



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
NÚCLEO DE IDENTIDADES DE GÊNERO E SUBJETIVIDADES (NIGS)**

**Contracepção e planejamento reprodutivo na percepção de usuárias
do Sistema Único de Saúde**

Projeto multicêntrico aprovado na sede da
Coordenação Nacional pelo Comitê de Ética em
Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco em
11.05.2005. Protocolo: CISAM/039/05

FINANCIADORES:
FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS- UNFPA/BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE – ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

Pesquisador/as responsáveis

Ana Paula Portella
Maria Betânia Ávila
Verônica Ferreira
SOS CORPO Instituto Feminista para a Democracia
Rivaldo Mendes de Albuquerque
Departamento Materno-Infantil da Universidade de Pernambuco - UPE

Instituição Executora

SOS CORPO Instituto Feminista para a Democracia

Equipe Local

Coordenação: Luzinete Simões Minella
Entrevistadoras: Kátia Bárbara da Silva Santos e Rita de Cássia Flores Müller
Colaboração: Juliana Cavilha Mendes Losso, Rodrigo Rial e Jorge Lucas Simões Minella

Florianópolis, 31 de outubro de 2006

Agradecimentos

A realização desta pesquisa não teria sido possível sem o apoio de muitas pessoas e instituições. Agradecemos inicialmente à profa. Miriam Pillar Grossi, coordenadora do Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades da Universidade Federal de Santa Catarina, por ter colocado à disposição do projeto, os recursos humanos necessários, favorecendo as condições técnicas de trabalho, acompanhando o desenrolar da pesquisa e enriquecendo a discussão com as suas sugestões. Kátia Bárbara da Silva Santos e Rita de Cássia Flores Muller merecem um agradecimento especial, por terem sustentado o trabalho de campo, participando com entusiasmo tanto do pré-teste do instrumento quanto da aplicação dos roteiros de entrevista.

Nossos agradecimentos se estendem a Juliana Cavilha Mendes Losso, Jorge Lucas Simões Minella e Rodrigo Rial, @s dois primeir@s, por terem colaborado diligentemente na sistematização das informações durante a primeira etapa do estudo, contribuindo para a elaboração da versão preliminar do relatório e o segundo por ter revisado e estruturado com paciência e competência o banco de dados, facilitando a elaboração da versão final.

A realização do trabalho de campo implicou no contato com várias pessoas que atuam nas instituições envolvidas com essa pesquisa. Agradecemos a colaboração de todas elas, destacando os seguintes nomes: Silvana Maria Pereira, que intermediou os contatos no Hospital Universitário, facilitando o acesso ao Ambulatório de Ginecologia; Scheyla Fontana G. de Souza, Secretária de Saúde do município de Santa Cecília e o Dr. Ramon Tartari, Diretor do Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Florianópolis, que estimularam a inserção das pesquisadoras no âmbito das Unidades de Saúde selecionadas; Tania Müller, técnica da mesma Secretaria por ter participado das discussões e das decisões a propósito da seleção das Unidades de Saúde; Vilma Nascimento e Cleci da Silva, que nos introduziram na dinâmica da Unidade Básica do Rio Vermelho.

A oportunidade de participar dessa pesquisa se deve à coordenação nacional do projeto, especialmente, a Ana Paula Portella, a quem agradecemos pelo estímulo e pelas sugestões que contribuíram para aprimorar esse trabalho. Às coordenadoras das demais regiões do país – Maria Luiza Heilborn, Elaine Brandão e Cristiane S. Cabral, no Rio de Janeiro; Kátia Lenz C. de Oliveira e Denise Machado Gutierrez no Amazonas; Marta Rovey em Goiás e (além de Ana Paula Portella), Sheila Bezerra em Pernambuco, com quem estabelecemos um profícuo diálogo acerca das certezas e incertezas peculiares aos processos de pesquisa, também estendemos nossos sinceros agradecimentos.

Finalmente, agradecemos a Maria José de Oliveira Araújo, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde por ter concebido as linhas gerais desse estudo e a Tania Cooper Patriota e Taís de Freitas Santos, representantes do Fundo de População das Nações Unidas, por terem criado as condições materiais que possibilitaram a sua realização.

Lista de Figuras, Quadros e Tabelas

I – Figuras

Figura 1 – Mapa do Município de Florianópolis – Região de São José

Figura 2 – Mapa do Município de Santa Cecília – Região de Curitibanos

Figura 3 - Mapa das Unidades de Saúde de Florianópolis

II – Quadros

Quadro I – Indicadores sócio-econômicos – Florianópolis e Santa Cecília, SC – 2000

Quadro síntese sobre os casos de aborto induzido

Quadro síntese das grávidas segundo a localidade

Quadro síntese das respostas espontâneas e induzidas sobre o uso anterior de métodos

Quadro síntese sobre laqueadura

Quadro síntese sobre conhecimento e utilização do planejamento reprodutivo nas Unidades

III – Tabelas

Características sócio-demográficas

Tabela I – Idade da primeira relação sexual segundo a localidade

Tabela II – Número de gestações por localidade

Tabela III – Número de filhos segundo a localidade

Tabela IV – Desfechos das gestações segundo a localidade

Tabela V – Reação à gravidez e tipos de desfecho

Tabela VI – Reação à gravidez segundo a localidade

Tabela VII – Reação à gravidez, uso e não uso de métodos segundo a localidade

Tabela VIII - Ocorrência da gravidez “não prevista”, reação e uso de métodos por localidade

Tabela IX – Métodos mais conhecidos pelas mulheres

Tabela X – Fontes de conhecimento dos métodos

Tabela XI – Número de métodos que conhece segundo a localidade

Tabela XII – Uso atual de métodos segundo a localidade

Tabela XIII – Quantidade de métodos utilizados durante a trajetória contraceptiva

Tabela XIV – Uso atual de métodos reversíveis segundo a localidade

Tabela XV – Local onde os métodos foram obtidos segundo a localidade

Tabela XVI – Uso anterior de métodos segundo a localidade

Tabela XVII – Método ideal segundo a localidade

Tabela XVIII – Métodos de preferência versus método em uso atual

Tabela XIX – Acompanhamento médico durante o uso de métodos segundo a localidade

Tabela XX – Efeitos dos métodos ao longo da trajetória segundo a localidade

Tabela XXI – Intenções de uso futuro segundo a localidade

Tabela XXII – Diálogo com os parceiros sobre métodos segundo a localidade

Sumário

Introdução	5
Capítulo I – Florianópolis e Santa Cecília: contexto sócio-econômico, saúde das mulheres e saúde reprodutiva, rede de serviços	9
1. Contexto sócio-econômico de Florianópolis e Santa Cecília com foco nas desigualdades sociais	9
2. Situação de saúde, com foco na saúde das mulheres e saúde reprodutiva	16
3. Serviços: oferta, cobertura, condições de acesso	12
Capítulo II – Aspectos metodológicos e processo de pesquisa:	
universo e procedimentos	30
1. O processo de pesquisa em Florianópolis e Santa Cecília.....	30
2. Descrição das Unidades de Saúde	32
2.1. Breve descrição da área de cobertura	32
2.2. Instalações	34
2.3. Programas e ações oferecidas. Descrição das ações de planejamento familiar	35
2.4. Equipes	38
2.5. Breve perfil da demanda	39
3. Perfil das mulheres entrevistadas.....	39
Capítulo III – Análise dos Resultados: sexualidade e reprodução, histórico do uso dos métodos e avaliação dos serviços.....	47
1. Sexualidade, reprodução, reações à gravidez, uso e não uso dos métodos	47
1.1. Situação conjugal e idade da primeira relação sexual.....	47
1.2. Trajetória reprodutiva: número de gestações, de partos e de filhos. Reações à gravidez e tipos de desfecho.	48
2. Trajetória contraceptiva: conhecimento, uso anterior e atual de métodos, mudanças e intenções futuras, contracepção e morbidade.....	52
2.1. Conhecimento de métodos e fontes	53
2.2. Uso anterior e atual de métodos, perfil das grávidas	57
2.3. Método ideal versus método em uso atual	64
2.4. Acompanhamento médico, razões das mudanças de métodos, contracepção e morbidade	66
2.5. De olho no futuro: pílula, camisinha masculina, esterilização feminina e DIU na liderança	69
2.6. Participação dos parceiros	73
3. Avaliação dos serviços de planejamento familiar	75
Conclusões	81
1. Relação com os serviços	81
2. Acesso	81
3. Escolha e Decisão	82
4. Métodos Utilizados	84
5. Contracepção e morbidade	85
6. Contracepção e vida sexual e reprodutiva	85
7. Recomendações para os serviços de saúde	86
Referências bibliográficas	88

Introdução

Esta pesquisa objetiva avaliar o acesso e a qualidade da atenção em planejamento reprodutivo, bem como a trajetória reprodutiva das mulheres na rede pública de Santa Catarina, de acordo com a percepção das usuárias na capital e no interior. Integrada a um projeto multicêntrico, coordenado pelo SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia, financiado pelo Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNFPA/Brasil) e pela Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, a pesquisa iniciou-se em março de 2005 e terminou em outubro de 2006, tendo sido realizada simultaneamente em cinco estados situados nas diferentes regiões do país¹.

A metodologia do projeto prevê a realização de 60 entrevistas em cada Estado, com mulheres entre 18 e 49 anos, bem como a inclusão das capitais e de um município do interior. Além disso, o projeto recomenda a seleção de três Unidades de Saúde por Estado, duas na capital – uma mais estruturada e outra menos estruturada – e uma no interior, realizando-se 20 entrevistas em cada uma delas.

Atendendo a esses critérios, em Santa Catarina a pesquisa de campo realizou-se em Florianópolis - onde se concentra uma estrutura de serviços maior e mais complexa justamente por tratar-se da capital - e em Santa Cecília, município que faz parte de uma das regiões mais carentes do Estado. A distribuição das entrevistadas por município e unidade de saúde deu-se do seguinte modo:

Distribuição das Entrevistadas por Município e Unidade de Saúde

Municípios	Unidades de Saúde	Nº de Entrevistadas
Florianópolis	Ambulatório do HU	20
Florianópolis	UBS Rio Vermelho	20
Santa Cecília	CS Santa Cecília	20
TOTAL		60

Na capital foram selecionados o Ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), localizado no bairro Trindade e a Unidade Básica de Saúde do Rio Vermelho, localizada num bairro popular situada ao norte da capital, tendo sido realizadas vinte entrevistas em cada uma destas instituições.

Em Santa Cecília foi selecionado o Centro Integrado de Saúde do município, localizado no centro da cidade, nas novas instalações da Secretaria Municipal de Saúde, onde foram feitas vinte entrevistas.

Após a aprovação do projeto pelas instâncias locais – as Secretarias Municipais de Saúde e o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC – e, ainda, após a realização do pré-teste, foram feitas 20 entrevistas em cada uma das Unidades no decorrer do mês de outubro de 2005, tendo as entrevistadas sido informadas sobre os objetivos da pesquisa e firmado o termo de consentimento. O roteiro de entrevista em anexo incluiu questões abertas e fechadas divididas por diferentes seções, visando a obtenção de informações sobre o perfil sócio-econômico das entrevistadas, sexualidade e reprodução, percepção sobre os serviços de saúde e o planejamento reprodutivo.

A realização desse estudo partiu de três questões principais: haveria semelhanças e/ou diferenças na avaliação dos serviços pelas usuárias? Haveria semelhanças e/ou diferenças nos perfis

¹ O projeto intitulado *Contracepção e Planejamento Reprodutivo na Percepção de Usuárias do Sistema Único de Saúde*, realizou-se no Amazonas, em Goiás, Pernambuco, Rio de Janeiro e Santa Catarina, entre março de 2005 e agosto de 2006, através das coordenações regionais. No Amazonas o projeto foi coordenado por Kátia Lenz, Bernadetti Grossi e Denise Machado Gutierrez e sediado nos Departamentos de Psicologia e Antropologia da Universidade Federal do Amazonas; em Goiás, por Marta Rovey e sediado na ONG Transas do Corpo; em Pernambuco, por Ana Paula Portella, SOS Corpo; no Rio de Janeiro, por Elaine Brandão, Maria Luiza Heilborn e Cristiane Cabral, pesquisadoras do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos do Instituto de Medicina Social da UERJ (CLAM/IMS/UERJ). Em Santa Catarina, a coordenação do projeto ficou sob a responsabilidade de Luzinete Simões Minella, Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades do Departamento da Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

reprodutivos em função das marcas sócio-econômicas e culturais regionais? Levando em conta a carência de estudos de âmbito nacional, em que medida o perfil das mulheres em idade reprodutiva teria mudado em relação à PNDS de 1996?

Na busca de respostas à essas questões, a análise dos dados se fundamentou nos avanços do debate sobre duas categorias conceituais - planejamento reprodutivo e saúde sexual e reprodutiva - supondo que a avaliação das políticas pelas usuárias não ocorre de modo dissociado da avaliação das suas próprias trajetórias reprodutivas. Partimos ainda do suposto de que essas trajetórias ocorrem dentro do contexto mais geral das relações de gênero, portanto, entendemos que falar sobre as implicações do uso da contracepção e do planejamento reprodutivo, significa falar sobre os arranjos e rearranjos de gênero que se dão no âmbito privado, com sérias repercussões na esfera pública. Logo, discutir sobre o impacto desses arranjos na contracepção e no planejamento se torna crucial na avaliação de políticas e nos processos de sua orientação e reorientação.

O conceito de gênero é compreendido segundo os termos de várias contribuições que têm inspirado a realização de vários estudos na área. Dentre elas, destacamos SCOTT e o entendimento do gênero como “uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado”, útil do ponto de vista analítico porque “oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis consignados às mulheres e aos homens”(1990, p. 7).

As relações de gênero são interpretadas nos termos de FLAX, ou seja, como “divisões e atribuições diferenciadas (e por enquanto) assimétricas de traços e capacidades humanos”, configurando-se como relações de dominação (1991, p. 128).

A análise dos relatos das entrevistadas, os quais apontam para a manutenção da excessiva responsabilidade das mulheres no campo da reprodução, também se inspirou nas definições do gênero adotadas por SAFFIOTI e HEILBORN. Segundo a primeira autora, gênero é “uma maneira contemporânea de organizar as normas culturais passadas e futuras, um modo de a pessoa situar-se em e através destas normas, um estilo ativo de viver o corpo no mundo” (1992, p. 189). HEILBORN por sua vez, assinala que esse conceito “destaca o privilegiamento da dimensão da escolha cultural, pretendendo descartar alusões a um atavismo biológico para explicar as feições que o feminino e o masculino assumem em múltiplas culturas” (1993, p. 51).

A noção de saúde reprodutiva é interpretada nos termos sintetizados pela Conferência do Cairo, retomados por CÔRREA (1999), BERQUÓ (1998) e BILAC e ROCHA (1998). Essa abordagem permite interpretar por um lado, o planejamento reprodutivo como um dos aspectos fundamentais da saúde reprodutiva. Por outro, permite compreender o uso dos métodos contraceptivos como fenômenos carregados de implicações sócio-culturais e econômicas que se relacionam com os significados de gênero.

As relações que podem ser estabelecidas entre o conceito de gênero e a noção de saúde reprodutiva, no caso das pesquisas atuais, tem se fundamentado, implícita e/ou explicitamente, num determinado entendimento sobre o padrão da transição demográfica brasileira que permite situar os resultados obtidos em sua transitoriedade, ou seja, num horizonte que tanto os transcende quanto os determina. Tal compreensão tem levado em conta a acelerada queda da fecundidade observável no país a partir dos anos sessenta, a qual se deve a pelo menos quatro grandes causas estruturais:

a expansão das relações capitalistas de produção concomitante ao acelerado processo de urbanização; a entrada progressiva das mulheres brasileiras no mercado de trabalho; as mudanças culturais, destacando-se o papel da mídia e as transformações nos padrões de comportamento sexual

A estas causas de caráter estrutural, acrescenta-se os determinantes próximos da fecundidade, liderados pela ampla disseminação de práticas contraceptivas de alta eficácia dirigidas às mulheres e por elas rapidamente assimiladas: os contraceptivos orais e a esterilização feminina (BARROSO, 1981 e 1985; SIMÕES e OLIVEIRA, 1988; MARTINE, 1989; CONGRESSO NACIONAL, 1993; CITELLI et alii, 1995; BERQUÓ, 1999; GOLDANI: 1999, dentre outros).

Ao mesmo tempo, os resultados de várias pesquisas no campo das relações entre gênero e saúde reprodutiva, pressupõem primeiro, uma compreensão das discontinuidades que marcaram o processo de institucionalização e implementação das políticas de planejamento familiar no país, tais como evidenciam diferentes análises sobre o tema (SOBRINHO, 1993; CANESQUI, 1981 e 1986;

CONGRESSO NACIONAL, 1993; MINELLA, 1998 e 2000). Dentre estas descontinuidades destaca-se a existência de uma certa ambivalência histórica por parte do Estado brasileiro a respeito dos assuntos relativos à população, que possibilitou a interferência de organismos estrangeiros no controle da natalidade do país, conforme assinalaram vários estudos realizados entre os anos setenta e os meados dos noventa (por exemplo, AMARAL, 1977; PACHECO, 1985; CANESQUI, 1981 e 1986; CARNEIRO e WERNECK, 1992).

Segundo, o entendimento de que as políticas de população nacionais, longe de representarem um bloco monolítico, continuam sendo gestadas por uma multiplicidade de agentes tais como as diferentes esferas do Estado, as distintas correntes religiosas, os distintos segmentos do movimento feminista, as instituições médicas, etc. Cada um desses segmentos tem desempenhado um papel ativo no cenário público, fazendo circular suas opiniões, desenvolvendo diferentes estratégias para canalizar suas demandas e para pressionar os poderes públicos. (ROCHA, 1996; ÁVILA e CORREA, 1999).

A partir do diálogo com estes segmentos, nos anos setenta várias iniciativas importantes foram tomadas no âmbito do Estado. Citando apenas algumas das principais, o Ministério da Saúde criou em 1978 o Programa de Saúde Materno Infantil. Em 1983, objetivando a extensão do cuidado à saúde da mulher para além da reprodução, criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Mais tarde, em 1990, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, os poderes regionais puderam desenvolver com mais autonomia uma série de programas de saúde que não obstante ainda permaneçam longe do ideal, tem tentado disseminar novas práticas relativas ao planejamento familiar e à saúde reprodutiva, envolvendo-se no combate às doenças sexualmente transmissíveis, na prevenção do aborto, da gravidez na adolescência e nos cuidados com a menopausa.

Em 1995, como uma decorrência das recomendações da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, foi criada pelo governo federal a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd) com a finalidade, segundo BERQUÓ, “de contribuir para a formulação de políticas e implementação de ações integradas” na área, monitorando e avaliando estas ações (1998:30).

Um balanço de outras decisões políticas na área, em consequência das recomendações do Plano de Ação do Cairo pode ser encontrado na mesma fonte, ao sintetizar uma série de medidas tomadas recentemente por diferentes Ministérios (Saúde, Educação e Trabalho) como resultado do diálogo com entidades representativas das demandas feministas. Por exemplo, a autora cita, dentre outras, as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero e da mama, e a implementação de programas de planejamento familiar como resultado do diálogo entre o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e o Ministério da Saúde (BERQUÓ, 1998:31).

Vale ressaltar ainda que atualmente tenta-se garantir o planejamento reprodutivo através de ações de saúde pública municipais em várias regiões do país, ampliando-se o número de Unidades de Saúde e a oferta de métodos, bem como são tomadas outras medidas mais gerais tais como a regulamentação da esterilização feminina conforme a Lei n. 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Ao mesmo tempo entram em vigor iniciativas do Ministério da Saúde no sentido de limitar os partos cesarianos no país. Tais ações indicam que, não obstante as dificuldades de sua implementação, existe uma disposição institucional para incorporar as demandas relativas à saúde reprodutiva à agenda política do Estado, como resultado do intenso debate que vem ocorrendo com a sociedade civil organizada. Esta disposição no entanto, tem encontrado como forte obstáculo uma série de fatores, dentre os quais se destacam a escassez de recursos que vem sendo imposta ao setor nos últimos anos, em virtude das diretrizes gerais da política econômica; a falta de informação de amplos contingentes de homens e mulheres cuja situação sócio-econômica tem sido mais desfavoravelmente afetada pelas políticas de ajuste econômico; as dificuldades para inserir as questões relativas à saúde reprodutiva na formação das novas gerações, etc.

Levando em conta os avanços e os impasses desse processo, elaboramos este relatório que está estruturado em três capítulos. No primeiro, analisamos o contexto sócio-econômico dos dois municípios estudados – Florianópolis e Santa Cecília – destacando as desigualdades sociais,

econômicas e étnicas. A caracterização se fundamenta na interpretação dos indicadores sociais e econômicos que possibilitam uma visão geral do contexto e das especificidades desses municípios. Também é tratada a situação de saúde das mulheres, ou seja, a expectativa de vida, os índices e as causas da mortalidade e da morbidade, bem como o quadro geral da saúde reprodutiva: assistência pré-natal, gravidez, parto, puerpério, abortos, partos cesáreos e gravidez na adolescência.

Finalmente caracterizamos a rede dos serviços públicos de saúde, destacando a sua estruturação, os programas e ações ofertadas a nível geral e na área de planejamento familiar, além da cobertura e do acesso da população.

No segundo capítulo explicitamos no primeiro item, as principais etapas do processo de pesquisa, bem como os procedimentos adotados nos dois municípios pesquisados. Descrevemos as Unidades de Saúde selecionadas, chamando a atenção para os seguintes aspectos: instalações, programas e ações oferecidas - com ênfase na oferta de planejamento familiar - equipe, cobertura e perfil da demanda. Por último, traçamos as linhas gerais do perfil das entrevistadas, com ênfase nas informações sobre nível de escolaridade, cor, participação social, trabalho, ocupação e renda.

No capítulo final abordamos inicialmente as informações que complementam o perfil das entrevistadas e que se relacionam com a sexualidade e a reprodução: situação conjugal, orientação sexual, idade da primeira relação, número de gestações e de partos e número de filhos, abortos, o uso de métodos durante a gravidez e o tipo de gravidez em relação à motivação: desejada e não desejada.

Em seguida analisamos os aspectos ligados ao histórico do uso dos métodos, discutindo o conhecimento e o uso anterior e atual, as mudanças e as intenções futuras, as relações entre contracepção e morbidade e a participação dos parceiros. No último item, sistematizamos as informações sobre a avaliação dos serviços conforme a percepção das usuárias. Nesse capítulo, as Unidades abordadas – HU, Rio Vermelho e Santa Cecília – serão chamadas de Unidade 1, 2 e 3, respectivamente.

Nas considerações finais sintetizamos os achados desta pesquisa, em relação aos seguintes aspectos: relações das usuárias com os serviços, acesso, escolhas e decisões quanto ao uso dos métodos ao longo da trajetória reprodutiva, métodos em uso atualmente, contracepção e morbidade, contracepção e vida sexual e reprodutiva. Além disso, elaboramos algumas recomendações para os serviços de saúde, na expectativa da implementação de algumas medidas que possam aprimorar o atendimento.

Capítulo I – Florianópolis e Santa Cecília: contexto sócio-econômico, saúde das mulheres e saúde reprodutiva, rede de serviços

O conteúdo deste capítulo está dividido em três itens. No primeiro será caracterizado o contexto sócio-econômico dos dois municípios estudados – Florianópolis e Santa Cecília – destacando-se as desigualdades sociais, econômicas e étnicas. A caracterização de fundamentará na análise dos indicadores sociais e econômicos que possibilitarão uma visão geral do contexto e das especificidades desses municípios.

No segundo item será tratada a situação de saúde das mulheres, analisando-se a expectativa de vida, os índices e as causas da mortalidade e da morbidade, bem como o quadro geral da saúde reprodutiva: assistência pré-natal, gravidez, parto, puerpério, abortos, partos cesáreos e gravidez na adolescência. Várias fontes foram consultadas durante a elaboração desse quadro geral, no entanto, duas delas, dada a sua riqueza e a atualidade das informações, se tornaram fundamentais: os Planos Municipais de Saúde de Florianópolis e de Santa Cecília e o Plano Estadual de Saúde.

Finalmente será abordada a rede dos serviços de saúde, destacando-se as características de sua estruturação, os programas e ações ofertadas a nível geral e na área de planejamento familiar, além da cobertura e do acesso da população. No decorrer da análise dos resultados (capítulo III) vários dos aspectos aqui tratados serão retomados.

