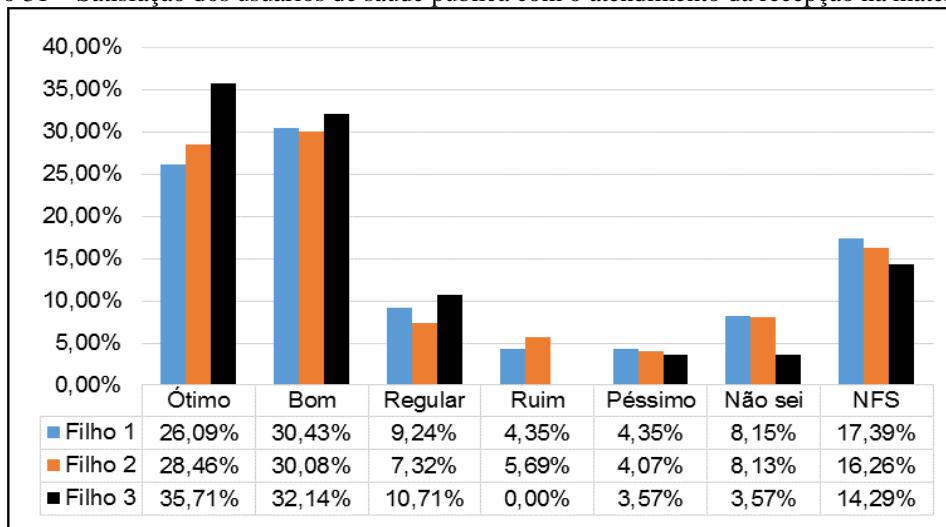
A única tendência que foge contexto do atendimento nas unidades de saúde é a de comparecimento das gestantes por unidade: enquanto que nas UAI e UBS a maior parte dos entrevistados (21,33% dos profissionais da UAI e 37,50% dos profissionais da UBSF) afirmou que 61-90% das gestantes comparecem ao pré-natal, nas UBSF a maior parte (64,81%) afirmou a taxa de comparecimento é de 91-100% das gestantes. Este fato é explicado pela busca-ativa realizada nas UBSF, na qual os profissionais de saúde vão em busca das grávidas faltantes para a realização do pré-natal.

A realização de pré-natais e a solicitação de ultrassonografias estão de acordo com o previsto desde o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000b) e orientadas pelo manual técnico do Pré-natal e Puerpério (BRASIL, 2005c). Estas normas definiram que as consultas de pré-natal podem ser realizadas na unidade de saúde ou em visitas domiciliares, bem como devem ser programados em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Tendo em vista esses períodos críticos, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento estabeleceu que o número mínimo de seis consultas, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.

Com relação às ultrassonografias, não há um número mínimo estipulado, uma vez que este exame “pode ser recomendado como rotina nos locais onde ele esteja disponível e possa ser realizado no início da gestação”, bem como pode ser realizado tardiamente “por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica, notadamente como complemento da avaliação da vitalidade do feto ou outras características gestacionais ou fetais” (BRASIL, 2005c, p.27). Mesmo com a instituição da Rede Cegonha⁹, a qual se propôs a aumentar a quantidade de ultrassonografias realizadas, não houve a definição de um número mínimo.

Quando questionados acerca do atendimento recebido no serviço da maternidade, os atendimentos da recepção (Gráfico 31) dos primeiros e segundos filhos foram, em sua maioria, classificados como um bom atendimento. Apenas no atendimento do terceiro filho que a satisfação com o atendimento foi considerada como ótimo. Neste quesito foram avaliados o tratamento gentil e humano nos hospitais, bem como evidencia a tendência de melhoria no serviço prestado à recepção.

Gráfico 31 – Satisfação dos usuários de saúde pública com o atendimento da recepção na maternidade

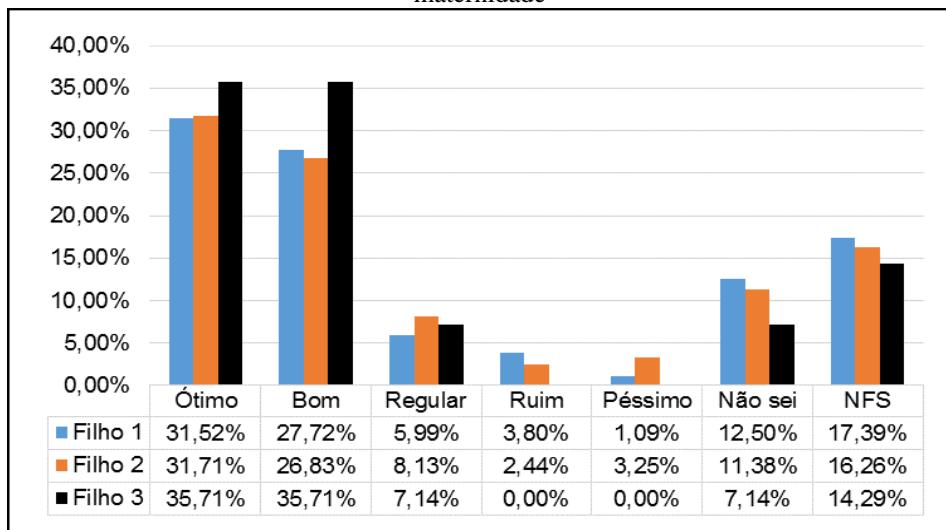


Fonte: A autora, 2015.

Com relação à atuação dos profissionais envolvidos com o parto (Gráfico 32), a maior parte afirmou que o atendimento foi ótimo para os três filhos. A tendência nesse quesito foi a de apresentar melhoria da satisfação com o serviço disponibilizado, já que a satisfação com o atendimento dos terceiros filhos foi similar a dos demais.

⁹ Rede Cegonha é uma estratégia do MS que visa implementar uma rede de cuidados, estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil (BRASIL, 2011b).

Gráfico 32 – Satisfação dos usuários de saúde pública com o atendimento obtido durante o trabalho de parto na maternidade



Fonte: A autora, 2015.

Uma questão evidenciada pelas gestantes entrevistadas foi o receio de terem de realizar seu parto no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. O medo se relacionava tanto com relatos de situações de sofrimento de outras parturientes durante o trabalho de parto, bem como de situações de constrangimento: durante o acompanhamento da dilatação da vagina para o trabalho de parto, os médicos responsáveis estariam entrando com os residentes sem a devida permissão das parturientes, o que as deixavam constrangidas.

Nossa... a única coisa que eu quero é não ter de ir ganhar meu nenê na Medicina¹⁰. Uma amiga minha foi ganhar nenê lá, cheia de dores... ficou lá esperando ser atendida e mandaram ela embora pra casa porque ainda não estava na hora e tinha de ser parto normal. Ela foi pro Maternidade¹¹ e lá foi super bem atendida. Tiveram de fazer cesárea porque o menino não ia nascer. Quase que perde o bebê! (mulher, grávida de 6 meses, UBSF).

