



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

CILENE DELGADO CRIZÓSTOMO

**RELATOS DE MULHERES SOBRE SUA VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA:
IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM**

TERESINA (PI), 2009

CILENE DELGADO CRIZÓSTOMO

**RELATOS DE MULHERES SOBRE SUA VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA:
IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Inez Sampaio Nery

Área de Concentração: A enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

TERESINA (PI), 2009

CILENE DELGADO CRIZÓSTOMO

**RELATOS DE MULHERES SOBRE SUA VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA:
IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 12/03/2009

Dr^a Inez Sampaio Nery – Presidente da banca
Prof.^a Associado do Departamento de Enfermagem da
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Dr^a Maria Antonieta Rubio Tyrrell – 1^a Examinadora
Prof^a Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de
Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)

Dr^a Keila Rejane Oliveira Gomes - 2^a Examinadora
Prof^a do Ensino Técnico Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Suplente:

Prof^a Dr^a Maria Helena Barros Araújo Luz
Prof^a Associado da Universidade Federal do Piauí (UFPI)

DEDICATÓRIA

Dedico, em primeiro lugar, a Deus por proporcionar a realização desse sonho e por me dar força e coragem para vencer esse desafio.

Dedico a minha querida mãe Marly Delgado Crizóstomo que tanto amo e a minha tia Maria do Carmo Batista Moreira, que representa para mim uma segunda mãe, por me apoiar e me ajudar nos momentos mais difíceis da minha vida.

À professora Inez Sampaio Nery, que acompanha minha trajetória desde a graduação, por ter apostado em mim e acreditado no meu potencial e pela sua luta incansável a favor da saúde das mulheres.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte de amor, por ter me iluminado e permitido a realização desse sonho.

À Inez Sampaio Nery, minha orientadora, pelo seu profissionalismo, amizade, dedicação e pela disponibilidade em me ajudar na elaboração desse trabalho.

Aos docentes do Programa de Mestrado em Enfermagem e aos funcionários da UFPI, que contribuíram para minha formação.

A todos os amigos que se fizeram presentes durante essa trajetória, em especial a minhas colegas de turma que compartilharam dessa conquista.

Às mulheres por aceitarem participar desse estudo e pela confiança em nos contar a história da sua vida sexual e reprodutiva, expondo a sua intimidade.

Às professoras que compõem a banca examinadora, pelas suas importantíssimas contribuições.

Sou, portanto, muito grata, a todos os que permaneceram sempre ao meu lado durante esse percurso o meu MUITO OBRIGADA!!!

*"O dia em que não se aprende
é um dia que não se vive."*

Lucian Rodrigues Cardoso

CRIZÓSTOMO, Cilene Delgado. **Relatos de Mulheres sobre sua Vida Sexual e Reprodutiva: implicações para enfermagem**. Teresina, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009. 99p.

RESUMO

Estudo com abordagem qualitativa cuja metodologia foi a História de Vida. Diante do problema, definiu-se como objeto de estudo os relatos das experiências vivenciadas por mulheres em relação a sua saúde sexual e reprodutiva. Os objetivos elaborados foram: descrever, por meio dos relatos, as experiências vivenciadas por mulheres relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva; discutir as experiências vivenciadas pelas mulheres, bem como os problemas relativos à sua saúde sexual e reprodutiva e descrever as implicações para a enfermagem. O referencial teórico que fundamentou a análise dos dados está relacionado aos conceitos: medicalização da saúde sexual e reprodutiva; a sexualidade na perspectiva de gênero, assistência à contracepção X direitos reprodutivos, e violência de gênero. Foram colhidas 18 histórias de vida de mulheres que concordaram em falar sobre sua vida sexual e reprodutiva, conforme a Resolução 196/96. Por meio da análise dos dados, emergiram cinco categorias: sexualidade na adolescência; a experiência na anticoncepção; vivências de mulheres do processo abortivo; direitos sexuais x relações de gênero; violência doméstica na saúde reprodutiva. O estudo evidenciou que o início da vida sexual é precoce, ainda na adolescência, ocasionando não raro, o início precoce da vida reprodutiva, favorecendo, às vezes, uma gravidez indesejada e o aborto provocado. A vivência na contracepção é marcada por efeitos colaterais, falhas e descrédito dos métodos reversíveis, tornando a esterilização feminina o método preferido das mulheres e fortalecendo a cultura da medicalização do corpo feminino. As relações de gênero influenciam a vida sexual e reprodutiva, sendo responsável pela falta de poder na negociação sexual e na confiança no parceiro, impedem o uso do preservativo, tornando-as vulneráveis às DSTs e ao HIV. Com relação à violência doméstica, predominam as agressões físicas e psicológicas, causando muito sofrimento e danos à saúde e a qualidade de vida dessas mulheres. Portanto, para promoção da saúde sexual e reprodutiva, deve-se focar a atenção nas adolescentes para seu empoderamento, investir em métodos contraceptivos de qualidade e modernos, priorizar o acompanhamento clínico e combater a violência doméstica.

Palavras-chave: Saúde Sexual e Reprodutiva. Mulher. Enfermagem.

CRIZÓSTOMO, Cilene Delgado. **Reports by women on their sexual and reproductive life: implications for nursing.** Teresina, 2009. Dissertation (Master's in Nursing) Universidad Federal do Piauí, 2009. 99p.

ABSTRACT

Study with qualitative approach whose methodology was the History of Life one. Faced with the problem, it was defined as an object of study the reports of the experience lived by women regarding their sexual and reproductive health. The objectives were: describe, through reports, the experiences lived by women related to their sexual and reproductive health; discuss these experiences, as well as problems related to their sexual and reproductive health and describe the implications for nursing. The theoretical referential which formed the basis of data analysis is related to the concepts: medicalization of sexual and reproductive health; sexuality in the gender perspective; assistance to contraception X reproductive rights; and gender-based violence. Eighteen histories of life of women who agreed on talking about their sexual and reproductive health were collected, according to Resolution 196/96. Through data analysis, five categories emerged: sexuality in adolescence; the experience in anticonception; experience of women in the abortive process; sexual rights X gender relations; domestic violence in the reproductive health. The study evidenced that the beginning of sexual health is premature, already in adolescence, causing the premature beginning of reproductive life, favoring, sometimes, an unwanted pregnancy and induced abortion. Life experience in contraception is marked by side effects, failures and discredit of reversible methods, turning the female sterilization in the favorite method by women and strengthening the culture of the female body medicalization. The gender relations influence the reproductive and sexual health, and they are responsible for the lack of power in sexual negotiation and trust in the partner, making the use of condom difficult, thus becoming vulnerable to STDs and HIV. When it comes to domestic violence, the physical and psychological aggressions are predominant, causing a lot of suffering and damages to these women's health and life quality. Therefore, for sexual and reproductive health promotion, we must focus attention on adolescents for their empowerment, invest in modern contraceptive methods, prioritize the clinical assistance and fight against domestic violence.

Key-words: Sexual and Reproductive Health. Woman. Nursing

CRIZÓSTOMO, Cilene Delgado. **Relatos de mujeres sobre su vida sexual y reproductiva: implicaciones para enfermería**. Teresina, 2009. Dissertación (Maestría em Enfermería) Universidad Federal de Piauí, 2009, 99p.

RESUMEN

Estudio con abordaje cualitativo cuya metodología fue la Historia de la Vida. Delante del problema, se define como un objeto de estudio de los relatos de las experiencias vividas por las mujeres en relación a su salud sexual y reproductiva. Los objetivos fueron: describir, por medio de relatos, las experiencias de vida de mujeres relacionadas a su salud sexual y reproductiva; discutir las experiencias de las mujeres, así como los problemas relativos a su salud sexual y reproductiva; y describir las implicaciones para la enfermería. El referencial teórico que fundamentó el análisis de datos está relacionado con conceptos: medicalización de la salud sexual y reproductiva; la sexualidad en la perspectiva de género, asistencia a la contracepción X derechos reproductivos, y violencia de género. Fueron colectadas 18 historias de vida de mujeres que aceptaron hablar sobre su vida sexual y reproductiva, conforme la Resolución 196/96. Por medio del análisis de los datos, emergieron cinco categorías: la sexualidad en la adolescencia; la experiencia en la anticoncepción; experiencias de vida de mujeres del proceso abortivo; derechos sexuales X relaciones de género; violencia doméstica en la salud reproductiva. El estudio evidenció que el inicio de la vida sexual es prematuro, ya en la adolescencia, causando el inicio prematuro de la vida reproductiva, favoreciendo, a veces, un embarazo indeseado y el aborto inducido. La experiencia en la contracepción es marcada por efectos colaterales, fallas y descrédito de los métodos reversibles, tomando la esterilización femenina el método predilecto de las mujeres y fortaleciendo la cultura de la medicalización del cuerpo femenino. Las relaciones de género influyen la vida sexual y reproductiva, siendo responsables por la falta de poder en la negociación sexual y en la confianza en el compañero, impiden el uso del preservativo, tornándolas vulnerables a las ITSs y al HIV. Con relación a la violencia doméstica, predominan las agresiones físicas y psicológicas, causando mucho sufrimiento y daños a la salud y la calidad de vida de esas mujeres. Por lo tanto, para promoción de la salud sexual y reproductiva, debemos enfocar la atención en las adolescentes para su empoderamiento, invertir en métodos contraceptivos de calidad y modernos, priorizar la asistencia clínica y combatir la violencia doméstica.

Palabras-clave: Salud Sexual y Reproductiva. Mujer. Enfermería

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
PCCU	Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
PSF	Programa Saúde da Família
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
ONGs	Organizações não-Governamentais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
AGESPISA	Água e Esgotos do Piauí
CEPISA	Companhia de Energia Elétrica do Piauí
SEMPPLAN	Secretaria Municipal de Planejamento
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisas em Seres Humanos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
1.1 Contextualização do Problema	11
1.2 Objeto, Questões Norteadoras e Objetivos	22
1.3 Relevância do Estudo	23
2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO	24
2.1 Medicalização da Saúde Sexual e Reprodutiva	24
2.2 Sexualidade na Perspectiva de Gênero	27
2.3 Assistência à Contracepção no contexto dos Direitos Reprodutivos	29
2.4 Violência de Gênero	33
3 METODOLOGIA	37
3.1 Tipo de Estudo	37
3.2 Método História de Vida	38
3.3 Cenário e Sujeitos do Estudo	39
3.4 Produção dos Dados	42
3.5 Análise dos Dados	43
4 RESULTADOS	44
4.1 Caracterização dos Sujeitos	44
4.2 Relatos de mulheres acerca da saúde sexual e reprodutiva	46
4.2.1 Sexualidade na adolescência	46
4.2.2 A experiência vivenciada na anticoncepção	52
a) Laqueadura tubária como método contraceptivo preferido	52
b) Vivências no uso dos anticoncepcionais hormonais	56
c) O uso Preservativo Masculino	65
4.2.3 Vivências de mulheres do processo abortivo	67
4.2.4 Direitos sexuais x relações de gênero	70
4.2.5 Violência doméstica na saúde reprodutiva	75
4.3 Implicações para Enfermagem sobre saúde sexual e reprodutiva	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	95
ANEXOS	98

INTRODUÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva constitui um tema amplo e complexo, na qual está inserida a regulação da fecundidade que passou a fazer parte das ações prioritárias do Programa de Planejamento Familiar desde a década de 70 do século XX no Brasil, e recebeu outras denominações, tais como: “anticoncepção”, “paternidade responsável”, e atualmente, “direitos sexuais e reprodutivos”. Vale ressaltar que em outros países era chamado de “controle reprodutivo” ou “controle da natalidade”. Seja qual for a denominação, todas possuem demanda por meios de controle da fecundidade e fazem parte da saúde sexual e reprodutiva.

A regulação da fecundidade é um assunto polêmico que na década de 60 do século passado e até os dias atuais têm propiciado muitos debates em nível internacional e nacional, entre a sociedade civil organizada, entidades privadas e o governo brasileiro, pois envolvem não só questões éticas, legais, políticas, religiosas, socioeconômicas e culturais, mas também aspectos de saúde, da sexualidade humana e de gênero. Toma proporções relevantes na medida em que evita os graves problemas de saúde pública, tais como: a gravidez indesejada, o aborto provocado, os riscos de doenças (DST e AIDS) e de óbitos maternos. Nesse sentido, através de ações educativas e da disponibilização de todos os métodos contraceptivos na rede de serviços públicos de saúde, poderá minimizar os problemas referidos.

A magnitude desse tema pode ser demonstrada pelo fato de as mulheres serem a maioria da população brasileira, e aquelas em idade reprodutiva, que estão na faixa etária de 10 a 49 anos, é maioria da população feminina e constituem 65% do total desta, o que representa assim um importante segmento social para as políticas públicas de assistência à saúde desse grupo (BRASIL, 2004).

A problemática que envolve a saúde sexual e reprodutiva das mulheres tem sido motivo de inquietações ao longo da vida acadêmica como discente do Curso de Enfermagem – Bacharelado, quando iniciei a minha trajetória em pesquisa e, ao ser selecionada, como bolsista do Programa de Iniciação Científica do PIBIC/CNPq na UFPI, cujo trabalho foi a “Percepção de adolescentes sobre o planejamento familiar”, que buscou investigar o conhecimento dos adolescentes sobre os métodos

contraceptivos; analisar as razões que levavam muitas adolescentes a engravidarem tão precocemente, e discutir ações de enfermagem, cujos resultados obtidos demonstraram que o conhecimento acerca dos métodos contraceptivos não era suficiente para mudar o comportamento sexual e reprodutivo; reduzir o crescimento das taxas de fecundidade entre as adolescentes e proteger esse grupo das doenças sexualmente transmissíveis.

Vale ressaltar que no Curso de Enfermagem - bacharelado, ao realizar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) escolhi o tema cujo título foi “Saúde Reprodutiva: a influência das relações de gênero no Planejamento Familiar”, e teve como objetivos: descrever a vivência das mulheres em estudo, através do método história de vida, acerca dos direitos reprodutivos, com ênfase no planejamento da família; e, discutir a influência das relações de gênero na decisão reprodutiva das mulheres, orientado pela Prof^a Dr^a Inez Sampaio Nery (CRIZÓSTOMO, 2002).

Neste estudo, pode-se concluir que as mulheres não planejavam suas gravidezes, que a reprodução ainda estava vinculada à sexualidade, em que elas assumiam todas as responsabilidades com relação à contracepção e que fatores como: a falta de condições socioeconômicas, a baixa cobertura e a precariedade nos serviços públicos de saúde em planejamento familiar dificultavam e, às vezes, até impediam às mulheres de controlarem sua reprodução, uma vez que este já reconhecido como um direito reprodutivo sofre forte influência das relações de gênero (CRIZÓSTOMO, 2002).

Como enfermeira assistencial, atuando junto às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e reprodutivo, tanto na Estratégia Saúde da Família (ESF) especificamente nos programas de assistência ao Pré-Natal, Parto, Puerpério e Planejamento Familiar, DST e PCCU e mamas e, ainda trabalhando em uma maternidade pública, de grande porte, esta que serve de referência para gravidez de alto risco no Estado do Piauí.

Também atuando no ensino, como docente ao ministrar a disciplina Saúde da Mulher, com demonstrações teórico-práticas e em estágios supervisionados em campos de prática dos alunos nos Cursos de Enfermagem - Bacharelado e na Especialização em Enfermagem Obstétrica, tem se observado graves problemas na saúde reprodutiva das mulheres, entre os quais estão as complicações causadas

pelo aborto provocado, gravidez indesejada e mortalidade materna por causas evitáveis, dentre outros,

Ressalta-se que estes problemas poderiam ser prevenidos ou minimizados mediante a existência dos profissionais de saúde capacitados e em quantidade suficiente, assim como serviços públicos da melhor qualidade em saúde sexual e reprodutiva, tanto para homens como para mulheres, e em especial para adolescentes.

No cotidiano do exercício profissional observa-se a dimensão dos problemas gerados por uma gravidez não planejada e indesejada, principalmente entre adolescentes, que vão desde conflitos familiares, o abandono do parceiro e dos estudos, o afastamento dos grupos de convivência, a falta de condições socioeconômicas para suprir suas necessidades básicas e da criança, o que interfere na instabilidade emocional, ocasionando muitas vezes a rejeição do filho e o aborto provocado, dentre outros.

Vale destacar que essa problemática, contudo, favorece riscos para morbimortalidade materna, perinatal e infantil, que se agravam, sobretudo nas mulheres pobres e residentes na periferia das cidades e na zona rural, pois estas são influenciadas pelo contexto socioeconômico e cultural, pelas relações de gênero, pela má qualidade dos serviços públicos de saúde, oferecidos nessas regiões mais longínquas onde vivem e, ainda pela religião por atribuir o controle da fecundidade ao próprio destino ou algo predestinado por Deus.

Os referidos estudos realizados no decorrer da vida acadêmica da autora e as experiências na prática profissional acarretaram as inquietações e o anseio de ampliar e aprofundar o conhecimento sobre os fatores e o contexto que influenciam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, os quais interferem no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, e que poderá trazer subsídios para os profissionais de saúde e, em especial para as enfermeiras.

No entanto, para possibilitar o entendimento dessa problemática e em virtude de o objeto de estudo ser dinâmico, dialético e histórico, faz-se necessário resgatar a historicidade do problema e conceituar saúde sexual e reprodutiva, pois no mundo as discussões acerca das questões reprodutivas tiveram início no século

XX e na América Latina, especialmente no Brasil, nos anos 60, com os movimentos feministas.

Até o início da década de 70 no Brasil, não havia políticas públicas de assistência à saúde da mulher, o discurso de alguns setores do governo era pró-natalista: a ocupação dos vazios demográficos brasileiros era uma preocupação constante dos militares, particularmente durante as décadas de 60 e 70. Era um período de crescimento econômico chamado de "milagre brasileiro", no qual favoreceu a Igreja Católica e o governo militar a compartilharem da mesma ideologia pró-natalistas (SILVA, 2000).

Embora a posição pró-natalista oficial do governo militar brasileiro se mantivesse até 1974, a burguesia brasileira, setores médicos e alguns setores do governo militar aderiam às tendências internacionais de contenção populacional. A relação entre pobreza e natalidade adquire ampla visibilidade na sociedade brasileira. Teorias neo-malthusianas na época legitimaram o senso comum que associava miséria a um alto crescimento demográfico, ao ignorar que a pobreza decorre do modelo de desenvolvimento implantado no país (SILVA 2000).

Ávila e Corrêa (1999) afirmam que, a partir dessa década, embora o governo brasileiro não implementasse uma política oficial de contenção do crescimento populacional, permitiu que instituições não governamentais aplicassem medidas de controle demográfico através do programa de planejamento familiar, no qual eram disponibilizados para as mulheres anticoncepcionais hormonais orais e praticavam a laqueadura tubária. Instituições privadas como a *Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil* (BEMFAM), que foi criada no Brasil em 1965 no Rio de Janeiro e declarada de utilidade pública em 1971, desenvolviam um projeto educativo difundindo os benefícios de uma família menor e o uso de práticas contraceptivas modernas, com apoio do governo.

Segundo Alves (2006), no início da década de 70, as taxas de mortalidade, principalmente a mortalidade infantil, começaram a cair rapidamente no Brasil; isso representou um aumento da sobrevivência dos filhos e, aliado às transformações institucionais caracterizadas pelo processo de urbanização e industrialização, trouxe a necessidade de famílias menores nessas regiões, o que resultou em uma crescente demanda por meios de regulação da fecundidade, porém

contraditoriamente a legislação e as políticas públicas estavam voltadas para incentivos pró-natalistas.

Em 1974, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em Bucareste, foi aberto o debate macroeconômico entre o controle da natalidade *versus* o desenvolvimento como solução para o problema da pobreza e da miséria. O texto principal criado nessa conferência afirmava que o controle da população seria a solução para os problemas do terceiro mundo e que o posicionamento do governo brasileiro era pró-natalista, porém ao final ficou estabelecido um consenso de que o planejamento familiar é um direito de todo cidadão e cabe ao Estado disponibilizar os meios adequados para essa prática (ALVES; CORRÊA, 2003).

A partir dessa Conferência, a questão da regulação da fecundidade teria que fazer parte da política de saúde pública do país e não deixar as entidades privadas, ou do mercado como a BEMFAM ampliar sua atuação na ausência da atuação governamental (SILVA, 2000).

Foi então a primeira vez que o governo brasileiro introduziu a reprodução como objeto de políticas públicas específicas e prioritárias, com a criação em 1975 do Programa Nacional Saúde Materno-Infantil (PNSMI), que implantou ações de assistência à gravidez, parto e puerpério, com estímulo à amamentação e permeava ações de planejamento familiar, dirigidas a mulheres entre 15 e 49 anos. Os homens ficaram fora desse programa, o que demonstra a ausência da sua participação, responsabilidades e os riscos reprodutivos aos quais estão sujeitos. A interferência na esfera da sexualidade continuava a se restringir a problemas orgânicos decorrentes da atividade sexual e do próprio processo na reprodução, através do seu controle, reafirmando como um processo biológico, limitado na relação sexo-reprodução (MANDÚ, 2002).

Em estudo realizado por Nery (1980) cujo título “Planejamento Familiar: Atuação da enfermeira” destacou os aspectos de saúde importantes para os casais que planejavam suas famílias, através de uma ampla revisão de literatura estrangeira, porque nesta época praticamente não existia no Brasil e ainda literatura sobre a “atuação da enfermeira”, onde teve a oportunidade de destacar a enfermeira Margaret Sanger, em 1912 nos Estados Unidos como a precursora e fundadora do planejamento familiar no mundo. Isto porque a enfermeira se deparava com mortes

em mulheres em consequência de aborto provocado, ela teve várias adeptas como Maria Stopes, Elisa Ottensen-Jansen e Lady Rahma Rau (NERY, 1980).

Após a conclusão desta dissertação de mestrado no mesmo ano a autora enviou seu trabalho para a OPS, OMS, MS e todas as universidades federais do país, a fim de que as enfermeiras assumissem de fato as ações de planejamento familiar que lhes eram inerentes, até então estas não desempenhavam funções específicas junto à clientela, tendo em vista que a introdução de ações de Planejamento Familiar no Brasil ocorreu através da XIV Jornada de Ginecologia e Obstetrícia no Rio de Janeiro por Walter Rodrigues que era o responsável da BEMFAM no Brasil (NERY, 1980).

Nesse sentido, vale destacar que a saúde sexual e reprodutiva apresentou dois fatos marcantes no Brasil na década de 80 que foi a drástica mudança no padrão de reprodução caracterizada pela transição da fecundidade e o aparecimento da AIDS. Estes fatos tornaram os aspectos relacionados à sexualidade e o efeito da contracepção relevante, em substituição àqueles relativos à concepção, a gravidez e ao parto, assim surgiu a necessidade de se estudar o papel dos parceiros masculinos para uma adequada compreensão do problema, o que se constata na mudança qualitativa nos estudos dos aspectos ligados a sexualidade no contexto das relações de gênero (AQUINO; ARAÚJO; MARINHO, 1999).