No final do capítulo, foram anexados um quadro que sintetiza as diferenças sócio-econômicas entre os municípios e três mapas: o da região de São José, onde está localizada Florianópolis, a capital do Estado de Santa Catarina; o da região de Curitiba, onde está situado o município de Santa Cecília e por último o mapa das Unidades de Saúde, através do qual é possível perceber sua distribuição e as áreas de abrangência.

1. Contexto sócio-econômico de Florianópolis e Santa Cecília com foco nas desigualdades sociais

De acordo com o Instituto Brasileiro de Economia e Estatística (IBGE), o estado de Santa Catarina tem ocupado um lugar de destaque na economia nacional, ampliando sua participação entre 1998 e 2003, dado o crescimento do Produto Interno Bruto catarinense que foi quatro vezes maior do que a média nacional em 2003 (2,1%) e o crescimento dos setores de serviços (11%) e agropecuários (9%), que compensou uma queda da indústria de transformação (-0,57%) e do comércio (-0,27%), favorecendo um certo equilíbrio de renda da população. Esta situação ocorreu paralelamente a perda de espaço das quatro maiores economias estaduais – São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. No entanto, mesmo tratando-se de um dos Estados onde

a renda é mais equilibrada, os dados levantados mostram que em torno de 50 mil pessoas concentram 11,9% da renda produzida no Estado, enquanto 2,6 milhões dividem 17,2% dos rendimentos, configurando assim uma situação de considerável desigualdade social.²

A sistematização dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), relativos ao período entre 1992 e 1999, mostra os indicadores sobre saúde, educação, ocupação e rendimento, família, idosos, saneamento básico e desigualdades raciais, etc. Tal sistematização, divulgada em publicação recente apresenta um perfil da realidade econômica do país, evidenciando uma tendência aos avanços sociais que ocorre paralelamente à persistência de um significativo padrão de concentração de renda.

Essa fonte mostra que se no início dos anos noventa, 17,2% dos brasileiros com idade acima de 15 anos não sabiam ler nem escrever; sete anos depois, o índice de analfabetismo diminuiu para 13,3%. O número de filhos por família oscilou de 2,5 para 2,3, índice que se distancia significativamente dos 5,8 filhos por casal constatado nos anos 70. A mortalidade infantil, por sua vez, despencou em 20% nesse mesmo período. No entanto, a desigualdade econômica e social permanece assustadora: a metade mais pobre da população conta com apenas 14% da renda produzida no País. Já o 1% mais rico, equivalente a 1,7 milhão de pessoas, concentra 13,1% da renda³.

Considerando o quadro geral do país, Florianópolis tem se destacado por ser uma das capitais com melhor qualidade de vida. Tendo seu povoamento se originado em 1675, é o maior município da Região Metropolitana da Grande Florianópolis, composta pelos municípios de São José, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz e Biguaçu, os quais totalizam junto com Florianópolis, 750 mil habitantes. Do ponto de vista político-administrativo o município integra a ampla região de São José, formada pelos municípios de Governador Celso Ramos, Biguaçu, Antonio Carlos, São José, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz, Águas Mornas, Angelina, Rancho Queimado, Anitápolis e São Bonifácio (ver mapa 1).

Sua colonização foi promovida principalmente por açorianos, diferentemente de Santa Cecília, cujo processo de povoamento e colonização contou com presença preponderante de alemães⁴.

Segundo a Prefeitura Municipal, a taxa de urbanização do município atingiu atualmente 97,04%, e a densidade demográfica chegou atualmente a 760,10 km². Registrando um Produto Interno Bruto equivalente a R\$ 4,201 milhões (2000) e um PIB per Capita de R\$ 12.292,

² www.ibge.gov.br/

³ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais 2004**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. p. 26-32.

⁴ <http://www.sc.gov.br>.

Florianópolis participa com 0,42% na produção total do Estado, destacando-se como centro político-administrativo, na prestação de serviços e no comércio.

Na condição de capital do Estado, o setor terciário é o mais expressivo dado que aí se concentram as sedes do governo estadual e das representações de órgãos e entidades federais, configurando portanto, um centro comercial e de serviços bastante desenvolvido e diversificado. As instituições bancárias, educacionais, de saúde e de turismo, contribuem para dinamizar a economia local, favorecendo o aumento da renda per capita. O setor secundário tem apresentado nos últimos anos um grande desenvolvimento, especialmente nos ramos da indústria do vestuário, dos alimentos, móveis, bebidas, mas principalmente na indústria da microinformática⁵.

Quanto ao setor primário a sua magnitude é de pequena relevância, entretanto algumas culturas ainda se destacam como a cana de açúcar, mandioca, banana e milho. As atividades pesqueiras também são fontes de geração de riqueza através da pesca artesanal de algumas comunidades (Barra da Lagoa, Lagoa, Ingleses, Pântano do Sul) entre outras. Atualmente a criação de ostras também constitui-se como um novo incremento na renda do setor.

Os dados da Secretaria de Estado da Fazenda demonstram que o comércio em Florianópolis movimentava aproximadamente R\$ 2,8 bilhões ao ano e o setor de serviços R\$ 4,8 bi anuais⁶. Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego existem cerca de 11 mil estabelecimentos jurídicos registrados na capital, os quais geram quase 170.000 empregos⁷. Os dados do IBGE mostram que a taxa de alfabetização em 2000 chegou a quase 100,0% (96,44); a esperança de vida nesse mesmo ano ultrapassou os 73 anos de idade, enquanto a renda per capita atingiu um patamar superior a R\$ 700,00/mês, gerando um dos melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil.

Um estudo sobre o IDH nas 33 Regiões Metropolitanas (RMs) reconhecidas pelo IBGE, realizado em 2000, mostra que as três primeiras dessas Regiões estão localizadas em Santa Catarina: os núcleos metropolitanos de Florianópolis, que registram o melhor IDH-M do país (0,86), seguida pelos núcleos do Norte/Nordeste Catarinense e do Vale do Itajaí, ambos com o mesmo Índice (0,85)⁸.

Tal posição de destaque se justifica em razão das facilidades de acesso à educação, à saúde e à habitação. Além disso, dentre as dez RMs melhor classificadas no ranking geral, seis se encontram em Santa Catarina, que ocupa o segundo lugar entre todas as unidades da Federação, atrás apenas do Distrito Federal. Os dados da fonte citada evidenciam que as RMs catarinenses estão se desenvolvendo mais rapidamente do que as de outros Estados.

⁵ <http://www.pmf.sc.gov.br>

⁶ <http://www.pmf.sc.gov.br>

⁷ <http://www.mte.gov.br>

⁸ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fundação João Pinheiro. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2000.

No que se refere à renda, esse estudo mostra que a Grande Florianópolis desponta em primeiro lugar entre as 33 regiões metropolitanas do país. A renda per capita de seus habitantes era, em média, de R\$ 521,30 em agosto de 2000. Em Florianópolis, conforme vimos acima, este patamar já foi superado. O dado de 2000 deixa claro num intervalo de nove anos esse valor cresceu 46% em termos reais, ou seja, descontada a inflação, ultrapassando três regiões metropolitanas que estavam na dianteira em 1991: Grande São Paulo, RM de Campinas e a Baixada Santista.

Paralelamente ao incremento desses índices, observou-se na Grande Florianópolis um significativo incremento da população que entre 1991 e 2000 passou de 530 mil para 709 mil habitantes, a uma taxa de crescimento de 3,3% ao ano. Apresentando uma taxa de fecundidade de 2,65 filhos por mulher, essa região fica acima da média brasileira registrada em 2000, de 2,37 filhos por mulher. O crescimento populacional se explica em razão do alto fluxo de imigrantes, em parte oriundos de segmentos de renda média e alta, vindos de outras áreas do país principalmente, atraídos pela qualidade de vida. O turismo, sem dúvida, tem funcionado como estímulo às migrações.

Não obstante esse quadro favorável, uma pesquisa realizada pelo Instituto Cepa/SC em 2003, mostra que 6,76% da população residente em Florianópolis têm renda insuficiente, ou seja, 23.136 habitantes contam com uma renda per capita inferior a R\$ 90,00 por mês; 18% da população, ou seja, 61.602 habitantes se situam numa faixa de renda entre R\$ 90,01 e R\$ 180,00. No total, portanto, 84.738 cidadãos enfrentam a pobreza. Além disso, estima-se que cerca de 10% da população economicamente ativa esteja desempregada.⁹ Enquanto o IDH em Florianópolis atingiu 0,86, em Santa Cecília não passou de 0,74.

O município de Santa Cecília está situado no centro do Estado e integra uma das regiões político-administrativa mais carentes, a de Curitibanos, da qual fazem parte os municípios de Ponte Alta, Ponte Alta do Norte, Frei Rogério, Curitibanos e São Cristóvão do Sul, conforme pode ser visto no mapa 2.

Esse município teve origem em 1855, quando algumas famílias alemãs procedentes da localidade de Rio Negro, Paraná se estabeleceram nas margens do rio Correntes. Foi elevado à categoria de município em 1958 e emancipado politicamente em 1989. Sua colonização foi feita por imigrantes descendentes de italianos, alemães e caboclos. Embora pequenas, médias e grandes propriedades agropecuárias estejam presentes na região, do ponto de vista econômico tem prevalecido ao longo dos anos o extrativismo vegetal, com destaque para o ramo madeireiro - derrubada e reflorestamento de pinus - e extração de erva-mate. A falta de qualificação da mão-de-obra, bem como a utilização de técnicas rudimentares de plantio e de criação de gado tem sido responsável pela estagnação dessas atividades, pelo êxodo rural, desgaste do solo e expansão da

⁹ BORCHARDT, Ilmar. **Diagnóstico da Exclusão Social em Santa Catarina: mapa da fome**. Florianópolis: Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social/Instituto Cepa/SC, 2003. 235 p. Disponível em www.icepa.com.br.

pobreza. A maior parte da matéria prima em madeira produzida no município é exportada para as indústrias madeireiras instaladas em outras localidades do país, no entanto observa-se nos últimos anos, que a partir dos incentivos proporcionados pelo governo local, algumas indústrias de transformação de médio porte tem se estabelecido, paralelamente ao incremento observado no setor de serviços.¹⁰

As diferenças sócio-econômicas entre os dois municípios estudados, naquilo que se refere aos indicadores básicos, são evidentes, principalmente se comparadas com a situação geral do Estado, embora algumas semelhanças sejam observáveis. A população do município de Santa Cecília é bem menor do que a população de Florianópolis: 16.716 contra 396.778 habitantes em 2005. Os dados do Censo de 2000 apontam que a maior parte da população dos dois municípios se situa na área urbana, sendo que a capital apresenta o maior percentual: 97,0% em Florianópolis e 79,8% em Santa Cecília, ambos ficam portanto, acima da média do Estado que equivale a 78,7%. Consequentemente, em Santa Cecília se encontra um percentual mais alto de população rural (20,2%, um pouco abaixo do Estado, 21,2%), contra apenas 3,0% em Florianópolis¹¹.

De acordo com o IBGE, a renda per capita em reais é mais alta em Florianópolis (354,63 na área rural e 712,00 na área urbana) e mais baixa em Santa Cecília (apenas 115,00 na área rural e 204,00 na urbana). A capital supera os índices do Estado que ficam em 206,58 na área rural e 386,21 na área urbana. Sintetizando, tem-se as seguintes médias: R\$349,32 no Estado; R\$701,42 em Florianópolis e apenas R\$ 185,21 em Santa Cecília. Essas diferenças certamente se refletem no IDH que alcança em Florianópolis, conforme já mencionado, o índice de 0,86 contra 0,74 em Santa Cecília.

Segundo o *Diagnóstico da Exclusão Social em Santa Catarina*, os dados do IBGE mostram que o número de pessoas e famílias com renda insuficiente e de pessoas pobres é mais alto em Santa Cecília. A metodologia adotada nesses estudos, baseada nos critérios do IPEA, aponta que as pessoas com renda insuficiente são aquelas que sobreviviam até 2000, com R\$90,00 mensais, ou seja, que não conseguiam garantir sequer a própria alimentação. Calcula-se que no estado de Santa Catarina existiam 665.489 pessoas nessa situação, ou seja, 12,4% da população. Em Florianópolis, o percentual diminui para 6,8 (23.136 pessoas) e em Santa Cecília sobe para 25,8 (3.825 pessoas).¹²

Quanto às famílias com renda insuficiente, segundo a mesma fonte, no estado se incluem 159.801 (10,7%), na capital 7.166 (6,%) e em Santa Cecília 811, ou seja, 21,4%. Considerando as pessoas pobres, isto é, aquelas que tem renda mensal menor ou igual a R\$180,00, Santa Cecília entra mais uma vez numa desvantagem pois enquanto no estado tem-se 1.752.908 (32,7%), em

¹⁰ Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Santa Cecília**. 2005-2008.

¹¹ O Censo de 2000 foi tomado como referência, pois foi possível encontrar informações sobre todos os indicadores citados nesse estudo, favorecendo uma visão geral da situação, ao contrário daquilo que ocorre com os anos posteriores.

¹² BORCHARDT, Ilmar op. cit., p. 160.

Florianópolis o percentual corresponde a 18,0% (61.602) e em Santa Cecília sobe para 62,7% (9.286 pessoas). Vê-se portanto, que a situação geral, confirmando os índices anteriores, é mais grave em Santa Cecília.¹³

Essa gravidade certamente atinge a educação. A taxa de alfabetização de adultos em Florianópolis é de 96,4, enquanto em Santa Cecília chega a 87,6. A taxa de frequência escolar na capital corresponde a 95,2 e em Santa Cecília a 73,6%. Vale lembrar que a taxa de analfabetismo do Estado em 2003 foi uma das mais baixas do país, 4,3 sendo menor do que a média da região sul em 2003 (6,37).

No que se refere ao acesso aos serviços básicos (água, esgoto, coleta de lixo, rede elétrica e telefone), os índices de Florianópolis superam os do Estado, enquanto os de Santa Cecília ficam abaixo, em alguns casos de modo pronunciado. Assim, se na capital, as ligações na rede pública de água e a água no domicílio atingem 90,0% e 99,0% respectivamente, ficando acima das médias do Estado, (74,6 e 96,5), em Santa Cecília a queda é maior: 73,0 e 85,0. A situação com relação à rede de esgoto e à coleta de lixo apresenta também algumas variações: no Estado, os percentuais são 19,5 e 83,0, respectivamente, ou seja, a rede pública deixa ainda muito a desejar em comparação com a coleta de lixo. Na capital, os percentuais sobem para 48,0 e 99,0 e em Santa Cecília caem para 25,0 e 71,0. A mesma tendência é mantida em relação à rede elétrica e ao telefone: a capital lidera a situação com os melhores índices (100,0 e 75,0) contra 98,4 e 43,7 do Estado e 94,0 e apenas 16,0 em Santa Cecília¹⁴. (ver Quadro I, elaborado a partir da sistematização dos dados feita na fonte citada).

Quanto às desigualdades raciais e étnicas observamos inicialmente que o governo do Estado, a partir do histórico da colonização e dos dados do IBGE, estima que 40,0% dos catarinenses são descendentes de alemães e que 30,0% descendem de italianos. Foram entrevistadas apenas 12 mulheres negras nesse estudo, sendo sete pretas e cinco pardas. Provavelmente esse baixo número se deva a pelo menos duas razões: primeiro, ao fato da população negra ser minoria no Estado e segundo, no caso específico de Santa Cecília, por se tratar de uma região colonizada predominantemente por alemães. No entanto, foi possível observar faixas de rendimento e índices de escolaridade muito baixos entre as entrevistadas, os quais são compatíveis com o perfil sócio-econômico do município. Os dados obtidos portanto, sugerem que a situação entre os brancos também estão marcadas pelas desigualdades sócio-econômicas, as quais são fortemente circunstanciadas pelo nível educacional e pelas possibilidades de mobilidade social oferecidas pelas distintas regiões do Estado.

Sabe-se que as desigualdades étnicas também fazem parte do panorama do estado e da capital, refletindo as desigualdades sócio-econômicas. Num estado colonizado por uma maioria

¹³ Idem, p. 160.

¹⁴ Idem, p. 118 e 163.

branca, constituída por descendentes de alemães, austríacos e italianos, principalmente, de acordo com o *Dossiê contra a Violência Racial*¹⁵, elaborado pelo Núcleo de Estudos Negros¹⁶, havia 12,0% de negros numa população equivalente a 4.855.080 habitantes em 1995, ou seja, 600 mil pessoas. Relativizando os termos adotados pelo IBGE, o Núcleo afirma que considerou negras todas as pessoas classificadas por esse Instituto como pretos e pardos.

Segundo o IBGE, nesse mesmo ano, 67,9% desse contingente residia na área urbana e 32,01% na área rural, sendo a população negra feminina menor do que a masculina (47,18% contra 52,81%). O *Dossiê* chama a atenção para o fato de que 10,48% da população negra residia nos municípios que compõem a Grande Florianópolis.

Dados mais atuais do IBGE, relativos a 2003 mostram que a população do Estado aumentou para 5.626.146 habitantes, sendo que a população branca correspondia naquele ano a 89,3% enquanto a negra equivalia a 2,8 e a parda a 7,6. As duas últimas juntas totalizavam 10,4%, ou seja, teria havido um decréscimo de quase 2,0% em relação a 1995, entre aqueles que se declararam negros e/ou pardos¹⁷.

Em relação aos rendimentos, as desigualdades ficam mais evidentes. Os dados do IBGE a respeito do período entre 1987 e 1990 em Santa Catarina, evidenciam que as pessoas de 10 anos ou mais de idade, de cor preta, constituem a faixa que mais recebeu até um salário mínimo como renda mensal (25,9%) seguido das pessoas pardas (22%). Enquanto isso, dentre os brancos da mesma faixa, apenas 13,7% recebia até um salário mínimo. Nesse mesmo período, os rendimentos médios reais dos brancos atingiram mais do que o dobro dos auferidos pelos pretos e pardos.

No caso das faixas mais altas de rendimentos mensais, chama a atenção mais uma vez, a desigualdade. Consta-se que enquanto 12,2% de empregados de cor branca receberam mais de 10 salários mínimos, apenas 2,1% dos empregados de cor preta e 3,4% de cor parda atingiram esse patamar de renda.

As taxas de alfabetização entre 1987 e 1990 mostram que houve uma elevação do nível de instrução da população em geral, no entanto, as pessoas de cor branca levaram vantagem. Considerando os dados da região Sul, enquanto os brancos de 10 anos ou mais de idade, apresentaram uma taxa de analfabetismo equivalente a 8,5%, as pessoas da mesma faixa etária de cor parda atingiram 21% e a população de cor negra 17,7%. Juntas, as populações negra e parda somam 38,7% liderando o ranking do analfabetismo. Os dados relativos a 2003 mostram uma taxa de analfabetismo equivalente a 5,0% no Estado, mas entre os brancos a proporção cai para 4,4, sobe para 6,0 entre os negros e aumenta mais ainda entre os pardos 11,2.¹⁸

¹⁵ Núcleo de Estudos Negros. **Dossiê contra a Violência Racial**. Florianópolis, 1998. Disponível em www.nen.org.br.

¹⁶ O Núcleo de Estudos Negros foi criado em 1986 e está sediado em Florianópolis, Santa Catarina.

¹⁷ IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2004. op. cit., p. 318.

¹⁸ Idem, p. 320.

2. Situação de saúde, com foco na saúde das mulheres e saúde reprodutiva

A situação de saúde das mulheres varia de acordo com o potencial sócio-econômico das diferentes regiões do Estado. Embora não tenham sido encontrados dados detalhados em relação a alguns indicadores, que permitam uma comparação mais clara entre os dois municípios investigados, tornou-se possível observar que em 2000 a expectativa de vida em Florianópolis era de 73,9, sendo mais baixa em Santa Cecília, 71,1 anos. Os dados da PNAD de 2003 mostram que enquanto a média do país no caso dos homens chegou a 65,4, as mulheres atingiram 73,2 anos; nesse mesmo ano, a esperança de vida das mulheres em Santa Catarina equivalia a 75,9, enquanto a dos homens se situava bem abaixo: 67,8.

De acordo com os dados do Plano Estadual de Saúde,¹⁹ as taxas de mortalidade variam segundo as faixas etárias. As causas externas predominam entre as crianças à partir de um ano de idade, adolescentes e adultos jovens. As afecções perinatais afetam as crianças menores de um ano de vida, enquanto os adultos acima de 50 anos falecem principalmente das doenças do aparelho circulatório. O contingente acima de 5 anos de idade é afetado em segundo lugar, pelas neoplasias, enquanto as anomalias congênitas e as doenças do aparelho circulatório predominam entre as crianças abaixo de 5 anos.

Segundo os dados disponíveis no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), recuperados no referido Plano, as duas principais causas de mortalidade em 2004, são as mesmas para homens e mulheres no estado (doenças do aparelho circulatório e neoplasias), no entanto ocorrem variações nos percentuais. Seguindo uma tendência nacional, os dados mostram que é significativa a mortalidade devido às doenças do aparelho circulatório entre as mulheres, superando a proporção entre os homens. No que se refere às neoplasias, os homens estão na liderança, embora a diferença seja pequena. A taxa de mortalidade por câncer do colo do útero que era de 5,49 em 1999, baixou para 3,82 em 2004. As causas externas e as doenças do aparelho respiratório ocupam o terceiro e quarto lugares entre os homens, enquanto entre as mulheres esses lugares são ocupados pelas doenças do aparelho respiratório e pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, respectivamente.

De acordo ainda com os dados disponíveis nesse Sistema, em 2004 a mortalidade por causas externas ocupou o quinto lugar no caso da população feminina, seguindo a tendência da população geral, sendo a principal causa os acidentes de trânsito (54%), sucedida pelo homicídio e pelo

¹⁹ Secretaria de Estado da Saúde, Santa Catarina. **Plano Estadual de Saúde**. Versão Preliminar, 2005.

suicídio. Tanto no caso dos homens, quanto no das mulheres chama a atenção a alta proporção de causas “mal definidas”.

O Plano Estadual de Saúde evidencia as especificidades da mortalidade entre as mulheres em idade fértil (15 a 49 anos). Neste caso, para um total de 1.760 mortes ocorridas no Estado em 2000, os acidentes de trânsito foram a principal causa de morte (12,2 dos óbitos), seguidos das doenças cerebrovasculares (8,0%) e da AIDS, que ocupava o terceiro lugar, respondendo por 7,1%, ou seja, 115 mortes. O quinto, sexto e sétimo lugares eram ocupados respectivamente, pelo infarto agudo do miocárdio (4,8%), câncer de mama (4,3%) e câncer do colo do útero (4,0%). A mesma fonte revela que entre 2000 e 2001, o Programa de Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero registrou “um incremento de 51,4% das coletas, 23,8% das leituras”. Mas, adverte que apesar “de no mesmo período a cobertura da população ter aumentado em 32,8%, ela ainda é baixa, representando, em 2001, 25,6% da população alvo”²⁰.

Em Florianópolis, os dados relativos a 2002 mostram que as doenças do aparelho circulatório também lideram o grupo de causas de mortalidade tanto para homens quanto para mulheres (30.7), seguido das neoplasias (20.1), de outras causas mal definidas (15.7) e de causas externas (15.7). No município de Santa Cecília observa-se que as causas externas saltam em primeiro lugar (29.5), atingindo principalmente a população masculina entre 20 a 49 anos e entre 50 a 64 anos, fato que pode ser atribuído aos acidentes da atividade extrativista e das indústrias de transformação, além dos acidentes de outros tipos. As doenças do aparelho circulatório ocupam o segundo lugar (21.3), seguida pelas doenças do aparelho respiratório (14.8) e pelas neoplasias (11.5).²¹

Este quadro segue a tendência nacional na medida em que os quatro principais grupos de causas de morte da população em geral do país, em 2002, conforme os dados da PNAD, foram os seguintes: aparelho circulatório (267.496), neoplasias (129.923), causas externas (126.550) e doenças do aparelho respiratório (94.754).

De acordo com o IBGE, “na última década, a taxa de mortalidade infantil no Brasil manteve sua trajetória de declínio, passando de 41,1%, em 1993, para 17,5% em 2003, e correspondendo a uma proporção de queda de 33,1%”. Tal queda se justifica em razão dos avanços obtidos através das políticas de saúde, os quais incluem vacinação em massa, suprimento de antibióticos, atenção ao pré-natal, implementação do Programa de Saúde da Família, etc. Em 2004, Santa Catarina atingiu um dos índices mais baixos do país, ou seja, 18,2%²². O Plano Municipal de Saúde de Santa Cecília afirma que neste município a proporção foi de 17.8 em 2003.