Deus me livre do Medicina mesmo! A [...], minha amiga, tava me contando que quando ela foi ter o bebê lá na Medicina, enquanto o médico vinha para ver se tava na hora de começar a cirurgia, entrava aquele treberê¹² de gente junto pra ficar olhando. Imagina você tá lá, sentindo dor e aquele monte de gente vem do nada e começa a ficar olhando você lá? Fora que depois que o médico explicava pros estudantes como fazia o exame, todo mundo ia e ficava enfiando a mão... credo em cruz! (mulher, grávida de 4 meses, UBSF).

Esta situação não foi analisada nesta pesquisa, uma vez que abrangeia amostragens no nível terciário de atenção. Assim, faz-se necessária a avaliação futura das condições de atendimento em nível hospitalar. Tal ação forneceria um diagnóstico mais digno da realidade

¹⁰ Medicina é o termo utilizado popularmente para se referir ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

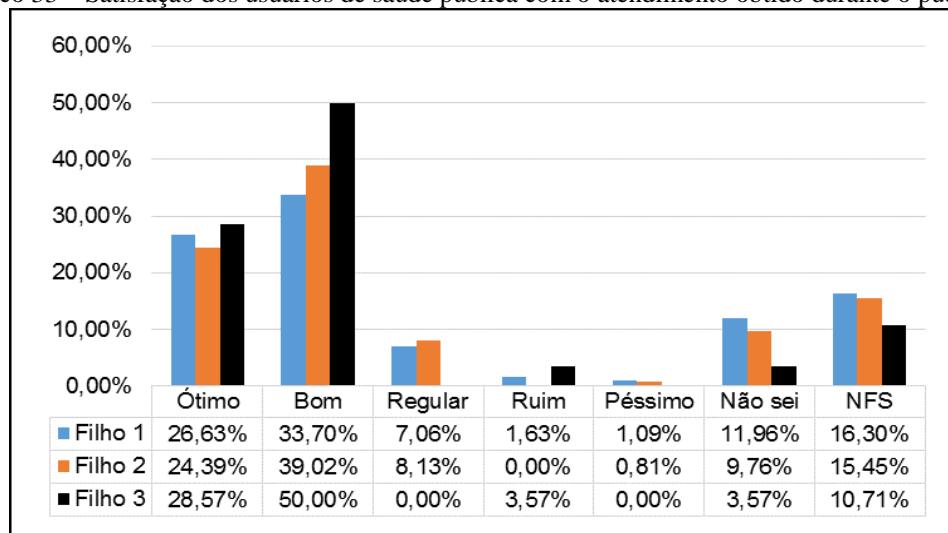
¹¹ A entrevistada se referia ao Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro.

¹² Expressão oral que significa um grupo relativamente grande de pessoas.

de todos os níveis de atendimento, bem como averiguaria estes relatos que indicam a ausência de práticas de humanização do atendimento prestado. Assim sendo, este tema necessita de ser mais esclarecido futuramente.

Com relação à satisfação com o atendimento oferecido na maternidade e nas unidades de saúde no período puerperal (Gráfico 33), a maior parte afirmou que o atendimento foi bom para os três filhos. Além disso, não há tendência de melhora da satisfação dos usuários ao decorrer das várias gestações.

Gráfico 33 – Satisfação dos usuários de saúde pública com o atendimento obtido durante o puerpério



Fonte: A autora, 2015.

O cuidado puerperal é importante tanto para a saúde materna quanto infantil, pois boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontecem na primeira semana após o parto. Com a promulgação do manual técnico de Pré-natal e Puerpério, foi estipulada a “Primeira Semana de Saúde Integral”, a qual tem por finalidade a avaliação do estado de saúde da mulher e do recém-nascido; do retorno às condições pré-gravídicas; do aleitamento materno; da interação da mãe com o recém-nascido; há a orientação do planejamento familiar; a identificação de situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; bem como há o complemento ou realização de ações não executadas no pré-natal (BRASIL, 2005c). Aliado a este contato, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000b) institui ainda que deve ser realizada, pelo menos, uma consulta no puerpério (até 42 dias após o nascimento). Esta consulta atua como continuação da Primeira Semana de Saúde Integral, reforçando os cuidados à saúde materno-infantil puerperal.

Aliada às políticas de saúde materno-infantil existentes, foi estruturada a Rede Cegonha, a qual é uma “rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao

planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis" (BRASIL, 2011b, art. 1º). Esta política visa solucionar problemas referente a este tipo de atenção, uma vez que as políticas e programas anteriores não conseguiram ampliar a cobertura pré-natal e reduzir satisfatoriamente casos de mortalidade materna e perinatal. Para tanto, esta política está estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que refere-se ao transporte sanitário e regulação.

Como ações da Rede Cegonha para estimular o pré-natal, pode-se citar a disponibilização do teste rápido para gravidez em todos os postos de saúde, o que possibilita a captação precoce de gestantes; a disponibilização de vale-transporte para o comparecimento às consultas, bem como um vale-táxi para ir à maternidade, disponível para as gestantes que realizarem todo o acompanhamento. Além disso, prevê qualificações aos profissionais de saúde que atuam neste setor de atendimento; a ampliação do número de ultrassonografias; a criação de estruturas de assistência para a humanização do nascimento e boas prática de atenção ao parto e nascimento (direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério; acesso a métodos de alívio da dor para a mãe; privacidade e conforto para a mãe e seu acompanhante; estímulo ao pai para participar do parto; possibilidade da mãe ficar em contato direto com o bebê imediatamente após o nascimento) (PORTAL BRASIL, 2011a, 2011b).

A definitiva implantação das ações previstas pela Rede Cegonha irá beneficiar todas as gestantes e seus parceiros, auxiliando na formação de vínculos familiares. Em Uberlândia, no entanto, não há previsão de implantação de muitas das mesmas, gerando assim, prejuízos para a qualidade de vida, no que se refere a saúde reprodutiva de sua população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, a saúde pública brasileira foi desfavorecida em favor da saúde suplementar, bem como houve o favorecimento de ações curativas em detrimento da promoção da saúde, fatos que apenas começaram a se modificar com a instauração do SUS. Esta lógica também se seguiu nas políticas de saúde reprodutiva, em que houve a evolução de um cuidado pautado exclusivamente pela saúde materno-infantil e pela manutenção da capacidade reprodutiva da mulher para uma atenção integral e universal à saúde dos diversos grupos da sociedade.

A saúde reprodutiva não pode ser analisada simplificadamente, sem a análise das questões de gênero em nossa sociedade. Os papéis diferenciados atribuídos a homens e mulheres culturalmente influem no modo como pensam e agem nos diferentes campos da sua vida, inclusive em como procuram os serviços de saúde. Enquanto que a mulher, usualmente relacionada ao cuidado, pode cuidar-se mais, procurando com mais frequência os serviços de assistência à saúde; o homem é associado à invulnerabilidade e ao sustento da família, ou seja, incapaz de adoecer. Uma vez que as motivações são diferentes, a abordagem deve ser distinta a fim de atender às variadas necessidades.