Com relação a esse importante fenômeno social, causa do impacto na saúde reprodutiva das mulheres: o surgimento da transição da fecundação caracterizado pelo acentuado declínio da taxa de fecundidade total, manteve sua tendência de queda, pois de acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 2006, a taxa de fecundidade estava em 1,8 filhos por mulher, em contraste com 2,5 registrados em 1996. A redução maior ocorreu na zona rural, de 3,4 para 2,0, e na região norte, de 3,7 para 2,3 filhos por mulher (BRASIL, 2006a).

Pode-se afirmar baseado em pesquisas do Ministério da Saúde, que a fecundidade entre as adolescentes (15 a 19 anos) aumentou de 17% em 1996 para 23% da taxa total em 2006, no entanto as mulheres acima de 35 anos com uma taxa antes de 13%, caiu para 11%. A escolaridade das mulheres continua representando um diferencial: aquelas sem instrução, a taxa ficou em 04 filhos, as outras com escolaridade mínima de 9 anos, abaixou para 1,6 (BRASIL, 2006a).

Os dados do IBGE vêm confirmar esse fato ao registrar uma taxa de fecundidade, em 1997 de 2,54, em 2006 baixando para 1,99 em 2007 diminui para 1,95 no Brasil e no Piauí está em 2,19. Atualmente estimada em 2,1 filhos por mulher, ficando abaixo no nível de reposição da população. Os maiores valores correspondem ao Norte e ao Nordeste, com 2,60 e 2,29 filhos, respectivamente (IBGE, 2008).

As causas da transição da fecundidade no Brasil são complexas e multifacetadas e existem várias concepções teóricas com explicações para esse expressivo fenômeno social. Pode-se citar o processo crescente de industrialização, urbanização, o aumento da escolaridade e a entrada das mulheres no mercado de trabalho. Acrescido a esses fatores, as mudanças nas relações de gênero, devido à maior autonomia e *status* da mulher, destacam-se como um forte aliado à redução da mortalidade infantil, e possibilitou o aumento da sobrevivência de filhos, contribuindo para a prática de regulação da fecundidade (SILVA, 2000).

Observa-se nesses motivos abordados, que na população feminina, cresceu o desejo de reduzir a prole, aumentando a demanda por métodos contraceptivos eficazes. Ampliou-se, portanto, a demanda por meios de regulação da fecundidade, que se passou a chamar na década de 70 de planejamento familiar (ALVES, 2006).

Neste sentido, é preciso considerar que a partir da década de 80 do século passado, no Brasil, mudanças políticas, socioeconômicas e culturais conduziram a uma nova mentalidade relativa à questão da sexualidade e da reprodução vinculadas à saúde e o bem-estar das pessoas, sob a perspectiva dos direitos e de gênero, por parte da sociedade civil organizada e organismos internacionais. E o resultado desse processo foi à criação, em 1984, com a participação da enfermeira, no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Governo Federal em articulação com representantes dos movimentos feministas (MANDÚ, 2002).

Esse Programa foi implantado com uma nova e diferenciada abordagem, tendo como base o princípio da integralidade para a assistência à saúde da mulher. Porém, havia uma contradição entre as diretrizes do PAISM, pois o conceito de integralidade e os objetivos explicitados estavam centrados nos problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e reprodutiva das mulheres, e tinha como principal

objetivo prestar assistência às mulheres que tivessem atividade sexual e risco de engravidar, justamente para controlar sua fecundidade, assim excluía o homem do programa, e a mulher continuava a ser a única responsável pela reprodução (OSIS, 1998).

Embora passados 25 anos desde o lançamento do PAISM em 1984, sua efetiva implementação não ocorreu ainda em todo o país, em que permanecem graves problemas na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, no qual a inoperância do programa está aliada a deficiência de todo o sistema público de saúde (OSIS, 1998).

Nos anos 90, com o aumento das Organizações Não-Governamentais (ONGs) e dos movimentos feministas em nível nacional e internacional os debates sobre a assistência à saúde da mulher tornaram-se acirrados, e em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, foi definido o termo saúde reprodutiva, como sendo:

um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir quando e quantas vezes devem fazê-lo (FNUAP, 1995, p. 04)

Nesta mesma Conferência que aconteceu no Cairo, também foi definido o conceito de direitos reprodutivos, que:

baseiam-se no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos decidirem livre e responsabilmente sobre o número, espaçamento e quando devem ter os filhos e de terem acesso a informação sobre a forma de como fazê-lo, bem como o direito de se beneficiarem de saúde sexual e reprodutiva do mais alto nível. Também incluem o direito de todos tomarem decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção nem violência (FNUAP, 1995, p.5)

É importante também esclarecer que a questão da concepção dos direitos reprodutivos não se limita somente às mulheres, inclui a participação dos homens e suas responsabilidades no processo reprodutivo e de regulação da fecundidade (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2003).

No ano seguinte, em 1995, na Conferência Mundial sobre Mulheres, em Beijing, a sua plataforma de ação vinculou a igualdade de gênero ao empoderamento da mulher, ao afirmar que este empoderamento permite a mulher sua participação plena, com base na igualdade em todas as esferas da sociedade que seriam fundamentais para a realização da igualdade, do desenvolvimento e da paz (UNFPA, 2008a).

Durante a CIPD, 179 governos definiram objetivos a serem cumpridos até 2015, e muitos deles, agora estão incorporados aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), no qual estão incluídos o acesso universal, à assistência em saúde reprodutiva, educação universal, o empoderamento da mulher e a igualdade de gênero (UNFPA, 2008).

Para Glasier *et al* (2006), a noção de saúde reprodutiva que foi promovida no Cairo é idealista, pois ao enfatizar o empoderamento das mulheres com relação aos direitos sexuais e reprodutivos, em vez de investir para proporcionar serviços, estar-se questionando demasiadamente e se conseguirá muito pouco. A saúde sexual e reprodutiva, por conseguinte, não se refere apenas a questões sobre doença, mas também há um conjunto de questões relacionadas à saúde e aos direitos humanos, que lhes estão associados, e uma boa parcela da população não dispõe de conhecimento sobre o assunto.

Seguindo essa perspectiva, os países em desenvolvimento, principalmente o Brasil, que embora tenha implantado o PAISM há mais de duas décadas e assinado acordos e planos de ação para melhorar a saúde da mulher, firmados em conferências internacionais continua a enfrentar graves problemas presentes na saúde reprodutiva, entre os quais os óbitos maternos; morbidades específicas do ciclo gravídico puerperal; gestações indesejadas; abortos provocados em condições inseguras; situações de infertilidade masculina e feminina; transmissão vertical do HIV; sífilis; hepatite B; rubéola; toxoplasmose; depressão pós-parto; morbidade e mortalidade perinatal; violência contra a mulher no ciclo gravídico-puerperal e, mais recentemente observa-se o aumento do abandono de crianças recém-nascidas e infanticídio ocasionados pelos pais, que vem chocando a sociedade (MANDÚ; SANTOS; CORRÊA, 2006).

Esses problemas citados, referentes à saúde reprodutiva, têm provocado conseqüências negativas na qualidade de vida das mulheres, homens, adolescentes e crianças. Motivo de sua relevância durante a elaboração de políticas, serviços, ações programáticas, processos de trabalhos e tecnologias voltadas para o controle e redução da suscetibilidade dos problemas reprodutivos (MANDÚ; SANTOS; CORRÊA, 2006).

As causas desses problemas são atribuídas à ausência das ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva e a baixa qualidade nos serviços de saúde e a subutilização em muitos países, pois as discussões dessas questões fazem com que as pessoas se sintam desconfortáveis. A deficiência nos serviços de saúde sexual e reprodutiva afeta principalmente as mulheres e adolescentes e é uma das principais causas de morbidade e mortalidade (GLASIER *et al*, 2006).

Alves (2007, p.36-37) enfatiza que *“com queda generalizada da fecundidade geral no Brasil e no mundo houve a mudança do paradigma, do planejamento familiar para os direitos sexuais e reprodutivos”*. A questão é: qualquer outro nome que venha a denominar o processo de regulação da fecundidade é um assunto que entrou na agenda da discussão política. Vale ressaltar que este surgiu em resposta tanto às questões demográficas de imposição das metas populacionais, conceptivas e contraceptivas, quanto às questões de saúde em relação ao avanço do conceito de saúde integral da mulher.

O fato é que, com a introdução do discurso dos “direitos reprodutivos”, a noção anterior de “controle da fecundidade” passa a ser de planejamento com participação efetiva da mulher. Mas, apesar do discurso, aos poucos as ações do programa de planejamento familiar implementadas foram insuficientes e, muitas vezes, incompletos, tanto no atendimento, como no oferecimento dos diferentes métodos anticonceptivos, para proporcionar um atendimento universal à população brasileira (TINÔCO; MODENA, 1996).

Atualmente, mesmo depois da aprovação da lei do planejamento familiar, em 1996, a disponibilidade de métodos contraceptivos na rede pública de saúde continua baixa devido à crise no SUS do governo brasileiro. O fato é que as famílias mais pobres, não podem exercer os seus direitos reprodutivos de regular sua fecundidade (VENTURA, 2006).

No entanto, o processo de escolha das mulheres empobrecidas fica reduzido às ofertas dos serviços públicos de saúde. A má qualidade desses serviços fica evidente quando os acessos à informação e aos diferentes métodos de controle da prole estão restritos ao oferecimento de pílulas anticoncepcionais orais, sem o devido acompanhamento do profissional de saúde. Razão pela qual, os serviços públicos de saúde, apesar de não incluírem uma política explícita de controle da natalidade, contam com uma prática de controle real, de difícil mensuração e inserem as mulheres como o alvo principal de seus programas, limitando a oferta de métodos, principalmente os hormonais e a esterilização, ignorando a participação do homem no processo reprodutivo (SILVA, 2000).

Por essas razões em 2005, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Promoção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos com ações voltadas para o planejamento familiar como a ampliação da oferta dos métodos anticoncepcionais, a melhoria do acesso a esterilização voluntária e a introdução da reprodução humana assistida no SUS. E a partir de 2008, a Política Nacional de Planejamento Familiar foi concebida pelo Ministério da Saúde, como Política Nacional de Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva, que tem o propósito de acolher pessoas que têm vida sexual ativa e não necessariamente estão planejando uma família (UNFPA, 2008b).

Pesquisa recente demonstra a magnitude da necessidade insatisfeita por método anticoncepcional entre mulheres com união estável no Brasil, pois revelou quanto mais desfavorável as condições socioeconômicas mais elevadas é a probabilidade de necessidade insatisfeita por métodos contraceptivos para espaçar e limitar nascimentos, tornando-se mais elevada essa probabilidade entre as mulheres da região nordeste (TAVARES; LEITE; TELLES, 2007).

Na mídia, é comum divulgar a idéia de que o controle da fecundidade traz a solução para a redução da pobreza e da violência. Contudo, tem crescido o número de pesquisadores que defendem a aplicação dos princípios do Cairo, ou seja, dos direitos sexuais e reprodutivos na formulação e efetivação de políticas públicas (ALVES, 2006).

Observa-se que o debate sobre o processo de regulação da fecundidade continua e existem divergências quanto a seus efeitos tanto em nível individual

(micro), quanto em nível coletivo (macro). O problema é que a regulação da fecundidade permeia-se por questões ideológicas que refletem diversas perspectivas sociais e políticas (ALVES, 2006).

Tendo em vista o contexto político, social e demográfico que o país vem atravessando em relação à saúde reprodutiva das mulheres, caracterizada pela redução geral das taxas de fecundidade e o aumento desta entre os adolescentes, associada à deficiência no serviço de saúde pública nessa área em que a oferta de métodos anticoncepcionais é limitada e descontínua bem como o acesso as informações, levantaram-se questionamentos sobre as reais possibilidades de escolha das mulheres e, portanto, o direito da mulher, enquanto cidadã, de exercer uma vida sexual plena, decidir quando e quantos filhos querem ter, assim como suas necessidades contraceptivas satisfeitas.

1.2 Objeto de Estudo, Questões Norteadoras e Objetivos

Mediante o problema presente no contexto da saúde das mulheres definiu-se como objeto de estudo os relatos das experiências de mulheres em relação a sua saúde sexual e reprodutiva.

A partir da problemática abordada e do objeto do estudo, elaborou-se as seguintes questões norteadoras: Quais as experiências vivenciadas por mulheres com relação a sua saúde sexual e reprodutiva? Como as mulheres enfrentam e/ou contornam os problemas de saúde sexual e reprodutiva? Quais as implicações para a enfermagem?

De acordo com objeto de estudo e as questões norteadoras foram traçados os seguintes objetivos: descrever, por meio dos relatos, as experiências de mulheres sobre sua saúde sexual e reprodutiva; discutir as experiências das mulheres sobre sua saúde sexual e reprodutiva; e, propor bases programáticas para a enfermagem face às implicações sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

1.3 Relevância do Estudo

Esse estudo visa ampliar e aprofundar os conhecimentos sobre os aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, uma vez que a taxa de fecundidade geral tem reduzido consideravelmente, mesmo com a limitada oferta de contraceptivos disponíveis nos serviços públicos de atendimento ao planejamento familiar e a influência das relações de gênero, não raro, impossibilitando que as mulheres exerçam o controle dos seus corpos e da sua reprodução.

Nesse aspecto, poder-se-á contribuir ao proporcionar subsídios aos profissionais de saúde, em especial às enfermeiras em suas atividades assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisas para que as mulheres e homens possam exercer seus direitos sexuais e reprodutivos, como também se espera oferecer subsídios técnico-científicos aos gestores, no sentido de melhorar a implementação das políticas públicas específicas, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, na perspectiva da integralidade não só da saúde da mulher como também do homem, servindo de referência para estudos futuros.

A relevância do estudo reside na complexidade do tema, o qual abrange mudanças de paradigmas que restringiam a saúde da mulher ao processo reprodutivo, causado pela transição da taxa de fecundidade, do planejamento familiar para direitos sexuais e reprodutivos, da saúde integral da mulher para a saúde sexual e reprodutiva.

Essas mudanças devem estar inseridas no contexto das políticas públicas de saúde, populacional e de desenvolvimento do País, pois permeiam também problemas sociais como a violência e pobreza urbana, em que segmentos da sociedade têm associado à alta taxa de fecundidade dos pobres e chega a atingir programas sociais no Brasil como o bolsa-família, no qual o atual governo propôs discutir a inclusão do controle da fecundidade como requisito para obtenção desse benefício.

Em vista disto, percebe-se a atualidade do tema, no qual freqüentemente vêm ocorrendo debates a respeito da anticoncepção, no atual governo. Há um segmento que defende medidas urgentes para controle populacional, o qual seria motivado pela relação entre a alta fecundidade dos pobres, com a violência, a fome e a miséria (ALVES, 2006).

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO

Para fundamentar a análise dos relatos de forma contextualizada, importa abordar os aspectos da temática em questão. Portanto, tratará das concepções relacionadas à vida sexual e reprodutiva das mulheres que emergiram dos relatos como: a medicalização da saúde sexual e reprodutiva; a sexualidade na perspectiva de gênero; assistência à contracepção X direitos reprodutivo; e, violência e a questão de gênero.

2.1 Medicalização da saúde sexual e reprodutiva

A medicalização no campo da saúde reprodutiva se dá através do surgimento e utilização das tecnologias na concepção e na anticoncepção representada por diferentes modalidades de intervenção sobre o corpo feminino. Dessa forma, o processo de medicalização da assistência médica na vida sexual e reprodutiva, apropria-se não apenas do corpo da mulher, mas da sua própria vida, através do seu saber ao definir o limite entre o normal e o patológico (TANAKA, ALVARENGA, 1999).

Para Vieira (1999, p.67) *“medicalizar significa o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma assegurar conformidade às normas sociais”*. Ressalta ainda que, a medicalização do corpo feminino se estabeleceu no século XIX em torno dos discursos de exaltação da maternidade. No entanto, esse processo teve início trezentos anos antes da institucionalização do parto e do estabelecimento da obstetrícia como disciplina médica.

A disseminação de idéias e práticas referentes ao desenvolvimento e à necessidade de tecnologia realizada pelas entidades de planejamento familiar e pelas escolas médicas foram fundamentais para consolidar e ampliar a medicalização no que se refere ao controle da reprodução. São idéias e práticas que tratam o corpo feminino na sua capacidade reprodutiva, responsabilizando as mulheres pela prática contraceptiva (VIEIRA, 1999).

A medicalização da anticoncepção se dá no final do século XX, nos anos 60, com a divulgação de estatísticas relativas ao crescimento populacional do terceiro mundo, a partir daí organizações internacionais começam a investir no desenvolvimento da pesquisa de métodos anticoncepcionais (VIEIRA, 1999). Época em que foi criada a pílula anticoncepcional com altas doses hormonais, gerando elevados riscos à saúde da mulher, além da promoção da laqueadura tubária como método mais eficaz e inócuo, nos países em desenvolvimento (TANAKA, ALVARENGA, 1999).

Para Vieira (1999) o controle populacional, no Brasil, estava sendo realizado efetivamente no âmbito da prática médica pela medicalização do corpo feminino e do planejamento familiar, e pelo tipo de assistência médica produzida, que privilegia a tecnologia, ao invés da humanização, educação, informação, substituindo um programa que deveria estar fornecendo escolhas e informações, baseado no modelo biomédico que não prioriza a saúde, a vida e os direitos humanos.

A sociedade incorpora rapidamente na sua cultura a medicalização do corpo feminino, passando a se constituir, ideológica e inconscientemente, em mecanismo de pressão que favorece a ampliação a hegemonia de práticas, como o parto operatório e a esterilização feminina. Daí a própria sociedade valoriza o uso e abuso dessas tecnologias e cobra do médico intervenções nem sempre adequadas para uma determinada situação (TANAKA, ALVARENGA, 1999).

A natureza política da medicina na sociedade capitalista tem como estratégia o controle social que começa com o controle do corpo feminino. O controle da sexualidade e reprodução talvez tenha implicações sociais para assegurar o controle populacional, reproduzir a força de trabalho, reproduzir os modos como as relações sociais são estabelecidas, de forma a garantir uma sexualidade socialmente útil e politicamente conservadora (VIEIRA, 2003).

Desde a elaboração do primeiro anticoncepcional hormonal, o desenvolvimento de tecnologias de contracepção tem tido uma história cheia de contratempos, vários foram os problemas relativos ao desenvolvimento das tecnologias contraceptivas como: *“sucessos surpreendentes, promessas não cumpridas, efeitos colaterais inesperados, suspeitas de riscos à saúde”* (VIEIRA, 2003, p.57).

Segundo Vieira (2003) as principais características do planejamento familiar no Brasil são a medicalização e a privatização, e essa medicalização do

planejamento familiar é parte da medicalização da vida reprodutiva da mulher, evidenciada pelos altos índices de cesarianas, pelo uso predominante de dois métodos de alta eficácia, pelo uso da tecnologia ao invés da humanização, educação e informação.

A esterilização feminina associada à cesárea é outra forma de medicalizar a saúde sexual e reprodutiva. O Brasil, por sua vez, possui uma das mais elevadas taxas do mundo, em torno de 52,3%. Embora a laqueadura voluntária tenha sido ilegal no Brasil até 1997, continua sendo uma prática comum no setor privado e da rede pública de saúde, o que aponta para o elevado número de cesarianas desnecessárias utilizadas como oportunidades para realizar a laqueadura (MACHADO; LUDERMIR; COSTA, 2005).

O processo de naturalização do corpo feminino com base na sua medicalização possibilitou o controle do corpo feminino por especialistas das áreas como a ginecologia e obstetrícia com a finalidade de normalizar comportamentos sexuais e reprodutivos. A reprodução deixa de ser um assunto da vida privada e passa a ser da esfera pública, que deve ser controlado (COSTA *et al*, 2006).

Atualmente o Brasil conta com taxas de cesáreas próximas a 40%, e se manteve relativamente estável no período de 2000 a 2003, porém a cesárea foi tão banalizada que em algumas regiões as taxas ultrapassam os 80%. Nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro ocupam no Brasil, respectivamente, o primeiro e o segundo lugar, com taxas em torno de 50%, sendo que o percentual máximo de cesárea suportável pela OMS é 15%. Sendo a esterilização feminina associada a cesáreas desnecessárias (BRASIL, 2008, p.21).

2.2 A sexualidade na perspectiva de gênero

Gênero é um termo ou categoria que se refere às relações sociais entre os sexos, que rejeita as explicações biológicas sobre as desigualdades de poder entre homens e mulheres. Para Scott (1995, p.14) “gênero é o elemento constitutivo das relações das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e também um modo de dar significado as relações de poder”. O uso do gênero enfatiza todo um sistema de relações, no qual o sexo pode estar incluído, mas não é diretamente determinado pelo sexo, nem determinado diretamente pela sexualidade.

Para Foucaul (1995) a sexualidade se ancora em sensações corporais, nos discursos em torno dessas sensações e nas normas de permissão e proibição da experiência ou ato que provoca a sensação, não se refere ao ato sexual, mas ao conjunto de fantasias e idéias que cada um constrói sobre si e para si. Constitui um importante dispositivo social de controle sobre as pessoas.

Acreditava-se que sexualidade era só o ato sexual e que sua prática visava somente à reprodução, mas embora a sexualidade seja parte da personalidade e da vida das pessoas, das relações interpessoais por afeto e amor, ela tem sido sujeita a controle e normas sociais e têm sido rodeadas de tabus, mitos, crenças e dificuldades que, muitas vezes, implicam sentimentos de culpa e ansiedade, quando exercitam ou reprimem sua sexualidade, dessa forma se o sexo só é aceito para reprodução, o uso da contracepção seria o reconhecimento do ato sexual para o prazer (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

Cada cultura tem em comum, o tratamento diferenciado atribuído à sexualidade exercida por mulheres e por homens. Essa diferenciação inclui tanto a repressão à sexualidade feminina com fins procriativos como o estímulo às atividades sexuais masculinas de busca ao prazer (VIEIRA, 1999).

A sexualidade constitui o eixo nos serviços de saúde reprodutiva, no entanto os profissionais de saúde não focalizam a saúde sexual como um fim, dando ênfase apenas aos problemas decorrentes do exercício da sexualidade e isso leva a uma percepção da sexualidade limitada ao coito e, sobretudo como fonte de riscos em potencial, de poder e não de prazer (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

Como interação entre seres humanos, a sexualidade consiste num dos aspectos fundamentais na construção da identidade de gênero, já que se insere na personalidade de todos nós. Incide numa necessidade básica e uma área do ser humano que não pode ser separada de outros aspectos da vida. Portanto, a incorporação de enfoque de gênero nos programas de saúde sexual e reprodutiva constitui o grande desafio que deve ser priorizado, se quisermos melhorar a qualidade da assistência e da qualidade de vida das mulheres (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

Resgatando os aspectos históricos da sexualidade, esta foi bastante influenciada pelos pensamentos cristãos, pela cultura, política e economia vigente, entre as quais a iniciação sexual da mulher deveria ter início na união matrimonial e ter fins reprodutivos, enquanto ao homem era incentivado à atividade sexual com prazer, inclusive fora do casamento. No final do século XX, o poder da ciência e da tecnologia vem ditando novas regras, estabelecendo permissões e proibições para os relacionamentos sexuais (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000).