Em Florianópolis, em 2000, de acordo ainda com o Plano Estadual de Saúde, o coeficiente de mortalidade infantil correspondeu a 12,8. No mesmo ano, em Santa Catarina esse coeficiente era de

²⁰ Idem, p. 35.

²¹ <http://www.saude.gov.br/datasus>.

²² IBGE, Síntese de Indicadores Sociais 2004. p. 30.

15,4 e na região do meio-oeste onde se localiza Santa Cecília, chegou a 18,6, um dos mais altos do Estado²³.

Embora não tenham sido encontrados dados sobre o número médio de consultas médicas no SUS nos municípios analisados, segundo a mesma fonte, o número de consultas médicas (SUS) por habitante em 2000 na Região Sul atingiu 2,2, ficando portanto acima da média nacional, equivalente a duas consultas médicas²⁴ anuais. O número mais elevado (2,7) encontra-se na região Sudeste, e o mais baixo, na região Norte (1,5).

No que se refere à saúde reprodutiva das mulheres especificamente, destacaremos a seguir alguns dos aspectos principais ligados às causas das internações hospitalares, à cobertura de exames preventivos, assistência ao pré-natal, óbitos maternos, aborto, partos cesáreos e gravidez na adolescência. Informações sobre fecundidade e uso da contracepção serão encontradas no item 2.1.

A gravidez, o parto e o puerpério lideram as internações hospitalares em ambos os municípios, mas em Florianópolis são as doenças do aparelho circulatório que ocupam o segundo lugar, enquanto em Santa Cecília esse lugar é ocupado pelas doenças do aparelho respiratório²⁵. A situação no Estado em 2000 é semelhante, coincidindo na primeira causa – gravidez, parto e puerpério, 20,0%; aparelho respiratório (18,0%) e aparelho circulatório (11,0%); aparelho digestivo, 10,0%.

O Plano adverte que “uma importante medida dentre as ações voltadas à saúde da mulher são os exames preventivos de câncer de colo de útero e de mama, com garantia do acompanhamento e tratamento quando detectado algum problema”. Avaliando a abrangência do Programa Viva Mulher, o Plano avalia que ele “está melhor estruturado para a prevenção do câncer do colo do útero do que o de mama. Mesmo assim, no ano de 2004 foram realizados 376.290 exames de papanicolau (exame extra-teto) significando uma cobertura aproximada de 25%, muito abaixo do ideal (80%) para que se consiga diminuir a mortalidade em 70% por esta patologia. No aspecto prevenção ao câncer de mama em 2004, foram realizadas 76.659 mamografias, além das mamografias diagnósticas (mulheres com alterações no exame de mama), estando igualmente aquém da situação desejada, que implicaria no rastreamento de todas as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos. Em SC residem 370 mil mulheres nesta faixa etária”.²⁶

Quanto ao acesso à assistência pré-natal, sabe-se que as normas do Ministério da Saúde definem um número mínimo de seis consultas realizadas por médico ou enfermeiro/a, conforme a Portaria nº 570 de 1 de junho de 2000. De acordo com Plano Estadual de Saúde, 60% das gestantes catarinenses tiveram acesso a mais de 6 consultas de pré-natal. Em 2001, segundo a mesma fonte, o

²³ Plano Estadual de Saúde, 2005. Versão Preliminar. p. 30.

²⁴ Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. p. 58.

²⁵ <http://www.saude.gov.br/datasus>.

²⁶ Plano Estadual de Saúde 2005. Versão Preliminar, p. 30.

número médio de consultas durante o pré-natal no Estado chegou a 5,4, ultrapassando o índice do país (4,1) e até mesmo dos demais Estados da região Sul: Paraná (4,9) e Rio Grande do Sul (4,1).

Os dados obtidos pelo Comitê Estadual de Morte Materna apontam que em 2000 foram registrados 33 óbitos maternos “correspondendo a um coeficiente de mortalidade materna de 35,4% por 100.000 nascidos vivos”.²⁷ Apesar dos riscos de sub- notificação, segundo a mesma fonte, através do trabalho que vem sendo desenvolvido por esse Comitê, instituído oficialmente mediante Portaria n. 0134, de fevereiro de 1995, tornou-se possível constatar que as principais causas desse tipo de mortalidade no Estado foram as seguintes: “hipertensão, complicando a gravidez, parto e puerpério, complicações de aborto, hemorragias, deslocamento prematuro da placenta e infecção puerperal”. Na região da Grande Florianópolis, concentra-se o índice mais baixo (7,2), enquanto na região de Santa Cecília o índice foi um dos mais altos, tendo atingido 54,8.²⁸, ou seja ficando num patamar superior ao do Estado em 2002 (45,0). Esse patamar, por sua vez, ficou abaixo dos 56,84 na Região Sul e dos 60,0 do país²⁹. Os dados do Ministério da Saúde indicam também que complicações do aborto espontâneo ou provocado constituem a quarta causa de mortalidade materna obstétrica no país.

Poucas foram as informações sobre aborto encontradas em Florianópolis, uma das exceções é o estudo de FONSECA et alii, que será mencionado no próximo capítulo. Não se sabe de qualquer pesquisa feita sobre o assunto na região de Santa Cecília. No entanto, pode-se imaginar que a situação não deve ser muito diferente daquela sugerida pelas estimativas nacionais. Utilizando a metodologia do Alan Guttmacher Institute (AGI), a Rede Nacional Feminista de Saúde³⁰ estima que o número de abortos clandestinos realizados no país em 2000 ficou entre 750 mil e 1,4 milhão. Pesquisa recente feita pela Fundação Perseu Abramo com 2.502 mulheres de diferentes idades e regiões do país, mostram que um terço das mulheres que têm ou mantiveram relações sexuais já vivenciaram alguma gravidez interrompida (33%). O estudo conclui que “destas, 84% tiveram interrupções naturais e 20% declararam abortos provocados, o que corresponde a 6% delas”, ou seja, cerca de três milhões³¹.

Não obstante o Ministério da Saúde tenha editado Portarias que restringem o número de partos cesáreos no país (GM/MS n. 2.816/98; GM/MS n. 865/99; GM/MS n. 466/01) a proporção desse tipo de parto por nascidos vivos permanece alta nos dois municípios, embora os índices estejam entre os mais baixos do país. De acordo com o datasus, entre 1994 e 2000, houve uma redução dos partos cesáreos, tanto em Florianópolis quanto em Santa Cecília. No primeiro município os índices

²⁷ Plano Estadual de Saúde 2005. Versão Preliminar. p. 37.

²⁸ Plano Estadual de Saúde, 2005. Versão Preliminar. p. 37 e 38.

²⁹ <http://www.saude.gov.br/datasus>.

³⁰ A Rede Nacional Feminista de Saúde agrega 113 entidades que defendem a saúde da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos.

³¹ Fundação Perseu Abramo. A mulher brasileira nos espaços público e privado. Como vivem e o que pensam as brasileiras no início do século XXI. Outubro de 2001. Versão revista e ampliada em 18.02.2002. p. 10.

atingiram 46,8 e 42,9, respectivamente, enquanto o segundo registrou 39,3 e 19,8. A proporção no estado de Santa Catarina no mesmo ano atingiu 41,48.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde, dentre as causas dos altos percentuais de cesáreas, destacam-se: “a representação social, por parte da mulher, de que esse tipo de parto é indolor e preserva a anatomia vaginal para as relações sexuais; o desconhecimento das mulheres sobre os riscos das cirurgias obstétricas; a percepção, por parte dos médicos, de que esse tipo de parto é mais seguro que o normal que o normal; a preferência médica pelas cesáreas por conveniência, visto que o parto normal pode durar até 12 horas enquanto o cesáreo é feito em pouco tempo e até com hora marcada; a insuficiência de equipamentos adequados para a monitorização fetal e materna forçando o médico a abusar da cesariana”.³²

Em ambos os municípios pesquisados, observou-se um incremento da gravidez na adolescência, ou seja, aumentou o número de mães entre 10 a 19 anos, entre 1995 e 2002. Em Santa Cecília em 1995 correspondia a 31.2 e em 2002 aumentou para 38.1, um pouco em razão do incremento da maternidade precoce entre 10 a 14 anos, de 1.7 a 2.5, no mesmo período. Em Florianópolis em 1995 equivalia a 16.9 e em 2002 subiu para 17.1. Esses dados preocupam, desde quando sabe-se que além de implicar sérios riscos para a saúde materna e infantil, a gravidez na adolescência tem sérias repercussões sociais. Entre 10 e 14, os índices foram baixos se comparados com o de algumas regiões do país, registrando-se em 1995 e 2002 a 0.4, apresentando uma oscilação entre 0.6 e 0.7 nos anos intermediários.

1.3. Serviços: oferta, cobertura, condições de acesso

O Estado de Santa Catarina conta com 6.503 Unidades de Saúde, incluindo desde clínicas especializadas até Hospitais (gerais, 201 e especializados, 22) e cooperativas³³, sendo 1.288 unidades básicas de saúde. O município de Florianópolis dispõe de 236 Unidades, sendo 47 Básicas, 42 clínicas especializadas e 59 consultórios isolados, além de sete hospitais gerais e sete especializados, um pronto socorro especializado e um geral.

O Modelo de Atenção à Saúde do Estado visa “implementar as diretrizes do SUS; definir diretrizes para prioridades na aplicação e distribuição de recursos financeiros; adequar a rede hospitalar e ambulatorial, em complexidade tecnológica e abrangência dos serviços, visando a resolutividade; manter o atendimento do cidadão no seu município ou região de origem evitando o seu deslocamento para outros centros”.³⁴

³² Plano Estadual de Saúde, 2005. Versão Preliminar. p. 33.

³³ <http://www.cnes.datasus.gov.br/>, atualizado em 31.03 de 2005.

³⁴ Plano Estadual de Saúde, 2005. Versão Preliminar. p. 65.

De acordo com a Prefeitura Municipal de Florianópolis, “a cobertura dos serviços básicos de saúde atinge aproximadamente 70% da população de Florianópolis, principalmente na área de atenção à mulher e à criança. A porta de entrada dos serviços públicos de saúde efetivamente se dá através da rede básica e o acesso à rede especializada ocorre pelo acionamento da Central de Marcação de Consultas (CMC – Policlínicas de Especialidades), sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SES). O Município criou, em 2002, uma Central de Marcação de Consultas Intermediária, sob gestão municipal agilizando o processo de acionamento da CMC/SES através das Unidades de Saúde”³⁵.

Até 1997 os Centros de Saúde se dividiam em I e II, dependendo do grau de complexidade dos serviços prestados, ou seja, nos segundos se concentravam as especialidades médicas (por exemplo, ginecologia e pediatria) além da clínica geral. De modo geral, a partir de 1991, por ocasião da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, os poderes públicos têm feito um esforço no sentido de ampliar e de aprimorar a rede. A atenção prestada na rede básica está articulada com cinco Programas: Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Docente Assistencial (PDA) e o Programa Capital Criança, além de outras atividades desenvolvidas pelos demais programas do Departamento de Saúde Pública da Secretaria, a exemplo das vigilâncias.

Segundo os dados do Sistema de Informações de Atenção Básica sobre o Estado, “em março de 2002, 86% dos municípios catarinenses já haviam implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) e 93% o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Considerando a capacidade máxima de atendimento das equipes, o PSF apresentava cobertura de 49,7% da população do Estado enquanto o PACS cobria 75,4%.”³⁶

Em Florianópolis, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1995, desenvolve atividades de enfermagem, promove consultas médicas, visitas domiciliares, bem como outras atividades ligadas à vigilância em saúde em 32 das Unidades, incluindo o Rio Vermelho. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi criado em 1999 e de início visava principalmente a redução da mortalidade infantil. Atualmente esse Programa tem como objetivo a realização de ações de vigilância à saúde, através da atuação desses agentes sob a supervisão de enfermeiros.

Dando continuidade a uma tradição de parcerias estabelecidas entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Secretaria Municipal de Saúde, a partir da década de 80, em fevereiro de 1997, iniciou-se um novo convênio: o Programa de Articulação Docente – Assistencial/

³⁵ http://www.pmf.sc.gov.br/saude/perfil_saude/, consultado em 12 de dezembro de 2005. A gerência da Secretaria de Saúde de Florianópolis inclui além do Gabinete do Secretário, o Departamento de Ações de Saúde ou de Saúde Pública e o Departamento de Planejamento, Avaliação e Auditoria, além da Unidade de Apoio Administrativo. O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal 3291 de 1º de novembro de 1989.

³⁶ Plano Estadual de Saúde, 2005. Versão preliminar, p. 65.

Universidade - Sistema de Saúde, através do qual os alunos da graduação em Medicina passaram a integrar formalmente (através de atividades curriculares de formação e capacitação) a estrutura das Unidades Básicas. Posteriormente, em 1998 e 1999, os Cursos de Enfermagem e Nutrição, passaram a fazer parte desse projeto, ao mesmo tempo em que se iniciou-se a articulação com as especialidades médicas dos ambulatorios do Hospital Universitário. Em 2000 e 2002, o curso de Farmácia e os cursos de Serviço Social e Psicologia aderiram ao Programa e foi criado o curso de Especialização Residência em Saúde da Família.³⁷

O Programa Capital Criança visa à redução da mortalidade infantil e materna através do desenvolvimento de várias ações voltadas para as crianças de zero a seis anos, gestantes e puerpéras. Esse Programa funciona de modo associado ao PACS, ao PSF, e ao SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Esse Programa tem sido responsável pela expressiva queda da mortalidade infantil no município mencionada no item anterior.

Segundo a Secretaria Municipal, conforme o quadro abaixo, atualmente as Unidades de Saúde de Florianópolis são gerenciadas por cinco equipes regionais criadas em 2002: Regional Centro (07 unidades); Regional Continente (12 Unidades); Regional Leste (09 Unidades); Regional Norte (12 Unidades); Regional Sul (13 Unidades). No total são 53 Unidades. Em cada Regional as equipes estão compostas por um coordenador, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um auxiliar administrativo³⁸.

Regionais e Unidades de Saúde de Florianópolis - 2005

Regional Centro

Endereço:
Avenida Rio Branco, nº 90 Centro Fone: 3225-3970

Agrônômica
Centro
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi)
Monte Serrat
Praia
Trindade

Regional Continente

³⁷ Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Plano Municipal de Saúde. Gestão 2002-2005. p. 59 e 60.

³⁸ Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>.

Endereço: Rua Heitor Blun, 521 Prédio da Policlínica do Estreito 2º andar Fone: 3244-2445 e 3244-3955	Abraão Balneário Capoeiras Coloninha Estreito Jardim Atlântico Laboratório Monte Cristo Morro da Caixa Policlínica II (Estreito) Sapé Vila Aparecida
Regional Leste Endereço: Av. Henrique da Silva Fontes esquina com Rua Odilon Fernandes, S/N Trindade Fone: 3234-9557	Barra da Lagoa Canto da Lagoa Costa da Lagoa Córrego Grande Itacorubi João Paulo Lagoa da Conceição Pantanal Saco Grande
Regional Norte Endereço: Rod. Francisco Faustino Martins, s/n - Canasvieiras Fone: 3266-7355 3266-7063 3269-6902	Cachoeira do Bom Jesus Canasvieiras Ingleses Jurerê Ponta das Canas Pronto Atendimento (PA) Norte da Ilha Ratones Rio Vermelho Santo Antônio de Lisboa Vargem Grande Vargem Pequena
Regional Sul Endereço: Rua João Motta Espezim, nº 783 Saco dos Limões Fone: 3322-2348 3225-3944	Alto Ribeirão Armação Caeira da Barra do Sul Campeche Carianos Costeira do Pirajubá Fazenda do Rio Tavares Morro das Pedras Pântano do Sul Ribeirão da Ilha Rio Tavares Saco dos Limões Tapera

Do total de 53 Unidades, 40 proporcionam as seguintes atividades para crianças de 0 a seis anos e para as gestantes e puerpéras: consulta do sétimo ao décimo dia de vida do recém-nascido, pré-marcada por agentes da SMS que visitam as maternidades; consulta para as puerpéras até 45 dias após parto; consulta odontológica para a criança com 30 dias e até os seis anos; consulta de puericultura à criança, vacinação, cadastramento da mãe e da criança no Programa Capital Criança,

para garantir as demais consultas e procedimentos nos Centros de Saúde com agendamento prévio, inclusive no Rio Vermelho. As gestantes têm prioridade no atendimento³⁹.

As mulheres em idade reprodutiva recebem orientação sobre métodos contraceptivos em geral e recebem contraceptivos orais, preservativos e diafragma em 40 Unidades, além de poderem nelas realizar os exames preventivos de câncer cérvico-uterino e de câncer de mama, além de orientações sobre o auto-exame. As consultas médicas em ginecologia são proporcionadas em vinte unidades básicas. As consultas em clínica médica ocorrem em todas as Unidades. O Programa DST/AIDS funciona na Unidade Central, no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e na Policlínica II. As Unidades estão distribuídas pelos diferentes bairros da cidade, a fim de facilitar o acesso dos/as usuários/as, conforme pode ser visto no mapa 3.

Observamos que houve um incremento significativo da oferta de serviços nos últimos dez anos. De acordo com o estudo de MINELLA, do total de 43 Centros de Saúde identificados durante o levantamento de campo no segundo semestre de 1996, apenas 29 realizavam consultas e curativos, 22 consultas e tratamentos e 1 realizava apenas consultas. Deste total, 29 admitiam prestar assistência na área de planejamento familiar. Os tipos de atendimento incluíam: distribuição de contraceptivos orais; distribuição de outros contraceptivos (espermicida, preservativo masculino, diafragma); pré-natal; pré-natal e puerpério; encaminhamento para cirurgias (laqueadura e/ou vasectomia). Além disto, vários destes Centros promoviam as seguintes iniciativas: conferências e palestras; debates; campanhas de conscientização e distribuição de material informativo; treinamento de pessoal e outros tipos de contato com a comunidade (contatos domiciliares, constituição de grupos específicos de apoio, orientação individual e reuniões nas escolas e clubes de mães sobre métodos contraceptivos).⁴⁰ Vê-se portanto, que houve não apenas um aumento quantitativo das Unidades de Saúde nesses dez anos - de 43 para 53 - como um incremento da oferta em planejamento familiar: de 29 em 1996 para 40 Unidades atualmente.

Contrastando com a oferta de serviços em Florianópolis, o município de Santa Cecília dispõe de apenas uma unidade básica, na qual foi feita a pesquisa – o Centro Integrado de Saúde - que funciona atualmente nas instalações da Secretaria Municipal de Saúde num prédio novo de dois andares, com mais de quarenta salas, construído onde funcionava o antigo Hospital Municipal; um consultório isolado; dois hospitais gerais (o Hospital de Pronto Atendimento Municipal, que também realiza consultas ambulatoriais, e o Hospital e Maternidade de Santa Cecília), e um posto de saúde menos estruturado onde funcionam o Laboratório Municipal, a Sala de Imunização, Teste do Pezinho e Coleta do Preventivo do Câncer de útero. O município conta com apenas uma ambulância. O Centro Integrado está localizado no centro da cidade e a sua equipe atende também a

³⁹ Ver <http://www.pmf.sc.gov.br>, consultado em 20 de abril de 2006.

⁴⁰ MINELLA, Luzinete Simões. **Gênero e Contracepção. Uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005. p. 163.

população das cidades vizinhas em Postos de Saúde recém construídos visando facilitar o acesso à saúde da população rural: Bela Vista (Waely) e Anta Morta. Considerando que a população do município atingiu 16.716 habitantes em 2005, constata-se que seria necessária uma ampliação da rede a fim de atender melhor às necessidades da população.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2005-2008) da Prefeitura de Santa Cecília, o Centro Integrado de Saúde, conta com os seguintes Programas: Saúde da Mulher, Planejamento Familiar, Monitoramento da Aedes Eegipy, Planejamento Familiar, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica. Mais informações sobre os primeiros Programas constam no item 2.2.

No capítulo seguinte são sintetizadas as principais etapas do processo de pesquisa, explicitando-se os procedimentos adotados nos dois municípios pesquisados. As unidades de saúde selecionadas são descritas, destacando-se os seguintes aspectos: instalações, programas e ações oferecidas, com ênfase na área de planejamento familiar, equipe, cobertura e perfil da demanda. Além disso, são esboçadas as linhas gerais do perfil sócio-econômico das entrevistadas.

Quadro I Indicadores sócio-econômicos – Florianópolis e Santa Cecília, SC – 2000

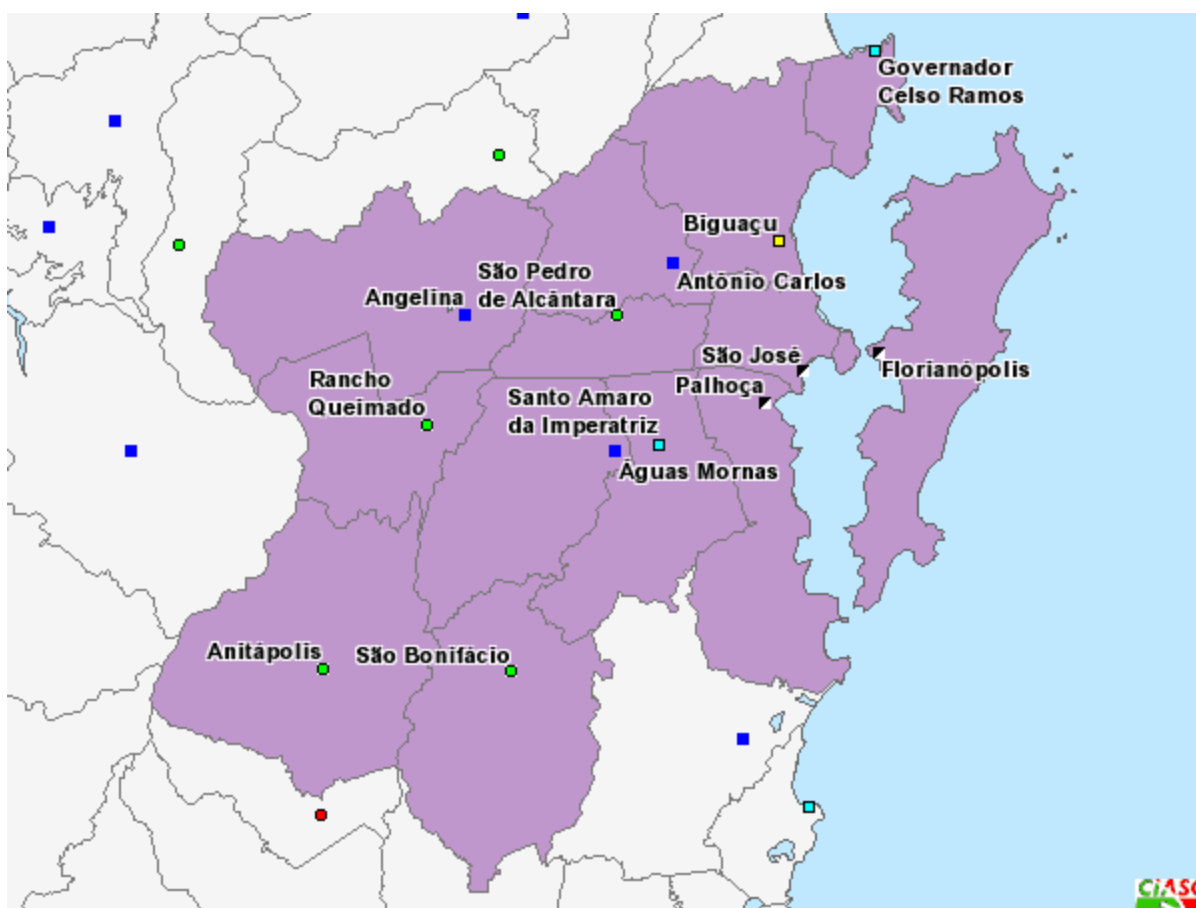
Municípios de Santa Catarina																		
Local	População	Renda per capita em R\$		Renda per capita média	Pessoas com renda insuficiente*		Famílias com renda insuficiente		Pessoas pobres**		Acesso aos serviços básicos							IDH
		Área rural	Área urbana		N	%	N	%	N	%	Re de água	Re de esgoto	Coleta de lixo	Re elétrica	Tele-fone			
Florianópolis	10.150	332,18	712,315	701,42	23.136	6,8	7.166	6,0	61602	18,0	96,4	90,0	48,0	99,0	100,0	75,0	0,86	
Santa Cecília	3.113	116,19	204,802	185,21	3.825	25,8	811	21,4	9.286	62,7	87,6	73,0	25,0	71,0	94,0	16,0	0,74	
Estado de Santa Catarina	1.134.416	4.217,744	206,58	386,21	349,32	665.489	12,4	159.801	10,7	1.752.908	32,7	94,3	74,6	73,5	83,0	98,4	43,7	0,84

*Aqueles que sobreviviam com R\$90,00 mensais.