A maior parte da atenção à saúde reprodutiva ocorre por intermédio da Atenção Primária à Saúde, principalmente pela Estratégia Saúde da Família. Embora as políticas em vigência respeitem a questão de gênero e de humanização, a sua efetivação usualmente não considera estas questões, seja pela falta de capacitações dos funcionários ou por falta de estrutura. Além disso, a baixa frequência de homens nas unidades de saúde e o fato de que raramente acompanham as gestantes no pré-natal acabaram por delegar à mulher quase que exclusivamente a responsabilidade sobre a reprodução. Este fato pode ser observado em vários aspectos, como o amplo foco nos cuidados materno-infantis em detrimento de ações de saúde reprodutiva e planejamento familiar. Mesmo nas políticas de planejamento familiar, há o predomínio da receita de métodos contraceptivos e da esterilização, ambos com maior adesão de mulheres. Tal procedimento perpetua a visão biomédica do cuidado e torna necessária a realização sistematizada de avaliações.

A avaliação da falta de conhecimento dos usuários sobre os serviços de saúde reprodutiva existentes nas unidades indicou que esta situação é reflexo da pouca divulgação dos serviços disponíveis, seja na própria unidade de saúde ou pela mídia. Tal fato se comprova a medida que sequer os profissionais de saúde conseguiam evidenciar os serviços

existentes nas unidades em que atuam. Estes fatos são preocupantes, pois serviços básicos como o acompanhamento periódico com ginecologista ou urologista não são realizados com frequência pela população, principalmente a masculina, a qual se torna mais vulnerável para alterações de sua fecundidade em decorrência de alterações no sistema reprodutor. Muitas vezes, a população apenas tem contato com a unidade de saúde em campanhas específicas, como a de carnaval, a Novembro Azul e a Outubro Rosa.

Observou-se que a religião evangélica possuiu a segunda maior frequência na população amostrada e a que mais apresentou adeptos relutantes em aderir às práticas de saúde reprodutiva. Além disso, foi evidenciado que, dentre seus adeptos, dogmas bíblicos e religiosos tiveram grande importância nas suas percepções das políticas de saúde reprodutiva desenvolvidas. Deste modo, para que se possa criar vínculos entre as unidades de saúde e a população adstrita e, consequentemente, promover a sua saúde, cabe realizar métodos comprehensivos de informação e debates, incluindo valores bíblicos.

Notou-se que os profissionais de saúde, embora possuam formação específica sobre saúde reprodutiva, não fornecem corriqueiramente orientações específicas sobre o tema sem a demanda do paciente e, quando as realizam, enfocam em formas curativas de cuidado. Estas orientações usualmente não diferenciam faixas etárias ou questões pessoais dos pacientes (ex.: religião); bem como estão relacionadas a aspectos dos cuidados de saúde materno-infantil e dos métodos contraceptivos, enfocando métodos que podem ser obtidos gratuitamente e sem correlacioná-los ao planejamento familiar em seu sentido amplo. Apesar deste ser um método que condiz com a universalidade do sistema de saúde, que visa fornecer a todos o direito de ter acesso ao seu tratamento, esta opção de ação acaba por cercear o direito do usuário de conhecer todas as possibilidades de seu tratamento. Ressalta-se que se os usuários de saúde não conhecem os serviços, não os procuram; se não os procuram, não são informados, originando um ciclo vicioso.

Com relação aos métodos contraceptivos, os usuários são influenciados a utilizar preservativos, anticoncepcionais orais ou injetáveis, bem como o DIU, os quais são métodos distribuídos gratuitamente pela rede pública de saúde. Esta escolha, no entanto, nem sempre é a melhor para o usuário de saúde, uma vez que o mesmo pode necessitar de métodos naturais em decorrência da religião (ex. método de ovulação de billings). Tal fato gera conflitos entre o indivíduo e a unidade de saúde, bem como ocasiona o distanciamento entre as partes. Este evento não é de responsabilidade apenas dos profissionais envolvidos, mas da própria política de planejamento familiar, a qual foca apenas os métodos contraceptivos e a saúde da mulher,

excluindo a responsabilidade dos homens nas ações preconizadas e sobre a reprodução. Além disso, o conceito de promoção da saúde e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários é um paradigma novo, que deve ser melhor trabalhado nas unidades de saúde.

Muitos profissionais, ainda, se negam a instruir adolescentes, por entrar em conflito com motivações pessoais para seu desempenho profissional, com a divisão de tarefas entre os profissionais e com a autopercepção da sua capacidade em realizar estas orientações. Uma vez que vários profissionais de saúde se abstêm de realizar orientações sobre os diversos aspectos da saúde reprodutiva, os usuários de saúde estão sendo informados por outros setores da sociedade, tais como familiares, amigos, escola, lideranças religiosas e mídia. Devido a ampla gama de atores que realizam estas orientações, os usuários de saúde possuem um bom conhecimento sobre os tipos de métodos contraceptivos existentes, porém não são capacitados para a realização ampla da sua cidadania, com escolha consciente do método que deseja utilizar para sua meta de planejamento familiar. Foi verificado ainda que a falta de conhecimento, a sua falta de utilização ou a imperícia na utilização dos métodos contraceptivos alterou a fecundidade dos usuários de saúde entrevistados.

Notou-se ao se analisar o tempo de formação dos profissionais de saúde e de sua atuação no SUS que, embora estejam no mercado há pouco tempo e tenham recebido formação sobre saúde reprodutiva, não receberam capacitação continuada nesta área. Considerando que as políticas são dinâmicas e necessitam de uma atualização frequente dos profissionais, a não realização de formação continuada dos profissionais gera consequências negativas à sua autopercepção como orientador, o que explica parcialmente o pouco envolvimento dos profissionais com as políticas do setor vigentes, com a realização de orientações de saúde reprodutiva e planejamento familiar, bem como evidencia a carência de formação continuada dos profissionais envolvidos. O fornecimento desses cursos elucidaria questões previstas nas políticas e poderia melhorar o atendimento integral à saúde dos usuários.

A análise da performance de Uberlândia (MG) relacionada à saúde materno-infantil, a qual é a política de saúde reprodutiva mais antiga do Brasil, evidenciou que essa cidade mineira está classificada como sendo de médio risco para a mortalidade materna e suas análises de *Near Miss* mostraram que tanto a proporção de internações quanto a taxa de óbitos tendem a reduzir futuramente, embora a probabilidade de óbito materno após a internação serem maiores que em Minas Gerais e nacionalmente. Tal situação se configura como um cenário favorável, porém com alerta para o cuidado materno-infantil. Ainda, indicou que há

predominância nas mortes maternas ocorridas devido a complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério, o que evidencia a falta de preparo dos profissionais envolvidos. Isto é preocupante, à medida que os partos cirúrgicos tendem a aumentar tanto em Minas Gerais, quanto em Uberlândia (MG). Além disso, muitas dessas complicações são resultantes de um pré-natal omisso, que não detectou possíveis complicações iminentes. Isso evidencia a necessidade do apoio à captação precoce de gestantes para início do pré-natal, bem como a ampliação dos exames fornecidos pela rede, visando o fornecimento de um pré-natal de maior qualidade.