Essa banalização da sexualidade cria obstáculos na tarefa de educar, de associar sexo a afeto, responsabilidade e promoção da saúde, que aliado à falta de preparo dos pais, educadores e os profissionais de saúde, os quais continuam a perpetuar os velhos padrões de comportamento sexual, baseado no casamento e limitado a reprodução (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000).

A entrada da AIDS no debate sobre saúde permitiu uma discussão sobre a sexualidade de forma mais explícita em toda a sociedade, que se obrigou a repensar sobre reprodução no aspecto do sexo seguro, configurando-se a entrada da sexualidade no debate pela via da doença. Apesar dos avanços, o discurso sobre sexualidade continua atrelado ao discurso sobre o exercício da reprodução (BARSTED, 2003).

Deve-se considerar a sexualidade na abordagem das questões reprodutivas visando à realização de cuidados de enfermagem, pois ela incorpora amplos aspectos psicológicos e fatores culturais do comportamento humano, estreitamente vinculados à reprodução (SANTOS; CORRÊA; SILVA, 2006).

2.3 Assistência à Contraceção no Contexto dos Direitos Reprodutivos

A assistência à concepção e contraceção tornou-se um direito expresso na Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 226, inciso § 7º afirma que:

“fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao estado propiciar educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais e privadas” (BRASIL, 2000, p.839).

Somente em 1996, através da lei nº 9.263 sancionada em 12 de janeiro, o Brasil regulamentou o planejamento familiar, por meio da Lei 9.263/96, como um direito de o cidadão controlar livremente sua fecundidade e o dever do Estado de promover a orientação e o acesso, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de meios, métodos e técnicas de concepção e contraceção. Essa lei foi impulsionada pelo movimento feminista, no processo pré e pós-constituente de 1988, a partir de denúncias de ausência de alternativas no sistema público para o controle da fecundidade e do elevado número de esterilizações realizadas por instituições não-governamentais, com o propósito de controlar a natalidade nas camadas mais pobres e na população negra (VENTURA, 2006).

Avaliações criteriosas dos programas de planejamento familiar mostraram resultados positivos em relação aos objetivos demográficos, observados pela diminuição significativa da velocidade de crescimento da população da América Latina. No entanto, esses programas não promoveram a melhoria do nível de saúde nem da qualidade de vida das mulheres. Na maioria dos programas eram priorizadas ações que visavam a recrutar grande número de novas usuárias dos métodos de alta eficácia, sem dar a devida importância às necessidades ou preferências das mulheres. Além disso, não promoviam ações visando à continuidade de uso da anticoncepção, como no caso das pílulas anticoncepcionais que, no início, apresentou boa aceitação, porém menos de 50% das mulheres completavam um ano de uso, mesmo quando não desejavam nova gravidez (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

O fracasso das políticas públicas voltadas para saúde reprodutiva, em particular a contraceção, não pode ser obscurecido, pois as mulheres brasileiras

ainda continuam lidando com a reprodução em um cenário caracterizado pelo uso irregular e desprovido de assistência adequada de anticoncepcionais orais, pelo recurso exagerado à laqueadura tubária, pela baixa disponibilidade de métodos contraceptivos nos serviços públicos, ao lado das altas taxas de mortalidade materna (MOREIRA, ARAÚJO, 2004).

A predominância de mulheres na demanda pelos serviços de planejamento familiar não garante que elas sejam os agentes principais ou exclusivos da escolha do método contraceptivo, com mesmo grau de autonomia. É bastante frequente a mulher deixar ao homem as decisões relativas à vida sexual. Porém, se é a mulher que demanda os métodos contraceptivos, cabe-lhe o poder de decisão da delimitação do número de filhos ou à prevenção da gravidez indesejada. Essa situação possui traços ambíguos de autonomia e de encargo (MOREIRA, ARAÚJO, 2004).

As mulheres de renda baixa constituem o maior grupo das mulheres em idade fértil que não têm acesso democrático aos métodos anticoncepcionais e ao avanço científico relacionado à saúde reprodutiva. As dificuldades impostas pela seletividade do mercado e as deficiências dos serviços de planejamento familiar fazem essas mulheres como reféns da desinformação e da falta de acesso aos meios anticoncepcionais. Isso impede que vivam plenamente os seus direitos, já limitados pela própria pobreza, vivem uma cidadania limitada (CARVALHO; BRITO, 2005).

Para tornar ampla e irrestrita a cidadania das mulheres de baixa renda, como a de todas as outras, é importante que os pesquisadores da área, não apenas reconheça a legitimidade do planejamento familiar, mas também como profissionais da área, favoreça o acesso as camadas mais pobres da população. Devem-se criar condições, através do poder público, para que todas as mulheres possam cuidar de sua saúde sexual e reprodutiva e regular sua fecundidade, segundo seus desejos e necessidades, podendo, assim conseguir exercer sua cidadania plena (CARVALHO; BRITO, 2005).

A assistência em planejamento familiar no Brasil permanece caracterizada pela indisponibilidade de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos de saúde, e pela capacitação desigual e insuficiente dos profissionais para atuarem nessa

área. As ações em planejamento familiar como parte da atenção básica, executadas através da estratégia de saúde da família, ainda se distancia de um patamar satisfatório. Frequentemente essas ações são executadas de forma isolada e não são priorizadas, ou seja, relegadas ao segundo plano (OSIS *et al*, 2006).

Uma das causas é a centralização da compra dos métodos contraceptivos pelo Ministério da Saúde, pois isso não garante a disponibilidade desses métodos nos municípios. A responsabilidade deve ser compartilhada pelas três esferas do governo. É necessário que os municípios compreendam e “*tratem as ações em planejamento familiar, de fato, como parte da atenção básica*” (Osis *et al*, 2006, p.2487). O mesmo estudo mostrou que, os profissionais das equipes da saúde da família não entendem o planejamento familiar como parte integrante da atenção básica e não se consideram capacitados para prestar assistência nessa área.

Moura e Silva (2006) enfatizam que a oferta dos métodos contraceptivos deve estar embasada em uma variedade que permita atender à necessidade e ao interesse de diversos grupos, como “os adolescentes, mulheres na pré-menopausa, em pós-aborto e nutrizes. É importante observar as características individuais relacionadas à intolerância aos hormônios e a não aceitabilidade ao uso do preservativo.

As mesmas autoras em estudo identificaram que segundo a opinião das usuárias, um serviço de planejamento familiar de qualidade é caracterizado como aquele que presta orientação/ informação, envolve o casal; divulga o serviço oferecido; não deixa os métodos faltarem; disponibiliza os métodos anticoncepcionais que às mulheres desejarem; que facilita a entrega; trata bem a clientela e se preocupa com as mulheres de risco, e esteja próximo onde as pessoas residem (MOURA; SILVA, 2006).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada pelo Ministério da Saúde em 2006 corrobora com os estudos anteriores, pois identificou que do total de mulheres vivendo em alguma forma de união, 81% usavam métodos contraceptivos, existindo uma relativa homogeneidade da prevalência contraceptiva nas regiões do país, sobretudo nas áreas urbanas e rurais. Sendo a esterilização o método mais freqüente (29%), seguida da pílula (25%) e pelo preservativo (12%). Essa mesma pesquisa verificou-se ainda, no que diz respeito à obtenção dos métodos, que as

farmácias continuam sendo a fonte mais importante de obtenção dos métodos hormonais (pílulas e injeções) e do preservativo e que os serviços de saúde do SUS são os grandes responsáveis pelo provimento da esterilização e do DIU (BRASIL, 2006b).

Essa lei 9.263/96, que regulamenta a esterilização representou um grande avanço no Brasil, no entanto, ao proibir a laqueadura no pós-parto normal, parecia favorecer o aumento do número de cesárea, que poderá estar sendo realizada sem anotação em prontuário. Também se observa que a indicação de cesárea com intuito de realizar a laqueadura permanece sendo conduta médica (FERNANDES *et al*, 2006).

Um estudo comparativo entre mulheres que se submeteram à laqueadura antes e após a regulamentação da lei nº 9263/96, verificou mudanças no que diz respeito à idade no momento da laqueadura, em que foi respeitado o limite inferior de idade e aumentou significativamente a média de idade de 27 para 32 anos. No entanto, permaneceu a mesma tendência em relação ao número de filhos, a maioria referiu um número de filhos superior a dois. Pode-se observar a princípio a existência de uma melhoria no acesso à contracepção, levando às mulheres a postergarem a laqueadura. Vale destacar que ainda há um grupo de mulheres que atinge um número de filhos maior que o desejado por não conseguir controlar a sua fecundidade devido à falta de informação ou de acesso a diferentes métodos anticoncepcionais, e a laqueadura como a única forma de parar de ter filhos (CARVALHO *et al*, 2007).

Outro estudo feito com mulheres arrependidas identificou que a maioria 46,9% havia sido laqueada muito jovem entre 20 e 25 anos, sendo a primeira consulta após arrependimento entre 31 e 35 anos. Quanto às causas do arrependimento, o principal motivo que levou essas mulheres a procurarem o serviço para reversão, foi um novo matrimônio ou relacionamento com 80,6%, o crescimento dos filhos com 8,2% e a morte do filho 5,1% (CUNHA, WANDERLEY; GARRAFA, 2007).

2.4 Violência de Gênero

A violência de gênero é entendida como a violência contra a mulher que tem suas raízes nas relações de gênero que se situa nas próprias relações entre homens e mulheres, sendo a violência um aspecto perverso dessas relações. Desta forma as questões de gênero e a violência são convergentes, possuindo a mesma definição conceitual (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999).

Existem vários tipos de violência de gênero tais como: violência física, violência psicológica, violência sexual e violência patrimonial, Segundo Rovinski, (2004) as formas de violência física consistem em pontapés, socos, tapas, tentativas de estrangulamento e todas as ações que colocam em risco a integridade física da mulher, enquanto que na violência psicológica encontramos as freqüentes desvalorizações, críticas, humilhações, insultos, gestos de ameaça, condutas restritivas à vida pública e condutas destrutivas.

A violência sexual compreende uma variedade de atos ou tentativas de relação sexual sob coação ou fisicamente forçada, no casamento ou em outros relacionamentos. Na maioria das vezes é cometido por autores conhecidos das mulheres no espaço doméstico, o que contribui para sua invisibilidade. Já a violência patrimonial consiste nos atos destrutivos ou omissões do agressor que afeta a saúde emocional e a sobrevivência da família como roubo, a destruição de bens pessoais ou de bens da sociedade conjugal e da recusa do pagamento de pensão alimentícia (BRASIL, 2002).

Todos esses tipos de violência doméstica causam à saúde mental imprevisíveis conseqüências, por serem muito sutis, detectadas na forma de stress pós-traumático, depressões, ansiedade, disfunções sexuais, distúrbios alimentares e desordens de personalidade, além disso, ela é uma das principais causas de sofrimento para as crianças (TOMASZEWSKI, 2004).

A violência contra a mulher configura-se num problema social e de saúde pública, que consiste num fenômeno mundial que não respeita fronteiras de classe social, raça/etnia, religião, idade e grau de escolaridade. Atualmente, em geral, não importa o *status* da mulher, o *locus* da violência continua sendo gerado no âmbito familiar, sendo que a chance de a mulher ser agredida pelo pai de seus filhos, ex-

marido, ou atual companheiro é, muitas vezes, maior do que sofrer alguma violência por estranhos (ADEODATO *et al*, 2005).

Um estudo realizado em 2003 em Porto Alegre sobre a violência de gênero observou uma prevalência de violência psicológica de 55% por parte do companheiro, 38% de violência física e 9% de violência sexual e que a maioria sofreu mais de um tipo de violência, e ainda 75% estavam na faixa renda inferior a um salário mínimo. Identificou também o perfil do homem mais violento, que consistiu entre aqueles mais velhos, com menos escolaridade, desocupados e aposentados (KRONBAUER; MENEGUEL, 2005).

No Ceará foi identificado o perfil da mulher agredida por seu parceiro, que é jovem, tem uma religião, tem filhos, mora junto com o agressor, tem baixa escolaridade e classe social desfavorecida. A causa apontada como um dos fatores desencadeantes das agressões foi o alcoolismo do parceiro. Mostrou também um elevado número de mulheres compatíveis com depressão, que buscam apóio psicológico e aumentaram o consumo de ansiolíticos ou anti-hipertensivos, sendo que 38% das mulheres pensaram na possibilidade de suicídio. Esse estudo considerou o trabalho remunerado uma das formas de diminuir a violência doméstica, pois uma das principais vítimas são mulheres que só trabalham em casa (ADEODATO *et al*, 2005).

De acordo com Gomes e Freire (2005), ao presenciar situações de violência familiar durante a infância e a adolescência, os homens incorporam o modelo de homem presente no seu cotidiano, a partir do qual construíram sua identidade. Eles reproduzem as mesmas histórias de violência por eles vivenciadas no ambiente familiar. É necessário compreender que o fenômeno da violência não é inerente ao homem, mas sim construído socialmente e percebido, de forma natural da identidade masculina.

A violência de gênero é uma estratégia hegemônica no reposicionamento de seres humanos aos lugares socialmente instituídos, estratégia possível a partir da naturalização de densas relações de poder. O complexo processo de naturalizar relações sociais é facilitado pela dinâmica em que se apreendem e se reproduzem as interações de desigualdades de classe, gênero, étnico-raciais entre os seres sociais (POUGY, 2007).

A violência doméstica é um fenômeno de crescente visibilidade, principalmente a partir da implantação de delegacias especializadas no atendimento à mulher. Pode ser assim definida: qualquer ação ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher adulta, criança ou adolescente, perpetrada no lar ou na unidade doméstica por um membro da família (POUGY, 2007).

Outra pesquisa sobre a prevalência da violência por parceiros íntimos realizado em São Paulo e na zona da mata em Pernambuco identificou a violência psicológica como o tipo mais freqüente na vida das mulheres, e que 40% em São Paulo e 44% em Pernambuco, esses episódios não foram únicos, ocorreram várias vezes. A violência psicológica apareceu em 90% dos relatos sobre as formas físicas ou sexuais de violência. No entanto, foi o que apresentou a taxa maior de ocorrência exclusiva. O ativismo, que é um movimento que combate a violência contra mulher, pode ser a explicação para essa maior prevalência de violência psicológica no Brasil, em relação às outras formas e outros países (SCHRAIBER *et al*, 2007).

Em geral, as localidades rurais apresentam taxas mais elevadas que as urbanas de acordo com o estudo citado anteriormente, 57% das mulheres da zona da mata em Pernambuco e 49,6% em São Paulo, referiram ao menos alguma forma de violência pelo parceiro íntimo. Esse fato pode ser explicado pela presença das relações de gênero e maior presença do movimento de mulheres e de serviços de suporte nas regiões urbanas (SCHRAIBER *et al*, 2007).

Esse fenômeno particulariza-se pela existência do vínculo entre os seus protagonistas. Embora não esteja circunscrita à família, tem nesta instituição o seu *habitat* perfeito, em razão de ser a família representada como o lugar acima de qualquer suspeita (POUGY, 2007).

O impacto da violência doméstica nos serviços de saúde é expresso de variadas formas, através da depressão, da ansiedade e variadas manifestações de mal-estar físico, podendo ser interpelada dos profissionais de saúde diretamente envolvidos. A violência de gênero crônica é extremamente nociva à saúde da mulher, o que acarreta elevação do consumo dos serviços de saúde, com vistas à medicalização de um problema que é, antes de tudo, político, cultural e jurídico (ALMEIDA, 2007).

A família configura-se enquanto um espaço de construção da violência de gênero e da violência inter geracional. Assim, a violência doméstica contra a mulher constrói-se a partir das relações de desigualdade entre homens e mulheres, sendo que estes tendem a reproduzir a história de violência vivenciada ainda quando crianças e adolescentes (GOMES *et al*, 2007).

Segundo Andrade e Fonseca (2008) a violência doméstica caracteriza-se por agressividade e coação, que correspondem a ataques físicos, psíquico, sexual e moral, bem como a coação econômica, praticada por alguém do seu convívio familiar, frequentemente o seu parceiro íntimo. Nas agressões estão presentes as lesões corporais graves, causadas por socos, tapas, chutes, espancamentos, queimaduras.

O enfrentamento da violência doméstica contra a mulher exige um trabalho de parceria com diversos setores da sociedade. Além da definição de políticas públicas por parte do Estado, requer uma ação articulada e parcerias entre os serviços de saúde e demais equipamentos sociais como escolas, igrejas, polícia, delegacias especializadas, associações de bairro (ANDRADE; FONSECA, 2008).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Optou-se pela pesquisa qualitativa, pois é a abordagem metodológica mais coerente com o objeto de estudo, tendo em vista que os métodos qualitativos são *“flexíveis e particulares em relação ao objeto de estudo, evoluem ao longo da investigação e é graças a essa flexibilização que se consegue maior aprofundamento e detalhamento dos dados”* (GIL; LICHT; SANTOS, 2006, p.14).

Ressalta-se que as pesquisas em saúde sofreram uma progressiva transição do modelo biomédico para o modelo social de saúde, compatível com a definição de saúde da OMS e do MS, a maioria dos métodos qualitativos originou-se no âmbito das Ciências Sociais para atender a suas peculiaridades, visto que nem sempre os fenômenos do mundo social e psicológico podem ser quantificados. Por isso os métodos qualitativos mostram-se mais adequados para pesquisas cujo principal interesse reside na compreensão dos fenômenos diários, bem como nos significados que as pessoas dão aos fenômenos e que procuram explorar o mundo das pessoas na globalidade de seus contextos de vida (GIL; LICHT; SANTOS, 2006).

A pesquisa qualitativa em saúde, além de permitir uma visão ampliada da assistência, aborda a humanização no processo saúde-doença pautada na análise da vivência, do significado, dos sentidos e das experiências vividas sob a ótica da clientela assistida. Este tipo de pesquisa resgata a subjetividade da assistência prestada à mulher durante o processo reprodutivo, portanto essa abordagem foi ideal para o tema estudado, referente à vivência no processo reprodutivo. (MERIGHI; PRAÇA, 2003).

Segundo Minayo (2006) durante o desenvolvimento das etapas de um projeto de pesquisa é que se reconhecem a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, diante do tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho. Para Bertaux (1980, p.7) *“tudo depende do objeto que se procura compreender”*. Portanto das abordagens qualitativas, a mais apropriada, nesse sentido, é o método história de vida, por adequar-se ao objeto de estudo e aos objetivos.

3.2 Método História de Vida

No que diz respeito ao significado do termo *história de vida*, a língua inglesa utiliza duas palavras para traduzir o vocábulo francês “*histoire*”, que são “*story*” e “*history*”. Sendo que o sociólogo norte-americano Norman K Denzin em 1970, propôs a distinção entre “*life story*” e “*life history*”. A “*life story*” é a estória ou relato de vida, narrado segundo a vivência, não necessitando que o pesquisador confirme a veracidade dos fatos, pois o que importa é o ponto de vista de quem está narrando. A “*life history*” é usada no aprofundamento de estudos sobre a vida de um indivíduo, como nos estudos de caso (BERTAUX, 1980).

As histórias de vida, por mais particulares que sejam, são sempre relatos de práticas sociais: das formas com que o indivíduo se insere e atua no mundo e no grupo do qual ele faz parte (BERTAUX, 1980). A história de vida é considerada um método necessariamente histórico, dinâmico e dialético que, justamente por fornecer uma riqueza de detalhes nos relatos de vida, proporciona ao pesquisador oportunidade de entender como os fatos interagem na vida do sujeito (BRIOSCHI; TRIGO, 1987).

O método consiste em solicitar, que o sujeito da pesquisa fale sobre sua própria vida, ou sobre um determinado período ou acontecimento do qual participou (GLAT, 1994). É um instrumento de pesquisa que privilegia a coleta de informações contidas na vida pessoal de um ou vários informantes, podendo ter forma autobiográfica, onde o autor revela suas percepções pessoais, os sentimentos íntimos que marcaram a sua experiência ou os acontecimentos vividos no contexto de sua trajetória de vida (CHIZZOTI, 1995).

A história de vida, portanto, traduz os significados dos discursos, sem o pré-julgamento do investigador, levando-se em conta o que as depoentes consideram relevante em suas vidas (NERY; TYRRELL, 2002).

O cotidiano das pessoas é retratado por meio de suas histórias de vida. O cotidiano é repleto de significações: é um conjunto de situações vivenciadas no dia-a-dia, percebidas individualmente e renovando-se a cada instante (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

Neste estudo optou-se por utilizar a “*life story*”, tendo em vista a aplicabilidade do método história de vida que foi fundamental para compreensão do objeto de estudo, possível através do conhecimento dos fatos relatados pelas mulheres, da trajetória da sua vida sexual e reprodutiva, e do contexto sócioeconômico, cultural e das relações de gênero em que os sujeitos estão inseridos.

3.3 Cenário e Sujeitos do Estudo

O estudo realizou-se no domicílio dos sujeitos em um bairro da periferia do município de Teresina-PI, chamado Mafrense. Essa comunidade utiliza os serviços de saúde da Unidade Básica de Saúde “Maria Teresa Melo Costa”, vinculada à Fundação Municipal de Saúde (FMS) em Teresina-PI, situada no bairro Mafrense, zona Norte de Teresina – PI. Essa equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) atende a 952 famílias e é composta por uma enfermeira, um médico, uma odontóloga, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar dentária e cinco agentes comunitários de saúde.

Para realizar esta pesquisa, inicialmente a autora trabalhou voluntariamente na referida Unidade de Saúde durante dois meses, realizando assistência de enfermagem no Programa de Planejamento Familiar e Coleta de material para exame citopatológico, com a finalidade de proporcionar melhor interação entre a pesquisadora e os sujeitos a serem investigados e assim favorecer o processo de produção dos dados. Através do registro de atendimento foi realizado o levantamento das mulheres que se enquadravam nos critérios de seleção e por intermédio do Agente Comunitário de Saúde a autora deste trabalho se dirigiu à residência de cada mulher selecionada, para explicar-lhes os aspectos relevantes da pesquisa e convidá-la a participar do estudo.

Os sujeitos da pesquisa foram 18 mulheres em idade fértil, que estavam vivenciando ou já tinham vivenciado todo o seu processo reprodutivo e com vida sexual ativa, usuárias dos serviços de saúde pública do Programa Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Programa de Saúde da Família implantado na Unidade

Básica de Saúde “Maria Teresa Melo Costa”. Foram excluídas as mulheres adolescentes e aquelas com vida sexual inativa.

De acordo com diagnóstico da área, realizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) implantado naquela Unidade de Saúde, a região pode ser caracterizada pela Secretaria Municipal de Planejamento da seguinte forma: o abastecimento d’água é fornecido pela Companhia de Tratamento Água e Esgoto do Estado do Piauí (AGESPISA) e poços cacimbões, e a energia elétrica é fornecida pela Companhia de Energia Elétrica do Piauí (CEPISA). A coleta de lixo domiciliar é feita regularmente três vezes por semana (SEMPPLAN, 2008).