**Aqueles cuja renda mensal era menor ou igual a R\$180,00.

Fonte: IBGE, Censo de 2000.

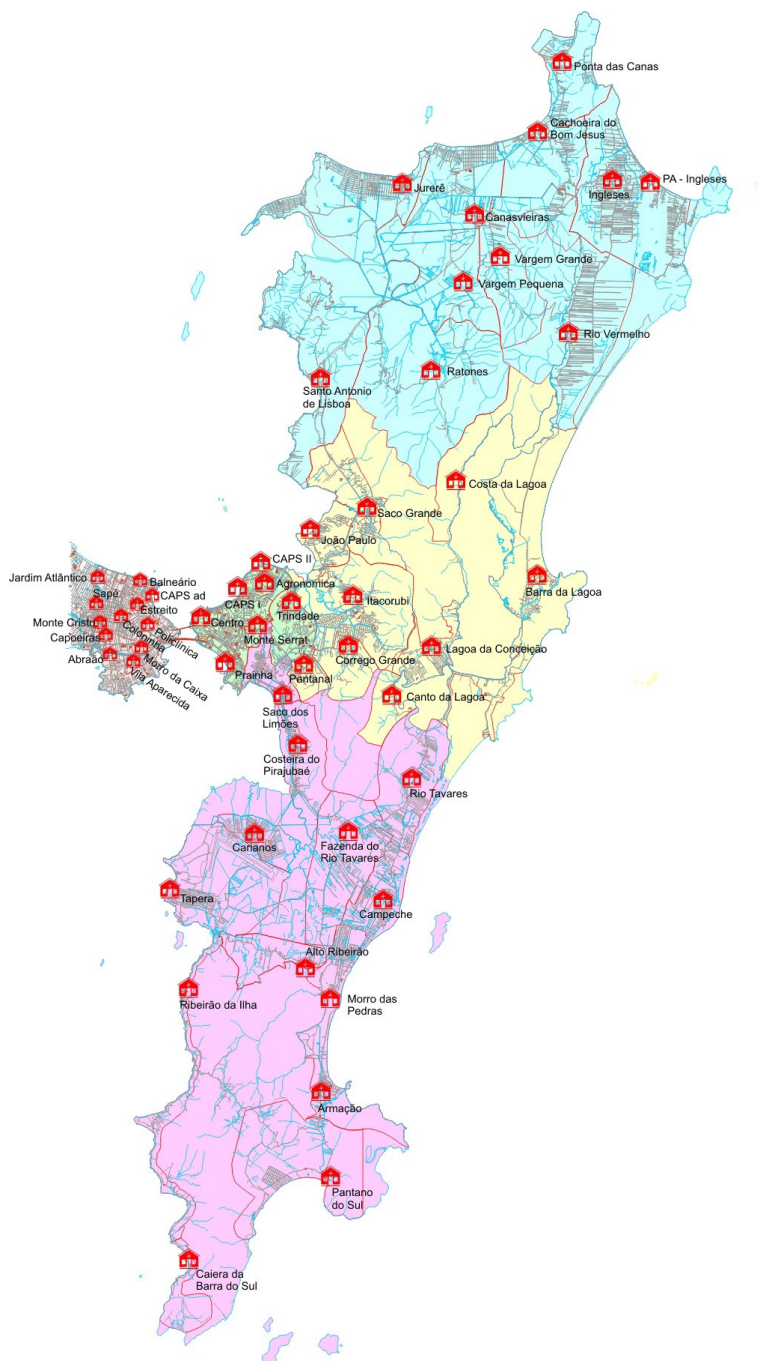
Mapa 1 – Município de Florianópolis – Região de São José



Mapa 2 – Município de Santa Cecília – Região de Curitiba



Mapa 3 – Unidades de Saúde – Florianópolis - 2006



Legenda:

-  Unidade Local de Saúde - Total = 52
-  Regional de Saúde Centro - 05 Unidades Locais de Saúde
 - 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II
 - 01 Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes- CAPS i
-  Regional de Saúde Continente - 11 Unidades Locais de Saúde
 - 01 Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas - CAPS ad
-  Regional de Saúde Leste - 09 Unidades Locais de Saúde
-  Regional de Saúde Norte - 10 Unidades Locais de Saúde
 - 01 Pronto Atendimento 24 horas - PA
-  Regional de Saúde Sul - 13 Unidades Locais de Saúde
-  Limite Área de Abrangência da Unidade Local de Saúde



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Assessoria de Planejamento - Geoprocessamento
Janeiro / 2006

Capítulo II – Aspectos metodológicos e processo de pesquisa: universo e procedimentos

Nesse capítulo explicitamos no primeiro item, as principais etapas do processo de pesquisa, bem como os procedimentos adotados nos dois municípios pesquisados. No Segundo, descrevemos as Unidades de Saúde selecionadas, destacando-se os seguintes aspectos: instalações, programas e ações oferecidas - com ênfase na oferta de planejamento familiar - equipe, cobertura e perfil da demanda. Finalmente, no terceiro item, traçamos as linhas gerais do perfil das entrevistadas, com ênfase nas informações sobre nível de escolaridade, cor, participação social, trabalho, ocupação e renda, sendo assinaladas, em linhas gerais, as especificidades das áreas urbana e rural.

1. O processo de pesquisa em Florianópolis e Santa Cecília

A pesquisa iniciou-se em março de 2005, quando foram feitos os primeiros contatos com os gestores das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde para discutir os critérios de seleção das unidades básicas de saúde que seriam investigadas. Inicialmente foram selecionadas as seguintes: representando as unidades mais estruturadas da capital, a Unidade Básica de Saco Grande II; as menos estruturadas, a Unidade do Rio Vermelho. No caso do interior do Estado, foi escolhido o Centro Integrado de Saúde de Santa Cecília, município situado a 300 km. de Florianópolis, com uma população de 15.688 habitantes, de acordo com os dados do IBGE relativos à 2004. Esse município, conforme mencionamos no capítulo I, é típico da colonização alemã pobre, ou seja, promovida por segmentos de baixos recursos, que se dedicam até hoje à agropecuária de pequeno e médio porte e às atividades de extração e beneficiamento de madeira e reflorestamento.

Nessa fase realizamos um debate sobre o projeto no Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades da Universidade Federal de Santa Catarina e selecionamos as pesquisadoras. Em abril, visitamos as Unidades de Florianópolis, Saco Grande II e Rio Vermelho, a fim de sondar sobre as possibilidades e as condições de realização da pesquisa. Feita essa avaliação preliminar do campo, a coordenadora regional participou da primeira reunião nacional da pesquisa realizada em Brasília nas dependências do

FNUAP, no dia 06. Em seguida a essa reunião, foi iniciado o levantamento de dados e de bibliografia sobre o tema em Florianópolis e Santa Catarina, foi revista a proposta elaborada pela coordenação nacional para o treinamento das pesquisadoras e fizemos a primeira revisão do instrumento de coleta de dados e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No mês de maio, após a realização da segunda reunião da equipe nacional em Brasília, na qual, dentre outras atividades, as pesquisadoras foram treinadas, e após iniciar os procedimentos formais para obtenção das autorizações das instituições envolvidas na pesquisa, realizamos o pré-teste do questionário, entre os dias 24 e 28 de maio de 2005, em Florianópolis. Nessa etapa, quatro questionários foram aplicados, dois no Hospital Universitário e dois no Centro de Saúde do Pantanal o qual está integrado ao Conselho Comunitário do bairro, funcionando nas suas dependências. No decorrer da realização do pré-teste, decidimos que o Ambulatório de Ginecologia do HU, integrado ao SUS (assim com as demais atividades e setores do Hospital), substituiria a Unidade do Saco Grande II, passando a representar a unidade mais estruturada por duas razões: primeiro, porque nele os serviços prestados na área de planejamento familiar contam com a estrutura e o equipamento do Hospital, sendo referência no Estado. Segundo, porque sendo as pesquisadoras alunas da UFSC e a coordenadora, docente e pesquisadora, houve uma receptividade maior à proposta do estudo. Nessa oportunidade constatamos que as entrevistas foram realizadas num prazo que oscilou entre o mínimo de uma hora e um máximo de 1 hora e meia, mas que poderiam ser feitas em quarenta minutos, se os diálogos ocorressem sem interrupção.

As entrevistas foram realizadas com usuárias entre 18 e 49 anos que estavam à espera de suas consultas no ginecologista. Algumas estavam acompanhadas por crianças, mas a maior parte delas estava sozinha. Percebemos que algumas respostas, de conteúdo mais qualitativo, poderiam ter sido melhor respondidas, não fossem vários fatores: a inibição ao falar sobre questões mais íntimas, por exemplo, aborto e uso de métodos por parte dos parceiros, a preocupação em não perder o lugar na fila da consulta, e, num dos casos, a presença de uma criança que demandou várias vezes a atenção da mãe, interrompendo o diálogo.

Paralelamente a essas atividades, nos meses seguintes, prosseguia o levantamento de dados e de bibliografia, inclusive junto a PNAD e aos Planos Municipais e Estaduais de Saúde; as reuniões da equipe local; os contatos com a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cecília e os diálogos com as demais coordenações nacional e regionais; os avanços da revisão das versões do instrumento à medida que iam sendo incorporadas as sugestões da equipe. Além disso, foram iniciados os contatos com o Comitê de Ética da UFSC.

Após a obtenção do parecer do Comitê de Ética da UFSC, a pesquisa de campo iniciou-se, tendo sido realizada no mês de outubro em três etapas: de 03 a 06 foram entrevistadas vinte usuárias do Ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário; de 10 a 14, vinte usuárias da UBS do Rio Vermelho; de 24 a 26, vinte do Centro Integrado de Santa Cecília, totalizando sessenta entrevistas. Entre uma etapa e outra, ocorreram as reuniões da equipe local a fim de realizar um balanço do andamento da pesquisa, a organização e a preparação dos materiais.

Intensificou-se em novembro o levantamento de informações sócio-econômicas e demográficas sobre os municípios investigados e sobre os serviços de planejamento reprodutivo para a primeira parte do relatório analítico. Foram revisados e organizados os roteiros de entrevista, os quais foram enviados para a coordenação nacional. A partir de dezembro de 2005, iniciou-se a elaboração do relatório da pesquisa.

2. DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

2.1. Breve descrição da área de cobertura

O Centro Integrado de Saúde de Santa Cecília está localizado no centro da cidade e a sua equipe atende também a população das cidades vizinhas em pequenos postos recentemente construídos. Conforme visto no item 1.3., o Centro funciona atualmente nas instalações da Secretaria Municipal de Saúde num prédio novo de dois andares, com mais de quarenta salas, tendo sido construído onde funcionava o antigo Hospital Municipal.

O Hospital Universitário está situado na área do campus da Universidade Federal de Santa Catarina, no bairro da Trindade e atende a uma grande demanda, tanto por parte

da população do bairro, formada por estudantes, professores e comerciantes, principalmente, quanto por parte de bairros vizinhos e distantes, e ainda, dos outros municípios, haja vista que se trata de hospital de referência no Estado. A população da Trindade é uma das maiores dentre os bairros de Florianópolis, chegando a 18.456 habitantes em 2004 e 19.357 em 2005. O número de mulheres supera o de homens nesses dois anos, alcançando a marca de 9.713 e 10.189 para as mulheres, respectivamente, contra 8.738 e 9.166 para os homens. O atendimento de emergência funciona durante 24 horas, assistindo crianças e adultos em espaços separados, atingindo a média de 400 pacientes por dia.

Esse Hospital foi criado em 1980. De acordo com o site www.hu.ufsc.br “o atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos seguintes permitindo que o Hospital completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia”

O site esclarece que “a Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia foram implantadas em outubro de 1995, após longo período de preparação de Recursos Humanos, equipamentos e técnicas de intervenção buscando alcançar elevados índices de modernização técnica e humanização do atendimento. Atualmente a Maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica”.

Informa também que o Hospital “atua nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário”, e “é também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades”. O atendimento em planejamento familiar ocorre nas dependências do Ambulatório de Ginecologia.

A Unidade do Rio Vermelho foi criada em 1952 e está integrada ao Programa de Articulação Docente Assistencial, ou seja, estudantes universitários desenvolvem atividades curriculares visando a sua formação profissional. Faz parte da Regional Norte junto com as seguintes Unidades: Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Pronto Atendimento (PA) Norte da Ilha, Ratonês, Santo Antonio de Lisboa, Vargem Grande, Vargem Pequena. Boa parte da população desses dois últimos bairros recorre ao atendimento oferecido por esta Unidade, devido à proximidade

e ao fato de contar com uma melhor estrutura se comparada à UBS do bairro de Vargem Grande, o qual conta com 5.435 habitantes contra apenas 843 em Vargem Pequena.

O Rio Vermelho é um bairro de baixa e média renda, de densidade média, que contava em 2004 com 7.742, sendo 3.774 mulheres e 3.969m homens. Uma média baixa, considerando-se que bairros como a Trindade, onde se encontra o HU, tem atualmente 19.357 habitantes. O número de habitantes com idade superior a 45 anos diminui gradativamente,. Entre 45 e 49 anos são 146 mulheres e 194 homens, num total de 340. Na faixa seguinte, 50 a 54, temos 249 no total, sendo 128 mulheres e 121 homens. Na última faixa, oitenta anos e mais, são apenas 43 pessoas. Grande parte se concentra na faixa dos 0 a 10 anos (1.697). O número de mulheres entre 18 e 49 anos corresponde a 2.206, sendo mais concentrado na faixa de 24 a 49 anos (1.727). Não por acaso, a UBS as filas da UBS são sempre grandes.

2.2. Instalações

O Ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário conta apenas com uma sala consultório. As reuniões de planejamento familiar promovidas para a comunidade ocorrem no auditório e os demais procedimentos DIU, esterilização, vasectomia etc. são realizados nas demais dependências do Hospital ligadas aos procedimentos cirúrgicos. Os exames de rotina (sangue, urina, preventivo, mamografia, etc) são feitos também nas dependências do Hospital.

A Unidade Básica de Saúde do Rio Vermelho conta com 11 salas, assim distribuídas: uma de atendimento ao público (marcação de consultas e exames, distribuição de medicamentos; 02 salas de clínica geral; 01 sala de ginecologia e pediatria; 01 sala dos médicos; 01 sala das enfermeiras; 01 sala de odontologia; 01 sala de vacinação; 01 sala de triagem; 01 sala que serve como almoxarifado; 01 sala de expurgo, além do banheiro e de um corredor (estreito) nos quais estão dispostos bancos e cadeiras para o público. Há bancos e cadeiras também na varanda nos quais as pessoas se sentam para aguardar as consultas.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde, o Centro Integrado de Saúde de Santa Cecília dispõe de: “01 consultório de psicologia, 01 sala de assistência social, 03 consultórios médicos, um equipado com mesa ginecológica e aparelho de ultrassonografia, 01 RX, 01 farmácia básica, 01 ala de reuniões com capacidade para 20 pessoas” além de “02 consultórios de atendimento Odontológico com 03 profissionais, 02 salas destinadas a Fisioterapia com 01 profissional, 01 sala de TFD, 01 consultório de enfermagem” e a sala da administração. Segundo a enfermeira responsável, o atendimento em planejamento familiar conta com duas salas para consulta, uma para entrega de medicamentos e uma para aconselhamento.

2.3. Programas e ações oferecidas. Descrição das ações de planejamento familiar.

Os programas e ações de planejamento familiar desenvolvidos no Ambulatório de Ginecologia do HU incluem o pré-natal de baixo e alto risco, o acompanhamento do puerpério e implantação do DIU, além do encaminhamento para esterilização e vasectomia (feita no setor de pequenas cirurgias).

Este encaminhamento é administrado pelo Projeto de Atenção do Serviço Social ao Planejamento Familiar⁴¹, o qual tem como objetivo o desenvolvimento “de ações preventivas e educativas que promovam o direito ao acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis, inclusive a esterilização cirúrgica, que garantam à mulher, ao homem ou casal, a decisão livre e consciente sobre o número de filhos que desejam ter” (SCHUELTER, 1999, p.45).

De acordo com essa autora, a partir de 1997, começaram a se organizar os grupos de orientação sobre planejamento familiar, neles as solicitantes de laqueadura eram orientadas a respeito das indicações e contra-indicações dos métodos contraceptivos. (1999, p. 48).

No decorrer dos anos, atendendo ao previsto na legislação sobre planejamento familiar, estabeleceu-se uma rotina de trabalho que se inicia com uma primeira consulta clínica. Nessa consulta, após dialogar com @s médic@s a respeito do assunto, @s

⁴¹ De acordo com SCHUELTER, o Serviço Social passou a integrar a equipe do HU em 1980, por solicitação do diretor da Comissão de Implantação do Hospital. (1999, p. 42).

interessad@s são encaminhad@s para o Serviço Social a fim de agendar o comparecimento às palestras. Tais palestras são oferecidas quinzenalmente pelo setor de Enfermagem e pelas agentes do Serviço Social, e o seu conteúdo informa sobre a saúde reprodutiva e os métodos contraceptivos.

A monografia elaborada por MARCHEZAN, auxilia a compreensão dessa rotina: “após a participação na palestra, o candidato passa por entrevista no Serviço Social. É o momento em que a assistente social busca, individualmente, levar o interessado a refletir sobre as consequências do procedimento cirúrgico, quanto à impossibilidade de uma nova gestação caso venha a ocorrer a perda de um filho ou o começo de um novo relacionamento, por exemplo. Na entrevista, busca-se discutir com cada pessoa qual o melhor método para impedir uma gravidez indesejada, sem prejudicar sua saúde, nem tirar seu direito de escolha” (2002, p. 32).

MARCHEZAN afirma que no decorrer de 2001 participaram das palestras, 611 pessoas, “192 interessadas em laqueadura tubária e 187 em vasectomia, sendo as outras 237 pessoas maridos/esposas dos inscritos” (2002, p.33).

A autora assinala que através das entrevistas, são identificados os casos mais urgentes, ou seja, são identificadas as pessoas que têm um número maior de filhos, problemas de saúde e problemas financeiros sérios que ameaçam o sustento da prole. Também é checada a idade da pessoa interessada, que recebe orientação sobre as providências que deverá tomar caso mantenha o interesse na esterilização. Esclarecendo um pouco mais o assunto, ela afirma que “no retorno, o homem interessado em vasectomia irá agendar sua cirurgia, e a mulher que deseja laqueadura só então entrará para a lista de espera. O tempo médio de espera para realização da cirurgia, contado a partir do retorno com o médico é de três meses para o homem e passa de um ano para a mulher, tendo sido registrados, inclusive, casos de nova gestação nesse tempo de espera”. (2002, p. 32).

A legislação estabelece um prazo de sessenta dias entre a solicitação e o atendimento. As diferenças se explicam por duas razões: primeiro, porque a vasectomia é uma cirurgia menos complexa e rápida, podendo ser feita no setor de pequenas cirurgias, enquanto a laqueadura tubária, por ser um procedimento mais complexo, requer internação, repouso e outros cuidados. Segundo, porque a demanda por esterilização,

inclusive a reprimida, continua mais alta, embora as solicitações de vasectomia estejam aumentando após a legislação, conforme mostram os dados do estudo citado.

Recentemente, no final de janeiro de 2006, iniciou-se um convênio com a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) para uma distribuição planejada de contraceptivos orais, DIU, diafragma, injetáveis, etc. O Ambulatório mantém também o Programa de Aleitamento Materno além de prestar assistência ao climatério e à menopausa.

A Unidade do Rio Vermelho presta serviços básicos em enfermagem, clínica geral, odontologia e pediatria. A vacinação, puericultura e o teste do pezinho integram o Programa Capital Criança⁴². Também são realizadas visitas domiciliares. No âmbito do planejamento familiar a Unidade proporciona atendimento às gestantes de baixo risco através das consultas e exames do período pré-natal. Também são realizadas consultas para as puerpéras com 45 dias e consultas odontológicas para a criança até os 06 anos, além do diagnóstico nutricional da população materno-infantil (gestantes e crianças de 0 a 06 anos).

O Programa de Saúde da Mulher promove o acesso aos métodos contraceptivos ou contraceptivos, orientando sobre o seu uso. Fornece contraceptivos orais (pílulas), preservativos (camisinhas) e diafragma mas, não coloca DIU. Quanto à prevenção, realiza os exames preventivos de câncer cérvico-uterino e do câncer de mama, orientando sobre o auto-exame das mamas. Atendimento em ginecologia e obstétrica – consulta médica em ginecologia e gestantes de baixo risco.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2005-2008) da Prefeitura de Santa Cecília, conforme observamos no item 1.3. no Centro Integrado de Saúde, conta com os seguintes Programas: Saúde da Mulher, Programa de Monitoramento da Aedes Eegypty, Programa de Planejamento Familiar, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.

O Programa de Saúde da Mulher inclui as consultas e exames ginecológicos e o preventivo de câncer de colo do útero e de mamas, além da orientação de cuidados na

⁴² O Programa Capital Criança foi criado em 1997 e resulta de uma parceria entre a Prefeitura, a Associação Catarinense de Medicina (ACM), Associação Catarinense de Pediatria, as maternidades instaladas em Florianópolis, o Hospital Infantil Joana de Gusmão, a UNIMED e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mães e crianças são cadastradas no Programa, garantindo o agendamento prévio de consultas. O monitoramento das crianças possibilita que elas sejam alcançadas pelos agentes de saúde no caso de dificuldade de acesso aos serviços e/ou omissão da famílias.

menopausa. O Programa de Planejamento Familiar funciona em convênio com a BEMFAM e inclui, além do pré-natal, a distribuição de métodos contraceptivos: pílulas, preservativos, diafragma, DIU, encaminhamento para esterilização, etc.

2.4. Equipes

A equipe do Hospital Universitário é constituída pelos professores de graduação e pós-graduação dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde, os quais são responsáveis pelos estágios curriculares nas diversas áreas, funcionando portanto, como centro de ensino e pesquisa. No caso do Ambulatório de Ginecologia a equipe inclui um médico, dois enfermeiros e uma assistente social.

Integram a equipe da Unidade do Rio Vermelho treze profissionais: dois clínicos gerais; uma ginecologista; um pediatra; um dentista; um auxiliar de consultório odontológico; 02 enfermeiras; 02 auxiliares de enfermagem; 03 auxiliares administrativos além de uma estagiária e uma faxineira.

A equipe do Centro Integrado de Saúde de Santa Cecília inclui uma enfermeira, 06 médicos (dois clínicos gerais, dois gineco/obstetras, um pediatra e um ortopedista), além de seis auxiliares de enfermagem. O atendimento em planejamento familiar é proporcionado por alguns membros dessa equipe: os dois médicos gineco/obstetras, a enfermeira e um auxiliar de enfermagem. A equipe desse Centro se desloca para atender a população rural nos seis postos de saúde situados fora da sede: Posto de Saúde Bela Vista (Waely), Rio Bonito, Coletoria Velha, Campo do Areião, Anta Morta e Polpa de Madeiras os quais contam permanentemente apenas com uma atendente de enfermagem sem habilitação em cada um deles. Os três primeiros foram visitados pela equipe.

Apenas aparentemente a equipe do Ambulatório do HU é menor do que a das demais instituições. Se levarmos em conta que as usuárias que recorrem ao Ambulatório são encaminhadas para outros setores dessa instituição seja para realizar os exames laboratoriais, a mamografia, a esterilização, etc., torna-se possível supor que o número de profissionais envolvidos no seu atendimento seja maior.