Ao se observar as percepções de profissionais e o conhecimento dos mesmos sobre os cuidados materno-infantis, notou-se que mesmo os profissionais que não lidam cotidianamente com a questão souberam descrever os protocolos de atendimento. Isto é importante a medida que mesmo em pronto-socorro há a demanda por testes de gravidez e a captação precoce da gestante para início do pré-natal reduz significativamente a mortalidade materno-infantil.

Com relação à percepção dos usuários, todos os quesitos avaliados no atendimento perinatal (recepção, parto e puerpério) foram considerados de bom a ótimo, o que evidencia a qualidade do setor. A única ressalva se refere aos relatos de más condutas médicas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, os quais denunciam a falta de humanização do cuidado. Dada a gravidade da situação, estas denúncias devem ser avaliadas em pesquisas posteriores.

Notou-se que os principais problemas relacionados ao pré-natal foram a ausência de exames laboratoriais necessários para evitar e tratar algumas enfermidades, como a trombose, bem como a ausência de um mínimo de ultrassonografias a serem realizadas, o que pode colocar em risco a vida do conceito.

Para melhorar a qualidade da assistência pré-natal, foi lançado o programa Rede Cegonha. Este visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo; a atenção humanizada em todos os estágios da gravidez e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Para tanto, prevê subsídios que visam a captação precoce da gestante e facilitam seu acompanhamento pré-natal, prevê qualificações aos profissionais de saúde que atuam neste setor de atendimento, a ampliação de exames, e assistência humanizada no parto e nascimento. Por ser uma política recente, ainda não foi instaurada completamente na rede assistencial de Uberlândia (MG). No entanto, por se tratar de uma possibilidade de reversão da maior parte dos pontos falhos na

atenção materno-infantil apresentados nesta pesquisa, considerou-se que a sua efetiva implantação poderá beneficiar a todos os envolvidos.

Além da efetiva implantação de todos os aspectos preconizados pela Rede Cegonha, considera-se necessária a maior divulgação dos serviços em saúde reprodutiva existentes no SUS, de modo a garantir o maior acesso pelos usuários e usuárias. Além disso, faz-se necessária a disponibilização de especializações e cursos de capacitação pelo SUS para os profissionais, de modo a atualizá-los sobre novas técnicas e normas de conduta vigentes, bem como conscientizá-los sobre a importância do cuidado amplo à saúde em detrimento de ações exclusivas de cuidado curativo.

Aliada às práticas e formação continuada dos profissionais de saúde, há a necessidade da instituição do estudo da promoção da saúde e da integralidade nos cursos de formação destes trabalhadores.

Todas as ações evidenciadas, no entanto, apenas terão êxito com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família, buscando a efetivação dos princípios norteadores do SUS (universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde) e da promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas.** Rio de Janeiro: ANS, 2008.

ANTONIOLI, B.C.M.L. [Gravidezes nas Unidade de Saúde em Uberlândia, MG.] Uberlândia, 14 nov. 2014. Depoimento concedido a Bárbara Beatriz da Silva Nunes.

ANTONOVSKY, A. **Health, Stress and Coping.** San Francisco: Jossey-Bass, 1979.

ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. s465-s469, 2003. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a27v19s2.pdf>> Acesso em: 26 jan. 2015.

BADIGLIAN FILHO, L.; FRAIANELLA, L.; ANDRADE, W.P. Diagnóstico e tratamento do câncer durante a gravidez. **A. C. Camargo Cancer Center**, 2015. Pacientes e tudo sobre o câncer. Disponível em: <<http://www.accamargo.org.br/saude-prevencao/artigos/diagnostico-e-tratamento-do-cancer-durante-a-gravidez/56/>>. Acesso em: 01 set. 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2010.

BERDINELLI, T. Política de incentivo ao parto normal esbarra em resistência de médicos. **El País**, São Paulo, 15 jul. 2015. Brasil. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2015/07/11/politica/1436566427_473955.html>. Acesso em: 07 ago. 2015.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. (Org.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde.** Campinas: Editora da Unicamp, 2011. p. 41-62.

BRANT, L. M. **O papel do estado no Sistema Único de Saúde:** uma investigação teórico-bibliográfica e prática em Minas Gerais. 2004. 62 f. Monografia (Especialização em Política Social de Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

BRASIL. **Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/Lei1920.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

_____. **Decreto-lei nº 72 de 21 de novembro de 1966.** Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/10/1943/..%5C..%5C24%5C1966%5C72.htm>>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

_____. **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm>. Acesso em: 18 jan. 2015.

_____. **Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm>. Acesso em: 18 jan. 2015.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

- _____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 Jan. 2015.
- _____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 25 Jan. 2015.
- _____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996a.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm>. Acesso em: 18 Jan. 2015.
- _____. **Programa Saúde do Adolescente:** bases programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.
- _____. **Saúde da Família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. **Assistência pré-natal:** manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.
- _____. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000b.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html>. Acesso em: 24 ago. 2015.
- _____. **CPI mortalidade materna.** Brasília, 2001. 288 p. Relatório. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2015.
- _____. **Assistência em Planejamento Familiar:** manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 40).
- _____. **Programa Humanização do Parto:** Humanização do pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.
- _____. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.
- _____. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- _____. **Saúde Brasil 2004:** uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. **Plano Nacional de Saúde:** um pacto pela saúde no Brasil: síntese. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://bibspi.planejamento.gov.br/bitstream/handle/iditem/142/S%C3%ADntese%20PNS%202004-2007.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 24 set. 2015.
- _____. **Portaria nº 426/GM em 22 de março de 2005b.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acesso em: 18 jan. 2015.
- _____. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5).

- _____. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).
- _____. **Marco teórico e referencial:** saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 18 jan. 2015.
- _____. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- _____. **Cadernos HumanizaSUS:** atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011^a. v. 3. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011b.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em 01 set. 2015.
- _____. Mortalidade materna no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, v.43, n.1, p. 1-7, 2012.
- _____. **Caderneta da gestante.** Brasília: MS, 2014.
- _____. Do sanitarismo à municipalização. **Portal da saúde**, 2015a. O Ministério. Disponível em: <<http://portalsauda.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 18 jan. 2015.
- _____. O SISPRENATAL. **DATASUS**, 2015b. SIS pré natal. Disponível em: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01>>. Acesso em: 18 ago. 2015.
- CHAKORA, E. S. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Esc. Anna Nery**, v.18, n.4, p. 559-561, 2014.
- COELHO, T. Malária durante gravidez tem alto impacto nos bebês: Estudos já mostram que doença causa diversos problemas em crianças nascidas de gestantes infectadas. **Agência Universitária de Notícias**, ano 46, n. 42, 21 jun. 2013. Saúde. Disponível em: <<http://www.usp.br/aun/exibir.php?id=5278>>. Acesso em: 01 set. 2015.
- COELHO, S.; PORTO, Y.F. **Saúde da mulher.** Belo Horizonte: Coopmed, 2009.
- COSTA, E.M.A. Saúde da família. In: _____. **Saúde da família:** uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. p. 11-21.