O referido bairro dispõe para a comunidade de equipamentos sociais tais como: creches comunitárias, clubes/associações, escolas públicas e particulares, quadra de esportes, estádios. As barreiras geográficas mais comuns são as lagoas, olarias e vegetação arbustiva. A população do bairro dispõe de precárias fontes de renda: olarias, pesca artesanal, horticultura e pequenos comércios, cuja renda máxima da maioria é de um salário mínimo, porém há pessoas sem renda alguma, que sobrevivem de Programas Sociais Federais (Bolsa-Família). A população total do bairro no ano de 2000 era de 6.781, sendo a população alfabetizada de 4.822. A população sem instrução e menos de um ano de estudo era de 22,4% e a população com 11 a 14 anos de estudo era de 10,28% (SEMPPLAN, 2008).

De acordo com o censo demográfico do IBGE do ano de 2007, a população total de Teresina era de 779.939; a população feminina urbana era de 361.603, que corresponde a 53,38%, apresentando um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,766 (IBGE, 2008).

Embora as entrevistas tenham sido realizadas no domicílio, cujo local, dia e horário foi escolhido por elas, o estabelecimento de saúde que atende à referida comunidade foi contactado anteriormente para permitir uma aproximação da autora com os sujeitos, mediante o encaminhamento do ofício e do projeto para o presidente da Fundação Municipal de Saúde (FMS), com a finalidade de obter permissão para conhecer e prestar assistência na unidade básica de saúde que atende à referida comunidade.

Após a autorização para acesso ao serviço de saúde, o projeto de pesquisa, a carta de encaminhamento e a declaração da pesquisadora foram encaminhados e

submetidos à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí e do Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa (SISNEP).

Antes de se iniciar a fase de exploração de campo desta pesquisa, que envolve seres humanos, as mulheres convidadas para participarem do estudo, após prévio esclarecimento a respeito da relevância da pesquisa e de sua participação, foi-lhes garantido o sigilo e o anonimato dos seus depoimentos e a liberdade de se retirar em quaisquer das fases da pesquisa.

Em respeito às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Conselho Nacional de Pesquisas em Seres Humanos (CONEP). As mulheres que aceitaram participar do estudo foram informadas dos objetivos e contribuições do estudo, bem como o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Aquelas que concordaram assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o qual foi elaborado em duas vias, sendo uma entregue a entrevistada e outra preenchida juntamente a uma ficha individual com dados de identificação que permitiram caracterizar os sujeitos da pesquisa (BRASIL, 1996).

O anonimato dos participantes foi assegurado conforme Resolução 196/96, onde se preveem procedimentos que assegurem o sigilo e a privacidade, a proteção da imagem garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Para manter a identidade em sigilo foram atribuídos números para identificação dessas mulheres. A aprovação do projeto da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI foi em 17 de abril de 2008, conforme o parecer nº 51/08 (Anexo A).

3.4 Produção dos Dados

A produção dos dados foi realizada pela autora deste estudo, no período de maio a junho de 2008, cuja técnica escolhida foi à entrevista aberta ou prolongada. Pelo fato de a natureza do objeto a ser investigado, exigir interação entre pesquisador e pesquisado para contextualizar as experiências, vivências, sentidos, a

entrevista aberta é considerada a técnica mais adequada para a coleta de informações diretas dos sujeitos investigados (SILVA *et al*, 2006).

Com relação à entrevista aberta ou prolongada, não há um roteiro previamente elaborado, apenas uma pergunta norteadora, na qual se pede ao sujeito para falar livremente sobre sua vida referente o tema ao objeto de estudo. Bertaux (1980) recomenda que a escuta seja atenta e questionadora, mas não passiva, porque o sujeito não relata simplesmente a vida. Afirma ainda que o tipo de pergunta não seja o fundamental e fazer novas perguntas ou mudar o foco da entrevista não atrapalha.

A entrevista qualitativa fornece dados básicos para a compreensão das relações entre os atores sociais e o fenômeno, tendo como objetivo a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos específicos (ALVES-MAZZOTTI, GEWANDSZNAJDER, 1998).

Por isso a técnica utilizada foi à entrevista aberta, tendo como instrumento um formulário com roteiro semi-estruturado (Apêndice B) com dados: de identificação, socioeconômicos e obstétricos para a caracterização dos sujeitos e uma questão norteadora: *“Fale o que você considerar importante em relação a sua vida sexual e reprodutiva, desde o início da sua atividade sexual até hoje”*, para responder os objetivos da pesquisa.

Vale ressaltar que antes de iniciar a produção dos dados foi realizada a validação da questão norteadora da pesquisa, que foi melhor reformulada e em seguida deu-se a continuidade das entrevistas, pois a primeira questão era longa e continha palavras de difícil compreensão para os sujeitos do estudo, em decorrência da baixa escolaridade. Então, foi reduzido o número de palavras da questão e foram utilizadas palavras mais simples e de fácil compreensão.

As entrevistas ocorreram com aquelas mulheres que aceitaram participar do estudo. Foram gravadas em aparelho de MP3, com autorização prévia das depoentes, e transcritas manualmente e imediatamente após cada entrevista. É importante também mencionar que as informações transcritas serão guardadas na coordenação do Mestrado em Enfermagem, bem como os resultados da pesquisa ficarão disponíveis na Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco

e no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero (NEPEM) vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – PRPPG, da Universidade Federal do Piauí- UFPI.

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, considerou-se satisfatório o número de entrevistas no momento em que ocorreu a saturação das falas que, segundo Bertaux (2005), é identificada mediante a comparação de convergências dos relatos da história vivida, na qual vão aparecendo recorrências das mesmas situações lógicas de ações similares e se vai descobrindo através de seus efeitos um mecanismo social num mesmo processo.

3.5 Análise dos Dados

A análise dos dados, conforme preconiza a investigação etnosociológica dos relatos de vida sugerida por Daniel Bertaux, inicia-se e permanece contínua e simultaneamente à transcrição dos depoimentos no decorrer das entrevistas. A análise teve início a partir da transcrição da primeira entrevista, cuja técnica foi à análise temática que consiste em buscar nos relatos os discursos correspondentes ao tema, com a finalidade de comparar depois com o conteúdo das passagens ditas (BERTAUX, 2005).

O modelo de análise proposto não extrai do relato de vida todos os significados que podem conter somente aqueles pertinentes que podem ajudar no objeto de estudo, além disso, foi considerada a presença da zona branca que consiste em informações que o sujeito prefere não mencionar (BERTAUX, 2005).

O referencial teórico utilizado para análise e discussão foi construído a partir dos temas que surgiram dos relatos de vida, de acordo com o método história de vida e para responder às questões norteadoras e aos objetivos propostos.

A análise se deu à luz do referencial teórico e metodológico de Bertaux (1980), Glat (1994), Nery; Tyrrell (2002), Santos; Spíndola (2003) e Bertaux (2005) e ainda com base nos estudiosos do tema sobre saúde sexual e reprodutiva

4 RESULTADOS

Os resultados compreenderam a caracterização dos sujeitos e os relatos da vida de mulheres acerca da saúde sexual e reprodutiva.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Antes de iniciar cada entrevista foi preenchido um formulário com dados sócio-demográficos e antecedentes obstétricos que permitiu caracterizar os sujeitos do estudo, conforme descrito no Quadro 01 e 02.

Quadro 01- PERFIL DAS MULHERES QUANTO AOS ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS.

Depoentes	Idade	Profissão/ Ocupação	Renda/ mês	Situação Conjugal	Escola- ridade	Procedência
01	31	Do lar	1245,00	Casada	E. M. I	Teresina
02	27	Do lar	415,00*	União estável	E. F. I	Teresina
03	29	Do lar	415,00*	União estável	E. F	Teresina
04	37	Doméstica	550,00	União estável	E. F	Teresina
05	47	Do lar	415,00*	Casada	E. F. I	Piripiri
06	37	Do lar	415,00*	Casada	E. F	Teresina
07	34	Do lar	112,00	União estável	E. F. I	Teresina
08	38	Do lar	415,00*	Casada	E. M. I	Teresina
09	36	Doméstica	550,00	Viúva	E. M. I	Teresina
10	27	Do lar	415,00*	Casada	E. M. I	Teresina
11	26	Do lar	415,00*	União estável	E. F. I	Teresina
12	28	Representante de cosméticos	120,00	União estável	E. F. I	Teresina
13	24	Do lar	415,00*	União estável	E. F. I	Parnaíba
14	34	Do lar	1345,00	Viúva	E. F. I	Parnaíba
15	20	Do lar	415,00*	Casada	E. M. I	Teresina
16	34	Doméstica	100,00	União estável	E. F. I	Teresina
17	32	Do lar	415,00*	União estável	E. F. I	Piripiri
18	37	Doméstica	212,00	União estável	E. F. I	Teresina

Legenda: E.M.I – Ensino Médio incompleto, E. F.- Ensino Fundamental; E.F.I – Ensino Fundamental Incompleto. * Salário Mínimo (maio/ junho- 2008):

As mulheres entrevistadas encontravam-se na faixa etária de 20 a 47 anos. Quanto à situação conjugal, dez viviam em união consensual estável, seis casadas e duas viúvas. No que se refere à escolaridade nove possuíam o Ensino Fundamental Incompleto e as demais o Ensino Médio Incompleto. Vale destacar que nesse estudo, nenhuma das participantes possuía o Ensino Superior.

Quanto à profissão, treze mulheres eram do lar. A renda familiar era baixa, variava de R\$ 120,00 a R\$ 1.345,00, na qual predominava um salário mínimo de R\$ 415,00.

No que se refere à religião, todas são católicas e residentes no município de Teresina-PI. Com relação à procedência, eram do Estado do Piauí, sendo quatorze da cidade de Teresina, duas do município de Piriapri e duas da cidade de Parnaíba.

Quanto aos antecedentes obstétricos a descrição está contida no Quadro 02 a seguir:

Quadro 02- PERFIL DAS MULHERES QUANTO AOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Depoentes	Idade da 1ª relação sexual	Gesta	Para	Aborto	Tipos de Parto
01	18	03	02	01	02- Cesaréas
02	16	04	04	00	03- Normais 01- Cesárea
03	17	03	03	00	03- Cesaréas
04	18	04	03	01	03- Normais
05	15	05	05	00	05- Normais
06	19	04	03	01	03- Normais
07	18	06	06	00	06- Normais
08	24	02	02	00	02- Cesaréas
09	17	03	03	00	02- Normais
10	17	02	01	01	01- Normais
11	13	08	08	00	08- Normais
12	17	04	03	00	03- Normais
13	25	02	02	00	02- Normais
14	16	03	02	01	02- Normais
15	17	03	02	01	02- Normais
16	15	05	04	01	03-Normais 01- Cesárea
17	17	04	04	00	04- Normais
18	22	05	04	01	04- Normais

Quanto aos antecedentes obstétricos, expostos no Quadro 02, observa-se que dez mulheres eram multigestas. Com relação à paridade, predominou a múltiparidade em 14 mulheres. No que diz respeito ao aborto, a maioria não teve abortos, sendo que oito mulheres tiveram aborto, destes seis foram espontâneos.

Quanto ao tipo de parto, predominou o parto normal com treze mulheres, três delas tiveram através de parto cesárea e duas vivenciaram os dois tipos de parto normal e cesáreo. Quanto à 1ª relação sexual ocorreu predominantemente na adolescência.

4.2 RELATOS DE MULHERES ACERCA DA VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA

Com a finalidade de atingir os objetivos propostos pelo estudo, realizaram-se inúmeras leituras e releituras dos relatos, os quais estão organizados em seis categorias temáticas, que emergiram das falas das depoentes, a saber:

- 4.2.1 Sexualidade na adolescência;
- 4.2.2 A experiência na anticoncepção;
- 4.2.3 Vivências de mulheres do processo abortivo;
- 4.2.4 Direitos sexuais x relações de gênero;
- 4.2.5 Violência doméstica na saúde reprodutiva.

4.2.1 Sexualidade na Adolescência

Na categoria “vivência da sexualidade na adolescência” as mulheres relataram o início da sua vida sexual, sendo que para quinze dessas mulheres ocorreu precocemente ainda na adolescência de maneira desprotegida e teve como consequência a gravidez não planejada e a união consensual e/ou matrimonial com o parceiro ou outro parceiro posteriormente. Conforme os depoimentos a seguir:

Minha 1ª vez [refere-se à relação sexual] foi com meu marido, eu tinha 18 anos, não usamos camisinha, aí logo custou nós chegar até o fim, porque eu achava muito dolorido, eu não agüentava mesmo não, passou quase um mês. Eu sabia o que estava fazendo, antes ele queria quando eu tinha 17 anos, mas eu disse que não, se deu pra esperar até agora espera mais um pouco, porque eu era menor de idade, se eu tivesse relação sexual tinha aquele negócio de pai e mãe querer se meter e fazer casamento à força. Eu queria assim me entregar quando tivesse certa de está preparada pra ser mulher. Aí

quando eu completei 18 anos eu tive relação com ele, só com ele... (Dep. 01)

Eu comecei a namorar com 13 anos, com 15 anos eu comecei a atividade sexual. Passei 1 ano pra engravidar da primeira menina e com 16 anos eu tive a minha primeira filha. Depois que ela nasceu, depois de 3 meses eu engravidei da segunda menina. Com 5 meses que eu tive a segunda engravidei do terceiro. Da primeira gravidez eu me juntei com ele, eu já tava grávida de 6 meses (Dep.02).

Eu comecei minha vida sexual com 17 anos, eu conheci uma pessoa, a gente ficou muito tempo junto, aí eu engravidei, ele não me assumiu, aí eu perdi (Dep. 03)

Casei muito nova, ia fazer 15 anos, a gente não aproveita nada, aí logo veio meu 1º filho, a minha menina, os outros 4 foram homens. Aí de lá pra cá, eu não passava nem 1 ano, antes de inteirar 1 ano, já tinha outro, era tudo escadinha (Dep.05).

Eu comecei a ter relação sexual com esse meu primeiro marido, eu tinha 17 anos, aí depois eu casei com ele, foi que eu engravidei desse meu menino, com 3 meses que eu casei, eu engravidei, aí depois que eu tive meu menino, ele tinha 6 pra 7 meses, eu engravidei dessa menina que ta aí. Eu tive o primeiro [refere-se ao filho] com 18 anos e a segunda com 19 anos. Eu era muito nova. Antigamente não era como hoje. Antes quando a gente perdia a virgindade era o fim do mundo, hoje não. Os pais conversam com os filhos pra se prevenir, tanto é que eu engravidei um atrás do outro (Dep. 9).

Eu perdi minha virgindade com 17 anos, usava preservativo pra evitar doenças, principalmente a AIDS, porque eu sempre tive vontade de ser mãe... (Dep. 10)

Eu comecei a ter relação com 13 anos, eu tive minha primeira filha com 15 anos, foi uma vida sofrida, não foi muito legal não, porque o pai não era bom, ele era mala, até mataram ele. Está com 5 anos, vai fazer 6 anos que mataram ele, aí de lá pra cá, só me envolvi com mala (Dep. 11)

A minha primeira vez foi com 17 anos com o meu namorado que hoje é meu marido, estava com 13 anos que eu estou com ele, eu passei mais 4 anos pra engravidar, eu tinha 21 anos quando eu engravidei a primeira vez, eu não me prevenia, pra dizer que eu nunca tomei remédio pra não engravidar, eu tomei quando eu tive a 3ª filha, aí eu comecei a tomar remédio (Dep. 12)

Eu tive minha 1º relação com 16 anos, engravidei logo, aí casei grávida, mas perdi essa 1º gravidez (Dep. 14).

Sobre a minha vida sexual, eu comecei a partir dos 17 anos, eu nunca me preveni não. Logo minha mãe não conversava comigo sobre essas coisas, o que eu sabia era porque eu estudava na escola, os professores sempre falavam sobre os remédios, as camisinhas, as doenças sexualmente transmissíveis... Disso eu já sabia tudo e assim, com 17 anos eu tive minha primeira relação, passei 8 meses pra engravidar, só que eu nunca tinha usado nada. Quando eu comecei a namorar com ele, o meu namoro era proibido, por isso eu quis engravidar porque era a única maneira de me deixarem namorar, era se eu engravidasse, eu sabia e engravidei (Dep. 15).

Com 15 anos eu tive a primeira relação, aí eu comecei a tomar remédio pra me prevenir pra não pegar menino, aí foi indo, foi indo, foi indo, todo tempo tomando remédio, aí foi o tempo que eu arrumei esse homem aqui que eu to com ele, continuei tomando remédio, aí foi o tempo que eu me esqueci de tomar os remédios, aí veio a primeira gravidez (Dep.16)

Eu comecei a namorar com ele eu tinha 16 anos, com 17 anos eu comecei a ter relação com meu marido, foi a quem eu me entreguei. Foi com esse aqui que eu vivo junto. Quando tinha 18 anos nós fomos morar junto, aí engravidei da minha menina (Dep.17).

No depoimento 01 demonstra uma preocupação em perder a virgindade antes da união e não ter a maioridade, pois não se sentia preparada emocionalmente para iniciar sua vida sexual. As depoentes 02, 11, 14, 15, relataram que a precocidade do início da atividade sexual culminou em sucessivas gravidezes precoces e não planejadas, problema este que foi solucionado pelo casamento o que socialmente é aceito como correto. Já a depoente 03 o início da atividade sexual e a gravidez não planejada se tornou um grande problema, visto que o parceiro não a assumiu. Para as depoentes 5, 9, 10, 17 o início precoce da atividade sexual não se tornou um problema, uma vez que logo veio à união com seu parceiro e a gravidez após o casamento.

Nessas falas, fica evidente ainda a valorização do casamento, da união e da virgindade, pois representa o porto seguro para perder a virgindade e engravidar sem culpa. Observou-se nos relatos, que elas se sentem amparadas diante de uma gravidez não planejada, quando o parceiro assume o compromisso da união ou do

casamento, motivo pelo qual muitas vezes a mulher não se preocupa em evitar a gravidez de imediato.

Percebe-se que as mulheres (15) tiveram o início da vida sexual ainda na adolescência. Essa vivência precoce teve várias conseqüências, entre as quais estão, principalmente, a união matrimonial ou a união consensual estável, e também o início da vida reprodutiva, sem o planejamento das gravidezes, com intervalo inter gestacional bastante curto. Além disso, pôde-se observar que a perda da virgindade significou várias mudanças em suas vidas, entre as quais o tornar-se mulher, e independente dos pais, porém dependente do parceiro, com as responsabilidades de esposa, de dona de casa, de mãe, impostas pela sociedade. No entanto, também houve situações de abandono do parceiro, diante da gravidez, obrigando-as a assumir toda a responsabilidade sozinha.

Há uma tendência para a diminuição na idade da primeira relação sexual entre os adolescentes. Cerca de 26% das adolescentes na idade de 15 a 24 anos já tiveram uma gestação, destas 40% foram indesejadas. A idade média da primeira relação é de 16,9 anos para as mulheres e 15 anos para os homens, sendo que essa iniciação sexual precoce acontece desprotegida de métodos contraceptivos (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada pelo Ministério da Saúde em 2006, as mulheres estão começando a vida sexual cada vez mais cedo. Até os 15 anos as adolescentes já haviam tido relações sexuais, valor que corresponde ao triplo ocorrido em 1996. No entanto, 66% das adolescentes entre 15 e 19 anos já haviam usado algum método contraceptivo, sendo que os mais utilizados foram o preservativo (33%), a pílula (27%) e o injetável (5%) (BRASIL, 2006).

Segundo Villela e Doreto (2006), quanto menor a renda e a escolaridade, mais precoce será o início da vida sexual e, em decorrência disso, vem logo a gravidez, portanto a escolaridade e a renda familiar interferem na fecundidade. Isso significa que as jovens de maior poder aquisitivo dispõem de mais oportunidades na vida, além da maternidade, têm mais acesso aos métodos contraceptivos e tendem a retardar o início da vida reprodutiva. Enquanto que, para as jovens de classe social desfavorecida e menos escolarizada, a gravidez talvez não seja um problema e sim

uma solução, uma forma de adquirir identidade e função social, para essas jovens existe um ciclo vicioso entre pobreza e exclusão.

Os mesmos autores afirmam que o resultado do início precoce da vida sexual é também uma vida reprodutiva precoce. Como suas avós e bisavós, há o sentimento de que estão deixando de aproveitar as oportunidades que o mundo lhes oferece em relação à escolarização e ao trabalho, como também o parceiro jovem deve parar de estudar para trabalhar e sustentar a família (VILLELA; DORETO, 2006).

Por vezes, a gravidez precoce é indesejada, e freqüentemente reproduzida pelas filhas, visto que a maioria das mães adolescentes também teve sua primeira gravidez ainda nessa fase, demonstrando que as “normas e modos de vida são compartilhados, transmitidos e apreendidos por pessoas pertencentes a uma determinada cultura”. Além disso, persiste o tabu sobre sexualidade na família, evidenciado pela falta de diálogo entre pais e filhos e o mito de que não há risco de engravidar na primeira relação sexual, o qual as torna mais susceptíveis à gravidez precoce (SOUSA, FERNANDES, BARROSO, 2006).

Em pesquisa realizada por Borges (2007) na cidade de São Paulo, os motivos que levaram as adolescentes a iniciarem a vida sexual foram a pressão e atração pelo parceiro, curiosidade, a necessidade de perder a virgindade.

A falta de diálogo dos pais com os filhos sobre vida sexual ainda é um tabu, pois os pais pensam que conversar sobre o assunto incentivará a prática precoce, principalmente com as meninas, entretanto, ocorre o contrário. Nesse estudo, fica claro a presença de um ciclo vicioso bem mais amplo, pois nele pode ser incorporado também, além da baixa escolaridade e da pobreza dos sujeitos, o início da vida reprodutiva, sem proteção da concepção e das DSTs, resultando na gravidez indesejada, com o abandono do parceiro e a prática do aborto provocado. Contexto que, certamente, trará implicações para o exercício do direito à cidadania.

As depoentes 01, 02, 15 relataram que as primeiras relações sexuais ocorreram de forma desprotegida, ou seja, que estas adolescentes não se preocuparam com a questão da contracepção e nem com a prevenção das DSTs.

A depoente 01 só utilizou o preservativo uma vez nas primeiras relações sexuais, enquanto que a depoente 15 nunca utilizou nenhum método contraceptivo

para prevenir a gravidez alegando que sua mãe não conversava sobre esses assuntos, no entanto já havia adquirido esses conhecimentos na escola. Mesmo assim planejou a gravidez para que seu namoro, antes proibido, fosse aceito por sua família.

A sociedade que está em crescente transformação de valores e padrões culturais, obriga-se a conviver com a realidade de uma iniciação sexual sempre mais precoce entre jovens, ao lado das doenças sexualmente transmissíveis, em especial a AIDS. Motivo de maiores preocupações para os profissionais, professores e pais, em decorrência do despreparo desses adolescentes para assumirem uma vida sexual (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000).

De acordo com análise feita por Vaitsman (2003), entre os jovens, não prevalece o acordo prévio em relação às práticas contraceptivas, mas sim diferentes tipos de motivações, como a confiança, o vínculo amoroso, a oportunidade, a curiosidade e o desejo de engravidar das adolescentes, razão pela qual não se utilizem métodos preventivos.