2.5. Breve perfil da demanda

Em duas das Unidades, Rio Vermelho e Santa Cecília, de acordo com os/as agentes de saúde, a maior parte da demanda vem das crianças tendo em vista a vacinação, as gripes durante o inverno, principalmente, e outras doenças sazonais, por exemplo, os problemas intestinais e estomacais no verão. Em seguida encontram-se os adultos. No caso das mulheres, a demanda costuma ser maior durante a gestação e o puerpério. Acima dos 50, as razões da demanda no geral estão ligadas aos sintomas da menopausa e aos problemas circulatórios. Os homens procuram menos os serviços, em geral com idade mais avançada, devido aos problemas circulatórios, insônia, dores nas articulações, problemas com a bebida, etc. Em geral, segundo os profissionais que atendem, “o posto está sempre cheio”, fato que a equipe pode constatar enquanto realizou os contatos e aplicou os roteiros.

No caso do Ambulatório de Ginecologia a demanda se concentra nas mulheres, também é principalmente feita pelas gestantes, embora se observe uma alta frequência de mulheres adultas em busca do preventivo de câncer, dos exames de rotina e de acompanhamento para vários problemas de saúde. Durante o trabalho de campo observamos que comumente, as mulheres comparecem sozinhas às consultas e exames, apenas algumas poucas gestantes são acompanhadas pelos parceiros.

3. Perfil das mulheres entrevistadas⁴³

-

As mulheres entrevistadas são usuárias dos serviços, estavam presentes no local para realizar e marcar consultas, entregar e marcar exames, tendo um mínimo de dezoito e um máximo de 49 anos. Conforme pode ser observado nas tabelas que constam no final deste capítulo, há semelhanças e algumas diferenças entre as entrevistadas do meio urbano e do meio rural naquilo que se refere às características sócio-demográficas.

Considerando inicialmente a idade, constatamos que a maior parte delas tinha entre 26 e 35 anos (24) no momento da pesquisa, seguidas daquelas entre 18 e 25 (18) e em terceiro lugar por aquelas entre 36 e 45 (15). Apenas três entrevistadas tinham entre

⁴³ Os dados do perfil das entrevistadas encontram-se sistematizados no formato de tabelas nas páginas finais deste capítulo.

46 e 49 anos. Esses dados sugerem que a frequência das mulheres acima dos 45 é menor, fato que talvez se explique em função de já terem ultrapassado o período reprodutivo, durante o qual costuma ser mais regular o comparecimento aos serviços.

O nível de escolaridade é mais baixo na área rural do que na área urbana, pois enquanto na primeira, a maioria não chegou a concluir o nível fundamental, na segunda, várias ingressaram no nível médio (15), enquanto duas estão realizando cursos superiores. No computo global, a maior parte delas (34), não chegou a concluir o nível fundamental, enquanto 19 encontravam-se entre o fundamental completo e o médio completo.

Com relação ao quesito cor, diante dos critérios utilizados pelo IBGE, a maioria afirmou ser de cor branca (41), sete se declararam pretas, cinco pardas e apenas uma indígena. Somando pretas e pardas, tem-se um total de doze negras, constatando-se poucas variações nas duas áreas. Essa alta proporção de brancas confirma a predominância das pessoas que se declaram dessa cor no Estado, conforme visto no capítulo I.

Quanto à religião, a maioria declarou-se católica romana (42), três professam o protestantismo, oito, as religiões pentecostais, cinco são espíritas (dentro dessa categoria, há duas que professam religiões afro-brasileiras), uma é budista e apenas uma afirmou não ter religião. No meio urbano observa-se uma maior variedade de opções, enquanto na área rural, todas as entrevistadas se declararam católicas romanas. As diferenças em relação aos quesitos analisados, evidentemente se relacionam aos contextos, pois se em Florianópolis a maciça entrada de migrantes levou a uma maior diversificação cultural e religiosa, no caso de Santa Cecília, continua prevalecendo a forte tradição cultural alemã de origem católica.

Os dados evidenciam que a participação política e social do segmento analisado em atividades coletivas é baixa, apenas 12 participam de grupos religiosos, uma de grupo de mulheres e uma de grupos de mães e jovens. No total 46 mulheres informaram que não participam de qualquer atividade coletiva, nem nesses grupos, nem nas entidades políticas tais como partidos e sindicatos, repetindo-se as semelhanças entre as duas áreas.

Quanto à situação de trabalho, vinte e oito declararam que tinham emprego formal no mês anterior à realização da pesquisa, ou seja, com carteira assinada, enquanto 18

trabalhavam no setor informal e quatorze eram donas de casa no mesmo período. Uma proporção maior de mulheres da área rural atuava no setor informal, assim como uma proporção maior delas era dona-de-casa.

No que se refere à ocupação, constatamos semelhanças entre as atividades desempenhadas no último mês (setembro 2005) e aquelas exercidas anteriormente. Predominaram os serviços domésticos, pois há doze mulheres que exerciam as funções de auxiliar de cozinha, cozinheira, babá, empregada doméstica, faxineira e servente, ou seja, as mesmas que desempenhavam antes; as donas de casa ocuparam o segundo lugar (07), em seguida seis mulheres se ocuparam com atividades ligadas ao comércio (balconista, cabeleireira, garçoneiro, vendedora, telemarketing) e aos serviços (agente de saúde e telefonista). As demais exerceram as mais variadas ocupações: lavradora, contabilista, estagiária, operárias da indústria, professora, etc. No período anterior à setembro de 2005, além das ocupações já mencionadas, uma entrevistada trabalhou como funcionária da polícia, duas como secretária e uma como artesã.

Esse perfil apresenta algumas semelhanças e variações em relação ao quadro geral de ocupações das mulheres não apenas na capital, mas no Estado. Dados recentes do IBGE, relativos a 2003, evidenciam que a maior parte das mulheres de Santa Catarina está empregada no setor de serviços (27,6%), em seguida na indústria (21,4%) e na agricultura (21,3%). As demais atuam no comércio (16,9%), na construção civil (6,2) e em outras atividades (6,5%)⁴⁴. Em Florianópolis as ocupações são exercidas primeiramente no comércio, em segundo lugar no setor educacional e em terceiro, nos serviços domésticos. Não foram encontradas informações sobre Santa Cecília, mas pode-se imaginar que a situação se assemelhe àquela encontrada no Estado.

Grande parte dos domicílios (39) conta com a presença de jovens de até 15 anos, em 19 há menores de cinco anos e apenas três entrevistadas referiram a presença de idosos. Em ambas as áreas, as famílias tinham na sua maioria entre três a cinco pessoas, seguidas de cinco onde havia entre seis a oito pessoas; por último em quatro casos, todos na área urbana, as entrevistadas referiram apenas duas pessoas.

O número de horas despendidas no trabalho doméstico variou entre um mínimo de duas ao máximo até mais de oito horas por dia, prevalecendo o intervalo entre três a

⁴⁴ IBGE. **Síntese de indicadores Sociais 2004**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. p. 113.

cinco horas (21), seguido do intervalo entre seis a oito horas (17) e de mais de oito (12). Nove mulheres admitiram gastar apenas até duas horas por dia enquanto apenas uma (que é estudante) disse que não realiza atividades domésticas. O tempo médio correspondeu a 6,4 horas. Considera-se, no entanto, que esses números devem ser observados com cautela, pois em várias entrevistas as pesquisadoras perceberam dificuldades por parte das entrevistadas em responder a essa pergunta.

O tempo gasto nos outros trabalhos envolve na maior parte das vezes (13) de seis a oito horas por dia, mas há casos (3) de jornadas que excedem oito horas e outros (3) de três a cinco horas. Dentre as duas que estudam, as atividades escolares ocupam em torno duas horas diárias.

A maior parte dos rendimentos provém do trabalho (31), em seguida dos benefícios assistenciais (bolsa, vales, etc) (10), benefícios previdenciários (6) e outras fontes (1).

Os rendimentos do trabalho atingem o seu patamar mínimo entre meio a um salário (12), a maior parte fica entre um e dois salários (14), apenas quatro entre dois a três salários. Uma das entrevistadas afirmou receber entre três a cinco salários, enquanto outra afirmou que trabalha, mas não recebe nada. A renda média das entrevistadas corresponde a R\$424,28.

Os dados sobre os rendimentos individuais revelaram algumas variações entre as duas áreas, pois nenhuma das entrevistadas da área rural recebe mais de três salários, contra apenas uma da urbana e a proporção de donas-de-casa que não recebem rendimentos é maior na área rural. Considerando o conjunto das entrevistadas, os patamares de rendimento são baixos, pois cinco dentre elas afirmaram receber menos de um salário mínimo, 36 entre um a dois salários e apenas uma, de 3 a 5. Quinze declararam não receber qualquer tipo de renda, estando incluídas nesses casos, as donas-de-casa. A média de renda individual equivalia a R\$448,25. No caso da renda familiar, prevaleceu o intervalo entre um a dois salários (29), em seguida três a cinco salários (15).

A renda familiar média atingiu R\$860,60 e a renda familiar per capita média correspondeu a R\$225,94, prevalecendo entre R\$51,00 a R\$100,00 (17), em seguida de R\$151,00 a 300,00 (13) e de R\$101,00 a 150,00 (9). Oito delas referiram uma renda familiar per capita entre 301,00 a 500,00, cinco entre 501,00 a 875,00, quatro até 50,00 e

duas não responderam. Sintetizando, a renda per capita média das entrevistadas ficou abaixo do patamar do Estado em 2000 (R\$349, 32), bem abaixo de Florianópolis (R\$701,42) e acima de Santa Cecília (R\$185,21), conforme pode ser verificado no Quadro I.

Esboçadas as linhas gerais do perfil social e econômico das entrevistadas, no próximo capítulo abordaremos os aspectos diretamente ligados à sexualidade e reprodução, trajetória reprodutiva, uso dos métodos, participação dos parceiros e avaliação dos serviços.

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Idade	No. de mulheres	%
18-25	16	26,0
26-35	25	43,0
36-45	17	28,0
46-49	2	3,0

TOTAL	60	100,0
--------------	----	-------

Cor/raça*	Urbana		Rural		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Branca	28	70,0	13	65,0	41	68,3
Preta	6	15,0	1	5,0	7	11,7
Parda	3	7,5	2	10,0	5	8,4
Indígena	1	2,5	-		1	1,6
Não sabe	2	5,0	4	20,0	6	10,0
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0

O número de mulheres negras corresponde a 12, ou seja, 20,0% das entrevistadas.

Nível de Escolaridade	Urbana		Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fundamental Incompleto	16	40,0	18	90,0	34	56,6
Fundamental Completo	4	10,0	1	5,0	5	8,4
Médio Incompleto	9	22,5	1	5,0	10	16,6
Médio Completo	9	22,5	-	-	9	15,0
Superior Incompleto	2	5,0	-	-	2	3,4
TOTAL	40	100,0	20	100,0	60	100,0

Religião	Urbana		Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Católica Romana	22	55,0	20	100,0	42	70,0
Protestantismo	3	7,5	-	-	3	5,0
Pentecostal	8	20,0	-	-	8	13,3
Espírita*	5	12,5	-	-	5	8,3
Outra**	1	2,5	-	-	1	1,7
Nenhuma	1	2,5	20	-	1	1,7
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0

*Espírita kardecista, não kardecista, espírita umbandista

** budismo

Participação Política e Social	Urbana		Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Grupos Religiosos*	8	20,0	4	20,0	12	20,0
Outros Grupos **	2	5,0	0	-	2	3,3
Não Participa	30	75,0	16	80,0	46	76,7
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0

*Grupos de reflexão e catequese

** Grupos de mães e jovens

Trabalho	Urbana		Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Emprego formal	24	60,0	4	20,0	28	46,6
Trabalha no setor Informal	9	22,5	9	45,0	18	30,1
Dona-de-casa	7	17,5	7	35,0	14	23,3
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0

Tamanho da Família	Urbana		Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
2 pessoas	4	10,0	-	-	4	6,6
3 a 5 pessoas	33	82,5	18	90,0	51	85,0
6 a 8 pessoas	3	7,5	2	10,0	5	8,4
Total	40	100,0	20	100,0	60	100,0

Renda Mensal Individual	Urbano		Rural		TOAL	
	N	%	N	%	N	%
menos de 1 salário mínimo	4	10	1	2,5	5	8,3
1 a 2 salários mín.	26	65	10	50	37	60,0
3 a 5 salários mín.	1	2,5	-	-	1	1,6

sem rendimentos mensais	7	17,5	8	40	15	25
não sabe	1	2,5	-	-	1	1,6
não respondeu	-	-	1	2,5	1	1,6
TOTAL	40	100	20	100	60	100,0

Renda Mensal Familiar	Urbana		Rural		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
menos de 1 salário Mínimo	-	-	4	20,0	4	6,7
1 a 2 Salários mínimos	16	40	13	65,0	29	48,4
3 a 5 Salários mínimos	14	32,5	2	10,0	16	25,2
5 e mais Salários mínimos	06	25,0	-	-	6	10,2
não sabe	1	2,5	1	5,0	2	3,4
não respondeu	3	5,0	-	-	3	6,1
Total	40	100	20	100	60	100,0

Renda Média	
Trabalho	R\$ 424,28
Individual Total	R\$ 448,25
Familiar Total	R\$ 860,60
Familiar per capita	R\$ 225,94

Capítulo III – Análise dos Resultados: sexualidade e reprodução, histórico do uso dos métodos e avaliação dos serviços

Nesse capítulo serão abordadas inicialmente as informações que complementam o perfil das entrevistadas e que se relacionam com a sexualidade e a reprodução, destacando a situação conjugal, orientação sexual e idade da primeira relação sexual. Em seguida serão sistematizadas e analisadas as informações sobre o número de gestações, de partos e de filhos. Também serão tratadas as reações à gravidez e os tipos de desfechos das gestações, bem como a ocorrência de gravidezes “não previstas”, em sua relação com o uso e o não uso de métodos, e os tipos de abortos.

Em seguida serão tratados os aspectos ligados ao histórico do uso dos métodos, ressaltando o conhecimento e o uso anterior e atual, as mudanças e as intenções futuras,

as relações entre contracepção e morbidade e a participação dos parceiros. Por último, sistematizamos as informações sobre a avaliação dos serviços conforme a percepção das usuárias.

1. Sexualidade, reprodução, reações à gravidez, uso e não uso de métodos

1.1. Situação conjugal e idade da primeira relação sexual

Iniciamos lembrando que dentre as 60 mulheres entre 18 e 49 anos, entrevistadas em outubro de 2005, 17 estavam esterilizadas e 18 estavam grávidas, uma nunca tinha usado métodos e duas estavam em tratamento para engravidar, mas já tinham usado contracepção anteriormente.

Quanto à situação conjugal, constatamos que a maioria das entrevistadas declarou-se unida e/ou casada (55), duas estavam separadas, duas solteiras e uma viúva. No que se refere à orientação sexual, o modelo heterossexual foi assumido por todas aquelas que estavam envolvidas em alguma relação amorosa durante a realização da pesquisa (56).

Conforme pode ser verificado na tabela abaixo, a idade da primeira relação sexual variou entre um intervalo mínimo de 12 a 13 anos e um máximo de mais de 21 anos. Tanto na área rural quanto na urbana, prevaleceu o intervalo entre 14 e 17 anos, mas na primeira área foram encontrados mais casos entre 12 e 13, enquanto na urbana, poucas vezes a iniciação ocorreu após os 21 anos.

Tabela I – Idade da primeira relação sexual segundo a localidade

Idade da primeira relação sexual	Urbana		Rural	TOTAL	
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
12 a 13 anos	-	1	3	4	6,7
14 a 17 anos	11	11	9	31	51,6
18 a 21 anos	6	8	7	21	35,0
mais de 21 anos	3	-	6	4	6,7
TOTAL	20	20	20	60	100,0

A média de idade da primeira relação sexual equivaleu, portanto, a 17,2 anos.

1.2. Trajetória reprodutiva: número de gestações, de partos e de filhos. Reações à gravidez e tipos de desfecho.

A tabela a seguir mostra que o número de gestações se concentrou entre uma e três (70,6%), seguido pelo intervalo de quatro a seis (27,5%), tendo sido encontrado apenas um caso, na área urbana, de uma mulher de 42 anos, esterilizada, que teve sete gestações, das quais resultaram sete filhos vivos.

Tabela II – Número de Gestações por Localidade

Número de Gestações*	Urbano	Rural	Total
----------------------	--------	-------	-------

	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
1 a 3	13	10	18	41	70,7
4 a 6	6	8	2	16	27,6
mais de 6	-	1	-	1	1,7
TOTAL	19	19	20	58	100,0

Apenas quatro dentre as entrevistadas afirmaram que nunca engravidaram, todas da área urbana, sendo duas na Unidade 1 e duas na Unidade 2. A média de gestações correspondeu a 2,9 por mulher para uma média de abortos equivalente a 0,38.

Quanto ao número de partos, a maioria (46) se incluiu no intervalo entre um a três, em seguida nove mulheres tiveram entre 4 a 6. Apenas uma delas enfrentou mais de seis partos enquanto três engravidaram, mas nunca pariram e uma nunca engravidou.

A situação das mulheres em relação ao número de filhos encontra-se sintetizada na tabela abaixo:

Tabela III – Número de Filhos segundo a Localidade

Número de Filhos*	Urbana		Rural	Total	
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
1 a 3	13	13	19	45	83,4
4 a 6	2	5	1	8	14,8
mais de 6	-	1	-	1	1,8
TOTAL	15	19	20	54	100,0

* Unidade1: cinco nunca tiveram filhos, quatro dentre elas estavam grávidas no momento da entrevista.

Unidade 2: uma nunca teve filhos.

Constata-se o predomínio do intervalo entre um e três filhos nas duas áreas (83,3%). Um contingente bem menor de mulheres (14,8%) teve entre quatro e seis filhos, e apenas uma, já citada, teve sete.

Na Unidade I, as entrevistadas reportaram 49 filhos nascidos vivos. Na Unidade 2, 45 e na Unidade 3, 32, totalizando 126 filhos, o que corresponde a uma média de 2,1 filhos por mulher.

Esse quadro confirma a tendência observada na região sul, cuja taxa de fecundidade, segundo o IBGE atingiu 2,2 em 2000, enquanto em Santa Catarina ficou abaixo, equivalendo a 2,0. Em 2003, o número de filhos por mulher em Florianópolis aumentou, chegando a 2,6, ficando ligeiramente acima da média do Estado em razão da afluência de migrantes de outros Estados da federação⁴⁵.

Os desfechos das gestações encontram-se sistematizados na tabela seguinte.

Tabela IV – Desfechos das Gestações segundo a Localidade

Desfecho das Gestações	URBANA		RURAL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Nascidos vivos	82	81.4	45	88.3	127	83,5
Nascidos Mortos	3	2.9	0	0	3	1,9

⁴⁵ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento et alii. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2000.

Abortos Espontâneos	13	12,8	6	11,7	19	12,7
Abortos Induzidos	3	2,9	0	0	3	1,9
Total de gestações*	101	100%	51	100%	152	100,0

* 19 mulheres estavam grávidas no momento da entrevista, totalizando 171 gestações.

De um total de 152 gestações já ocorridas, as mulheres reportaram 83,5% de nascidos vivos, 12,7% de abortos espontâneos, 1,9% de nascidos mortos e igual proporção de abortos induzidos. Não houve registro de nascidos mortos nem de abortos induzidos na área rural. Nota-se no quadro abaixo, que dois dos abortos induzidos foram realizados por uma mesma entrevistada e os três casos ocorreram na área urbana.

Quadro síntese sobre os casos de aborto induzido

Localidade	Entrevistadas	Idade (no Evento)	Escolaridade (atual)	Nº de filhos	Método utilizado
Urbano	090	30	médio completo	2	comprimido
	090	31	médio completo	2	comprimido
	100	não declarada	médio incompleto	não declarado	não respondeu

Apenas a primeira delas falou um pouco mais sobre o assunto, esclarecendo que realizou os dois abortos no próprio domicílio, aconselhada pela mãe. Uma dessas experiências, segundo ela, foi “horrível, estava com cinco meses, tomei Citotec”. Em seguida, evitando detalhar a segunda experiência, comentou: “meu companheiro não sabe que os abortos que fiz foram provocados, fiquei angustiada das duas vezes”. No cômputo geral, a média de abortos encontrada foi baixa, equivalendo a 0,38.

É bastante provável que o número de abortos tenha sido maior no segmento analisado. Compreende-se que as entrevistadas tenham enfrentado dificuldades para falar sobre um tema polêmico diante dos limites impostos pela situação da entrevista. O estudo realizado por FONSECA et alii em Florianópolis, aponta para a gravidade do problema. Tentando “identificar as características do aborto incompleto nas mulheres admitidas na maternidade pública de Florianópolis”, a equipe da pesquisa entrevistou 620 mulheres que abortaram, entre 1º de julho de 1993 e 30 de junho de 1994. Num total de 620 casos de aborto, os autores concluíram que “141 destes (22,7%) foram classificados como certamente provocados, 313 (50,5%), como possivelmente provocados, e 166 (26,8%), como espontâneos. Não houve registro de casos de aborto provavelmente provocado. Na categoria de abortos certamente provocados, a maioria das mulheres (94,3%) admitiu ter tentado terminar a gravidez. Apenas oito (5,7%) casos foram classificados como aborto provocado, com base na presença de sinais clínicos de intervenção, tais como laceração cervical e/ou corpos estranhos na vagina ou no útero.”⁴⁶

⁴⁶ FONSECA, Walter; MISAGO, Chizuru; FREITAS, Paulo; SANTOS, Evangelia; FERNANDES, Lucília e CORREIA, Luciano. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de

Apenas uma das entrevistadas referiu a existência de filhos (02) adotados. Uma delas nunca teve filhos, nem biológicos, nem adotados. Visando averiguar as relações entre a motivação para a gravidez e os tipos de desfecho das gestações, foi construída a tabela a seguir, a partir das categorias criadas no corpo do roteiro da entrevista a respeito das reações à gravidez.

Tabela V – Reação à Gravidez e Tipos de Desfecho

Reação à gravidez	Nascido vivo		Nascido morto		aborto espontâneo		aborto induzido		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Queria ficar grávida	80	62,9	1	25,0	5	26,5	0	0,0	86	57,5
Não queria ficar grávida	40	31,7	2	75,0	6	31,5	2	75,0	50	32,8
Não queria ter filhos	4	3,1	0	0,0	7	36,8	1	25,0	12	7,8
Era indiferente	3	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,9
Não sabe	0	0,0	0	0,0	1	5,2	0	0,0	0	0,0
TOTAL	127	100,0	3	100,0	19	100,0	3	100,0	152	100,0

Os dados evidenciam que na maior parte das vezes (57,5%), as entrevistadas afirmaram que desejavam de fato engravidar no momento em que ocorreu a gravidez. Em contrapartida, em 32,8% das ocorrências de gravidez, elas alegaram que não queriam ficar grávidas, enquanto em 7,8% das vezes, admitiram que não desejavam ter filhos. A partir desses dados, pode-se inferir que a proporção de gravidezes não desejadas é alta, chegando a 42,5%. É possível observar também que o número de abortos espontâneos é menor no primeiro caso, ou seja, quando as entrevistadas admitiram que queriam ficar grávidas. Vale ressaltar que não houve relatos de abortos induzidos quando a gravidez foi considerada como desejada.

Os dados da tabela V sobre as relações entre as reações à gravidez e a localidade, mostram que, dependendo do tipo de correlação que se estabeleça, a proporção de gravidezes indesejadas pode aumentar.

Tabela VI – Reação à Gravidez segundo a Localidade

Reação à gravidez	Urbana		Rural		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Queria ficar grávida	62	52,5	32	60,5	94	54,9
Não queria ficar grávida	44	37,2	20	37,7	64	37,7
Não queria ter filhos	10	8,5	0	0,0	10	5,8
Era indiferente	1	0,9	1	1,8	2	1,1
Não sabe	1	0,9	0	0,0	1	0,5

TOTAL	118	100,0	53	100,0	171	100,0
-------	-----	-------	----	-------	-----	-------

Verifica-se a partir desses dados, que existem semelhanças entre as áreas urbana e rural, embora nessa última tenha sido maior a proporção de aceitação das gestações. No cômputo geral, quase a metade, 45,1% das gestações teriam sido indesejadas contra 54,9%. Diante desses altos números, tornou-se necessário averiguar em que medida as mulheres estavam ou não usando métodos quando engravidaram de modo não desejado e/ou “não previsto”. Os resultados encontram-se na tabela a seguir.