COSTA, V.A.; NUNES, B.B.S. As políticas públicas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: dos modelos intervencionistas à democracia. In: ARANTES, C.A.; LONDE, P.R. **Saúde, educação e meio ambiente:** reflexões e enfoques geográficos. Uberlândia: Edibrás, 2013. p. 9-20.

COURTENAY, W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's wellbeing: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, v. 50, p.1385-1401, 2000.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SENNA, D.M. Saúde da mulher. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). **Saúde do adulto:** Programas e ações em unidades básicas. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 87-108.

FARAH, M.F.S. Gênero e políticas públicas. **Estudos feministas**, v. 12, n.1, p.47-71, 2004.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de gestação de alto risco.** Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2011.

FELICIANO, M. O cristão pode adotar métodos anticoncepcionais? **Deputado federal Pastor Marcos Feliciano**, 6 ago. 2015. Disponível em: <<http://www.marcofeliciano.com.br/blog/tag/planejamento-familiar/>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

FERRARI; R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.11, p.2491-2495, 2006.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n. 2, p.527-538, 2012.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p.105-109, 2005.

FRACOLLI, L.A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm**, v.45, n. 5, p.1135-1141, 2011.

FUIGEIRÓ FILHO, E.A. et al. Hepatite C e gestação. **FEMINA**, v.35, n.5, p. 301-307, 2007.

FORMIGLI, V.L.A; COSTA, M.C.O; PORTO, L.A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 831-841, 2000.

GIFFIN, K.; COSTA, S.H. **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p.565-574, 2007.

GOMES, R. (Org.). **Saúde do homem em debate.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

GOUVEIA, A.I. BORGES-COSTA, J. Sífilis na gravidez. **Revista SPDV**, v.71, n.4, p. 513-517, 2013.

KALIL, J. A. et al. Investigação da trombose venosa na gravidez. **J Vasc Bras**, v. 7, n.1, p. 28-37, 2008.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, p. 35-46, 2005.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p.269-293, 2001.

LUCK, M.; BAMFORD, M., WILLIAMSON, P. **Men's health: perspectives, diversity and paradox**. London: Blackwell Sciences; 2000.

MANDARINO, N.R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.7, p. 1587-1596, 2009.

MARTINS, M.F. Um olhar sobre a saúde sexual e reprodutiva em Portugal: O passado, o presente, que futuro? In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 7., 2004, Coimbra. **Atas...** Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2004.

MENDES, E.V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDONÇA, J.S. Toxoplasmose. **Dr. Drauzio**, 28 nov. 2011. Gravidez • Mulher. Entrevista concedida a Drauzio Varella. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/toxoplasmose-2/>>. Acesso em: 01 set. 2015.

MERCADANTE, O.A. (Coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235- 313.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____; GOMES, S.F.D.R. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. (Coleção Temas Sociais).

MISSÃO SAL DA TERRA. UAI – Unidade de Atendimento Integrada São Jorge. **Missão Sal da Terra**, 2015. Projetos sociais. Disponível em: <http://www.missaosaldaterra.org.br/index.php?pg=projetos_sociais&cat=2&id=3>. Acesso em: 01 set. 2015.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nova York: Naciones Unidas, 1995.

Disponível em: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2013.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L.A. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil. **International Braz J Urol.**, v. 33, p. 1-7, 2007.

NOMURA, R.M.Y. et al. Resultados maternos e perinatais em gestantes portadoras de leucemia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.33, n.8, p.174-181, 2011.

NUNES, E.D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p. 251–264, 2000.

OSIS, M.J.M.D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa:** História de uma Intervenção. 1994. 192 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

_____. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento 1.

OLIVEIRA, T.M.V. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. **Administração online**, v.2, n.3, [s.p.], 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/arf23/tania2.htm>. Acesso em: 09 dez. 2014.

OMS – Organização Mundial De Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2014.

_____. **Classificação Internacional de Doenças:** décima revisão (CID-10). 4. ed. São Paulo: Edusp, 1998. v. 2.

REINALDIN, R. Exames no pré-natal: garantia de uma gestação mais saudável. **Pastoral da Criança**, Curitiba, 10 outubro de 2013. Exames da gestante. Entrevista concedida a Pastoral da Criança. Disponível em: <<http://www.pastoraldacriancas.org.br/pt/tema/146-gestante/2715-exames-da-gestante?showall=1&limitstart=1>>. Acesso em: 01 set. 2015.

PAULINO, I.; BEDIN, L.P.; PAULINO, L.V. **Estratégia Saúde da Família.** São Paulo: Ícone, 2009.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, p. 687-707, 2002.

PORTAL BRASIL. Brasil garante pré-natal a mais gestantes. **PORTAL BRASIL**, 10 set. 2011a. Saúde. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/brasil-garante-pre-natal-a-mais-gestantes>>. Acesso em 02 set. 2015.

_____. Brasil incentiva ações e campanhas para garantir pré-natal a gestantes. **PORTAL BRASIL**, 10 out. 2011b. Saúde. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/brasil-incentiva-acoes-e-campanhas-para-garantir-pre-natal-a-gestantes>>. Acesso em 02 set. 2015.

PRADO, A.A.F. et al. Toxoplasmose: o que o profissional da saúde deve saber. **Enciclopédia Biosfera**, v.7, n.12, p. 1-30, 2011.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **REVISTA Em Pauta**, v. 6, n. 23, p. 117-138, 2009.

REIS, E. F.; REIS, I. A. **Análise descritiva de dados:** síntese numérica. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

RESENDE, L.V. **O contexto e perfis característicos da mortalidade materna em Belo Horizonte (MG), 2003-2010.** 2013. 182 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

RODRIGUES, M. J. **Espaço e serviços de saúde pública em Uberlândia (MG):** uma análise do acesso ao Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha. 2007. 199 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

_____. **Estratégia Saúde da Família:** avaliação segundo a visão de diferentes atores. 2013. 346 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

RIBEIRO FILHO, B. **Avaliação de Qualidade da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus – AM.** 2004. 93 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Manaus, 2004.

SANDES, N. F. **Nação, Políticas de Saúde e Identidade (1920 – 1960).** Goiânia: UFG, 2002. (Coleção Quíron, Série Clio, n. 1).

SARTI, C. O lugar da família no Programa Saúde da Família. In: TRAD, L.A.B. **Família contemporânea e saúde:** significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 91-103.