Numa avaliação realizada nos municípios brasileiros sobre a disponibilidade de métodos anticoncepcionais, observou-se a grande necessidade dos adolescentes em conhecer e utilizar métodos contraceptivos e a precária organização do atendimento em planejamento familiar para esse grupo. Como também se comprovou o impasse vivenciado pelos profissionais de saúde com relação à autonomia dos adolescentes assumirem de seu atendimento e tomar a decisão sobre o uso dos métodos (OSIS *et al*, 2006).

A experiência sexual está articulada com condições sociais, em virtude do nível de instrução materna e o nível de renda familiar apresentar forte impacto na idade de iniciação sexual. Isso significa que as mulheres de classe social mais desfavorecida iniciam a vida sexual precocemente, provocando um impacto na sua saúde sexual e reprodutiva, não apenas pela sua reduzida capacidade de negociação do uso da camisinha masculina, mas pelo difícil acesso aos métodos contraceptivos (BORGES, 2007).

No referido estudo, identificou-se também a presença das relações de gênero no contexto da iniciação sexual, comprovada pelo estímulo e pela difusão de um padrão de comportamento sexual influenciado pelas amigas que também

estão submetidas às regras sociais estabelecidas para moldar as condutas sexuais, na qual à mulher cabe o papel de controlar seus desejos e ceder ao encontrar aquela pessoa com a qual mantém um vínculo afetivo-amoroso. As relações de gênero são “fundamentais na condução das escolhas reprodutivas de adolescentes, principalmente na primeira relação sexual” (BORGES, 2007, p.601).

Baseando-se nos relatos, percebe-se que as ações educativas individuais e coletivas realizadas hoje, não conseguem atingir os resultados esperados. Contudo, a família, a escola e os serviços de saúde exercem papel preponderante e precisam integrar-se para promover uma educação sexual saudável e responsável para os adolescentes, período de extrema vulnerabilidade. Dessa forma, deve-se repensar em novas abordagens e estratégias mais eficazes para esse grupo. Contudo, até hoje as ações educativas “corretas” individuais e coletivas não acontecem.

4.2.2 A experiência na Anticoncepção

Nesta categoria, as mulheres descreveram a sua vivência na contracepção, ao relatarem os métodos contraceptivos utilizados na sua vida sexual e reprodutiva. O método mais citado por elas foi a laqueadura tubária, embora seja considerado irreversível, foi o método preferido, seguido dos anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis e, por último, a camisinha, demonstrando que a assistência à contracepção continua limitada a esses métodos. Para melhor compreensão esta categoria será apresentada em três subcategorias, a saber: a) Laqueadura tubária como método contraceptivo preferido, b) Os anticoncepcionais hormonais, c) O preservativo masculino.

a) Laqueadura tubária como método contraceptivo preferido

Nesta subcategoria as mulheres expressaram os diversos motivos que as fizeram optar por um método irreversível. Das dezoito mulheres, quinze delas se submeteram a laqueadura tubária e as demais relataram o desejo de fazê-lo, e assim se manifestaram:

Nunca tomei comprimido, antigamente era mais difícil, não tinha comprimido nos postos de saúde pra dar, a gente tinha que comprar e eu não trabalhava e nem ele me dava dinheiro. Não é como agora que todos os meses a pessoa vai pegar nos postos, nem se compara com a nossa época. Aí dessa última gravidez foi que eu tive muito problema, aí foi que eu resolvi fazer a ligação, mas se eu não tivesse feito a ligação, tava bem com 10 filhos, era de ano em ano (Dep.05).

Eu parei de tomar o remédio porque apareceu um problema em mim, uma dor no estômago, no pé da barriga, eu tomava a pílula, aí o médico, onde eu me consultei lá no centro disse que eu tinha que parar de tomar, porque tinha muita massa no meu útero, aí ele suspendeu e disse pra mim usar preservativo. Aí fiquei usando camisinha, agora eu estou usando, mas eu também vou ter que tomar remédio, porque esses preservativos são muito frágil, aí eu não posso confiar só nele, enquanto eu não faço a ligação. Enquanto a minha ligação não sai, tenho que me prevenir, igual à doutora me disse, porque eu não sei se vai dar certo mesmo a ligação. Tava marcada, quando passou 15 dias depois que eu tive essa aqui, aí quando foi na hora de fazer a ligação, ela disse que não tinha condição de fazer a cirurgia, porque não tinha anestesista, aí eu fiquei com tanta raiva. Uma mulher conhecida minha ficou de arrumar uma ligação pra mim lá na maternidade, lá é mais fácil. (Dep.07).

[...] quando eu tava fazendo pré-natal eu sempre dizia pro doutor que queria ligar, não porque eu não queria, mas porque eu não tinha condição financeira de ter mais de 2 filhos. Eu sei que Deus dá um jeito, mas a gente vê as coisas, a gente não pode dar coisa boa pra eles. Aí o doutor disse pra não me preocupar. Aí quando foi pra mim ter, ele mandou um bilhete e o doutor que tava no dia me ligou. Tá com 5 anos, dizendo a enfermeira que eles me ligaram (Dep.08).

(...) aí eu contei minha situação pro médico e pedi pra ele me ligar, ele perguntou 2 vezes se eu queria ligar mesmo. E quando eu tive meu menino, foi lá na maternidade, aí o médico disse que pra mim que quando fizesse 40 dias pra mim voltar pra ligar. Aí eu voltei e ele me ligou, eu achei bom ter me ligado, porque a gente tem 1 filho, tem 2 filhos e a gente passa por muita dificuldade, é muito problema. Eu preferi ligar, porque eu não sou uma pessoa sadia, eu já tinha esse problema de anemia, e eu também não dou pra tomar remédio, porque eu me esqueço. Até quando me consulto, eu não tomo os remédios direito porque eu esqueço (Dep. 13).

Aí do menino eu já queria engravidar dele, agora depois desse menino eu não quero mais outro não, eu ia até no posto pegar o anticoncepcional, mas eu queria mesmo era ligar. Mas o médico disse que não podia me ligar, porque eu só tinha 20 anos, ele disse que o que podia fazer é colocar um DIU pra eu não engravidar, pra quando eu chegar à idade de ligar, eu ligar. Eu também não quero ficar tomando remédio até a idade de ligar. O preservativo eu gosto de usar, já o meu marido não gosta de usar, ele disse que acha

incomoda muito ele, pra mim não tem problema, agora o remédio ele disse pra eu tomar, mas eu não gosto (Dep.15).

As depoentes 05, 08, 13 relataram ter realizado a esterilização feminina por causa da ausência de métodos disponíveis nos Centros de Saúde, a falta de recursos financeiros e dificuldades econômicas para adquirir os métodos, como também para o sustento dos filhos, por problemas de saúde e esquecimento no uso da pílula. No caso da depoente 07, esta tentou realizar a laqueadura, mas não deu certo por ausência de anestesista no dia da cirurgia. Já a depoente expressa o desejo de fazê-la, porém ela não atende ao critério da idade estabelecida pela lei da esterilização voluntária.

Os principais motivos que as fizeram optar por um método irreversível, de acordo com as falas destacou-se diversos, entre os quais está a falta de acesso aos serviços públicos de saúde, a falta de condições econômicas, os problemas de saúde, os efeitos colaterais e o uso incorreto dos métodos contraceptivos hormonais, falta de confiabilidade no preservativo como método contraceptivo, como também a submissão da mulher ao parceiro que se recusa a usar a camisinha e, além disso, têm-se o processo de medicalização do corpo feminino. Por todas essas razões, elas só conseguiram controlar sua fecundidade através da laqueadura tubária. Observam-se mais uma vez que os profissionais de saúde incentivam essa prática.

Embora a preferência pela laqueadura se verifique em todas as regiões do país, é mais freqüente nas áreas urbanas e entre as mulheres menos escolarizadas. A grande maioria das mulheres que escolheu ser esterilizadas, 80% delas estão satisfeitas e muitas se referem à maior liberdade sexual como um efeito positivo da decisão. Mas também existe arrependimento, quando são muito jovens e quando há mudança de parceiro. Há também outros fatores que explicam essa preferência como, por exemplo, as condições financeiras e de saúde, a insatisfação com outros métodos e a falta de colaboração dos parceiros na contracepção (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Os motivos que levam as mulheres a optarem pela laqueadura incluem não querer ter mais filhos, não poder ter mais filhos, não ter condições de criar mais

filhos ou já ter alcançado o número ideal de filhos. Entretanto, as mulheres laqueadas têm um maior número de filhos do que as usuárias de métodos reversíveis, o que sugere que, quando chegam a optar, ou conseguem ter acesso à laqueadura, já tiveram mais filhos do que realmente desejavam. Isso representa a consequência direta de uma demanda insatisfeita de anticoncepção (CARVALHO *et al*, 2004).

A maioria dos candidatos à esterilização são casais estáveis, de baixa renda e escolaridade, que apresenta como motivos principais para encerrar a carreira reprodutiva, a satisfação com o número de filhos e problemas de saúde, e a maioria também já havia tentado limitar o número de filhos fazendo uso de métodos anticoncepcionais reversíveis (VIEIRA *et al*, 2005).

As dificuldades de acesso e de utilização de métodos contraceptivos vêm sendo supridas, principalmente nas regiões mais pobres, pela laqueadura tubária. Entre as causas dessa prática crescente está o processo de medicalização do corpo feminino, através do qual os médicos influenciaram esta opção para as mulheres de baixa renda, cujo contexto havia escassez nas opções contraceptivas (COSTA *et al*, 2006).

A prevalência da laqueadura no Brasil, entre mulheres unidas e na idade fértil, corresponde a 40%, porém varia, dependendo da região do país, dos índices de cesáreas, da classe social da mulher e de fatores econômicos. Nesta pesquisa realizada em São Paulo por Fernandes *et al* (2006) foram encontradas taxas de satisfação com a esterilização feminina realizada no intra-parto e no intervalo de 82% e 80%, respectivamente. Sendo que dos procedimentos realizados no intra-parto, 76% foram realizados durante o parto cesáreo. Isso significa que a realização da laqueadura continua vinculada ao momento do parto no Brasil.

A partir desses dados, pôde-se inferir que a realização da laqueadura no momento do parto não significa, necessariamente, aumento das taxas de arrependimentos, pois esta sofre influência por outros fatores. (FERNANDES *et al*, 2006).

Há uma tendência de a primeira cesárea estar associada ao último parto, também cesárea, e este se associou à realização da laqueadura intra-parto. Há uma diminuição da idade na laqueadura e do intervalo entre o primeiro parto e a

laqueadura no grupo de mulheres que estão na idade reprodutiva. É difícil determinar o quanto a cesárea pode estar contribuindo para limitar a prole dos casais, já que existem fatores culturais e de transformação social que influenciaram as mulheres (FERNANDES *et al*, 2007).

A proibição da laqueadura intra-parto determinada na lei vigente do referido tema, trouxe um viés que tem sido maléfico para as mulheres, sob o ponto de vista de que a lei traz situações, que permitem este procedimento no momento do parto, como é o caso das cesáreas repetidas, que pode permitir o vício da implementação do parto cesáreo para permitir a esterilização (FERNANDES *et al*, 2007).

Mesmo após 1998, com a lei que regulamenta a esterilização, pouca coisa se alterou com relação às características do processo de obtenção e realização da esterilização voluntária, pois as mulheres continuam procurando serviços privados/convênios, não assistem à palestra, não participam das ações educativas nem passam por uma equipe multidisciplinar. Além disso, os resultados dessa pesquisa apontam a persistência das altas taxas de cesariana no momento da laqueadura, em torno de 80%, e de pagamento “por fora”, enfim houve pouca mudança na prática usual após a lei (CARVALHO *et al*, 2007).

b) Vivências no uso dos anticoncepcionais hormonais

Nesta subcategoria “vivência no uso dos contraceptivos hormonais” foi marcada pela presença de efeitos colaterais, falhas e tabus, eis os relatos:

Toda vez que eu usava anticoncepcional, eu tinha dor de estômago, sentia gosto de sangue na boca. Aí o doutor disse que eu não podia usar, aí eu passei pra outro tipo de anticoncepcional, aí foi a mesma coisa. Aí o médico disse pra mim tentar a injeção, aí eu tomei a injeção 3 anos, aí teve uma vez, que eu tomei depois do dia que era pra tomar. Aí quando eu fui tomar a segunda dose eu já tava grávida do segundo filho. Aí eu decidi fazer a ligadura (Dep.01).

[...] da segunda menina pra terceira eu tomei remédio, eu passei 1 ano e pouco sem engravidar, tomei injeção, tomei comprimido, mas sentia muita dor de cabeça, sentia dor no pé da barriga, uma coisa ruim. Aí eu parei, não tomei mais, aí engravidei. Aí foi quando eu

liguei, a doutora disse que ia ligar, que eu só podia ter 3 filhos de parto cesáreo, ela explicou tudo e eu disse que queria (Dep.03).

[...] eu engordei muito com o anticoncepcional, engordei demais, eu já tinha tendência pra engordar. Aí quando eu comecei tomar certo, fiquei gorda demais. Aí eu também mudava de anticoncepcional. Aí depois que eu liguei, meu corpo voltou a ficar como tá agora. Da 2ª menina eu tomei aquela injeção, aí meu corpo não aceitou, a injeção saiu no meu corpo, aí o médico disse que era a injeção. Aí liguei pra ficar livre dos remédios (Dep.06).

[...]eu parei de tomar o remédio porque apareceu um problema em mim, uma dor no estômago, dor no pé da barriga, eu tomava a pílula... Aí o médico, onde eu me consultei lá no centro disse que eu tinha que parar de tomar, porque tinha muita massa no meu útero. Aí ele suspendeu e disse pra mim usar preservativo (Dep.07).

Quando eu casei eu tomei remédio 7 meses, aí não me sentia bem, dava aquela vontade de vomitar, dor de cabeça, não me dava bem com o remédio. Aí eu deixei de tomar [...] (Dep.08).

No começo eu me prevenia com remédio, só que eu não me dava bem com o remédio. Quando eu comecei a tomar esses comprimidos, do 1º para a 2ª menina, eu sentia mal-estar, sentia sono, vômito, parecia que eu tava até gestante de novo, eu não me sentia bem, me sentia fraca, aí eu deixei de tomar, porque achava que não me fazia bem mesmo, foi aí que eu engraidei da menina logo. E depois da terceira, eu fiz a ligação, a minha prima era auxiliar de enfermagem, eu pedi pra ela, aí ela me ajudou, falou com o médico que ela trabalhava, aí ele fez minha ligadura. Achei ótimo, não me arrependo (Dep.09).

Observou-se nos depoimentos 01, 03, 06, 08 e 09 a presença de diversos efeitos colaterais causados pelos contraceptivos hormonais orais e injetáveis tais como: “dor de cabeça”, “dor no estômago”, “dor no pé da barriga”, náuseas, o ganho de peso, mal-estar, sonolência e fraqueza.

Conforme os relatos percebem-se o precário acompanhamento clínico das mulheres que usam esse tipo de método pelos serviços de saúde. Os profissionais necessitam de uma melhor capacitação acerca dos métodos reversíveis, que saibam lidar com as queixas das clientes. Em decorrência dos efeitos colaterais dos métodos hormonais, houve abandono e descontinuidade no uso destes métodos,

como também ocasionando falha, induzindo essas mulheres a optarem pelo método irreversível- laqueadura tubária, para ficar livre desse tipo de método contraceptivo.

Cabe, portanto aos profissionais de saúde realizarem uma boa orientação sobre o uso correto, as vantagens e desvantagens dos métodos reversíveis para a mulher ou o casal, no sentido de esclarecê-los, ouvi-los e investigá-los o que realmente ocorre no seu corpo e em sua mente. Como também seria de suma importância, que os gestores dos recursos públicos e coordenadores desses programas, disponibilizassem uma ampla variedade métodos contraceptivos de qualidade e modernos existentes no mercado,

Os autores a seguir enfatizam o que foi observado nos relatos, refere-se quanto à falta de informação adequada ao uso dos métodos, bem como os efeitos colaterais apresentados, o que não difere do que foi relatado pelas mulheres neste estudo.

Nesse sentido, a falta de informação adequada afeta não só a escolha de métodos, mas o acompanhamento clínico como os efeitos colaterais mais freqüentes durante o uso do método e de como agir quando eles ocorrem. É que algumas mulheres interrompem o uso de um método anticoncepcional simplesmente por não saber o que fazer diante de algum efeito secundário ou outra intercorrência como, por exemplo, um pequeno sangramento, ausência da menstruação, esquecimento (DÍAZ; DÍAZ,1999).

Estudos realizados nos Estados Unidos revelaram que os efeitos colaterais provocaram a interrupção do uso da pílula mais do que qualquer outro fator, as usuárias da pílula com expectativas realistas têm maior probabilidade de saber controlar os efeitos colaterais e, por isso, de continuar a usar a pílula. Em geral, as taxas de continuação do uso de pílulas, bem como dos injetáveis e preservativos – são mais baixas do que as do DIU e dos implantes. É muito fácil uma usuária parar de usar a pílula, os injetáveis ou preservativos por conta própria. As mulheres que fazem uso num curto período têm maior probabilidade de interromper o uso, devido a efeitos colaterais, tais como: enjôo, sangramento inesperado, surgimento de manchas, aumento de peso e hipersensibilidade nas mamas (POPULATION REPORTS, 2000).

A regularidade ou irregularidade com que as mulheres tomam a pílula pode afetar a incidência dos efeitos colaterais. Quando se deixa de tomar uma ou mais pílulas, ou quando é tomada com atraso, isso pode aumentar a ocorrência de enjoos, vômitos, dentre outros. O uso irregular pode criar uma seqüência indesejada de eventos (POPULATION REPORTS, 2000).

As mulheres que recebem uma boa orientação têm menor probabilidade de parar de usar a pílula. Estudos mostram que muitas clientes usuárias da pílula sabem muito pouco sobre a possibilidade de ocorrência de efeitos colaterais e como lidar com eles. O acompanhamento das clientes, para saber se continua a usar a pílula corretamente, é fundamental para uma boa orientação (POPULATION REPORTS, 2000).

As percentagens de efeitos colaterais como motivo da interrupção da pílula, DIU e hormonais injetáveis são bastante elevadas, que também corrobora com a hipótese de uso inadequado (VIEIRA, 2003).

Um estudo realizado em São Paulo com mulheres esterilizadas revelou que as principais motivações para rejeição da pílula estavam relacionadas à sua baixa inocuidade e que os efeitos colaterais citados na pesquisa adquiriram importância para as mulheres, a partir do impacto negativo em sua qualidade de vida (CARVALHO, SCHOR, 2005).

Vale ressaltar que os problemas identificados como falta de informação e acompanhamento clínico, efeitos colaterais são os mesmos encontrados há dez anos e em outras regiões do país, conforme Diaz e Diaz (1999) e os outros autores.

Ressalta-se também nesta subcategoria, a presença de falhas com relação aos contraceptivos hormonais, cinco mulheres descrevem os motivos, e assim se expressaram:

Eu tava tomando remédio – a pílula anticoncepcional – aí o remédio não fez efeito, foi quando eu engravidei do terceiro. Aí do terceiro pro quarto eu tava tomando remédio, aí não tava bom, porque minha menstruação atrasava. Aí eu fui ao médico e ele disse que era o remédio que era fraco, tomei a pílula, depois de 1 ano eu engravidei. Depois que esse último nasceu, aí eu liguei dele com 20 anos. (Dep.02)

[...] aí quando eu tava dando de mamar, tomava remédio pra não engravidar, não sei se é porque eu tomava errado ou se esquecia, aí

eu engravidei de novo. Não foi uma coisa esperada, eu não sabia que tava grávida, já tava com 2 meses, aí ele disse que as coisas não tava fácil e eu fui engravidar, eu não sei o que foi que aconteceu, porque eu tava tomando o remédio.(Dep.07)

[...] eu não queria tomar comprimido, eu queria injeção, porque eu sou muito esquecida, tenho dificuldade pra eu lembrar das coisas [...]. A única vez que eu tomei, foi quando eu tava dando de mamar, foi o comprimido, que enquanto a menina tivesse amamentando fazia efeito, mais quando ela começasse a comer não tinha mais efeito. Aí ela começou a tomar sopinha, aí eu tava tomando o comprimido, mas não tava mais adiantando mais nada, do jeito que o médico falou, aí eu acabei engravidando. Eu comprei um teste na farmácia e deu positivo. (Dep.12)

[...] Eu também não dou pra tomar remédio, porque eu me esqueço, até quando me consulto, eu não tomo os remédios direito, porque eu esqueço (Dep. 13).

[...] aí logo depois do aborto eu parei de tomar e engravidei do menino. Eu tomava o comprimido, mas eu sempre esquecia, eu sou muito esquecido passava de 2 dias sem tomar, aí eu não tinha relação. Eu acho melhor o injetável porque eu não me esqueço, eu não quero engravidar mais não, eu fico com medo agora. Já tenho um casal, por isso eu comecei a tomar o injetável... Eu também não quero ficar tomando remédio até a idade de ligar, porque é tempo demais. Eu acho que vou optar pelo DIU, mas o pessoal fala tanto coisa desse DIU que eu já fiquei foi com medo. (Dep.15)

Para a depoente 02, o motivo da falha do anticoncepcional hormonal oral era a ineficácia ao referir que o mesmo era fraco e não fez efeito, de acordo com a explicação dada a ela pelo profissional de saúde. Enquanto que, as demais entrevistadas 07, 12, 13 e 15 relataram como principal motivo da falha o esquecimento de tomar regularmente a medicação e que o anticoncepcional injetável seria uma alternativa para o problema e a outra solução seria a laqueadura. Porém, a depoente 12 enfatiza que o motivo da sua gravidez, também foi devido a falta de informação e acompanhamento correto do profissional de saúde, já que mesmo amamentado ela poderia fazer uso injetável trimestral.

Constata-se através das falas das mulheres que houve ineficácia do método em decorrência do esquecimento em tomar diariamente, portanto uso incorreto do referido método. Percebe-se nesses relatos que a falha do método não está

relacionada à ineficácia dos contraceptivos, mas ao uso correto que depende de uma boa orientação e de um acompanhamento clínico contínuo, no qual se faz necessário nos serviços públicos de saúde reprodutiva, o que evitaria inúmeras gravidezes indesejadas e o descrédito no método reversível. Por conseguinte os autores esclarecem a seguir, acerca das causas das falhas relativas aos métodos reversíveis.

A baixa qualidade dos serviços de saúde reprodutiva é evidenciada pela falta de livre escolha, e pela deficiência de informações fornecidas às usuárias, tendo em vista o elevado número de mulheres que engravidaram por que não utilizava o método corretamente. Também é freqüente as mulheres suspenderem o uso dos métodos, por causa dos efeitos secundários e ficarem grávidas antes de iniciar um novo método, pois não tinham sido devidamente orientadas e/ou não tinham facilidade de acesso. A falta de orientação também explica o alto número que, por usarem métodos de forma inadequada, apresentavam problemas ou efeitos secundários (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

A porcentagem de falhas de alguns anticoncepcionais, detectada por estudos populacionais, é muito maior que a taxa teórica de falhas, por exemplo, a taxa de falha da pílula é de 5% por ano contra uma taxa de falha teórica de 0,1%, essa taxa de falha dos anticoncepcionais orais é mais alta do que as observadas na Europa e nos Estados Unidos, o que faz sugerir que um grande número de mulheres está tomando as pílulas sem receber informações suficientes e adequadas (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

Quando as pílulas são ingeridas de forma correta e contínua, os anticoncepcionais orais são considerados um dos métodos mais eficazes que existem. Mas, na forma como vêm sendo usados, tornam-se menos eficazes na prevenção da gravidez. Com base nas estimativas do uso mundial da pílula em 2000, pelo menos dois milhões de mulheres engravidam em um ano, sem desejá-lo, por não tomarem corretamente a pílula. Em seu uso típico, a pílula é menos eficaz na prevenção da gravidez do que outros métodos reversíveis (POPULATION REPORTS, 2000).