Tabela VII – Reação à Gravidez, uso e não uso de métodos segundo a localidade

Reação à Gravidez	Usavam método			Não Usavam Método			TOTAL	
	Urbano		Rural	Urbano		Rural	N	%
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3		
Desejada	7	10	10	20	31	22	100	58,4
Indesejada	10	12	10	16	12	11	71	41,6
TOTAL	17	22	20	36	43	33	171	100,0

As gravidezes indesejadas atingiram 41,6% do total das gestações. Os números revelam a complexidade e as instabilidades que fazem parte do cotidiano das mulheres, mostrando que boa parte delas não estava usando métodos para se proteger da gravidez indesejada. Por outro lado, várias estavam usando métodos quando ocorreram gravidezes consideradas desejadas. A maior parte das gravidezes (desejadas e indesejadas), ou seja, 112, ocorreram quando não se usava métodos, contra 59 que aconteceram quando se usava métodos que “falharam”.

Os métodos que estavam sendo utilizados quando ocorreram as gravidezes foram a pílula, a camisinha e a tabelinha. As relações entre as reações à gravidez e o uso desses métodos nas duas localidades foram sintetizadas na tabela a seguir:

Tabela VIII – Ocorrência de gravidez “não prevista”, reações e uso de métodos por localidade

Reações à gravidez	Tipos de métodos						
	Pílula		Camisinha		Tabelinha	TOTAL	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	N	%
queria ficar grávida	7	5	6	0	1	19	38,0
não queria ficar grávida	7	9	5	1	0	22	44,0
não queria ter filhos	2	0	2	0	1	5	10,0
não queria mais ter filhos	1	0	1	0	0	2	4,0
era indiferente	0	1	0	0	0	1	2,0
não sabe	1	0	0	0	0	1	2,0
TOTAL	18	15	14	1	2	50	100,0

De um total de 50 ocorrências, em 38,0% dos casos as entrevistadas queriam ficar grávidas, mesmo que a gravidez não estivesse nos seus planos. A pílula foi o método mais utilizado, seja quando se desejou a gravidez, seja quando ela não foi desejada. A tabelinha foi muito pouco referida, enquanto a camisinha ocupa um segundo lugar.

Em síntese, as gravidezes indesejadas ocorreram entre uma a cinco vezes, sem uso ou com uso de métodos, prevalecendo o intervalo entre uma a duas vezes (26). Conforme os relatos, as situações são as mais variadas: “aconteceu uma vez, não usava métodos” (09); “aconteceu uma vez, quando não usava corretamente a pílula” (03); “aconteceu uma vez quando usava métodos que falharam” (06); “aconteceu duas vezes, não usava método (01); “aconteceu duas vezes, usava métodos que falharam” (07). Os métodos que falharam são aqueles incluídos na tabela.

Outras relataram que “aconteceu três vezes, não usava método” (03) e “aconteceu três vezes, usava pílula” (04). Duas afirmaram que não usavam métodos porque os maridos não permitiam. Em alguns casos a frequência aumenta: uma delas referiu que gravidezes indesejadas ocorreram por quatro vezes em sua vida, “uma vez porque a camisinha estourou e das outras três porque a pílula falhou”. Outra entrevistada afirma que ocorreu cinco vezes, “porque não usava métodos, não conhecia”.

2. Trajetória contraceptiva: conhecimento, uso anterior e atual de métodos, mudanças e intenções futuras, contracepção e morbidade

Nesse item serão abordados vários aspectos ligados ao uso dos métodos no decorrer da trajetória das entrevistadas, iniciando com os métodos mais conhecidos e a maneira como tomaram conhecimento deles, detalhando em seguida o uso atual e o anterior, assinalando as razões das mudanças, as intenções de uso futuras e as relações entre contracepção e morbidade.

2.1. Conhecimento dos métodos e fontes

O conhecimento dos métodos mostrou-se bastante razoável entre as entrevistadas, principalmente se levarmos em conta que o nível de escolaridade, no geral, é baixo. De acordo com a tabela a seguir, a pílula e a camisinha masculina empataram em primeiro lugar como os métodos mais conhecidos, mencionados por todas as entrevistadas, seguidos pelo DIU e em terceiro lugar, pela esterilização feminina.

Tabela IX – Métodos mais conhecidos pelas mulheres

MÉTODOS MAIS CONHECIDOS	N	%
Pílula e camisinha masculina	60	100,0
Dispositivo intra-uterino	39	65,0
Esterilização feminina	26	43,3
Camisinha feminina e coito interrompido	21	35,0

Injeções de hormônio e pílula do dia seguinte	20	33,3
Diafragma	19	31,6
Vasectomia	14	23,3
Tabelinha	10	16,6
Implantes e/ou adesivos	7	11,6
Espermicida	5	8,3
Muco	4	6,6
Chás e ervas	2	3,3
Temperatura	1	1,6

Em seguida, figuram os seguintes métodos: camisinha feminina e coito interrompido, com o mesmo percentual (34,0%); injeções de hormônio e pílula do dia seguinte também com o mesmo percentual (33,0%); diafragma; vasectomia; tabelinha; implantes e/ou adesivos; por último, com percentuais muito baixos, tem-se o muco, chás e ervas e temperatura.

De acordo com os relatos das entrevistadas, as fontes de conhecimento dos métodos mais comuns são os profissionais de saúde e as/os amigas/os. Em terceiro lugar elas reportaram a escola e em quarto a TV, admitindo que ambas têm proporcionado informações variadas e úteis sobre os métodos.

Tabela X – Fontes de conhecimento dos métodos

Profissionais de saúde	77
Amigos/as	75
Escola	51
TV	34
Parceiros	32
Familiares	22
Livros	08
Igreja	06
Conhecidos/as	04
Farmácias	02
Campanhas	02

Em quinto lugar figuram os parceiros, em seguida os familiares. Em menor proporção aparecem os livros, a igreja, os conhecidos/as, e por último as farmácias e as campanhas públicas.

Considerando os métodos isoladamente, observa-se porém, que há variações no que se refere às fontes de conhecimento, que merecem ser detalhadas. No caso da pílula, por exemplo, o conhecimento deu-se através dos serviços de saúde (25), em seguida dos familiares (13), em terceiro, amigas/os (12). Interferiram em menor proporção, a escola (5), a TV (4), os parceiros (2), e por último, a igreja (1), os livros (1) e os conhecidos (1). Chamou a atenção o fato de nenhuma das entrevistadas ter mencionado a farmácia.

A camisinha masculina é conhecida principalmente através dos parceiros (17), dos/as amigos/as (12), da TV (8), escola (7) e contatos com os profissionais de saúde dos serviços (7). Em menor escala, aparecem as conversas com familiares (3) e as campanhas

públicas (2). Três não esclareceram sobre o modo como travaram conhecimento dessa opção.

O DIU apareceu em segundo lugar, sendo referido por 39 entrevistadas. Na maior parte das vezes foi conhecido mediante as conversas com os profissionais de saúde (11), amigas/os (7) e escola (6). Os programas de televisão (4), os livros (2), os familiares (2), conhecidas/os (1) e a igreja (1) influenciaram em menor proporção esse conhecimento. Cinco usuárias não responderam sobre o modo como tomaram conhecimento desse método.

A esterilização feminina ocupou o terceiro lugar e é conhecida por 26 usuárias, através principalmente dos profissionais de saúde que atuam nos serviços (11), depois pela escola (5), amigas/os (4), TV (2), farmácia (1) e parceiro (1). Duas não responderam.

A camisinha feminina e o coito interrompido empataram no quarto lugar, tendo sido mencionados por 21 usuárias. A primeira, provavelmente por ser uma opção mais atual é menos conhecida. Diferentemente da camisinha masculina, foi mais informada pela TV (5) e pela escola (5), seguida pelos/as amigos/as (3). Os profissionais de saúde dos serviços interferiram menos (3), juntamente com a farmácia (1) e os conhecidos (1). Mais uma vez, três entrevistadas não responderam.

O coito interrompido tornou-se mais conhecido mediante o diálogo com os parceiros (7), os/as amigos/as (5) e a escola (5). Os profissionais de saúde dos serviços e a TV foram menos referidos (3 e 1, respectivamente).

As injeções de hormônio e a pílula do dia seguinte empatam em quinto lugar, tendo sido conhecidas por 20 usuárias, mediante conversas com amigas/os (7), profissionais dos serviços de saúde (5), escola (2), TV (2), e, por último, familiares (1) e parceiro (1).

As/os amigas/os (5), a escola (05) e os profissionais de saúde predominantemente (4), levaram a pílula do dia seguinte ao conhecimento das entrevistadas, que em menor proporção foram informadas pelos parceiros (2), familiares (1), e a igreja (1). Duas delas não esclareceram como conheceram essa opção.

Os/as amigos/as (6), a escola (5) e a TV (3), proporcionaram em maior medida, o conhecimento do diafragma, enquanto os livros (1), e profissionais de saúde dos serviços (2) e os livros (1), voltaram a ser os canais menos mencionados por 19 entrevistadas.

Em sétimo lugar figura a vasectomia, apontada por catorze usuárias, que a conheceram através de amigas/os (4), escola (4), familiares (2), serviços (2), parceiro (1), e TV (1).

A tabelinha, o implante e/ou adesivo, os espermicidas, muco, os chás e ervas, ocuparam nessa ordem, os últimos lugares. A tabelinha foi referida por amigas/os (2), pela TV (2), escola (1), parceiro (1), serviços (1). Três usuárias dentre as 10 que mencionaram esse método não responderam como o conheceram.

Os implantes e/ou adesivos foram informados por amigas/os (4), profissionais dos serviços de saúde (2) e TV (1), tendo sido mencionados por apenas sete usuárias. Apenas cinco entrevistadas tomaram conhecimento do espermicida, através de amigas/os (2), livros (2), profissionais de saúde (1), e TV (1). Quatro delas conhecem o muco mediante diálogos na igreja (3) e leitura de livros (1). Os chás e as ervas são conhecidos (e utilizados) por apenas duas pessoas que foram informadas por amigas. E, finalmente, uma das entrevistadas afirmou que conheceu o método da temperatura na escola.

Sintetizando, os dados mostram que o conhecimento está concentrado nos seguintes métodos: pílula e camisinha masculina (60); DIU (39); esterilização feminina (26); camisinha feminina e coito interrompido (21); injeções de hormônio e pílula do dia seguinte (20). Os demais apresentam baixos escores, na seguinte ordem: diafragma (19); vasectomia (14); tabelinha (10); implantes e/ou adesivos (7); espermicida (5); muco (4); chás e ervas (2); temperatura (1).

A maior parte das entrevistadas (35,0) declarou conhecer entre três a quatro métodos, de acordo com os dados da tabela seguinte, enquanto um contingente expressivo (21,6%), admitiu conhecer entre cinco e seis métodos.

Tabela XI – Número de métodos que conhece segundo a localidade

Número de métodos que conhece	Urbana		Rural	TOTAL	
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
1 a 2	4	-	8	12	20,0
3 a 4	4	8	9	21	35,0
5 a 6	7	4	2	13	21,6
7 a 8	4	3	-	7	11,7
mais de 8	1	5	1	7	11,7
TOTAL	20	20	20	60	100,0

Em terceiro lugar, são conhecidos entre um a dois métodos, excetuando a Unidade 2, enquanto a partir de sete observa-se uma significativa diminuição principalmente na área rural.

Tais informações confirmam em grande parte as tendências nacionais divulgadas em outros estudos. Por exemplo, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, tendo ouvido 12.612 mulheres oriundas das diferentes regiões do país, constatou que a maioria delas admitia conhecer ao menos um método contraceptivo assim como ocorreu no presente estudo. Entre os métodos modernos mais referidos pelas mulheres naquela pesquisa constavam os seguintes: a pílula (98,8%), o preservativo masculino (98,6%) e a esterilização feminina (94,1%). Em quarto e quinto lugares apareciam as injeções (84,3%) e o dispositivo intra-uterino (76,6%). Entre os tradicionais, prevaleceram os métodos de abstinência periódica (tabela, billings e temperatura, 85,2%) e o coito interrompido (64,1%).⁴⁷

As diferenças em relação aos resultados da PNDS de 1996 são as seguintes: aqui o DIU ocupa o segundo lugar, a camisinha feminina (juntamente com o coito interrompido), divulgada mais amplamente após a realização da pesquisa citada, aparecem em quarto e as injeções em quinto. As semelhanças ficam por conta da pílula e da camisinha masculina na dianteira e no lugar que ocupa a esterilização feminina.

Em pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2001, com 2.502 mulheres, com quinze anos de idade ou mais, residentes em 187 municípios de 24 estados localizados nas cinco macro-regiões do país, concluiu-se que não houve como maiores no padrão de conhecimento dos métodos: “a pílula é o método anticoncepcional mais conhecido pelas brasileiras (91%), seguido pela camisinha masculina, também

⁴⁷ BEMFAM; IBGE; Ministério da Saúde; Programa de Pesquisa Demografia e Saúde (DHS); USAID; FNUAP; UNICEF. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**. março de 1997. p. 49.

amplamente conhecida (80%). Em outro patamar, mas ainda bastante conhecidos, aparecem o DIU e a laqueadura (40% e 30%, respectivamente)”⁴⁸.

Ponderando as diferenças entre o conhecimento e as práticas, a respeito desses dados COSTA e SILVESTRE lembram: “curiosamente, entre os métodos contraceptivos mais conhecidos pelas mulheres, estão a pílula e a camisinha, seguidas do DIU e laqueadura. Isso não impede que, mesmo em quarto lugar entre os métodos conhecidos, a laqueadura seja o método mais praticado entre as mulheres”.⁴⁹

O estudo de ESPEJO et alii a respeito da adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre 472 mulheres entre 30 e 49 anos, realizado em Campinas, São Paulo, em 1996, evidenciou dados semelhantes que quase todas elas, ou seja, 95,1%, “referiram espontaneamente conhecer a pílula, 72,0% mencionaram o preservativo, e 60,6% o DIU. Pouco mais de um terço das entrevistadas referiu-se à laqueadura, enquanto apenas 8,5% mencionaram a vasectomia”.⁵⁰

A pesquisa de SCHOR et alii, realizada com 1.157 mulheres de 10 a 49 anos na região sul do município de São Paulo em 1992, constatou que “o preservativo/condom masculino e a pílula são citados por todas as mulheres entrevistadas em proporção de 95,3% e 92,6%, respectivamente. Em seguida, a esterilização é citada por 78,4%; a tabelinha por 70,1%; a vasectomia por 66,6%; e, em último lugar, o DIU, cujo conhecimento é de 64,8%”.⁵¹

Os resultados obtidos nessas pesquisas mostram, dentre outras coisas, que se o DIU não constava entre os quatro primeiros lugares nos anos 90, o conhecimento desse método se ampliou a partir de 2000.

2.2. Uso atual e uso anterior de métodos, perfil das grávidas

O uso atual de métodos, de acordo com a tabela abaixo, confirma também as tendências reveladas em outras pesquisas e guarda algumas semelhanças com as informações acima, relativas ao conhecimento dos métodos.

Tabela XII– Uso atual de métodos segundo a localidade

Métodos	Urbana		Rural	TOTAL *	
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
Usando métodos reversíveis	6	10	6	22	36,6

⁴⁸ Fundação Perseu Abramo. A mulher brasileira nos espaços público e privado. Como vivem e o que pensam as brasileiras no início do século XXI. Síntese dos Resultados. Versão revista e ampliada, 18.02.2002. ps. 09 e 10.

⁴⁹ COSTA, Ana Maria e SILVESTRE, Rosa Maria. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In: VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol e OLIVEIRA, Suely de. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. SP: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 64.

⁵⁰ ESPEJO, Ximena; TSUNECHIRO, Maria Alice; OSIS, Maria José Duarte; DUARTE, Graciana Alves; BAHAMONDES, Luís e SOUZA, Maria Helena. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 5, São Paulo, outubro de 2003, p. 6. Disponível em www.scielo.br.

⁵¹ SCHOR, Nêia; FERREIRA, André Felicíssimo; MACHADO, Vera L.; FRANÇA, Ana Paula; PIROTTA, Kátia C.M.; ALAVARENGA, Augusta T. de e SIQUEIRA, Arnaldo A.F.de. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 2, Rio de Janeiro, abril/junho de 2000. Disponível em www.scielo.br.

Esterilizadas	1	5	11	17	28,3
Não usa métodos porque está grávida	12	4	2	18	30,0
Não usa métodos por outros motivos	1	1	1	3	5,0
TOTAL	20	20	20	60	100%

*total usando métodos=39; total não usando métodos=21

**as outras razões são: uma estava amamentando, uma queria engravidar e uma não conseguia engravidar

Observa-se que a proporção de esterilizadas é alta, aproximando-se significativamente do conjunto do uso de métodos reversíveis. Na área rural foi encontrado o maior número de laqueadas, sendo que não parece haver correlação entre a cor e a opção porque dentre as onze mulheres encontradas nessa área, oito se declararam brancas, apenas uma se declarou preta, enquanto duas afirmaram que não sabem qual a sua cor, provavelmente sejam pardas. Inferências semelhantes podem ser feitas no caso das demais Unidades, pois no Rio Vermelho, entre as cinco esterilizadas, quatro se dizem brancas, enquanto uma afirmou que não sabe a cor. A única laqueada entrevistada no HU afirmou que é parda.

Tampouco parece haver correlação entre a opção pela esterilização e a religião, porque se na área rural, todas se consideram católicas, no Rio Vermelho, duas professam a religião pentecostal, uma é protestante, uma espiritualista e a última, se diz espírita umbandista. Essa situação coincide com os resultados da pesquisa de BERQUÓ e CAVENAGHI. Após analisar o perfil de mulheres que demandaram esterilização em instituições de saúde localizadas em diferentes capitais do país, as autoras concluem que “as chances de conseguir uma esterilização não dependem de idade, cor, anos de estudo, renda, situação conjugal ou religião”.⁵²

Torna-se necessário lembrar que dentre as 60 mulheres entrevistadas, várias não estavam usando métodos durante o período de realização das entrevistas porque 18 estavam grávidas, uma estava amamentando, uma não conseguia engravidar e uma queria engravidar. O uso de métodos reversíveis foi mais freqüente e variado na Unidade 2 (Rio Vermelho) e foi menor nas duas demais, na primeira por conta do alto número de grávidas, e na terceira, devido a alta proporção de esterilizadas.

O alto número de grávidas encontrado no HU se justifica em parte, porque os cuidados que essa instituição atribui à assistência pré-natal tem se destacado, canalizando boa parte da demanda do Estado. Esses cuidados, conforme mencionado anteriormente, foram reforçados com a criação da Maternidade em 1995, sendo uma das características da rotina do Ambulatório, a alta presença de gestantes. Além disso, é comum que as Unidades de Saúde encaminhem para o HU, as gestantes que necessitam fazer exames considerados de maior complexidade. A entrada expressiva de migrantes no litoral catarinense, mencionado anteriormente, também explica esse alto índice, na medida em que cinco das gestantes entrevistadas nessa Unidade são oriundas de outros estados do

⁵² BERQUÓ, Elza e CAVENAGHI, Suzana. Direitos Reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2): S441-S453, 2003. p. S446.

Sul e do Sudeste do país. No quadro a seguir sintetizamos as informações sobre as 18 grávidas, dezesseis da área urbana e duas da rural.

Quadro síntese das grávidas segundo a localidade

Localidade	Entrevistada	Idade	Escolaridade*	No. de gestações	No. de partos	No. de filhos vivos	Intercorrências (abortos, nascidos mortos, óbitos)	Qtas vezes não desejou a gravidez	Intenções de uso de métodos no futuro
URBANA	062	32	MC	4	3	1	2 nascidos mortos	1	pílula e camisinha masculina
	063	18	MC	2	1	1	-	1	DIU
	065	43	MI	5	4	4	-	4	Esterilização Feminina
	066	25	FI	2	-	-	1 aborto espontâneo	2	Esterilização Feminina
	068	34	FI	5	5	3	1 nascido morto 1 óbito	-	Esterilização Feminina
	071	18	MI	1	-	-	-	1	DIU
	072	25	MI	2	2	2	-	1	Pílula e camisinha masculina
	074	23	FI	1	-	-	-	1	não sabe
	076	23	SI	2	1	1	-	2	Esterilização Feminina
	078	28	SI	4	3	1	2 nascidos mortos	1	pílula, tabela e camisinha masculina
	079	37	FI	6	5	3	1 aborto espontâneo	3	Esterilização Feminina
	080	40	FC	2	-	-	1 aborto espontâneo	-	pílula e camisinha masculina
	083	25	FC	2	1	2	-	1	vasectomia
	084	31	FI	5	4	7	-	-	Esterilização Feminina
	088	27	MC	5	1	1	3 abortos espontâneos	-	pílula e camisinha masculina
	091	37	FI	4	4	4	-	-	pílula e camisinha masculina
Rural	101	32	FI	3	2	2	-	1	Esterilização Feminina
	103	23	FI	3	1	1	1 aborto espontâneo	1	camisinha masculina

* **FI**=Fundamental Incompleto; **FC**= Fundamental Completo; **MI**= Médio Incompleto; **MC**= Médio Completo; **SI**=Superior Incompleto.

Os dados acima evidenciam que a maior parte das grávidas (08) tem entre 18 a 25 anos, quatro tem entre 26 a 33 e quatro, entre 34 a 41 anos. Os níveis de escolaridade variam do fundamental incompleto ao superior incompleto, prevalecendo o primeiro em oito casos. A maior parte das mulheres tiveram entre uma a três gestações (10). Em menor proporção enfrentaram entre quatro a seis (08). O número de partos também foi maior entre um e três (09) e menor entre quatro e seis (05), sendo que quatro dentre elas nunca pariram. O número de filhos vivos foi maior no intervalo de um a três (11). Ao longo da sua trajetória reprodutiva, cinco grávidas admitiram um total de sete abortos espontâneos, três tiveram cinco nascidos mortos e uma, um óbito. Apenas cinco relataram que nunca tiveram gravidezes indesejadas, enquanto as demais referiram 20 gravidezes desse tipo.

Com relação às intenções de uso de métodos no futuro, prevaleceu a esterilização feminina, apontada por sete mulheres entre 23 e 43 anos de idade, com zero a sete filhos; em seguida, cinco dentre elas, entre 25 e 40 anos, com zero a quatro filhos, se referiram à pílula combinada com a camisinha masculina; apenas duas muito jovens, ambas com 18 anos, uma na primeira gestação e a outra na segunda, com um filho vivo, assinalaram o

DIU; a vasectomia, a camisinha masculina e o uso combinado da pílula, tabelinha e camisinha masculina, foram referidos por apenas uma dentre as grávidas, respectivamente; por último, uma delas, com 23 anos, na primeira gestação, admitiu que não sabe qual o método que vai utilizar no futuro.

A quantidade de métodos utilizados no decorrer da trajetória reprodutiva variou entre um a seis, prevalecendo dois (46,6%) independentemente da localidade, conforme pode ser visto na tabela a seguir.

Tabela XIII – Quantidade de métodos utilizados durante a trajetória contraceptiva

Quantidade de métodos	Urbana		Rural	TOTAL	
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
um	4	1	8	13	21,7
dois	11	9	8	28	46,7
três	2	7	2	11	18,4
quatro	2	2	1	5	8,4
cinco	1	0	0	1	1,6
seis	0	1	0	1	1,6
nenhum	0	0	1	1	1,6
TOTAL	20	20	20	60	100,0

Se considerarmos apenas dois intervalos – um a três e quatro a seis – poderemos verificar que dentre as 60 entrevistadas, 52 se situam no primeiro deles, enquanto apenas sete se encaixam no segundo, tendo a Unidade rural menor participação nesse último caso. Consideramos que, se por um lado, esses resultados revelam os limites da oferta e a ação dos condicionantes culturais enfrentados pelas mulheres em seus contextos, por outro lado, se comparados a estudos anteriores, podem evidenciar os avanços realizados na área, dentre os quais se encontra a ampliação das Unidades de Saúde em Florianópolis e o aprimoramento do Centro de Saúde em Santa Cecília.

A tabela seguinte mostra o uso atual de métodos reversíveis de acordo com a localidade.