SBEM – Sociedade Brasileira De Endocrinologia E Metabologia. **Diabetes Mellitus Gestacional.** [s.l.]: AMB & CFM, 20 de junho de 2006. Projeto Diretrizes.

SEVERO, J. **Abortos no Silêncio.** [s.l.]: Editora Independente, 2004. Disponível em: <<http://livros.gospelmais.com.br/wp-content/blogs.dir/6/files/livro-ebook-abortos-no-silencio.pdf>>. Acesso em 14 ago. 2015.

SMSDAIS. **Listagem da Atenção Primária.** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <barbara@ig.ufu.br> em 16 set. 2014.

SOUTO, K.M.B. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008.

SOUSA, M. H. et al. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p.181-189, 2007.

SOUZA, J.P. et al. Revisão sistemática sobre morbidade materna *near miss*. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.2, p.255-264, 2006.

TIRE nove dúvidas sobre o exame Papanicolau: exame ajuda a detectar câncer de colo de útero e alterações causadas pelo HPV. **MINHA VIDA**, 09 fev. 2015. Saúde. Disponível em: <<http://www.minhavida.com.br/saude/materias/15982-tire-nove-duvidas-sobre-o-exame-papanicolau>>. Acesso em: 01 set. 2015.

UBEDA, E.M.L.; FERRIANI, M.G.C. A trajetória da atenção à saúde do adolescente. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 8, n.2, p. 85-96, 1997.

UBERLÂNDIA. **Relatório de gestão de ano de 2013**. Uberlândia, 2013. 40 p. Relatório. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/11337.pdf>. Acesso em: 14 out. 2014.

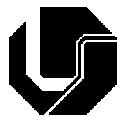
_____. **Plano municipal de saúde**: 2014-2017. Uberlândia: SMS, 2014a. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/11394.pdf>. Acesso em: 14 out. 2014.

_____. **Cálculo das Populações Urbana e Rural baseadas nas estimativas do IBGE em 2011, 2012, 2013 e 2014**. Uberlândia: SMPU, 2014b. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/11590.pdf>. Acesso em: 14 out. 2014.

VARELLA, D. Para as mulheres. **Dr. Drauzio**, 2011. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/category/para-as-mulheres/>>. Acesso em: 01 set. 2015.

WHO – World Health Organization; UNICEF – The United Nations Children's Fund. **Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality**. Geneva: WHO, 1996.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE QUESTIONÁRIOS PARA USUÁRIOS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**



Unidade de saúde: _____

01) Dados sócio demográficos:

Casal Indivíduo

Sexo: Masc. Fem.

Idade: _____

Raça/cor: Branca Parda Amarela
 Negra Indígena NDA

Estado civil: Solteiro(a) Viúvo(a)
 Casado(a) Morando com alguém
 Separado(a)

Renda familiar: Até 1 salário Entre 3 e 5 salários NDA
 Entre 1 e 2 salários Entre 5 e 10 salários
 Entre 2 e 3 salários Mais que 10 salários

Gênero: Com relação à sua sexualidade, com qual desses itens abaixo, você mais se identifica?

Heterossexual Homossexual MSM ou HSH Assexual
 Bissexual Travesti Transexual NDA

Religião Nenhuma

Religião (parceiro): Nenhuma

Escolaridade:

Analfabeto Ensino médio NDA
 Sabe ler e escrever Ensino superior
 Ensino fundamental Pós graduação

Escolaridade (parceiro):

Analfabeto Ensino médio NDA
 Sabe ler e escrever Ensino superior
 Ensino fundamental Pós graduação

Filhos (próprio)? _____

Filhos (parceiro)? _____

Recebe () ou paga pensão alimentícia () Quantos filhos(as) _____ Valor: _____

Aborto (nº): _____ Nenhum

Quantidade de pessoas com quem reside*: _____

*Caso haja diferença com a soma dos filhos e com indivíduo/casal, perguntar quem mais reside na casa.

02) O(a) senhor(a) faz acompanhamento periódico com ginecologista(mulher) e/ou urologista(homem)? () Sim () Não

Se sim, quantas vezes por ano? Se não, por que não faz?

* Se respondeu sim à questão anterior:

a) Com relação ao atendimento de marcação de consultas, quanto tempo demorou para que conseguisse marcar sua primeira consulta de ginecologia/pré-natal(mulher) ou urologia (homem)?

<input type="checkbox"/> No mesmo dia	<input type="checkbox"/> 2 a 3 dias	<input type="checkbox"/> Mais que 1 semana
<input type="checkbox"/> Um dia	<input type="checkbox"/> 3 a 7 dias	<input type="checkbox"/> Mais que 1 mês

b) Qual é seu grau de satisfação com o atendimento recebido?

<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Péssimo
--------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

03) Para o(a) senhor(a), o que é planejamento familiar?*

*Deve-se explicar para os entrevistados que não souberem do que se trata, que planejamento familiar é: “Um método que permite ao casal escolher quando ter seus filhos, o número de filhos terem e o espaçamento entre o nascimento dos filhos, conforme seus princípios de necessidade.”

04) O(a) senhor(a) e seu(sua) parceiro(a) fizeram planejamento familiar em relação ao número de filhos? () Sim () Não

05) Já obteve alguma orientação acerca de como realizar o planejamento familiar? Se sim, quem a(o) instruiu?

<input type="checkbox"/> Médico (a)	<input type="checkbox"/> Psicóloga	<input type="checkbox"/> Assistente social	<input type="checkbox"/> Padre/Pastor/etc
<input type="checkbox"/> Enfermeiro (a)	<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Agente de saúde	<input type="checkbox"/> Professor(a)
<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> Nunca tive	Outro: _____

06) O(a) senhor(a) conhece serviços de planejamento familiar da sua Unidade de Saúde? Se sim, como o(a) senhor(a) o(s) avalia?

07) Já obteve alguma informação e/ou orientação sobre gravidez e sexualidade?

<input type="checkbox"/> Nunca tive	<input type="checkbox"/> Só sexualidade	<input type="checkbox"/> Só gravidez	<input type="checkbox"/> Ambas
-------------------------------------	---	--------------------------------------	--------------------------------

Se sim, com quem a obteve?

<input type="checkbox"/> Médico (a)	<input type="checkbox"/> Psicóloga	<input type="checkbox"/> Assistente social	<input type="checkbox"/> Padre/Pastor/etc
<input type="checkbox"/> Enfermeiro (a)	<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Agente de saúde	<input type="checkbox"/> Professor(a)
<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> Nunca tive	Outro: _____

08) O(a) senhor(a) já foi informado(a) sobre os métodos contraceptivos pelos profissionais de saúde e seu funcionamento? () Sim () Não

Se sim, como?

<input type="checkbox"/> Explicação oral	<input type="checkbox"/> Explicação com imagens, cartilhas, modelos, desenhos, etc.
--	---

09) Qual(is) método(s) anticoncepcional(is) você conhece ou já ouviu falar?