Existe uma diferença entre as taxas de gravidez do uso perfeito e as taxas de gravidez de uso típico, isso indica que muitas mulheres não usam os

anticoncepcionais orais da forma mais eficaz possível. As taxas de gravidez do uso perfeito refletem somente as falhas técnicas inerentes de um método quando usado de forma perfeita – contínua e correta. Enquanto que as taxas de gravidez do uso típico refletem com que freqüência a gravidez ocorre da maneira como a população costuma usar (POPULATION REPORTS, 2000).

Giffin (2002) caracteriza o processo de regulação da fecundidade no Brasil como sendo um caso de “*modernidade perversa*”, enquanto a taxa nacional de uso e os métodos usados são modernos, a perversidade é conseqüência do fato de que as escolhas reprodutivas são altamente condicionadas pela pobreza e falta de cidadania. Desta forma, as condições de controle da fecundidade assim como as condições do parto são perversas.

A referida autora, ao fazer essa afirmação, referiu-se ao avanço técnico-científico que ocorreu na área da saúde reprodutiva, em específico, dos métodos contraceptivos, com surgimento de novos métodos modernos. Embora o custo seja elevado, trouxe para as mulheres a possibilidade de evitar os efeitos colaterais e solucionar problemas como o esquecimento, como por exemplo, os anticoncepcionais hormonais na apresentação de adesivos e anéis vaginais, que não passam pelo trato gastrointestinal (GIFFIN, 2002).

As mulheres de baixa renda apresentam acentuada dificuldade em relação ao uso adequado de métodos reversíveis, Vieira (2003) identificou que a esterilização cirúrgica em mulheres com idade menor estava associada a falhas no uso anterior de contraceptivos.

A continuidade do uso do método anticoncepcional escolhido está relacionada à satisfação das mulheres com o mesmo e à sua percepção quanto à suficiência das informações recebidas quando optaram por esse método (OSIS *et al*, 2004).

O anticoncepcional hormonal oral geralmente é escolhido por sua alta eficácia, porém pode potencializar o risco de uma gravidez indesejada, devido à descontinuidade em seu uso, provocada por efeitos colaterais. O conflito entre o medo de engravidar e a intolerância dos efeitos colaterais leva ao esquecimento de tomar a pílula (CARVALHO, SCHOR, 2005).

A insatisfação da usuária e o acesso restrito aos diferentes métodos contraceptivos podem resultar em elevada taxa de descontinuação dos métodos no Brasil, contribuindo assim para o aumento do número de mulheres com necessidades insatisfeitas por métodos anticoncepcionais, principalmente quando a descontinuação não resulta em uma troca imediata de métodos (TAVARES; TELLES, 2007).

É necessário que os programas voltados para essa área se esforcem para garantir a continuidade do uso dos métodos anticoncepcionais hormonais orais, com finalidade de reduzir as falhas, os efeitos colaterais e evitar dúvidas das usuárias, motivos estes que têm sido os principais causadores da interrupção desse método, levando à gravidez indesejada (BARDEN-O'FALLON; SPEIZER; WHITE, 2008).

Houve também relatos como os das depoentes 17 e 18 que afirmaram nunca ter utilizado pílulas anticoncepcionais, eis as falas:

Eu não tenho fé nesses remédios pra evitar gravidez, eu tenho mais fé nessas garrafadas pra inflamação. Eu queria ter logo os meninos pra ligar logo, eu queria só duas, mas Deus botou mais, foi o jeito aceitar, quando a mais nova tinha dois meses de nascida eu voltei pra ligar. Logo o povo diz que quem toma esses remédios anticoncepcionais faz é adoecer do ovário, do útero, aí tem que fazer raspagem do útero, minha irmã agora ela toma os anticoncepcionais, aí ficou grávida sem tá grávida, era um cisto, e também minha mãe teve um bocado de filho e nunca precisou tomar remédio (Dep.17).

Minha mãe sempre dizia pra nós, éramos 03 filhas, vocês nunca tome remédio pra não engravidar, tenha o que é de ter e ligue logo, minha irmã teve 03 filhos e a outra 04 filhos, nós somos todos ligadas, eu queria ter todos de uma vez, pra poder ligar, a minha mãe nunca deixou a gente tomar remédio pra não engravidar (Dep.18.)

As mulheres relataram que receberam influências de familiares para não utilizarem os anticoncepcionais hormonais, pois elas relataram que foram orientadas pela sua mãe a não usar os contraceptivos hormonais orais, ter logo todos os filhos que desejava e depois fazer laqueadura tubária e assim ela fez. Além disso, ter ouvido comentários negativos a respeito desse método de pessoas de seu convívio.

Nestes depoimentos podem-se observar duas situações em que ambas foram influenciadas por familiares a não utilizarem os anticoncepcionais hormonais

por descrédito e/ou falta de confiabilidade no referido método. Os efeitos colaterais e as falhas ocasionadas pelo uso incorreto é o reflexo da deficiência dos serviços de planejamento familiar e da falta de preparo e atuação dos profissionais de saúde, originou o descrédito e tabus em torno dos métodos reversíveis, legitimando a eficácia e a hegemonia da esterilização feminina.

Com relação aos mitos e tabus que surgiram neste estudo em torno dos métodos reversíveis, principalmente os hormonais, Vieira (2003) afirma que, embora o conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais esteja bastante disseminado, esse conhecimento é qualitativamente pobre entre as mulheres de baixa renda, o que facilita o uso inadequado, aumenta os índices de falhas, criando situações nas quais são construídos mitos sobre os anticoncepcionais.

As razões da escolha do método contraceptivo estão relacionadas aos valores e modos de vida das mulheres, na própria experiência, nos conselhos de amigas e familiares, ou em decorrência da imposição do parceiro, a escassez de informações e a disponibilização pelo serviço municipal de saúde (MOREIRA, ARAÚJO, 2004).

Um estudo realizado por Osis *et al* (2004), revelou que as principais influências no processo de decisão da escolha de um determinado método anticoncepcional foram de pessoas importantes para elas, sobretudo familiares, e que o papel dos profissionais de saúde foi bastante restrito. Em geral, parece que quando as mulheres chegam a um serviço de planejamento familiar, “trazem consigo conceitos e pré-conceitos sobre os métodos”, que para elas têm maior credibilidade do que as informações que receberão dos profissionais de saúde.

Praticamente todas as mulheres que chegaram ao serviço de planejamento familiar com um método já escolhido, e poucas mudaram de método, embora a maioria afirme que a ação educativa e a consulta influenciaram sua escolha. Assim pode-se interpretar que o conteúdo da ação educativa funcionou como uma espécie de legitimador daquilo que ela já tinha em mente (OSIS *et al*, 2004).

c) O uso Preservativo Masculino

Nesta subcategoria três mulheres referiram à presença de efeitos colaterais ao usarem o preservativo masculino, conforme os depoimentos a seguir:

Depois do 2º filho eu comecei a ir ao médico, aí o doutor passou anticoncepcional, eu tomei mais de 2 anos, aí depois ele passou o preservativo. Aí eu tive alergia e aí voltei a tomar anticoncepcional. Depois tomei injeção, aí eu parei de tomar, porque eu não tava ficando com ninguém. Aí foi quando apareceu o pai desse aqui, foi só uma vez que eu fiquei com ele. Não me preveni, nem imaginava, aí engravidei. Agora eu tô tomando anticoncepcional. A doutora disse que era pra mim voltar pra ligar (Dep. 04).

[...] eu quero ter mais um menino e depois ligar, porque eu também não me dou bem com camisinha, eu percebo que fico com mais inflamação, aparece aquelas “flores brancas” quando eu uso a camisinha. Quando é sem camisinha eu fico toda enxuta, a calcinha fica limpinha (Dep.10).

Eu não podia usar pílula, faltava morrer de dor estômago, eu tomei depois que eu tive a menina, mas não aguentei, era aqueles comprimidos que não atrapalha dar de mamar, mas pra mim não adiantou eu sentia gastura no estômago. Aí minha mãe disse pra deixar de tomar e usar a camisinha, mas eu não gostava não, feria, sei lá, eu não gostava daquilo não, nunca gostei. Acho que é por isso que não arranjo ninguém, porque eu não gosto e tenho medo de pegar doença. Eu fiz tabelinha, mas não adiantou se não tiver cuidado engravida logo, qualquer descuido (Dep.14).

As três depoentes 04, 10 e 14 referiram queixas quanto ao uso do preservativo masculino tais como: a presença de corrimentos vaginais do tipo “flores brancas”, alergias, inflamações e ferimentos.

As mulheres desinformadas ainda associam a inflamação ao uso da camisinha e não a presença de DSTs/HIV transmitida através da relação sexual desprotegida. Quando a mulher queixa-se de outras intercorrências e associa ao método utilizado, cabe uma investigação maior para saber se realmente tem relação o sintoma mencionado com o contraceptivo utilizado ou se a pessoa já está com um pré-conceito formado a respeito do método. Tudo isso tem a ver com a falta de informações corretas dadas pelo serviço de saúde, o que acaba por criar inverdades por parte da população menos esclarecida.

De acordo com as falas que seguem também ocorreram falhas no preservativo masculino, que fez com que as mulheres perdessem a confiança nesse método contraceptivo, como pode ser observado nos seguintes relatos:

[...] eu usei camisinha uma vez, graças a Deus eu nunca tive problema de inflamação, essas coisas. É porque toda mulher tem inflamação, mas eu nunca tive inflamação, eu nunca tive relação com outra pessoa só com ele. A única vez que a gente usou camisinha até rasgou, quando eu vou ao médico eu só recebo elogio, Mas eu não uso preservativo, nunca uso, [...] Aí eu decidi fazer a ligação, porque o médico disse que eu e o meu marido tínhamos um problema no sangue, aí perguntei se ele podia me ligar, aí ele me ligou, porque eu ainda não era casada, aí eu tinha medo de ficar com um horror de filho sozinha (Dep.01).

[...] aí o médico disse que eu tinha que parar de tomar, porque tinha muita massa no meu útero, aí ele suspendeu e disse pra eu usar preservativo. Aí fiquei usando camisinha, agora eu estou usando, eu confio no preservativo, porque ele evita muito mal, AIDS, essas coisas, mas eu também vou ter que tomar remédio, porque esses preservativos são muito frágeis, aí eu não posso confiar só nele. Enquanto eu não faço a ligação... (Dep.7).

A depoente 01 relata que ocorreu a ruptura do preservativo masculino na primeira e única vez que utilizou. No entanto pediu ao parceiro para utilizá-lo, mas se recusou, argumentando ser fiel, já a depoente 07 apesar de usá-lo, não confia na eficácia contraceptiva, considera-o frágil e planeja fazer uma laqueadura tubária.

No que se refere à camisinha, este foi citada como um método de uso esporádico, com falhas, não sendo utilizado como método contraceptivo de uso contínuo, mas para evitar doenças sexualmente transmissíveis. Porém, mais uma vez pode-se atribuir essas falhas e a falta de confiança na eficácia contraceptiva da camisinha, a pouca ou nenhuma informação com relação ao uso correto e seu devido armazenamento.

As constantes falhas dos métodos reversíveis, principalmente a camisinha e os anticoncepcionais hormonais, contribuem para perpetuar crenças sobre os diferentes métodos, de maneira que as mulheres têm desconfiança para usá-los, reforçando a idéia de que a ligadura de trompas é a melhor opção. Em geral as mulheres são induzidas a usar os métodos que os profissionais de saúde decidem e

escolhem para elas, sendo praticamente nulo o processo de escolha do seu método (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

Segundo Corrêa e Ávila (2003) até o ano 1985 a rede pública de saúde não oferecia métodos anticoncepcionais, a demanda por contracepção era atendida por instituição não governamental de planejamento familiar que prestava seus serviços numa perspectiva controlista, sem qualidade e sem informações necessárias. O acesso a esses métodos não cumpria os requisitos mínimos para o uso correto, portanto, seriam inevitáveis as falhas contraceptivas, os efeitos colaterais e problemas de acesso, situações essas que construíram entre as mulheres uma cultura de descrédito com relação aos métodos reversíveis e, no contexto em que o aborto é ilegal e arriscado, a laqueadura tornou-se o método preferido.

O receio de possíveis falhas do condom foi a segunda maior causa de rejeição. A falha, citada através do rompimento da camisinha, pode estar ligada à qualidade do produto ou à incorreção na técnica de colocação. A hipótese da técnica de colocação incorreta é mais plausível, visto que a técnica não é divulgada amplamente com clareza, por motivos moralistas (CARVALHO, SCHOR, 2005).

Os serviços de planejamento familiar estão dirigidos mais para o *“recrutamento dos clientes do que para o acompanhamento, determinando elevada descontinuidade no uso dos anticoncepcionais.”* Para garantir o retorno e acompanhamento do cliente, é necessário melhorar o acesso e reduzir o tempo de espera para o atendimento (MOURA; SILVA, 2006, p.154).

4.2.3 Vivências de Mulheres no Processo Abortivo

Das dezoito mulheres entrevistadas, oito vivenciaram a situação abortiva, sendo que duas provocaram o aborto, porém apenas uma conseguiu abortar, enquanto seis tiveram abortos espontâneos. Eis a seguir, os relatos 01 e 05 das mulheres que provocaram o aborto:

O meu 1º filho, eu não tava preparada pra ser mãe, assim que eu soube que estava grávida, eu fui ao médico, me consultei, tava com enjôo e ele disse que eu tava com 3 meses, meu marido não me apoiou, nós namorávamos quando eu falei pra ele que tava grávida,

ele pulou bem acolá, ficou com coisa, dizendo que a gente era muito novo, que a gente não podia ter esse filho agora, que tinha que curtir a vida. Aí eu fiquei com muito medo, pensei como vai ser a minha vida agora com essa criança, mas eu não pretendia perder meu filho de jeito nenhum, aí quando foi uma noite, ele chegou aqui com os remédios – o misoprostol- 04 comprimidos, aí ele disse olha tu injeta 02 e engole 02, aí eu disse pra ele que eu não ia tomar. Eu sabia que minha vida ia ser difícil, minha mãe ia me expulsar de casa, como ela me expulsou de casa, aí eu fiquei tão desesperada, eu não dormia, não conseguia fazer nada. A partir daquele momento eu não tive apoio de ninguém, principalmente dele. Aí ele chegou a dizer que a partir daquele momento a nossa vida ia acabar, ia se destruir. Aí eu fiquei tão desesperada que eu tomei pra mim morrer, peguei os 4 comprimidos e engoli, aí comecei a ter dor de barriga, aí dentro de segundo comecei a perder sangue. Ele chegou aqui eu estava perdendo sangue em cima da cama, aí fui pro Matadouro [refere-se ao serviço de saúde], aí o médico perguntou se eu tava grávida, eu disse pra ele que não tava, aí depois de muitas horas perdendo sangue, eu falei que tava grávida e tinha tomado remédio pra perder o menino, aí ele disse que tava no começo de infecção e que eu tinha que ir pra maternidade, aí eu fui. Quando eu cheguei lá o médico disse que eu tinha perdido e ia fazer curetagem... (Dep.01).

Só quando apareceu o último menino, me deu a doídice, tomei um remédio pra perder, porque me deram um remédio pra mim perder, era uma raiz. Mas não foi da minha vontade, acho que é por isso que eu não perdi, porque minha gravidez era muito sofridora... (Dep.05).

De acordo com os relatos, a depoente 01 não pretendia abortar, porém foi forçada, inicialmente a pedido do namorado que levou o medicamento *misoprostol* para ela, posteriormente levada pelo sentimento de medo e desespero causado por falta de apoio do namorado que ameaçou abandoná-la e da mãe, que a expulsou de casa.

No caso da depoente 05, ela também não pretendia abortar, pessoas próximas a ela lhe deram chá caseiro abortivo e justifica seu ato dizendo que suas gravidezes eram sofridas, pois quando seu marido bebia sofria violência física e psicológica.

Percebe-se que as mulheres provocaram o aborto diante de uma gravidez não planejada e indesejada, principalmente por falta de apoio do parceiro e da família, o que demonstra a forte influência das relações de gênero na prática do aborto provocado. Situação esta que tem levado muitas mulheres perderem suas vidas precocemente pela falta de informação e apoio familiar e social.

De acordo com os estudos realizados por Nery e Tyrrell (2002) entre as circunstâncias/fatores determinantes e decisivos, que induziram as mulheres a abortarem estão principalmente à dependência econômica e emocional da mulher, instabilidade conjugal, falta de apoio ou diálogo com a família, gravidez não desejada, falta de assumir a paternidade, impotência para decidir sobre suas próprias vidas, violência física e psicológica, dentre outros fatores.

A legislação brasileira que criminaliza o aborto imputa à mulher a responsabilidade individual pela decisão e oculta a desigualdade de poder no domínio da sexualidade e a falta de autonomia como determinantes da situação das mulheres que engravidam contra sua vontade, pois desconhecem o funcionamento do seu corpo, não têm poder de negociação em relação à sexualidade e não podem arcar psicológica e financeiramente com os custos da reprodução (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Moreira e Araújo (2004) enfatizam afirmando que a escolha do método contraceptivo é geralmente uma iniciativa feminina, sem o suporte adequado do Estado, as mulheres pobres se valem de iniciativas próprias para evitar a gravidez indesejada, arcando com o ônus financeiro e os danos para a própria saúde, recorrendo ao aborto ou adquirindo a pílula na farmácia, sem orientação adequada.

Entre as dezoito mulheres entrevistadas, seis delas relataram a vivência de um aborto espontâneo, de acordo com os relatos abaixo:

[...] o aborto que eu tive foi antes do 3° filho, 04 anos antes, eu namorava com um rapaz, eu tava com 01 mês e 10 dias que minha menstruação não veio, quando eu levei uma queda, eu fui limpar o banheiro e levei uma queda, senti uma dor no pé da barriga, na época eu usava camisinha, mas aí teve uma vez que eu não usei (Dep.04).

O meu aborto foi espontâneo, eu nem sabia que tava grávida. Um dia eu fui me consultar, eu senti uma dor de cólica, aí o médico passou a ultrassonografia pélvica, aí ele disse que eu tava grávida, minha menstruação nem tava atrasada e eu também tava tomando pílula também, aí eu fui fazer o pré-natal, tava com dois meses. Depois eu fui fazer uma excursão para Parnaíba, dentro do ônibus senti uma dor forte, aí eu fui pro hospital, o médico me examinou e disse que eu tava abortando, saiu tudo nem precisou fazer a curetagem (Dep.10).

(...) tive um aborto, porque meu marido tava bebendo, aí eu peguei e fui atrás dele com raiva, aí um carro freou em cima de mim. Eu acho que foi do susto e a raiva que fez eu perder, eu cheguei em casa sangrando, aí minha mãe me levou pro médico, mas quando chegou no hospital não tinha mais jeito não, tava dentro de 04 meses. Quando eu perdi, faltavam poucas semanas pra completar os 04 meses. Depois disso, eu criei um abscesso de pus nas trompas, acho que foi da sujeira que ficou da curetagem que eu fiz (Dep.14).

As causas do aborto espontâneo relatadas pelas Dep. 04 e 14 foram por acidente - uma queda no banheiro, susto e uma emoção forte como a raiva, provocada em uma briga com o parceiro, respectivamente. Já a depoente 10, referiu-se como causa uma viagem, o desconhecimento da gravidez e o uso incorreto da pílula.

Quando o relacionamento é conflituoso, muitas vezes ocasiona situações perigosas para a mulher como acidentes e até a violência doméstica, podendo causar um aborto espontâneo. Além disso, o aborto espontâneo causado pelo uso incorreto da pílula constitui também um reflexo da deficiência nos serviços de planejamento familiar que não realizam uma orientação e acompanhamento adequado as pacientes que usam a pílula.

Esses relatos vêm corroborar com estudos realizados por Nery *et al* (2006) acerca das causas do aborto espontâneo com mulheres internadas em uma maternidade pública em que revelaram os principais motivos, a saber: a gravidez, o susto, uso incorreto de anticoncepcional hormonal e não realização do pré-natal.

4.2.4 Direitos sexuais x Relações de gênero

Nesta categoria, identifica-se a influência das questões de gênero no exercício da sexualidade, pois o parceiro se recusa a utilizar a camisinha, transmitindo e deixando-as susceptíveis a adquirir doenças sexualmente transmissíveis. As depoentes 03, 12,13, 15 e 19 referiram não utilizar camisinha, embora tenham medo da transmissão de doenças e assim se expressaram:

Eu sempre faço exame, prevenção, graças a Deus eu nunca tive nada não, nunca usei camisinha, eu confio! É marido!, Não foi

preciso usar, minha relação sexual com ele é tudo normal, mas às vezes eu tenho medo de pegar doença, a gente vê muitos casos (Dep.03).

(...) disso eu já sabia tudo e assim com 17 anos eu tive minha primeira relação, passei 8 meses pra engravidar, só que eu nunca tinha usado nada, eu tinha os cuidados, eu tinha confiança no meu namorado, já namorava com ele há algum tempo (Dep.15).

Eu cheguei a usar preservativo, mas não me dei bem, aí o homem [refere-se ao marido] não queria. Até que quando ele era mais novo ele era danado, aí agora eu não preciso mais, ele já se arrimou em casa, ele não é mais de dar voltinhas, mas eu sei que é uma coisa muita boa [refere-se à camisinha] pra mim como pra ele, eu acho que a gente se acomoda, confia (Dep.19).

As depoentes 03, 15 e 19, justificam o não uso do preservativo, em virtude de terem cuidados com a saúde ao realizar exames preventivos e principalmente pela confiança no parceiro e por comodismo, por isso elas não acham que é necessário e nem tentam negociar com o parceiro o uso da camisinha.

Apesar do medo de adquirir as DSTs, as mulheres ainda se submetem ao desejo do marido em não usar a camisinha e realizam o exame de prevenção para diagnóstico das DSTs. Então, elas se acomodam e não negociam o uso do preservativo em virtude da confiança no parceiro e pelo fato do exame de prevenção não acusar doenças. Portanto, pode-se observar a forte influência das relações de gênero sobre saúde sexual das mulheres caracterizada pela subordinação da mulher ao homem.

Com relação a essas questões Díaz e Díaz (1999) enfatizam afirmando que a subordinação nas relações de gênero e a baixa autoestima põem a mulher numa condição de vulnerabilidade para adquirir doença sexualmente transmissível ou ter gravidez indesejada, ou para ter de aceitar o relacionamento sexual contra sua vontade.