Tabela XIV– Uso atual de métodos reversíveis segundo a localidade

Métodos	Urbana		Rural	TOTAL	
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
Pílula	1	3	4	8	36,3
Pílula e camisinha masculina	1	-	2	3	13,6
Camisinha masculina	1	3	-	4	4,5
DIU	1	2	-	3	13,6
Camisinha masculina e coito interrompido	1	-	-	1	4,5
Coito	-	1	-	1	4,5

interrompido					
Tabela e muco	-	1	-	1	4,5
Chás e ervas	1	-	-	1	4,5
TOTAL	6	10	6	22	100%

Dentre as 22 mulheres, a situação era a seguinte: oito usavam a pílula; quatro, a camisinha masculina; três faziam uso combinado pílula e camisinha; três, todas da área urbana, usavam o DIU; uma, a camisinha e o coito interrompido; uma apenas coito interrompido; uma, alternava tabelinha e muco e apenas uma, recorria aos chás e ervas. No contexto rural, os métodos reversíveis em uso se limitaram à pílula e à camisinha masculina.

O número de mulheres esterilizadas (17) ultrapassou o número de usuárias da pílula (11), assim como se constatou em outras pesquisas. Na PNDS de 1996, se enfatizava que entre as mulheres unidas prevalecia a esterilização feminina (40,1%) seguida pela pílula com 20,7%. Apesar de que os resultados da presente pesquisa mostram que se ampliou o conhecimento do DIU, o seu uso continua baixo (0,5%), situando-se num patamar aquém daquele apontado por aquela fonte em 1996 (1,1%). No entanto, a utilização do preservativo masculino teria aumentado consideravelmente, pois se em 1996, a mesma fonte registrava apenas 4,4%, a presente pesquisa aponta um uso atual equivalente a 20%.

⁵³

Esse significativo aumento pode ser atribuído não apenas à necessidade de limitar a prole, dado que a maioria das entrevistadas continua concentrando o uso na esterilização e na pílula e admitindo (de acordo com aquilo que será visto mais adiante) que não utiliza a camisinha para prevenir as DSTs.

A citada pesquisa da Fundação Perseu Abramo, confirma a tendência que encontramos na presente pesquisa: “a laqueadura, juntamente com a pílula, são os métodos anticoncepcionais mais utilizados, por 23% e 21%, respectivamente. A camisinha vem a seguir, utilizada por 16%, enquanto os demais métodos praticamente não são utilizados (máximo 2%)”⁵⁴.

De modo semelhante, o referido estudo realizado por SCHOR et alii constatou em relação aos métodos em uso que “há uma grande concentração em termos de esterilização (42,9%) e de pílula (35,3%). A presença de outros tipos de MAC dá-se em menor proporção: o preservativo (5,2%), a vasectomia (4,8%) e o DIU (1,6%). Os outros métodos citados correspondem a métodos de baixa eficácia, como a abstinência periódica/tabelinha (1,4%) e o coito interrompido (2,2%).”⁵⁵

Outros estudos, realizados no sul do país, evidenciaram tendências semelhantes com algumas variações. Um deles, realizado por BUENO no final dos anos noventa, em Curitiba, com cem mulheres entre 15 e 49 anos, mostrou que a esterilização e a pílula lideraram o ranking, mas nesse caso, a laqueadura ocupou o segundo lugar⁵⁶. A pesquisa constatou que três métodos eram os mais utilizados: os contraceptivos orais (43%), a

⁵³ PNDS, op. cit., p. 52.

⁵⁴ FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, op. cit., p. 10. (versão preliminar).

⁵⁵ SCHOR et alii, op. cit., p. 7.

⁵⁶ BUENO, David Claret. Características reprodutivas de mulheres de 14 a 49 anos e como usam os anticoncepcionais orais. Monografia de Especialização em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1999.

laqueadura tubárea (22%) e o preservativo masculino (17,1%). O autor chama a atenção para o alcance da pílula, assinalando que “de 100 mulheres entrevistadas (82 por cento), tinham usado a pílula em algum momento de sua vida”.

O estudo de MADI et alii⁵⁷, realizado no início dos anos oitenta, também registrava a alta prevalência da pílula em Caxias do Sul, cidade de grande porte, localizada no Rio Grande do Sul. Analisando “1559 pacientes em fase de puerpério na Maternidade do Hospital Nossa Senhora de Fátima, em Caxias do Sul, de acordo com a idade, o estado civil, a paridade, o local de residência, a profissão e o grau de instrução”, o autor observou o uso de métodos na região, concluindo que “o anovulatório oral é o método anticonceptivo de maior difusão, devido ao baixo custo e a relativa facilidade para aquisição (55,9%)”.

A pesquisa realizada por OLINTO e GALVÃO⁵⁸ com 3.002 mulheres de 15 a 49 anos, que residiam na zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, também constatou que os métodos contraceptivos prevalentes eram a pílula e a esterilização, sendo que 15% das unidas estavam esterilizadas.

As fontes de obtenção dos métodos que foram utilizados pelas entrevistadas ao longo da sua trajetória variam, de acordo com os dados da tabela seguinte.

Tabela XV –Local onde os métodos foram obtidos segundo a localidade

LOCAL ONDE OBTIVE OS MÉTODOS	Urbana		Rural	TOTAL	
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
Farmácias	5	5	7	17	28,3
Postos	2	4	4	10	16,7
Postos e Farmácias	12	11	7	30	50,0
Através de Parentes	1	-	1	2	3,3
Nunca usou métodos	-	-	1	1	1,7
TOTAL	20	20	20	60	100,0

Considerando a localidade, conforme pode ser visto na tabela acima, tanto na área urbana, quanto na rural, os métodos foram obtidos em primeiro lugar, alternativamente, ou seja, nos postos e farmácias (50,0%). Em seguida, apenas nas farmácias (28,3%) e, em terceiro lugar, apenas nos postos (16,7%).

⁵⁷ MADI, José Mauro; COELHO, Celso P; LUNARDI, Paulo V. e GUERRA, S. Estudo analítico dos métodos anticonceptivos usados em Caxias do Sul (RS), enfatizando-se a variável sócio-econômica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, vol. 6, n. 5, p. 197-200, 1984. p. 197.

⁵⁸ OLINTO, Maria Teresa A. e GALVÃO, Loren W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, p. 64-72, 1999.

O método que está em uso atual foi obtido pelas esterilizadas na rede hospitalar pública, as demais que estão usando métodos não definitivos (22) procuram em primeiro lugar as farmácias (11), depois os serviços de saúde (10) e uma delas não respondeu.

Em termos gerais, considerando o uso anterior e o atual, os métodos são obtidos em primeiro lugar na farmácia (31) e em segundo lugar nos serviços públicos de saúde (29).

A pílula e a camisinha, os mais utilizados, no decorrer da trajetória das usuárias, foram comprados na farmácia (16), procurados nos serviços de saúde e/ou comprados na farmácia (12) ou apenas nos serviços de saúde (14). Vale a pena lembrar que duas mulheres estão em tratamento para engravidar, uma está amamentando, 18 estão grávidas e 17 estão esterilizadas.

A decisão pelo método atual foi tomada principalmente porque no caso da pílula, “é mais prática, garantida, eficaz, fácil de usar” (16). Uma delas afirmou que ao fugir de casa aos quinze anos, “a mãe comprou na farmácia”. Outra decidiu pela pílula para “preservar o parceiro”. O DIU foi implantado por “recomendação médica” (03).

As razões do uso do primeiro método variaram, tendo prevalecido “para evitar a gravidez”, (46, sendo 35 pílula, 08 camisinha masculina, 2 tabelinha, um coito interrompido, um DIU). Três entrevistadas justificaram o uso da camisinha masculina, aliando a prevenção da gravidez com a das doenças. Uma se decidiu pela pílula porque considerou que “não tinha graça usar a camisinha”. O uso da pílula foi ainda explicado por quatro entrevistadas em razão da “necessidade de experimentar”, “porque foi indicado pelo médico”, “devido a problemas de saúde”, e porque “sente-se segura”.

O uso anterior de métodos, mostra uma alta concentração na pílula e no uso combinado pílula/camisinha masculina, os quais juntos respondem por 54,9% do uso. A tabela abaixo detalha as várias combinações que foram sendo feitas pelas entrevistadas ao longo da trajetória reprodutiva, de acordo com as respostas espontâneas.

Tabela XVI – Uso anterior de métodos segundo a localidade

Métodos	Urbana		Rural	TOTAL	
	Unidade 1	Unidade 2		N	%
pílula	2	1	8	11	18,4
pílula e camisinha	10	9	3	22	36,7
pílula e coito interrompido	0	0	3	3	5,1
Pílula, tabelinha e coito interrompido	0	2	0	2	3,4
pílula, camisinha e DIU	0	2	0	2	3,4
pílula e injeções de hormônio	0	1	0	1	1,6
pílula, camisinha masculina e feminina e tabelinha	1	0	0	1	1,6
pílula, tabelinha e camisinha masculina	2	1	0	3	5,1

pílula e DIU	1	0	0	1	1,6
camisinha	2	0	0	2	3,4
pílula, camisinha, coito interrompido, pílula do dia seguinte	0	0	1	1	1,6
pílula, tabelinha, DIU, camisinha	0	1	0	1	1,6
tabelinha e coito interrompido	0	0	1	1	1,6
pílula, injeção, camisinha, coito interrompido	0	1	0	1	1,6
pílula, camisinha e coito interrompido	0	0	2	2	3,4
camisinha feminina e masculina, DIU, pílula, injeções e diafragma	0	1	0	1	1,6
camisinha masc. e feminina	0	0	1	1	1,6
Camisinha e coito interrompido	0	1	0	1	1,6
camisinha masculina e feminina, pílula e tabelinha	1	0	0	1	1,6
Camisinha masc. Injeções, pílula, coito interrompido e chás	1	0	0	1	1,6
nunca usou métodos	0	0	1	1	1,6
Total	20	20	20	60	100,0

Observa-se que são feitos vários tipos de percurso, dentro de um espectro que inclui entre um e seis métodos, certamente muito mais variado do que algumas décadas atrás. A maior parte desses percursos inclui a pílula, excetuando-se seis casos: duas mulheres da área urbana, que referiram ter usado apenas a camisinha; uma da área rural que afirmou ter usado apenas a tabelinha e o coito interrompido; uma da mesma área que usou as duas camisinhas (masculina e feminina); uma da área urbana que usou a camisinha masculina e o coito interrompido, além de uma que nunca usou métodos.

O quadro abaixo sintetiza as respostas espontâneas e induzidas a respeito do uso anterior de métodos.

Quadro síntese das respostas espontâneas e induzidas sobre o uso anterior de métodos

Método	Questões espontâneas (QE)	Questões induzidas (QI).
Pílula	54	53
Camisinha masculina	41	42
Tabelinha	10	14
Injeções de hormônio	15	5
Coito interrompido	13	0
DIU	7	5

Camisinha feminina	3	6
Pílula do dia seguinte	1	3
Diafragma	1	2
Chás e ervas	1	1

Vale ressaltar que tanto nas questões espontâneas, quanto nas induzidas, prevaleceram o uso da pílula (54 e 53, respectivamente) e da camisinha masculina (41 e 42); em seguida figura a tabelinha (10 e 14) e as injeções de hormônio (15 e 5). Os demais métodos foram referidos em menor proporção: coito interrompido, 13 nas espontâneas e zero nas induzidas; DIU, sete nas espontâneas e cinco nas induzidas; camisinha feminina (3 e 6); pílula do dia seguinte (1 e 3, respectivamente); diafragma (1 e 2), chás e ervas (1, induzida). Os métodos não citados, entre os quais constam tanto os tradicionais quanto os modernos, foram os seguintes: implantes e/ou adesivos hormonais, espermicida, temperatura, esterilização masculina e outros (água e sal, ducha vaginal, minipílula e pílula do mato).

2.3. Método ideal versus método em uso atual

Quanto ao método ideal, a maior parte das mulheres referiu a camisinha masculina (26,6%). Essa preferência foi mais alta na Unidade rural, embora, como já foi dito, aí tenha sido encontrado o número mais alto de esterilizadas. Em seguida, destacou-se a pílula (25,0%), embora tenha sido pouco indicada pelas entrevistadas da Unidade 2, na qual obervou-se uma variedade maior no consumo de métodos.

Tabela XVII – Método ideal segundo a localidade

Método ideal	Urbana		Rural	TOTAL	
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
pílula	6	3	6	15	25,0
pílula e camisinha masculina	4	3	1	8	13,3
camisinha masculina	2	6	8	16	26,6
esterilização feminina	5	1	5	11	18,3
DIU	2	6	-	8	13,3
não sabe	1	1	-	2	3,3
TOTAL	20	20	20	60	100

A esterilização aparece em quarto lugar, com 18,3% da preferência, tendo sido menos mencionada na Unidade 2, enquanto o uso combinado pílula e camisinha masculina empatou com o DIU (ambos com 13,3%). Observa-se que o DIU não foi referido na área rural.

A tabela seguinte mostra as continuidades e as descontinuidades entre os métodos de preferência e os métodos em uso atual, ou seja, entre as opiniões e as práticas. A pílula e a camisinha masculina lideram o ranking das preferências. Mas, no caso daquelas (15) cujo método preferencial é a pílula, apenas 03 fazem uso dela atualmente, quatro estão esterilizadas, uma utiliza a tabela alternando com muco e uma, a camisinha alternando com coito interrompido. Além disso, seis que preferem esse mesmo método, estão grávidas.

Tabela XVIII– Métodos de preferência versus métodos em uso atual

Método de Preferência	Método em Uso Atual											
	Pílula	Pílula e Camisinha masculina	Camisinha masculina	Esterilização	DIU	Coito Interrompido	Tabela e muco	Camisinha m. e Coito interrompido	Chas e Ervas	Não utiliza	Grávidas	TOTAL
Pílula	3	-	-	4	-	-	1	1	-	-	6	15
Camisinha Masculina	2	1	3	4	-	-	-	-	-	1	4	15
Pílula e Camisinha Masc.	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-	3	8
Esterilização Feminina	-	2	-	5	-	-	-	-	1	1	4	12
DIU	1	-	-	1	3	1	-	-	-	1	1	8
Não Sabe	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2
TOTAL	7	3	4	17	3	1	1	1	1	3	19	60

Entre as quinze mulheres que preferem a camisinha masculina, apenas três fazem uso exclusivo dela. Embora tenham sido encontradas 17 esterilizadas, apenas doze consideram que este seja o método preferencial e dentre elas, apenas cinco coincidem em apontá-lo como preferencial e utilizá-lo atualmente. Vale ressaltar ainda que, dentre as oito que preferem o DIU, apenas três fazem uso atual desse método.

Esses dados diferem em alguns aspectos daqueles encontrados na pesquisa da Fundação Perseu Abramo, na qual se constata que “embora utilizada por 21%, a pílula é o método anticoncepcional preferido para 39% das mulheres. Laqueadura e camisinha empatam tecnicamente enquanto preferência, com 25% e 23%, respectivamente, embora o uso da primeira seja significativamente superior ao da outra (23% e 16%)⁵⁹. Outras informações sobre a obtenção dos métodos de preferência constam no item 3, sobre avaliação dos serviços pelas usuárias.

2.4. Acompanhamento médico, razões das mudanças de métodos, contracepção e morbidade

O acompanhamento médico durante o uso anterior de métodos foi procurado principalmente no caso do uso da pílula (35). Chama a atenção o significativo número daquelas que utilizaram esse método sem acompanhamento (19). Vale ressaltar que apenas seis dentre as 17 esterilizadas tenham demandado acompanhamento, quando estudos anteriores mostram que uma parcela significativa daquelas que optam por este procedimento, principalmente as mais jovens, referem sintomas após a cirurgia⁶⁰.

⁵⁹Fundação Perseu Abramo. Op. cit. Versão preliminar, p. 10.

⁶⁰ MINELLA, Luzinete Simões. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (Supl.1), p.69-79;

Alguns métodos, embora tenham sido pouco utilizados, exigiram mais atenção, destacando-se o DIU, pois sete dentre elas buscaram atenção médica assim como três que utilizaram injeções de hormônios. Também chamou a atenção o fato de duas delas terem usado esse tipo de injeção sem ter solicitado atendimento. Os métodos que mais foram utilizados sem ter havido demanda por atenção médica foram aqueles que têm menor impacto sobre a saúde: a camisinha masculina, o diafragma, o coito interrompido, a camisinha feminina e a tabelinha. Além disso, a pílula do dia seguinte tampouco foi citada. A tabela seguinte mostra a situação das entrevistadas em relação ao acompanhamento médico ao longo de sua trajetória reprodutiva.

Tabela XIX – Acompanhamento médico durante o uso de métodos segundo a localidade

Acompanhamento médico	Urbana		Rural	TOTAL	
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
Sim	6	7	5	18	30,0
Não	14	13	15	42	70,0
TOTAL	20	20	20	60	100,0

Observa-se que a maior parte das mulheres (70,0%) não demandou acompanhamento médico durante o uso dos métodos, sendo maior a proporção na área rural. Apenas 30,0% buscaram orientação médica para contornar os efeitos e/ou mudar de métodos, principalmente na área urbana, onde a oferta de serviços é maior.

Com relação aos métodos em uso atualmente, o acompanhamento médico dos efeitos tem sido buscado principalmente pelas usuárias da pílula, embora algumas delas tenham afirmado que a utilizam sem demandar qualquer tipo de atenção. Tanto o uso do DIU quanto o das injeções de hormônio têm recebido atenção médica, mas apenas uma das esterilizadas admitiu ter necessidade de atenção. As camisinhas masculina e feminina têm sido utilizadas sem acompanhamento.

Observada a trajetória de uso de métodos, observamos que as mudanças ocorreram predominantemente apenas duas vezes, conforme o relato de 25 mulheres. As mudanças por três vezes foram referidas por 17, enquanto 12 usaram apenas um método. Apenas uma delas afirmou ter mudado de métodos por 4 vezes, quatro delas por 5, e se somarmos todas elas com uma que admitiu que nunca usou métodos para um total de 60 mulheres, a média de métodos usados na vida equivale a 2,2 e uma média de mudança de métodos igual a 2,3. Houve portanto, uma certa fidelidade aos métodos inicialmente usados o que sugere uma certa dificuldade em experimentar novas alternativas, mesmo que elas possam estar disponíveis nos serviços.

Considerando a relação entre as mudanças de método e a faixa etária, observamos que as mulheres que estão entre 18 e 45 anos mudaram mais (58), sobressaindo a faixa entre 26 a 35 (24), em seguida entre 18 a 25 (18), e 36 a 45 (16). Apenas duas que se incluem na faixa etária entre 46 a 49 anos afirmaram nunca ter mudado de métodos, ou seja, utilizaram sempre o mesmo método. A maior parte (24) referiu ter mudado uma vez,

MINELLA, Luzinete Simões. A produção científica sobre esterilização feminina no Brasil nos anos 80 e no início dos 90: um debate em aberto. *Revista Brasileira de Estudos de População*, V. 15, n. 1, Brasília, jan./jun. 1998, p. 3-22.

15 mudaram duas vezes, 12 nunca mudaram. As mudanças por três vezes e mais foram menos frequentes, de acordo com as informações posteriores.

A primeira mudança de métodos ocorreu em razão de vários fatores: uma das mulheres afirmou que engravidou com a pílula, uma é portadora do HIV, usava a pílula e mudou para a esterilização e camisinha, treze deixaram de usar a pílula devido aos efeitos colaterais. Uma passou a usar a pílula devido à comodidade. Duas alegaram que deixaram de praticar o coito interrompido e a tabelinha por insegurança. Algumas deixaram de usar exclusivamente a camisinha por várias razões: “mêdo de estourar”, “a camisinha não é segura”, “sentia desconforto com a camisinha” e “não gostava de usar a camisinha”. Ao informarem sobre a primeira mudança, bem como às mudanças subseqüentes, algumas entrevistadas relacionaram mais de um motivo.

As mudanças para o segundo método ocorreram por conta de várias razões que apontam tanto para os sintomas quanto para as influências de médicos, familiares e amig@s: “sentia alergia à camisinha masculina” (1), “desconforto com a camisinha masculina” (3), “cólicas com o DIU” (3), “dores no estômago com a pílula” (1), “dores nas pernas com a pílula” (1), “nervosismo com as injeções de hormônio” (1), “não gosta da camisinha” (10), “a mãe e o médico indicaram a pílula” (2). Algumas vezes as entrevistadas referiram que houve “prescrição médica” (2), ou ainda que “resolveu sozinha, comparando as falas das vizinhas e parentes” (1).

Aquelas que mudaram para a camisinha masculina, diafragma e DIU e tinham usado pílula, afirmaram que “a pílula fazia mal”. Uma disse que deixou de tomar a pílula e fez a esterilização porque decidiu junto como marido. A camisinha masculina passou a ser usada para evitar a gravidez (8) e as doenças (2) e o DIU devido à orientação médica (1).

As razões do uso do terceiro método também variaram da falha ao sentimento de insegurança: duas informaram que passaram a usar a pílula porque a camisinha masculina “furou e engravidou”; uma deixou de usar a pílula e se esterilizou porque engravidou e dez abandonaram o mesmo método por “insegurança”.

O quarto método foi utilizado por várias razões: primeiro pó curiosidade - camisinha feminina (2) e diafragma (1); “para evitar a gravidez” e “proteção” - camisinha masculina, (1) e coito interrompido, (2); porque “se sentia mais segura” (DIU, 1). Uma delas declarou que deixou de praticar o coito interrompido, porque “dependia do marido”. Outra referiu que mudou para o diafragma porque “engordava muito com a injeção de hormônio”; uma disse que deixou de usar a camisinha “porque engravidou”; duas deixaram de usar a camisinha feminina “porque era difícil de colocar” e “porque causava desconforto”; finalmente, uma das mulheres deixou de usar o coito interrompido “porque está esterilizada”.

Apenas três mulheres mudaram cinco vezes de método, duas delas se submeteram à esterilização “para evitar a gravidez” após terem usado pílula, chás e ervas. Uma delas voltou a usar a pílula porque “o marido começou a viajar”.

Uma entrevistada mudou de método por seis vezes, passando a usar a camisinha feminina, “por curiosidade”. Outra, mudou oito vezes de método passando a fazer uso do espermicida, “para evitar a gravidez”. Além de ser pequeno o número daquelas que mudou de métodos por mais de duas vezes, nenhuma delas mudou por seis, sete e nove vezes.

A presença de efeitos colaterais ao longo da trajetória contraceptiva de acordo com a localidade, pode ser vista na tabela abaixo.

Tabela XX – Efeitos dos métodos ao longo da trajetória segundo a localidade

Efeitos dos métodos	Urbana		Rural	TOTAL	
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
Pílula (dores de cabeça e de estômago, náuseas, vômitos)	11	5	9	24	40,0
DIU (cólicas)	-	2	-	2	3,3
Injeções de hormônio (nervosismo e aumento de peso)	-	1	-	1	1,7
Camisinha feminina (desconforto)	-	1	-	1	1,7
Camisinha masculina (alergia)	1	-	-	1	1,7
Não sente efeitos	8	11	10	30	50,0
Nunca usou métodos	-	-	1	1	1,7
TOTAL	20	20	20	60	100,0

Efeitos colaterais não foram relatados pela metade das mulheres (30). Ao se referirem à sua trajetória contraceptiva (30), admitiram que se sentiram “despreocupadas”, “seguras” e “aliviadas” durante o uso dos métodos. Mas, ao longo dessa trajetória, a pílula foi o método mais citado (24), provocando além dos sintomas citados na tabela, outros, menos referidos, por exemplo, ansiedade, dores no útero, trombose, dores nas pernas, tontura e aumento de peso. Duas dentre as 17 esterilizadas referiram que “estão arrependidas” pois o procedimento teria diminuído o prazer sexual.

Os efeitos colaterais dos métodos contraceptivos têm sido bastante debatidos ao longo dos anos, especialmente os da pílula. Os dados da presente pesquisa confirmam os achados de outros estudos, por exemplo, a pesquisa levada a cabo por CARVALHO e SCHOR com 31 mulheres esterilizadas, mostra que os efeitos colaterais mais apontados quando elas usavam a pílula foram “náuseas, vômitos, dor de cabeça, enxaqueca, dor de estômago, azia, tonturas, mal-estar, irritação, nervosismo, aumento de peso, pressão alta, varizes, dor nas pernas, diminuição da libido”⁶¹. Esses efeitos são bastante semelhantes àqueles relacionados na pesquisa de PEDRO⁶².