10) O(a) senhor(a) utiliza algum método anticoncepcional atualmente? Se sim, qual(is)? O(s) recebe gratuitamente?

PARA QUEM TEM FILHOS, RESPONDER AS QUESTÕES 11 a 15

11) Quanto tempo depois da sua iniciação sexual o(a) senhor(a) engravidou ou engravidou alguém? _____ Usava algum método para evitar a gravidez? _____

12) O(a) senhor(a) engravidou/engravidou alguém antes, durante ou após a sua união estável*? Se for após, quanto tempo após teve seu primeiro filho? E o segundo? Terceiro? (*se mais de uma união estável, considerar a última ou atual)

13) Durante a gravidez (a termo), o(a) senhor(a) (sua companheira):

a) Fez quantas consultas pré-natais? (NFS = Não foi no SUS)

1 ^a gravidez:	0	1	2	3	4	5	6 ou +	Não sei	NFS
2 ^a gravidez:	0	1	2	3	4	5	6 ou +	Não sei	NFS
3 ^a gravidez:	0	1	2	3	4	5	6 ou +	Não sei	NFS
4 ^a gravidez:	0	1	2	3	4	5	6 ou +	Não sei	NFS

b) Fez quantos ultrassons? (NFS = Não foi no SUS)

1 ^a gravidez:	0	1	2	3	4	5	6 ou +	Não sei	NFS
2 ^a gravidez:	0	1	2	3	4	5	6 ou +	Não sei	NFS
3 ^a gravidez:	0	1	2	3	4	5	6 ou +	Não sei	NFS
4 ^a gravidez:	0	1	2	3	4	5	6 ou +	Não sei	NFS

c) Teve alguma doença que poderia afetar a criança diagnosticada? Qual (is)? O tratamento foi gratuito? Como você avalia o tratamento recebido (ótimo, bom, regular, ruim, péssimo)? _____

14) Com relação ao parto:

a) Como você avalia seu atendimento na recepção da maternidade? (NFS = Não foi no SUS)

1 ^a gravidez:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	NFS	Não sei
2 ^a gravidez:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	NFS	Não sei
3 ^a gravidez:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	NFS	Não sei
4 ^a gravidez:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	NFS	Não sei

b) Como você avalia a conduta dos profissionais durante o parto? (NFS = Não foi no SUS)

1 ^a gravidez:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	NFS	Não sei
2 ^a gravidez:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	NFS	Não sei
3 ^a gravidez:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	NFS	Não sei
4 ^a gravidez:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	NFS	Não sei

c) Durante o parto, a gestante teve direito a um acompanhante? () Sim () Não

d) Como você avalia a conduta dos profissionais durante o pós-parto? (NFS = Não foi no SUS)

1 ^a gravidez:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	NFS	Não sei
2 ^a gravidez:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	NFS	Não sei
3 ^a gravidez:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	NFS	Não sei
4 ^a gravidez:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	NFS	Não sei

15) Com quantos anos, em média, os adolescentes do sexo feminino que o(a) senhor(a) conhece iniciam sua vida sexual?

Até 10 11 a 13 14 a 17 18 ou + Não sei

16) Com quantos anos, em média, os adolescentes do sexo masculino que o(a) senhor(a) conhece iniciam sua vida sexual?

Até 10 11 a 13 14 a 17 18 ou + Não sei

17) O(a) senhor(a) conhece programas/projetos de educação/informação sexual para adolescentes no poder público em Uberlândia? () Sim () Não

Caso sim, favor informar onde: _____

18) O(a) senhor(a) conhece programas/projetos de educação/informação sexual para adultos no poder público em Uberlândia? () Sim () Não

Caso sim, favor informar onde: _____

19) Já obteve alguma informação/orientação sobre sexualidade/prazer sexual?

() Sim () Não

Se sim, com quem a obteve?

<input type="checkbox"/> Padre/Pastor	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Profissional de saúde
<input type="checkbox"/> Professor(a)	<input type="checkbox"/> Amigos	Outro: _____

20) O(a) senhor(a) conhece alguma doença que se pega durante o sexo (DST)? Qual(is) você conhece? _____

21) O(a) senhor(a) possui ou já teve alguma DST diagnosticada? Qual? Contou a(ao) sua(seu) companheira(o) _____

OBS: caso sim, responder a questão 22, caso não ir para a questão 23.

22) O(a) senhor(a) recebe/recebeu os medicamentos do tratamento gratuitamente? O tratamento foi/está sendo suficiente? _____

23) O(A) senhor(a) conhece serviços de informação sobre sexualidade humana oferecidos na sua Unidade de Saúde? Se sim comente sobre ele(s)?

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE QUESTIONÁRIOS PARA PROFISSIONAIS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**



UAI

UBS

UBSF

01) Dados sócio demográficos:Sexo: Masc. Fem.

Idade: _____

Religião: _____

 Nenhuma
Renda familiar:

Até 1 salário

 Entre 3 e 5 salários NDA Entre 1 e 2 salários Entre 5 e 10 salários Entre 2 e 3 salários Mais que 10 salários**Escolaridade:**

Profissão: _____

Graduação? () Sim () Não. Se sim, qual? _____

Possui pós- graduação? () Sim () Não. Se sim, qual? _____

Tempo de formado: _____

Tempo de atuação na atenção primária: _____

02) O(A) senhor(a) recebeu formação específica em saúde sexual e reprodutiva durante a graduação?
 Saúde sexual Saúde reprodutiva Ambas Nenhuma Não sei/lembro
03) O(A) senhor(a) fez algum curso de capacitação ou especialização relacionada à saúde sexual e/ou saúde reprodutiva? Se sim, qual?

04) A unidade de saúde que o senhor trabalha oferece ou ofereceu algum curso de capacitação sobre saúde sexual e reprodutiva aos profissionais? Se sim, quais?

05) Quais são os serviços em saúde sexual e reprodutiva oferecidos no seu local de trabalho?

06) Durante o atendimento aos pacientes, o(a) senhor(a) faz orientações sobre o planejamento familiar? Se sim, quais as orientações comumente empregadas? Se não, por qual motivo? _____

07) No seu cotidiano profissional quais são as necessidades em saúde sexual e reprodutiva que os usuários do sistema da saúde mais requisitam? Elas são atendidas? Como?

08) O(a) senhor(a) conhece os programas ou ações em saúde sexual e reprodutiva vigentes no município? () Sim () Não Se sim, quais?

Sexual: _____

Reprodutiva: _____

09) O(a) senhor(a) desenvolve orientações sobre saúde sexual a seus pacientes?

Sim Não Eles não perguntam Não tenho formação para fazê-lo

Se respondeu sim, exemplifique:

a) Adolescentes: _____

b) Adultos: _____

c) Idosos: _____

10) O(a) senhor(a) desenvolve orientações destinadas à saúde reprodutiva?

Sim Não Eles não perguntam Não tenho formação para fazê-lo

Se respondeu sim, exemplifique:

a) Adolescentes: _____

b) Adultos/Idosos: _____

11) Como é realizada a informação do(a) usuário(a) sobre sexualidade humana?