Quando o casal já utiliza algum método contraceptivo, a proposta de adotar a camisinha poderia sugerir uma traição, gerar desconfiança e estranhamento. A proposta se torna incompatível com a confiança depositada na esposa, que permite que o sexo seja tranqüilo e perfeito. A introdução da camisinha poderia pôr em dúvida a fidelidade e confiança de ambos, sendo mais efetivo valorizar e enfatizar o

uso do preservativo nas relações sexuais fora do casamento do que impor dúvidas em relação à confiança da esposa, enquanto o uso da camisinha estiver fortemente associado à prevenção de doenças fora do casamento (SILVA, 2002).

No entanto, não se pode abandonar o estímulo do uso da camisinha também nas relações conjugais, porque o casamento não constitui um fator de proteção. No cenário desse estudo, sugere-se que a introdução do uso da camisinha no casamento seja feita primeiro pelo caminho da contracepção. Para valorizar o preservativo como contraceptivo é necessário envolver outros segmentos da sociedade como a mídia (SILVA, 2002).

As mulheres jovens sabem sobre a importância da camisinha na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez não planejada e quase todas sabiam onde a conseguir gratuitamente, porém poucos usam regularmente e as razões vão desde o desconforto até a confiança no parceiro e no vínculo amoroso. Para Vaitsman (2003) o uso ou não da camisinha é definido em função da percepção que se tem do parceiro, geralmente é utilizada nos relacionamentos ocasionais, pessoas de quem não se tem confiança. A mudança do perfil da epidemia do HIV, que atinge cada vez mais a população feminina, de modo particular, no grupo de mulheres jovens em plena idade reprodutiva, de baixa renda com relacionamento estável, demonstra maior vulnerabilidade e desigualdades sociais e de gênero.

Esse estudo vem corroborar com um outro realizado com adolescentes em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DSTs, que identificou os principais motivos para o não uso do preservativo em relacionamento com parceiro fixo, dentre os quais estão a confiança no companheiro e não gostar da camisinha. Com relação às mulheres, foi encontrado um percentual mais alto de respostas do tipo o parceiro não aceita, comparativamente aos homens: 12,8% e 4,9%, respectivamente para homens e mulheres (CRIEP; ARAÚJO; BATISTA, 2005).

No caso das depoentes 12, 13 e 16, elas já haviam tentado negociar com seus parceiros o uso da camisinha, mas eles se recusavam. Eis os depoimentos:

Eu pedia às vezes pra gente usar camisinha, mas ele não queria e eu deixava pra lá, mas eu falava pra ele [refere-se ao marido]: Cuidado pra tu não andar pela rua fazendo o que não presta e pegar

doença e depois passar pra mim, ele falava pra mim assim: tu acha que eu sou doido de ficar com outras por aí e passar doença pra ti. Eu sabia que às vezes ele me traia, mas eu tinha aquela confiança nele, sempre tive confiança nele, até quebrei minha cara, mas não sei explicar por que eu sinto essa confiança nele (Dep.12).

(...) depois que meu marido começou a trabalhar de coleta [refere-se a coleta de lixo], eu fiquei com problema de inflamação, eu já disse pra ele pra gente usar camisinha, mas ele não gosta, Ele disse: pra que isso [refere-se a camisinha], é com mulher de casa. Eu sempre falo pra ele que não é questão de gostar é porque faz bem pra mim e pra ti, porque evita passar doença, aí depois que ele arrumou esse serviço eu nunca soube mais o que é ficar boa de inflamação. Eu sempre faço exame de prevenção, uso aquele creme vaginal, já comprei aquelas garrafadas, já tive até uma melhora. Eu já disse pra ele que ele estava me adoecendo. Eu também sinto dor quando estou tendo relação, é uma queimadura, um ardor e o homem não quer entender a gente, aqui no posto de saúde eu não falo esse problema porque é ligeiro, não dá tempo pra gente falar o que sente (Dep.13).

Uma vez eu peguei doença, foi assim: a minha vagina tava apodrecendo, podre, eu não podia me encostar em ninguém que já sentia aquela caatinga. Aí eu fui pro médico, e ele me disse que eu peguei esquentamento, ele fez todos os exames em mim, completo. Ele disse que eu tive relação com uma pessoa doente, eu acho que foi dele aqui [marido]. Uma vez eu me levantei e minha saia tava amarela, podre, isso foi uma tristeza em mim, fiquei doidinha. O médico passou remédio pra mim comprar, porque no posto não tinha, eu gastei mais de 50 reais pra mim ficar boa. O médico explicou que ele [refere-se ao marido] tinha que tomar também, foi a primeira vez que eu peguei doença, eu tinha medo de pegar AIDS. Eu pedi pra ele [marido] pra usar camisinha, mas ele não quer de jeito nenhum, uma vez eu disse pra ele, ou a gente usa, ou a gente acaba por aqui mesmo, porque eu estava doente, hoje eu esto boa, só desses outros problemas (Dep.16).

A depoente 13 atribui a inflamação ao não uso da camisinha, o que está correto e demonstra ter conhecimento sobre os benefícios do método. No entanto, a inflamação pode ser também devido a presença de DSTs ou à falta de higiene do parceiro. Ela enfatiza a pouca atenção dada à clientela pelo serviço de saúde que não ouve e nem esclarece as dúvidas. Já a depoente 16, foi vítima de uma DST transmitida pelo marido, o que lhe causou muito sofrimento e constrangimento, no entanto mesmo assim ela continua se submetendo a vontade do marido em não usar o preservativo.

Nas falas das mulheres, observa-se claramente que as mulheres tentam negociar o uso do preservativo com seus companheiros, mas não conseguem, mesmo após ter adquirido doenças transmitidas sexualmente através do seu parceiro, e/ou sabendo do risco que correm de adquiri-las, uma vez que sabem que seus companheiros possuem outras parceiras sexuais. O poder do homem sobre a mulher prevalece pelo simples fato de o homem não gostar de usar. Por conseguinte é de extrema importância e necessário o empoderamento das mulheres para melhorar a sua qualidade de vida e de saúde.

As mulheres não têm tido conhecimento e controle sobre seu próprio corpo, nem poder de decisão em relação à sexualidade e à reprodução. Essa falta de poder da mulher de tomar decisão de dizer não a um ato sexual também se estende às decisões de usar ou não um método anticoncepcional, para escolher o tipo de método que deseja usar, e para decidir quando quer descontinuar o uso, da mesma maneira, as mulheres não têm poder para decidir ou exigir o uso da camisinha (DÍAZ; DÍAZ, 1999)

Um estudo realizado em São Paulo com mulheres esterilizadas encontrou resultados semelhantes, em 71% das mulheres entrevistadas, à rejeição a camisinha masculina estava relacionada à sua aceitabilidade, que na maioria dos casos, a rejeição era do homem, por simplesmente não gostar. Pôde-se observar no estudo a falta de poder de negociação da mulher, que prefere usar qualquer método, mesmo sofrendo efeitos colaterais, do que negociar com seu parceiro o uso do condom (CARVALHO, SCHOR, 2005).

Para a OMS (2006), a desvantagem econômica das mulheres em muitas sociedades leva a uma falta de poder de negociação sexual. A necessidade das mulheres de receber o sustento econômico por parte do marido – principalmente quando o casal tem filhos – pode fazer com que as mulheres continuem omissas sobre assuntos de sexo e fidelidade nas relações que conferem um certo grau de segurança econômica.

As normas presentes nas questões de gênero e o desequilíbrio de poder entre homens e mulheres, inerentes a nossa cultura, têm um impacto direto sobre o comportamento sexual e assim o risco de contrair DSTs. Essas normas podem desencorajar as mulheres de mostrar conhecimento e comunicar-se sobre sexo e

temas relacionados com seus parceiros e profissionais de saúde. O papel das relações de gênero e da sexualidade influencia as interações sexuais e a capacidade de homens e mulheres de adotar comportamentos seguros, portanto faz-se necessário aumentar o acesso das mulheres à informação, educação, habilidades, serviços e apoio social para reduzir sua vulnerabilidade das DSTs/AIDS e melhorar seus resultados em saúde reprodutiva (OMS, 2006).

Introduzir o uso do preservativo em uma cultura não é fácil, os encontros sexuais muitas vezes ocorrem entre pessoas que mantêm entre si uma relação erótica, mas também uma relação de poder mediada pelo gênero, pela classe social ou pela diferença de idade. Quem possui o poder tem mais chance de garantir o uso do preservativo, como também de não aceitar seu uso (VILLELA; DORETO, 2006).

É necessário entender e assumir que certos comportamentos, como a manutenção de relações extraconjugais, são fortemente determinados pela cultura que associa a camisinha apenas a relações extraconjugais (SILVA, 2002). E que as questões culturais estão por trás das desigualdades observadas entre homens e mulheres. Muitas culturas veem a variedade de parceiras sexuais como essencial para a natureza masculina, de forma que os homens vão inevitavelmente buscar múltiplas parceiras para sua liberação sexual. As evidências sugerem que pressões culturais em torno do gênero aumentam a vulnerabilidade dos homens às enfermidades e que as construções sociais de masculinidade e sexualidade podem acentuar comportamentos de riscos (UNFPA, 2008).

4.2.5 Violência Doméstica na Saúde Reprodutiva

Nesta categoria foi evidenciada a violência física, psicológica e sexual por seis das mulheres entrevistadas, as depoentes 01, 02, 05, 11, 16, 17, a seguir descrevem as diversas situações de violências sofridas:

[...] quando eu cheguei lá, [refere-se ao hospital] o médico disse que eu tinha perdido e ia fazer curetagem. Quando eu voltei pra casa com 8 dias, minha mãe me deu uma pisa, dessa pisa eu passei 5 dias com febre e frio, fiquei com problema de vista, de garganta, fiquei nervosa, aí o médico disse que foi a pisa que a minha mãe me deu, eu estando de resguardo. Depois de 6 meses eu engravidei do

meu primeiro filho, aí ele já me apoiou, disse que queria morar comigo, aí eu fui morar com ele. Aí ele ficou passando na minha cara que só tava comigo por causa do filho, se fosse por mim não tava morando junto, aí o tempo foi passando, eu sofri muito, eu agüentei muita coisa dele, humilhação da família dele, cheguei a me separar dele, aí eu voltei, mas passei 3 anos morando na casa da mãe dele, aí depois 3 anos separamos de novo, o problema era meu sogro e minha sogra... (Dep.01).

O fulano [marido] também é bom pra mim, me batia, mas nunca mais ele me bateu (Dep.02).

[...] nessa época meu marido bebia, quando ele chegava me botava fora de casa, eu saía de casa na chuva com meus filhos pra casa da mãe dele, ele cortava o punho da rede pra ninguém dormir, bêbado, por causa da cachaça, mas ele bom era ótima pessoa, às vezes me dava um empurrão, eu ainda com um barrigão, apesar de tanto sofrimento não perdi nenhum (Dep. 05).

Minha avó é que me criou, mas eu nunca casei e nem nunca morei junto com nenhum dos pais dos meus filhos. Era uma vida só de sofrimento, os pais deles nunca deram nada pra nenhum. Aí também ele era mala me batia, jogava pedra aqui em casa, minha avó ficava nervosa quando via ele, eu sofri muito (Dep.11).

[...] cheguei até a apanhar de um namorado meu, porque ele queria transar comigo menstruada, ele me pegou à força, é por isso que eu tenho esses problemas em mim. Às vezes aqui dentro de casa, eu fico agitada, brigo muito, fico perturbada da cabeça, mas foi só danação que eu fiz. Uma vez o meu marido me deu uma pancada tão feia, que toda vez que eu brigo com ele, eu passo mal, vou pro hospital, eu já sou até conhecida pelo médico. Uma vez eu peguei uma briga aqui que fiquei toda roxa, de baixo até em cima, mas era só de raiva. Outra vez esse aqui [marido] queria me dar uma mãozada, mas quando ele me deu a mãozada, eu fui pra cima dele com faca, fiquei me tremendo, fui pro hospital (Dep.16).

[...] depois que eu vim morar, já passei muita barreira, obstáculos, porque eu fui morar com ele, aí ele começou a arrumar mulher na rua, judiava muito de mim. Eu ia aos tapas, passava muita necessidade, logo eu morei com minha sogra... (Dep.17).

No depoimento 01, a mulher referiu ter sido agredida fisicamente pela sua mãe, que lhe deu uma pisa após a realização de uma curetagem resultante de um aborto provocado e ainda ter sofrido humilhação do companheiro e da família dele.

Os conflitos tendem a se acentuar quando mais de uma família dividem o mesmo espaço. Enquanto que, a depoente 05 foi colocada para fora de casa pelo companheiro e às vezes sofria empurrões do marido quando este estava embriagado. As depoentes 02 e 11 relatam que os seus companheiros lhe agredia fisicamente, porém elas não especificam como e em que parte do corpo sofreu a agressão. No caso da depoente 16 sofreu violência sexual de um ex-namorado e foi espancada mais de uma vez pelo companheiro atual. Já a depoente 17 sofreu agressões físicas por meio de tapas.

De acordo com os relatos as agressões físicas, psicológicas e sexuais sofridas pelas mulheres, emergiram sentimentos como o perdão e muito sofrimento, trauma em decorrência da tentativa de estupro, e co-morbidades que necessitaram de internação hospitalar. Associada à violência física estavam presentes outras situações como a infidelidade e dificuldades socioeconômicas. Apesar de tanto sofrimento causado pela violência doméstica e psicológica elas não tem coragem de denunciar e não se separam continuam a viver com os agressores.

Observou-se que muitas mulheres sofrem bastante com maus-tratos, seja por violência física, psicológica ou sexual, por algum motivo torpe ou sem motivo algum, pois nada justifica tais violências, mesmo assim algumas consideram que o companheiro é uma pessoa boa para elas e permanecem com os mesmos. Poucas tentam enfrentar a situação ocasionando conflitos que geram violência física, psicológica e separação do casal.

A violência no âmbito doméstico, seja física ou psicológica, por parte do marido ou companheiro, é uma realidade cada vez maior em nossa sociedade, tornando-se uma verdadeira rotina as notícias da ocorrência desse fato. Estudos mostram que as mulheres representam 66% das vítimas de agressões de parentes, sendo o agressor na maioria das vezes o companheiro (TOMASZEWSKI, 2004).

O crescente aumento da violência doméstica contra a mulher ultrapassa a frequência de outras formas de violência. Os motivos desse aumento podem estar relacionados à maior externalização da violência, até então considerada privada, ou com o aumento real. Tem como característica a cronicidade das agressões sofridas, pois as mulheres vítimas permanecem em média, um período superior a 10 anos com seus companheiros agressores (ROVINSKI, 2004).

A conjugalidade e a vida reprodutiva andam juntas, pois as mulheres em situação de violência possuíam mais anos de vida conjugal, tiveram um maior número de filhos e também de abortos. Significa que a violência de gênero pode repercutir na saúde reprodutiva, uma vez que o risco de aborto espontâneo é duas vezes maior e é quatro vezes maior o risco da criança nascer com baixo peso (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

Um estudo realizado em Porto Alegre (RS) apontou uma elevada prevalência de violência contra a mulher, e que essas situações não eram conhecidas pelos profissionais de saúde que atendem a essas mulheres. Encontrou uma prevalência de 86% de violência psicológica e 64% de violência física entre as mulheres sem instrução. Identificou também que há uma invisibilidade dos eventos violentos pelas próprias mulheres, que naturalizam, banalizam e relativizam as violências que sofrem, e não as percebem como tal (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

Deixa, portanto, marcas profundas na vida dessas mulheres e, embora a maioria não seja visível, conseqüências de fatores emocionais e traumas profundos, uma pequena, mas significativa parcela das marcas está fortemente estampada nos corpos dessas mulheres (PORTO; LUZ, 2007).

A violência doméstica tem, pelo menos, três características fundamentais: a hierarquia de gênero, a relação de afetividade ou conjugalidade entre as partes e a habitualidade da violência. A hierarquia de gênero implica em autoridade e poder de uma das partes- o homem e submissão e negação do outro – a mulher, as relações de afetividade ou conjugalidade constituídas em longo prazo caracterizam essa violência como privada, a habitualidade demonstra um padrão sistemático de violência e a ausência de uma proteção efetiva (CAMPOS, 2007).

Faz-se necessária, a reestruturação da família fundamentada em relações simétricas entre homens e mulheres, entre os pais e filhos, que possibilitem mudança dos comportamentos sociais. É preciso desconstruir as representações ancoradas no poder de um e submissão do outro, como meio de permitir a construção de relações familiares respeitadas e mais saudáveis (GOMES *et al*, 2007).

Na medida em que a violência de gênero é produzida no quadro de relações desiguais de gênero, a sua eliminação requer que se operem mudanças substantivas na hegemonia de gênero. Uma política pública nessa área supõe dar centralidade ao papel do estado, no envolvimento das áreas da educação, do trabalho, da saúde, da segurança pública, da cultura, dentre outros (ALMEIDA, 2007).

A violência doméstica repercute na saúde das mulheres e em sua qualidade de vida e está associada à depressão, ao suicídio, ao abuso de drogas e álcool, a queixas vagas como cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral que fazem as mulheres procurarem, com mais frequência, os serviços de saúde, porém a violência não é contabilizada nos diagnósticos realizados (ANDRADE; FONSECA, 2008).

Considerando a saúde reprodutiva, a violência doméstica está associada às dores pélvicas crônicas, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, doença inflamatória pélvica e gravidez indesejada. Os serviços básicos de saúde são importantes para a detecção da violência devido à sua proximidade e ampla cobertura e a assistência pré-natal pode funcionar como um espaço importante para sua identificação, para abordar a violência, estabelecendo vínculos com as mulheres e encorajando a notificação (ANDRADE; FONSECA, 2008).

No entanto, os serviços em geral, não apresentam condições técnicas e organizativas de atender a essa demanda de mulheres vítimas de violência doméstica, sendo que os próprios profissionais de saúde se sentem impotentes para lidar com um problema tão complexo e, em contrapartida, há uma dificuldade das mulheres em falar sobre sua vivência da violência (ANDRADE; FONSECA, 2008).

A violência relacionada ao gênero é perpetuada por meio de normas socioculturais, tradições e crenças, reforçando estruturas de poder dominadas pelos homens. Desde a infância, as mulheres aprendem que elas são inferiores aos homens e que, em geral, são responsáveis pela violência contra elas. Como esposas ou parceiras, é obrigação sua manter a família unida, a qualquer custo. Nessas circunstâncias, a violência doméstica se torna naturalizada e invisível (UNPA, 2008).

4.3 IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A partir das histórias de vida das mulheres deste estudo, emergiram diversas implicações para a assistência de enfermagem que a partir das propostas assistenciais elaboradas pela autora, em decorrência da riqueza dos relatos com certeza poderão subsidiar aos gestores, profissionais de saúde e outros no sentido de contribuir para melhoria da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, principalmente àquelas que vivem em um contexto socioeconômico desfavorável.

Tornar-se-á importante a elaboração de protocolos de atuação da(o) enfermeira(o) para aplicação dos programas de saúde sexual e reprodutiva, baseado nas leis e nas políticas, e para isso é preciso que os programas da atenção básica executados pela Estratégia Saúde da Família - ESF não sejam implantados de forma verticalizada, mas de maneira horizontal levando em consideração a prática e a vivência dos profissionais de saúde que estão atuando no serviço. E ainda a necessidade urgente de incluir nas políticas de atenção à saúde da mulher, aspectos relacionados à cidadania e direitos sexuais e reprodutivos.

Proporcionar a participação em eventos técnico-científicos multiprofissionais sobre saúde sexual e reprodutiva, a fim de capacitar e reciclar os profissionais de saúde, em especial, as enfermeiras e sua equipe em suas ações de educação em saúde inerente a ESF, realizem reuniões com as mulheres para que estas relatem suas experiências relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e aos serviços de saúde que elas utilizam.

Promover capacitação para os gestores, profissionais de saúde, professores de ensino médio e fundamental, os pais e adolescentes dentre outros, principalmente através de oficinas, orientações individuais e palestras em que sejam discutidos o modo de uso, os efeitos colaterais e as possíveis falhas dos métodos contraceptivos, a transmissão das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS, autocuidado durante a gestação e o puerpério, aleitamento materno e principalmente os seus direitos, como a lei Maria da Penha e deveres enquanto cidadã e usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), e quais quer temas sugeridos pela clientela.

Ampliar os conteúdos programáticos sobre saúde sexual e reprodutiva ou introduzir uma disciplina, utilizando a metodologia de oficinas, nos currículos da graduação em enfermagem e nos cursos da área de saúde e ainda no Curso de

Especialização em Enfermagem Obstétrica, e ainda no ensino fundamental e médio junto às adolescentes.

Incluir temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva em estudos e pesquisas, para criar núcleos e linhas de pesquisa sobre o tema e divulgar os resultados desses estudos como os direitos e deveres das usuárias do SUS, através da criação de sites na internet para socializar os estudos e proporcionar o empoderamento das mulheres, através do conhecimento, favorecendo da cidadania.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste trabalho emergiram ao longo das reflexões, leituras e releitura, assim como a análise realizada, valendo-se das entrevistas narrativas das histórias de vida referentes à saúde sexual e reprodutiva de dezoito mulheres que contribuíram com a riqueza de seus relatos, o que norteou a pesquisa e foi ao encontro ao objeto de estudo e seus objetivos.

As mulheres que vivem em um contexto socioeconômico e cultural caracterizado por baixa renda, dependência econômica do parceiro, subordinação nas relações de gênero, iniciam a vida sexual precocemente, ainda na adolescência, tornando-se mais vulneráveis no sentido de iniciarem precocemente da vida reprodutiva. Algumas vezes, já constitui um projeto de vida, porém quando isso não ocorre, traz conseqüências danosas como a gravidez indesejada e o aborto provocado e, por vezes, a morbi-mortalidade materna e perinatal. Esse início precoce da vida reprodutiva, no geral, não é planejado, porque o intervalo intergestacional é mínimo e, pelos relatos das histórias de vida, o número de filhos é bem maior do que desejavam antes de iniciar sua vida reprodutiva.

A vivência da sexualidade na adolescência é recheada de significados e marcada pelo início desse ciclo vicioso, como a perda da virgindade, a união com o parceiro, o início da vida reprodutiva, a intenção de serem independentes dos pais, a dependência emocional e econômica do companheiro, as responsabilidades de mãe e dona de casa, que as impedem de exercerem os seus direitos sexuais e reprodutivos e sua cidadania. Portanto, este estudo vem reafirmar a vulnerabilidade das jovens adolescentes e mostrar a importância de se utilizarem novas abordagens e estratégias baseadas na desconstrução da cultura machista, na igualdade de gênero e no empoderamento das mulheres e de se trabalhar em conjunto, para implementar a educação sexual ainda nas escolas de ensino fundamental, antes que as jovens abandonem seus estudos, o que infelizmente ainda é muito comum, como foi demonstrado na caracterização dos sujeitos desta pesquisa.

A experiência na contracepção é marcada pelo predomínio do método irreversível que é a laqueadura tubária e, em seguida, pela utilização do anticoncepcional hormonal oral, o injetável e, em menor proporção, o preservativo

masculino, o que deixa evidente a falta da participação, colaboração e responsabilidade do homem em relação à contracepção, em virtude da medicalização do corpo feminino, da deficiência dos serviços públicos de saúde sexual e reprodutiva e por influência das questões de gênero inerentes a nossa cultura. Os próprios profissionais de saúde ainda direta ou indiretamente incentivam a realização da esterilização feminina, mas nunca da vasectomia e o que é pior sem o devido esclarecimento quanto aos efeitos colaterais que podem surgir.

Em relação ao uso dos métodos reversíveis, os anticoncepcionais hormonais foram os mais usados e os que mais apresentaram efeitos colaterais como dores epigástricas, cefaléia, náuseas, ganho de peso e apresentaram falhas muitas vezes pelo uso incorreto e esquecimento, motivos que ocasionaram a falta de confiabilidade no método, o uso descontínuo e o abandono dos mesmos. Problemas que poderiam ser evitados, se essas mulheres recebessem uma boa orientação e tivessem um acompanhamento clínico, pelo profissional enfermeiro e médico, nos serviços de saúde reprodutiva. Como também o acesso e a disponibilidade dos profissionais em ouvi-los e orientá-los corretamente.

Quanto ao preservativo masculino, esse é pouco usado, em geral no início do relacionamento, apenas para prevenção de DSTs e não como método contraceptivo. Em virtude de poder apresentar efeitos colaterais tais como: corrimentos vaginais, alergias, inflamação; falhas como a sua ruptura e por simplesmente não gostar, foram às razões que fizeram com que as mulheres optassem pela esterilização. Muitos desses problemas apontados pelas mulheres poderiam ser evitados se os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, esclarecessem o uso correto e seu armazenamento.

Por diversos motivos tais como: o acesso limitado aos serviços públicos de saúde; a falta de condições sócioeconômicas; co-morbidades; os efeitos colaterais e o uso incorreto dos métodos contraceptivos hormonais; a falta de confiabilidade nos métodos reversíveis; a submissão da mulher ao parceiro, que se recusa a usar a camisinha e cultura da medicalização do corpo feminino, que se fortalece a cada dia, tornou a laqueadura tubária o método preferido das mulheres. De outra forma, não só a esterilização como a prática do aborto provocado constituem estratégias para controlar a sua fecundidade, a qual as mulheres não conseguem através dos métodos reversíveis.

Portanto, pode-se inferir que tanto os métodos reversíveis, quanto as orientações para uso correto dos mesmos, disponibilizados pela rede pública de atendimento à saúde reprodutiva da mulher, em especial a atenção básica, são de baixa qualidade e merecem uma substancial atenção dos gestores e profissionais de saúde. Para minimizar esses problemas, faz-se necessário investir em contraceptivos hormonais de baixa dosagem e modernos como os anéis vaginais e adesivos que evitam efeitos colaterais relacionados ao trato gastrointestinal, e preservativos mais resistentes e modernos, aliado a um acompanhamento clínico constante.

Os programas de atenção à mulher devem considerar o enfoque de gênero e priorizar um trabalho educativo que facilite a desconstrução e reconstrução de novos papéis que facilitem o empoderamento das mulheres e a participação ativa do homem, que leve a relações igualitárias entre homens e mulheres, que permitam a ambos o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

As mulheres laqueadas e que têm um relacionamento estável e afetivo com o seu parceiro estão mais vulneráveis a adquirir DSTs e o HIV, porque as relações de gênero baseadas na subordinação da mulher à vontade do parceiro e na confiança que elas têm neles, tornou-se um enorme empecilho para a utilização do preservativo e contribuindo para os conflitos e a violação dos direitos sexuais. A falta de poder na negociação sexual fica bastante evidente, que mesmo quando aquelas mulheres que já adquiriam DSTs e sabem da existência de relacionamentos extraconjugais dos seus companheiros, não conseguem instituir ou negociar o uso constante da camisinha.

A violência doméstica é outro grave problema na saúde sexual e reprodutiva, com predomínio de agressões físicas, psicológicas e morais praticadas principalmente pelos parceiros e familiares, causando-lhes muito sofrimento, traumas, em decorrência da tentativa de estupro, e co-morbidades psíquicas, que as fazem procurar os serviços de saúde. A violência física foi a mais citada por ser mais visível e associada a ela estavam presentes outras situações como a infidelidade pelo parceiro e dificuldades sócio-econômicas. A banalização e a naturalização da violência pela nossa cultura ficam bastante evidentes nos relatos em que, apesar dos maus-tratos elas consideram seus companheiros bons para elas, perdendo-

lhes e permanecendo com os mesmos. Poucas tentam enfrentar, ocasionando conflitos que geram mais violência física e separação.

A saúde sexual e reprodutiva que se almeja é extremamente difícil, em virtude de sua complexidade, pois esta é permeada e influenciada por fatores históricos, econômicos, políticos, sociais, educacionais, culturais e de relações de gênero. Por conseguinte, a atenção integral e o conceito de saúde reprodutiva, que significa incorporar a mulher em todo o seu ciclo vital e incluir os homens, permanecem no campo teórico e no discurso oficial, já que os serviços de saúde não conseguem sua efetivação.

Para a promoção da saúde reprodutiva, faz-se necessária a reestruturação da atenção básica através da Estratégia Saúde da Família, por estar mais próxima e acessível à população; a implantação e implementação do serviço de saúde reprodutiva na perspectiva de gênero e da integralidade e não dicotomizando o atendimento à mulher em programas, tais como pré-natal, prevenção, planejamento familiar, DSTs. Pois da forma como eles se encontram estruturado atualmente, está reforçando as relações de desigualdades entre os gêneros.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública** São Paulo, v.39, n.1, p.108-113, jan. 2005

ALVES, J. E. D. **As Políticas Populacionais e os Direitos Reprodutivos**: “O choque de civilizações versus Progressos Civilizatórios. 2007. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cairo10/cairo10alves21a48pdf.>> Acesso em: 12/09/2007.

_____. **As políticas Populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Texto para discussão, n. 21. Escola Nacional de Ciências Estatísticas & Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Rio de Janeiro, p.24-42, 2006.

ALVES, J. E. D.; CORRÊA, S. Demografia e Ideologia: Trajetos históricos e os desafios de do Cairo + 10. **Revista Brasileira de Estudos de População** Campinas, v.20, n. 2, p. 129-156, jul/dez. 2003

ALMEIDA, S. S. Essa violência *mal-dita*. In: ALMEIDA, S. S. (Org.) **Violência de gênero e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro –RJ: editora UFRJ, 2007, p. 23-31.

AQUINO, E. M. L.; ARAÚJO, T. V. B.; MARINHO, L. F. B. Padrões e Tendências em Saúde Reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica. In: GIFFEN, K.; COSTA, S. H. (Org.) **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1999, p.187-201.

ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira; 1998.

ANDRADE, C. de J. M.; FONSECA, R. M. G. S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.3, p.591-595, set. 2008

ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J (Org.) **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, Population Council, p.165-177, 1999.

BARDEN-O'FALLON J.L.; SPEIZER I. S.; WHITE J. S. Association between contraceptive discontinuation and pregnancy intentions in Guatemala. **Rev Panam Salud Publica** United States v. 23, n.6, p.410-417, Jun. 2008.

BARSTED, L. L. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, E (Org.). **Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, Editora UNICAMPI, p.17-72, 2003

BERTAUX, D. **Los relatos de vida: Perspectiva Etnosociológica**. Barcelona-Espanha: editora bellaterra, 2005.

BEARTAUX, D. L'approche biographique: as validité méthodologique, ses potentialities. **Cahiers Internationaux de sociologie**, v.69, 1980.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Informe Epidem SUS** Brasília-DF 1996; v.5, n 2, p. 1-70

_____. **Constituição Federal**, código civil, código de processo civil. CAHALI, Y. S. (Org.) 2ª ed. São Paulo: editora Revistas dos Tribunais, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília –DF, 2002.

_____. **Política de Atenção Integral à Saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004

_____. **Fecundidade e Intenções reprodutivas das mulheres**. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006a. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/>. Acesso em: 18 nov.2008.

_____. **Atividade Sexual e Anticoncepção**. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006b. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/>. Acesso em: 18 nov.2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, p.21-23, 2008.

BORGES, A. L. V. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.4, p.597-604, dez. 2007

BRIOSCHI, L. R.; TRIGO, M. H. B. Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. **Rev. Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 35, n.7, p.631-637, julho/ 1987.

CAMPOS, C. H. **Violência Doméstica e Direito Penal Crítico**. In: JONAS, E. *Violências Esculpidas: notas para reflexão, ação e políticas de gênero*. Goiânia: editora da Universidade Católica de Goiás, 2007

CARVALHO, L. E. C, et al. Esterilização cirúrgica voluntária na região metropolitana da Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.12, p.2906-2916, dez.2007

CARVALHO, M. L de O.; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos em mulheres esterilizadas. **Rev. Saúde Pública** São Paulo, v.39, n.5, p.788-794, out. 2005

CARVALHO, J. A. M.; BRITO F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Rev. Bras. Estud. Popul.** São Paulo, v 22, n.2, p.339-350, jul./dez. 2005

CARVALHO, L. E. C et al. Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1565- 1574, nov./dez 2004

CANO, M. A. T.; FERRIANI, M. G. C.; GOMES, R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v.8 n.2, p.18-24, abr. 2000

CRIEP, R. H.; ARAÚJO, C. L. F.; BATISTA, S. M. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um Centro de Testagem e aconselhamento em DST/AIDS no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [on line], Brasília, v. 14, n. 2, jun. 2005

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, p.164, 1995.

CRIZÓSTOMO, D. C. **Saúde Reprodutiva: as Relações de Gênero no Planejamento da Familiar**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina-PI, 2002.

COSTA, T et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface- comunic., Saúde, Educ.** Botucatu v.10, n.20, p.363-80, jul/dez 2006

CORRÊA, S.; ÁVILA M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E (Org.). **Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, Editora UNICAMPI, p.17-72, 2003.

CORRÊA, S; JANNUZZI, P de M; ALVES, J. E. D. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. **Projeto Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva – ABEP, IBGE**. Rio de Janeiro, setembro de 2003. Disponível em: <http://WWW.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf>. Acesso em: 02 jul.2007

CUNHA, A. C. R.; WANDERLEY, M. S.; GARRAFA, V. Fatores associado ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após a ligadura tubária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.230-234, maio. 2007

DÍAZ, M.; DÍAZ, J. Qualidade de atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva: Estratégias para mudanças. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J (Org.) **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, Population Council, p.209-232, 1999.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H, organizadoras. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 337-55.

FERNANDES, A. M dos S et al. Laqueadura Intraparto e de Intervalo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 52 n.5, p.76-81, set./out. 2006

FERNANDES, A. M dos S et al. Características relacionadas ao primeiro e último parto por cesárea. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 53 n.1, p.53-58, jan./fev. 2007

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**, 6.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

(UNFPA) FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD 1994)**. Resumo do Plano de Ação Nações Unidas, Nova York, 1995.

(UNFPA) FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório sobre a situação da população mundial 2008**: Construindo consenso: cultura, gênero e direitos humanos. Brasília, 2008.

GLAT, R. **Ser mãe e a vida continua**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Agir, 1994

GIL, A.C.; LICHT, R. H. G.; SANTOS, B. R. M. Porque fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Caderno de Saúde**, v.I, n 2; 2º semestre 2006, p.14. Disponível em: <http://www.imes.edu.br/revistasacademicas/caderno/caderno_sau02pdf> Acesso em: 12 abril. 2007

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, v.18, supl. p. 5103-5112, 2002

GLESIER A.; GULMEZOGLU A. M.; GEORGE P.; MORENO, C. G.; LOOK, PAUL F.A Van. Sexual and Reproductive Health – Sexual and reproductive health: a matter of life and death. **The Lancet**. v. 368, Novembro 1, 2006 pp.1595-1607. Disponível em: <<http://www.medicospelaescolha.pt/noda/44>> Acesso em: 12 set. 2007

GOMES, et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.4, p.504-508, out./dez. 2007

GOMES, N. P.; FREIRE, N. N. Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.58, n.2, p. 73-79, mar./abr.2005

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008 Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_vizualizada.php?id_noticia >. Acesso em: 02/10/2008

MACHADO, K.M de M.; LUDERMIR, A. B.; COSTA, A.M. Changes in family structure and regret following tubal sterilization. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro v.21, n.6, p.1768- 1777, nov./dez 2005

MANDÚ, E. N. T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil, século XX. **Rev. Latino-Am.Enfermagem** Ribeirão Preto, v.10, n 3, p.358-371, may/june 2002.

MANDÚ, E. N. T.; SANTOS N. C.; CORRÊA, A. C. P. Problemas e necessidades no campo da saúde reprodutiva. In: MANDÚ, E. N. T (Org.). **Saúde Reprodutiva: abordagens para o trabalho de enfermeiro (as) em atenção básica**. Cuiabá- MT: Ed-UFMT- FAPEMAT, p. 41-60, 2006.

MERIGHI, M. A. P.; PRAÇA, N. S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas**: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.p.5-15

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social**: teoria e criatividade. 18° ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2006.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem** São Paulo, v.19, n.2, p.150-156, abr./jun.2006

MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino ? **Psicol. Estud.** V.9, n.3, Maringá, p.389-398, set./dez.2004

NERY, I. S. **Planejamento Familiar: estudo sobre a atuação da enfermeira**. Dissertação de mestrado- Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ. Rio de Janeiro-RJ, 1980.

NERY, I. S.; TYRRELL, M. A. R. **O aborto provocado e a questão de gênero**: mulheres em evidências e as evidências das mulheres para as bases da assistência de enfermagem. Teresina: ADUFPI, p.32, 2002.

NERY, I. S et al. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro v.14, n.1, p.67-73, jan. 2006.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Resumo do relatório “SO WHAT?” uma análise**. Genebra - Suíça, 2006.

OSIS, M. J. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.14, supl.1, p.525- 532,1998.

OSIS, M. J. D et al. Fertility and reproductive history of sterilized and non-sterilized womem in Campinas, São Paulo – Brazil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1399-1404, set./out, 2003.

OSIS, M. J. D et al. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v.20, n.6, p. 1586-1594, nov./dez. 2004

OSIS, M. J. D et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.22, n.11, p.2481-2490, nov.2006

PORTO, J. R. R.; LUZ, A. M. H. **Violência contra a mulher**: expectativas de um acolhimento humanizado. In: JONAS, E. **Violências Esculpidas: notas para reflexão, ação e políticas de gênero**. Goiânia: editora da Universidade Católica de Goiás, 2007

POPULATION REPORTS. **Population information program**. Série A – nº 10 The Johns Hopkins School of Public Health, 111 Market place, suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA, 2000. Disponível em: < http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/journals/population/serial_n10/Serial_n10.pdf>. Acesso em: 2 out.2008

POUGY, L. G. Saúde e Violência de gênero. In: ALMEIDA, S. S. (Org.) **Violência de gênero e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro –RJ: editora UFRJ, 2007, p. 71-78

ROVINSKI, S. L. R. **Dano Psíquico em mulheres vítimas de violência**. Rio de Janeiro: Lumen, 2004

SANTOS, N. C.; CORREA, A. C. P.; SILVA, M. A. Atenção à saúde sexual e reprodutiva no âmbito da família: apontamentos para o trabalho de enfermagem. In: MANDÚ, E, N, T. (Org.). **Saúde Reprodutiva: abordagens para o trabalho de enfermeiro (as) em atenção básica**. Cuiabá- MT: Ed-UFMT- FAPEMAT, p. 95-104, 2006.

SEMPPLAN (Secretária de Planejamento). **Teresina em bairros**. Disponível em: http://www.teresina.pi.gov.br/8080/semplan/arquivos/the_bairros_PDF/bairros_norte/mafrense.pdf. > Acesso em 03/03/2008

SILVA, M. V. S. Inovações nas Políticas Populacionais: o planejamento familiar no Brasil. **Revista Eletrônica de Geografia e Ciências Sociais** n 69 (25) 1 de agosto de 2000. Universidade de Barcelona [ISSN 1138-9788]. <Disponível em: <http://www.ub.es/geocrit/sn-69-25.htm>> Acesso em: 12 abril. 2007.

SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. **Rev. Saúde pública** São Paulo, v.36, n.4. supl.0, p.40-49, ago.2002.

SILVA, G. R. F et al. Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. **Online braz j nurs** Niterói v.5, n.2, abr. 2006.

SCHRAIBER, L. B, et al. Prevalência da Violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública** São Paulo, v.41, n.5, p.797-807, out. 2007

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. v.20, n.2, p.71-99, 1995.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R da S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (Dora)? **Rev Esc Enferm USP** São Paulo, v 37, n 2, p.119-26, 2003.

SOUSA, L. B.; FERNANDES, J. F. P.; BARROSO, M. G. T. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo v.19, n.4, p. 408-413, out./dez. 2006

TANAKA, A.C. D'A.; ALVARENGA, A. T. Tecnologia e medicalização na concepção e anticoncepção. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J (Org.) **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, Population Council, p. 198-207, 1999.

TAVARES, L. S.; LEITE, I. C.; TELLES, F. S. P. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. **Rev. bras. Epidemiol.** São Paulo v.10, n.2, p.81-88, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/01.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2007

TINÔCO, A.; MODENA, C. M. As políticas populacionais e de saúde e seus reflexos na família. In: **Informe epidemiológico do SUS (Brasil)**, ano V, n 1. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, jan/mar, 1996.

TOMASZEWSKI, A. de A. **Separação, Violência e Danos Morais**. São Paulo: Paulistanajur, 2004.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). **Relatório sobre a situação da população mundial 2008a**. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br>>. Acesso em: 15 nov.2008.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). **Planejamento Familiar no Brasil: 50 anos de história.** Brasília, 2008b. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br>>. Acesso em: 15 nov.2008.

VAITSMAN, J. Políticas preventivas: os limites das abordagens racionais. **Rev. Estud. Fem**, Florianópolis – SC, v.11, n.1, p.5-33, jan./mar.2003

VENTURA, M. **Saúde Feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos.** In: VENTURA, M. O progresso das mulheres no Brasil. 2006. Disponível em: <http://www.mulheresnobrasil.org.br>. Acesso em: 12 set. 2007.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro- RJ, v.22, n.11, p. 2467-2472, nov.2006.

VIEIRA, E. M. Medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H (Org.) **Questões da saúde reprodutiva.**Rio de Janeiro: Fiocruz, p.67-76, 1999.

VIEIRA, E. M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E (Org.) **Sexo & Vida:** Panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Unicamp, p.151-189, 2003.

VIEIRA, E. M, et al. Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1778-1784 nov./dez.2005.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo v.39, n.5, p.695-701, out. 2005



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante

Você está sendo solicitada para autorizar uma pesquisa. Você precisa decidir se quer autorizar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que tiver. Este estudo está sendo conduzido por CILENE DELGADO CRIZÓSTOMO e INEZ SAMPAIO NERY. Após ser esclarecida sobre informações a seguir, no caso de autorizar esse estudo, assine esse documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você pode procurar a Coordenação do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí pelo telefone (086) 3215-5558.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: **Relatos de Mulheres sobre sua Vida Sexual e Reprodutiva: implicações para enfermagem**

Pesquisadora responsável: Cilene Delgado Crizóstomo

Pesquisadora participante: Inez Sampaio Nery

Esta pesquisa se propõe a estudar as vivências de mulheres no período sexual e reprodutivo a ser realizado em centro de saúde onde funciona o Programa de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde “Maria Teresa Melo Costa” da Fundação Municipal de Saúde, situada a Rua Rui Barbosa s/n, zona norte de Teresina – PI. A coleta de dados realizar-se-á após a aprovação por este Comitê de Ética do SISNEP e autorização da Fundação Municipal de Saúde. Objetiva-se nesta pesquisa descrever, por meio dos relatos, as experiências vivenciadas por mulheres relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva; discutir as experiências vivenciadas pelas mulheres, bem como os problemas relativos à sua saúde sexual e reprodutiva e descrever as implicações para a enfermagem. Será realizada análise das vivências dos sujeitos, mediante os relatos de vida dos mesmos que serão gravados com aparelho MP3. A técnica para coleta de dados será uma entrevista constituída por uma questão aberta. Para análise dos dados será realizada leitura e interpretação de todo material transcrito.

- ✓ Ressalta-se que a presente pesquisa não trará riscos, prejuízos, desconforto, lesões, formas de indenização, nem ressarcimento de despesas.
- ✓ Não há benefício direto para o participante. Trata-se de análise e interpretação dos relatos de vida sexual e reprodutiva de mulheres . Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício.

- ✓ Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal responsável é Cilene Delgado Crizóstomo, que pode ser encontrado no endereço: Campus Universitário 1204, Bairro Ininga, Teresina-PI, Departamento de enfermagem, CEP: 64049-550. Telefone (086) 3234-1219. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a coordenação do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, no mesmo endereço, pelo Telefone (086) 3215 5558.
- ✓ O participante terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo
- ✓ Nome e Assinatura das pesquisadoras

Cilene Delgado Crizóstomo

Inez Sampaio Nery

CONSENTIMENTO

Eu, _____ RG: _____ CPF _____, abaixo assino, concordo em autorizar a coleta de dados no centro de saúde referida. Tive pelo conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Relatos de mulheres sobre sua vida Sexual e Reprodutiva: implicações para enfermagem**”. Discuti com Cilene Delgado Crizóstomo e Inez Sampaio Nery sobre decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a ausência de riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho a garantia do acesso à pesquisa. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes, durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos nessa instituição ou serviço.

Teresina, ____ de _____ de 2008

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável

Testemunhas (não ligadas à equipe do pesquisador)

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B

RELATOS DE MULHERES SOBRE SUA VIDA SEXUAL E REPRODUTIVA: IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____ Situação Conjuga/ Estado Civil _____

Escolaridade: _____ Ocupação/Profissão: _____

Procedência: _____ Naturalidade: _____

Renda Familiar _____ Religião _____

2- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gesta _____ Para _____ Aborto _____

Tipo de Parto _____

3- QUESTÃO NORTEADORA DA ENTREVISTA

“Fale o que você considerar importante em relação a sua vida sexual e reprodutiva, desde o início da sua atividade sexual até hoje”.

ANEXO A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa
Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina,
Piauí, Brasil CEP 64049-550
Telefones: (86) 3215-5734 Fax (86) 3215 5560
e-mail:cep.ufpi@ufpi.br

PARECER

Parecer Nº. 51/08
Pesquisador (a) Responsável: CILENE DELGADO CRIZOSTOMO
Equipe Executora: INEZ SAMPAIO NERY
Instituição onde será desenvolvido: Universidade Federal do Piauí
Instituição onde os dados serão coletados : UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE"
MARIA TERESA MELO COSTA" FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE-FMS-
TERESINA-PI
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí analisou na sessão do dia 17.04.2008 o projeto de pesquisa: "RELATOS DE VIDA DE MULHERES SOBRE SUA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA "

Mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como APROVADO, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se ao pesquisador o envio, a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Teresina, 17 de abril de 2008


Profa. Dra. Regina Ferraz Mendes
Coordenadora do CEP-UFPI