- Não realizo Na consulta/contato Palestras na unidade Outro:
 Dinâmicas Com modelos e imagens Palestras fora da unidade

12) Qual método contraceptivo é mais receitado para os usuários? É gratuito?

14) Há alguma orientação psicossocial para gestantes/famílias no SUS? Se sim, em que casos?

15) Com relação ao pré-natal desenvolvido corriqueiramente com as gestantes na sua Unidade de Saúde:

a) Quantas consultas, em média, são prescritas?

- 1 2 3 4 5 + que 6

b) A paciente usualmente comparece?

- Não sei - que 20% 21-40% 41-60% 61-90% 91-100%

c) A paciente usualmente é acompanhada pelo parceiro?

- Não sei - que 20% 21-40% 41-60% 61-90% 91-100%

d) Quantos ultrassons, em média, são solicitados durante a gestação?

- 1 2 3 4 5 + que 6 Não sei

16) Quando é realizado o teste para DSTs?*

- A pedido do paciente Consultas de planejamento familiar
 A pedido do médico Em todas gravidezes diagnosticadas
 Durante campanhas Outros: _____

*Observações?

17) Caso uma DST seja diagnosticada, qual encaminhamento e orientação é indicada?

18) Com que idade, em média, os adolescentes do sexo feminino que tem sido orientados pelo(a) senhor(a) iniciam sua vida sexual?

Menos que 10 11 a 13 14 a 17 18 ou mais Não sei

Com ou sem cuidados?

Com cuidados Sem cuidados Não sei

19) Com que idade, em média, os adolescentes do sexo masculino que tem sido orientados pelo(a) senhor(a) iniciam sua vida sexual?

Menos que 10 11 a 13 14 a 17 18 ou mais Não sei

Com ou sem cuidados?

Com cuidados Sem cuidados Não sei

20) O(a) senhor(a) conhece programas/projetos de educação para sexualidade para adolescentes no poder público? () Sim () Não. Caso sim, comente.

21) O(a) senhor(a) conhece programas/projetos de educação para sexualidade para adultos no poder público? () Sim () Não. Caso sim, comente.

22) O(a) senhor(a) teria alguma proposta, observação ou crítica em relação ao serviço de planejamento familiar em nosso município?

23) O(a) senhor(a) teria alguma proposta, observação ou crítica em relação ao serviço de informação sobre saúde sexual em nosso município?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada Políticas públicas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva em Uberlândia/Minas Gerais (Brasil) e em Braga (Portugal), sob a responsabilidade dos pesquisadores Samuel do Carmo Lima, Paulo Cezar Mendes, Bárbara Beatriz da Silva Nunes, Flávia de Oliveira Santos e Eleusa Gallo Rosenburg.

Nesta pesquisa nós estamos buscando analisar os programas de atendimento oferecidos a população de Uberlândia (MG) referente à saúde sexual e reprodutiva no nível de atenção primária em saúde. Este projeto objetiva ainda avaliar a sua eficácia e eficiência na percepção dos usuários e dos funcionários em relação aos serviços prestados na esfera municipal.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Bárbara Beatriz da Silva Nunes, Eleusa Gallo Rosenburg ou estagiários ao início da sua participação. Na sua participação você será solicitado(a) a responder entrevista, sendo que nossa conversa poderá ser gravada. A gravação será apagada assim que houver a transcrição da mesma.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos são mínimos, pois o questionário aborda questões variadas que acreditamos pouco poderão despertar estados emocionais que impliquem sofrimento mental, mas caso algum sujeito demonstre desconforto emocional durante a realização da pesquisa, os entrevistadores encaminharão este sujeito aos serviços públicos de atendimento psicológico na rede de saúde. O benefício será o conhecimento das políticas públicas referentes à saúde sexual e reprodutiva e sua efetivação ou não na atenção primária em saúde.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Samuel do Carmo Lima, Paulo Cezar Mendes, Eleusa Gallo Rosenburg, Bárbara Beatriz da Silva Nunes, Flávia de Oliveira Santos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Núcleo de Estudos em Saúde Ambiental, bloco 3E, Campus Santa Mônica, fone: 34-3239-4076. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia, 15 de Novembro de 2014.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICAS PÚBLICAS NO ÂMBITO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM UBERLÂNDIA/MINAS GERAIS (BRASIL) E EM BRAGA (PORTUGAL)

Pesquisador: Samuel do Carmo Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36896114.5.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 934.952

Data da Relatoria: 11/12/2014

Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo: A proposta investigativa do protocolo é "compreender como as políticas públicas efetivamente ocorrem na atenção primária de saúde na cidade de Uberlândia (Brasil) e na cidade de Braga (Portugal) em seus aspectos da assistência, atendimento do corpo clínico e dos agentes de saúde que trabalham na atenção primária, oferecimento de insumos para vivência da saúde sexual e reprodutiva coerente com os direitos sexuais e reprodutivos".

Objetivo da Pesquisa:

O protocolo tem objetivo geral: "conhecer as políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva e sua efetivação no Brasil e em Portugal desde os anos oitenta do século XX até à atualidade, no âmbito dos cuidados de atenção primária em saúde". E como objetivo específico: "conhecer os programas de atendimento oferecidos a população referentes à saúde sexual e reprodutiva no nível de atenção primária em saúde; verificar de que forma os casais e os indivíduos buscam acesso às políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva; avaliar as práticas realizadas pelos profissionais de saúde no âmbito da saúde sexual e reprodutiva; levantar dados sobre eficácia e eficiência dos serviços prestados em saúde sexual e reprodutiva; elaborar estratégias de ação para melhorar as deficiências detectadas, nos dois países, nas políticas e práticas em saúde sexual e reprodutiva".

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 934.952

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores: O protocolo identifica como riscos: "mínimos ou quase inexistentes", pois "o questionário aborda questões variadas que acreditamos pouco poderão despertar estados emocionais que impliquem sofrimento mental, mas caso algum sujeito demonstre desconforto emocional durante a realização da pesquisa".

Os benefícios são: "relação direta com o desvelamento das políticas públicas referentes à saúde sexual e reprodutiva e sua efetivação ou não na atenção primária em saúde".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estrategicamente, o protocolo define a investigação como um estudo comparativo, com a aplicação de questionários e entrevista aos participantes da pesquisa no Brasil, em Uberlândia, e em Portugal, Braga, no trabalho de campo. Além de uma pesquisa documental nas fontes oficiais brasileiras e portuguesas vinculadas ao tema. Apresenta o plano de recrutamento dos participantes da pesquisa, com os seus critérios de inclusão e exclusão. Define a amostra em torno de 400 participantes no Brasil e em Portugal, perfazendo 800 envolvidos com a proposta de investigação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer 878.266 foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144

UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 934.952

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Fevereiro de 2016.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 934.952

protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

UBERLÂNDIA, 19 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br