Estima-se que boa parte dos efeitos decorra da presença de fatores de risco. O estudo de CESAR et alii, sobre contraceptivos orais e presença de fatores de risco, realizado em unidades de saúde de Pelotas, Rio Grande do Sul com 789 mulheres entre 15 e 49 anos,

⁶¹ CARVALHO, Marta Lúcia de e SCHOR, Néia. Motivos da rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 5, São Paulo, out. 2005. p. 5. Disponível em www.scielo.br.

⁶² PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Revista Brasileira de História*, v. 23, n. 45, São Paulo, julho 2003. Disponível em www.scielo.br.

mostrou que 62% usavam a pílula sendo que dois terços “apresentaram pelo menos um fator de risco”.⁶³

2.5. De olho no futuro: pílula, camisinha masculina, esterilização feminina e DIU na liderança

A tabela XXI revela as intenções de uso futuro dos métodos conforme a área. Nela, é possível verificar que a pílula e a camisinha masculina estão na liderança, seguidas pelo empate entre a esterilização feminina e o DIU.

Tabela XXI – Intenções de uso futuro segundo a localidade*

Métodos	Urbana		Rural	TOTAL	
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
pílula	2	3	1	6	14,0
pílula e camisinha masculina	3	6	0	9	22,0
camisinha masculina	1	1	0	2	4,5
esterilização feminina	4	2	2	8	18,6
DIU	4	3	1	8	18,6
Camisinha masculina e coito interrompido	1	0	0	1	2,4
injeção e DIU	0	0	1	1	2,4
vasectomia	0	1	0	1	2,4
injeções de hormônio	0	1	0	1	2,4
não sabe	2	0	1	3	7,0

⁶³ CESAR, Juraci; MADEIRA, Angela; OLIVEIRA, Moema; HORNKE, Lorena; FERNANDES, Lucinda. Anticoncepção oral e presença de fatores de risco entre mulheres de baixa renda em Pelotas, RS: um estudo descritivo. J. Bras. Ginecol;103(9):327-30, set. 93.

nenhum	0	0	1	1	2,4
não respondeu	0	1	0	1	2,4
TOTAL	18	18	7	43	100,0

*Excluídas as 17 esterilizadas

Os demais métodos citados aparecem em proporções menores, sendo que na área rural, ao contrário da urbana, não foram mencionados os seguintes métodos: o uso combinado pílula e camisinha masculina; a camisinha masculina; o uso combinado camisinha masculina e coito interrompido; a vasectomia e as injeções de hormônio. Excetuando esse último caso, em todos os demais é necessária a participação dos parceiros, certamente mais difícil de ser obtida nesses contextos.

As razões para as mudanças futuras variam de acordo com os métodos. Em geral aquelas que pretendem fazer a esterilização e/ou que os parceiros pretendem se submeter à vasectomia, argumentam que se trata de métodos definitivos e seguros. Uma delas mencionou que a opção pela esterilização se explica porque “sofreu muito durante as gravidezes”, outra afirmou que “tem receio da falha dos outros métodos”. Outras falas repetem as mesmas idéias. Num contingente de 60 mulheres, 27,8% já estão esterilizadas, mas essa proporção pode aumentar significativamente nos próximos anos, caso essas intenções sejam mantidas.

A esterilização foi feita em hospitais da rede pública em todos os casos (17), variando apenas a sua localização: no Hospital de Curitiba, situado numa cidade próxima ao município de Santa Cecília realizou-se apenas uma cirurgia; o Hospital de Santa Cecília lidera com nove cirurgias; em cada um dos Hospitais que seguem, foi realizada uma cirurgia: Hospitais de Cruz Alta, Imbituba, Araranguá e São Miguel do Oeste. No Hospital Universitário da UFSC foram feitas duas e apenas uma das usuárias não respondeu sobre o local.

No quadro abaixo é possível visualizar o perfil das esterilizadas.

Quadro Síntese sobre Laqueadura

Área	Entrevistadas	Nível de escolaridade*	Idade Atual	No de Gestações	Nº de Filhos	Idade ao Fazer a Laqueadura	Raça / cor	Religião	Renda Individual Mensal
Urbana	075	FI	25	3	3	24	Parda	Pentecostal	1 SM
	082	FI	32	4	4	28	Branca	Protestante	1 a 2 SM
	086	FC	43	5	5	41	Branca	Pentecostal	1 SM
	089	MI	38	4	2	24	Branca	Espírita Umbandista	2 SM
	097	FI	42	7	7	30	não sabe	Pentecostal	2 SM
	098	FI	38	3	3	30	Branca	Espírita	1 SM
	102	FI	32	2	2	23	Branca	Católica	1 a 2 SM
Rural	104	FI	34	5	3	29	Branca	Católica	1 a 2 SM
	107	FI	41	3	3	35	Branca	Católica	1 a 2 SM
	109	FI	39	3	3	23	Branca	Católica	1 SM
	111	MI	25	3	2	20	Branca	Católica	1 a 2 SM
	113	FI	28	3	3	23	Não sabe	Católica	dona-de-casa
	115	FI	29	3	3	29	Branca	Católica	1 SM
	116	FC	22	3	2	22	Branca	Católica	1 SM

117	FI	37	3	3	29	Negra	Católica	1 SM
129	FI	48	5	5	30	Não Sabe	Católica	1 SM
220	FI	30	2	2	28	Branca	Católica	1 a 2 SM

* FI= Fundamental Incompleto; FC= Fundamental Completo; MI= Médio Incompleto.

Foram encontradas seis laqueadas na área urbana e onze na rural. O alto número de esterilizadas (11) na Unidade do interior (Santa Cecília), contrastou com o baixo número encontrado no Hospital Universitário (1). Embora haja indícios de que no interior do Estado o índice de esterilização seja maior do que nos contextos urbanos, sabemos que o baixo número encontrado no HU, não traduz a rotina dessa instituição. Na condição de estagiária do Serviço Social desse Hospital, ao realizar uma pesquisa em 2001, com 50 mulheres que demandavam a esterilização, MARCHEZAN comparou os dados das instituições hospitalares que realizam esterilização em Florianópolis, constatando que naquele ano o HU realizava “três esterilizações cirúrgicas femininas e quatro masculinas por semana. É a instituição que realiza o maior número de procedimentos através do SUS na Grande Florianópolis. No Hospital Regional de São José, são realizadas seis laqueaduras e oito vasectomias por mês. Já o Hospital Florianópolis procede duas esterilizações cirúrgicas femininas por mês e duas masculinas por semana. Na Maternidade Carmela Dutra, o número de atendimentos realizados varia de acordo com as vagas no centro cirúrgico, não sendo possível fazer uma estimativa. A partir do levantamento realizado pode-se dizer que, na Grande Florianópolis, são realizadas mensalmente pelo Sistema Único de Saúde, 20 cirurgias para laqueadura tubária e 32 para vasectomia, o que representa 240 laqueaduras e 384 vasectomias por ano”⁶⁴.

Quanto ao nível de escolaridade prevaleceu o fundamental incompleto (13), seguido do fundamental completo (2) e do médio incompleto (2). A idade atual das esterilizadas variou entre 25 a 48 anos, prevalecendo a faixa entre 37 e 48. A idade ao fazer a laqueadura por sua vez, variou entre 20 e 41 anos, prevalecendo o intervalo entre 26 a 30 (08), seguida pela faixa entre 20 e 25. O número de gestações prevalecente ficou entre duas a quatro (13), enquanto o número de filhos que predominou ficou também entre dois e quatro (14), sendo que nenhuma delas tem apenas um filho. A maior parte das mulheres se declarou de cor branca (12), contra apenas uma preta, uma parda, além de três que referiram não saber qual a cor, mas que estimamos, como dito anteriormente, que sejam pardas. Quanto à religião, a maior parte das laqueadas se declarou católica, contra três pentecostais, uma protestante e duas espíritas. No que se refere à renda individual, todas elas referiram que recebem entre um a dois salários mínimos mensais.

Diante das informações a respeito da idade e do número de filhos, torna-se possível concluir que as instituições acima estão obedecendo aos critérios estabelecidos pela legislação sobre o assunto⁶⁵, desde quando nenhuma das esterilizadas tinha menos de

⁶⁴ MARCHEZAN, Daniela Luiza. Planejamento familiar: liberdade de escolha ou falta de opção? Análise de uma experiência no HU/UFSC. Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. p. 32-33.

⁶⁵ A Lei n. 9.263, de 1996 estabelece que a esterilização voluntária pode ser feita “em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico”.

dois filhos quando foi submetida à cirurgia. Esses resultados se assemelham àqueles obtidos em pesquisa recente feita por BERQUÓ e CAVENAGHI, em seis diferentes capitais de estados brasileiros com 159 pessoas que solicitaram esterilização. As autoras concluem que “nenhuma delas estava fora dos limites de idade ou do número de filhos permitidos pela nova legislação”⁶⁶.

De modo geral as laqueaduras foram feitas através do SUS, mas há variações nas circunstâncias que cercaram o procedimento: uma das entrevistadas afirmou ter feito “através da política, pois o médico ia ser prefeito”; seis disseram que foi apenas “através do SUS”; uma delas no referiu que a cirurgia foi recomendada em função da ocorrência de gravidez de alto risco. Outra mencionou que houve “indicação médica, (porque) já havia feito três cirurgias”, enquanto uma delas lembrou que “o marido autorizou no cartório, fez no hospital”. Quatro delas informaram que “o médico arranhou e/ou orientou”. Finalmente, três referiram que pagaram pelo procedimento, ainda que ele tenha sido feito no âmbito do SUS: uma usuária disse que “o marido falou e pagou ao médico”, outra afirmou que “pagou R\$600,00” e a última, que “pagou R\$150,00 ao médico quando tive o último filho”. Tanto o pagamento “por fora”, quanto o uso eleitoreiro confirmam atitudes que, embora frequentemente denunciadas pela imprensa, continuam a se repetir, provavelmente devido a uma série de fatores, que afetam em maior proporção a população de baixa renda e de baixo nível de escolaridade, nos quais se situa boa parte do segmento analisado.

Conforme vimos, o número de mulheres esterilizadas encontradas na presente pesquisa é alto, chega a quase 30,0% do contingente investigado. Esses dados se aproximam daqueles obtidos no mencionado estudo de OLINTO e GALVÃO⁶⁷ que abordou 3.002 mulheres e constatou que a proporção de esterilizadas entre as casadas ou em união, chegava a 15%, sendo que “cerca de 25 % das mulheres acima de 35 anos haviam feito ligadura tubária”.

Tais informações, bem como aquelas já referidas da pesquisa da PNDS de 1996, levam a pensar nas razões da rejeição aos métodos reversíveis. Refletindo sobre esse tema, em pesquisa realizada com 31 mulheres esterilizadas, usuárias de um Programa de Planejamento Familiar de um Hospital Universitário de São Paulo, visando entender os motivos de rejeição aos métodos reversíveis, CARVALHO e SCHOR⁶⁸, consideram que o fato de o aborto não ser “disponível no Brasil como alternativa legal, o risco de falha no método e a ocorrência de uma gravidez não desejada, podem ter influência na decisão pela esterilização, com repercussões incalculáveis no projeto de vida das mulheres”. Segundo as autoras, um “fator importante na análise dos altos índices de esterilização feminina poderia ser a desaprovação aos métodos contraceptivos reversíveis oferecidos, quanto à eficácia, inocuidade ou até mesmo aceitação cultural”.

2.6. Participação dos parceiros

De acordo com as informações obtidas através das mulheres, os parceiros usam métodos principalmente para evitar a gravidez (46) e em menor proporção para evitar as

⁶⁶ BERQUÓ, Elza e CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2), S441-S453, 2003.

⁶⁷ OLINTO e GALVÃO, op. cit., p. 64.

⁶⁸ CARVALHO, Marta Lúcia de e SCHOR, Néia. Op. cit. p. 3.

DSTs (24). Treze referiram que eles não usam métodos. As razões apontadas para o não uso da camisinha como proteção às DSTs (31) se relacionam com a confiança nos parceiros (25). Elas consideram que estão protegidas por relações estáveis, que o casal é saudável, e em alguns casos (4) admitiram que não usam porque “o marido não gosta, não quer” (5), ou que o casal “não conhecia” (2). Em três dos casos aparece claramente uma associação do uso da camisinha como proteção exclusiva da gravidez, pois uma das entrevistadas afirma que não faz outro tipo de uso porque está “tomando pílula” (1) enquanto duas justificam a mesma atitude porque estão esterilizadas. Duas relataram estar “de resguardo”. Quatro não estavam mantendo relações sexuais no período das entrevistas e apenas uma referiu que não se protege das DSTs com o uso da camisinha “por descuido”.

De acordo com os dados da tabela XX, a maior parte das entrevistadas (44) afirmou que dialoga com os parceiros sobre os métodos enquanto 16 disseram que nunca conversaram. Os diálogos são menos frequentes na área rural. Parte significativa delas (39) avalia que a conversa com eles foi boa, “aberta, sem complicações”. Observamos que, no geral, as conversas parecem traduzir negociações que revelam a circulação dos poderes de decisão, peculiares às desigualdades de gênero pois às vezes elas dizem, “a conversa foi boa, mas ele não se sentiu à vontade”. Ou, a vontade dele prevalece: “ele não toma a iniciativa e não quer deixar que eu faça a laqueadura”; “ele me aconselhou a procurar um médico e fazer a esterilização”.

Tabela XXII– Diálogo com os parceiros sobre métodos

DIALOGA COM OS PARCEIROS	urbano		rural	TOTAL	
	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
Sim	15	17	12	44	73,3
Não	5	3	8	16	26,7
TOTAL	20	20	20	60	100,0

Em certos casos torna-se possível supor que as conversas são provocadas pelas mulheres, pois os relatos sugerem que elas tomam a dianteira nas decisões, ou procurando entrar num acordo, ou até mesmo, à revelia deles: “eu disse para ele fazer a vasectomia, ele não se incomodou, vai fazer”; “conversamos sobre laqueadura e vasectomia, meu marido irá ao médico”; “converso bastante, meu marido apoia o uso dos métodos”. O apoio às vezes se traduz da seguinte forma: “eu expliquei a ele sobre o DIU e ele sempre me lembra o uso da pílula”; “ele achou bom eu ter feito a esterilização”; “sobre a minha esterilização, ele concordou”; “dialogamos sobre camisinha e pílula, preferimos a pílula”; “ele é compreensivo, providencia a camisinha, concorda com a esterilização feminina no futuro”. Em alguns momentos as discordâncias aparecem: “eu quero fazer a esterilização, ele não concorda porque quer outro filho”.

Existem parceiros que não querem e/ou não gostam de conversar sobre o assunto (13) porque acham que “não é preciso”, porque “não gosta”, “por respeito, por religião”, “porque é um assunto dela” “sente vergonha”. Em outros momentos, as discordâncias se aprofundam, gerando tensões, conflitos e silêncios: “ele evita conversar e fica bravo, eu não insisto”; “ele é sempre bravo, sempre me culpou pelas gravidezes, mas não faz nada”.

Provavelmente essas tensões, ambigüidades e silêncios, constituam uma das causas da alta demanda por um método definitivo, no caso, a laqueadura.

As opiniões sobre o uso da camisinha pelos parceiros variam, às vezes ela é considerada “esquisita”, “insegura”, “engraçada”, “tira a sensação do prazer”. Mas há quem considere que é “ruim, horrível, incomoda, é chato, ineficaz” (08). Na maior parte das vezes (10), avalia-se que o uso dela é bom porque “evita filhos, não incomoda”, “é importante”, “imprescindível”, “necessária”, “normal”, “já se acostumou”. Outras disseram que “não gostam, mas é importante porque protege”.

De qualquer modo, o uso da camisinha se caracteriza pela intermitência, desde quando a maior parte (25) admite que utiliza esse método apenas “nos intervalos da pílula”, “no período fértil”, “no início dos relacionamentos” e “nas trocas de pílula”; “quando me esqueço da pílula”; “quando não tomava pílula”, “esporadicamente”. Apenas nove mulheres relataram o uso “em todas as relações”. O tempo de uso da camisinha variou entre um intervalo mínimo de um a três meses e um máximo de mais de 4 anos, predominando este último.

A maior parte declarou que os métodos não interferem na vida sexual (39), no entanto duas admitiram mudanças de comportamento sexual depois da esterilização feminina (“falta de desejo”), uma depois do uso do DIU (cólicas no útero”) e cinco no decorrer do uso da pílula por conta dos enjoos, náuseas, dores de cabeça, varizes, etc. No caso específico da camisinha, os efeitos apontados são também negativos: “diminui o desejo (07), “é desconfortável”, “afeta a lubrificação”, “incomoda, dá alergia”, “o marido acha desconfortável”, “gera desconfiança”.

Os resultados obtidos sobre a percepção das entrevistadas a respeito da participação dos parceiros no planejamento reprodutivo se assemelham àqueles obtidos no estudo de CARVALHO et alii⁶⁹, realizado na região sul do município de São Paulo com 254 usuárias de métodos reversíveis: “apesar da alta concentração de métodos femininos, 82,7% responderam que o companheiro participava do processo de contracepção, evidenciando uma desvinculação entre método usado e percepção da participação masculina. As principais categorias referentes à representação feminina sobre a participação do parceiro na contracepção foram o *apoio* à mulher usuária de método feminino e o *uso eventual* de método masculino, quando a mulher necessitava suspender temporariamente o uso do sem método contraceptivo”... “O apoio do parceiro pode revelar-se pela aquisição da pílula, pela ação de lembrar a mulher de tomá-la ou pela opinião sobre o número de filhos desejado”. Coincidindo com o enfoque adotado na presente pesquisa e explicitado na introdução, o estudo acima citado conclui que “a mulher assume a contracepção como atividade de sua responsabilidade, e o papel desempenhado pelo parceiro é vivenciado como uma função acessória”.

3. Avaliação dos serviços de planejamento familiar

⁶⁹ CARVALHO, Marta L.O.; PIROTTA, Kátia C.M. e SHOR, Néia. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. *Revista de Saúde Pública*, v.35, n. 1, São Paulo, fev. 2001. Disponível em www.scielo.br. p. 2.

Neste item serão abordadas as opiniões das mulheres a respeito das Unidades pesquisadas, destacando-se o modo como avaliam a própria frequência, o atendimento, a demanda e a oferta dos métodos, além da atuação dos profissionais e da situação das instalações e da higiene, entre outros aspectos.

A maior parte das entrevistadas referiu que marca as consultas diretamente na Unidade, enfrentando filas (40); outras, na Unidade sem fila (17). Duas delas utilizam outras formas, embora não tenham esclarecido do que se trata, e apenas uma admitiu que marca as consultas pelo telefone.

As informações sobre a frequência de vinda aos serviços para cuidar da própria saúde nos doze meses anteriores à realização das entrevistas sugerem uma certa regularidade desde quando 23 mulheres afirmaram que comparecem às Unidades mensalmente, 11 a cada dois ou três meses, 9 uma vez por semestre, 13 anualmente.

A presença mais freqüente nas Unidades pode ser atribuída em grande parte, ao cuidado com outras pessoas da família, principalmente com as crianças, haja vista que no decorrer do mesmo período 16 relataram que freqüentam as Unidades a cada dois ou três meses por esse motivo, contra 10 que comparecem mensalmente e 11 uma vez a cada seis meses. Algumas (7) admitiram que acompanham outras pessoas apenas uma vez ao ano, enquanto apenas 16 freqüentam as Unidades apenas para tratar da própria saúde.

Em geral, elas relataram que procuram os serviços de saúde para consultas de rotina (19) ou para consultas ginecológicas (preventivo, 09) e ainda, para cuidar da saúde dos filhos (11) e apresentar, solicitar e fazer exames (07). Algumas admitiram que demandam atendimento apenas em situações de emergência (06), enquanto apenas uma delas afirmou que demanda consulta em homeopatia (1), outras buscam remédios e preservativos (2), e uma comparece para medir a pressão (1).

No dia da entrevista, elas informaram que compareceram à Unidade de saúde por várias razões: para dar continuidade ao pré-natal (16), consultar com clínico geral (12), para apresentar e/ou realizar exames (10), consulta ginecológica (12), consulta para os filhos (3), consulta para ela e o filho (1), consulta por causa de acidente (1), marcar cirurgia para o filho (1), solicitar esterilização feminina (3), pegar remédio (3).

O quadro a seguir mostra em que medida as entrevistadas têm conhecimento acerca de algumas das principais atividades de planejamento reprodutivo que são oferecidas nas Unidades.

Quadro síntese sobre conhecimento e utilização do planejamento reprodutivo nas Unidades

Conhecimento sobre planejamento reprodutivo das Unidades		Urbana		Rural	TOTAL	
		Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	N	%
Unidade oferece métodos para evitar filhos	SIM	17	14	10	41	68,4
	NÃO	2	-	-	2	3,3
	NÃO SABE	1	6	10	17	28,3
	TOTAL	20	20	20	60	100,0
Unidade tem palestras sobre como evitar filhos	SIM	4	1	-	5	8,4
	NÃO	4	4	5	13	21,6
	NÃO SABE	12	15	15	42	70,0
	TOTAL	20	20	20	60	100,0

Você sabe quais são os métodos oferecidos	SIM	13	13	8	34	56,7
	NÃO	7	7	12	26	43,3
	TOTAL	20	20	20	60	100,0
Você já participou de palestras na unidade	SIM	-	-	-	-	-
	NÃO	20	20	20	60	100,0
	TOTAL	20	20	20	60	100,0
Você conseguiu obter os métodos que queria	SIM	9	10	3	22	36,7
	NÃO	-	-	2	2	3,3
	NÃO SOLICITOU	11	10	15	36	60,0
	TOTAL	20	20	20	60	100,0

A maioria afirmou que as unidades selecionadas oferecem métodos contraceptivos (41), contra 17 que não sabem e 02 que disseram que não oferecem. Na Unidade rural, a proporção daquelas que afirmou não saber foi mais alta. Além disso, dezenove declararam que não sabiam informar os dias e os horários de atendimento em planejamento familiar, oito acham que esse atendimento ocorre todos os dias, durante o período regular. As demais consideraram várias coisas: que ocorre todos os dias, mas apenas durante um período (01); dois dias na semana (02); um dia por semana (3), quatro dias na semana (02).

Apenas cinco referiram que sabiam que a Unidade oferece palestras sobre planejamento familiar contra 42 que não sabiam e 13 que afirmaram que não oferecem. Nenhuma delas participou das palestras, portanto não houve como solicitar que as avaliassem. A falta de participação em atividades desse tipo é compatível com o baixo envolvimento em atividades coletivas que caracteriza o perfil do segmento analisado conforme visto no capítulo II. Mas, esse baixo envolvimento certamente pode ser interpretado não apenas como um desinteresse em relação ao coletivo, mas em razão das inúmeras atividades e responsabilidades das mulheres, a maior parte delas (46) envolvidas simultaneamente com atividades domésticas e com o trabalho fora de casa.

A maioria (34), principalmente nas Unidades urbanas, sabe quais são os métodos oferecidos nas Unidades, contra 26 que não sabem, embora a maior parte (36) não os tenha solicitado. Dentre aquelas que não solicitaram, sobressaem as entrevistadas da Unidade rural, pois restringem o consumo de métodos, conforme visto anteriormente, à pílula e à esterilização, recorrendo muito pouco às outras opções contraceptivas.

No contexto urbano, as justificativas para a não utilização dos serviços de planejamento familiar são várias: porque “a pílula do posto não funciona” ou porque “ainda não tem a carteirinha”. A compra da pílula e da camisinha na farmácia parece algo comum, por uma série de motivos: “por causa das filas”, “porque às vezes falta o medicamento no posto”, “o marido pega no hospital onde trabalha”, “pode comprar, outras pessoas dependem mais”, “se esquece de comprar no posto”. Vale lembrar que 17 usam método definitivo (são esterilizadas), uma “nunca usou métodos”, três afirmaram que utilizam ou utilizaram outros serviços. Apenas uma delas afirmou que não obteve o método, no caso a pílula, porque estava em falta. Por isso considera que o serviço precisa melhorar.

Dentre os métodos mais conhecidos que são ofertados nas Unidades, encontram-se a pílula (30), em seguida a camisinha masculina (24), o DIU (14), a esterilização feminina (8) e por último, a esterilização masculina (03).

A pílula lidera a lista dos métodos preferidos e que estão em uso, obtidos através dos profissionais de saúde: cinco usuárias da pílula as obtiveram, contra apenas uma; a camisinha masculina usada por sete delas, foi conseguida por apenas uma; o DIU, utilizada por quatro, deixou de ser obtido por apenas uma. De modo geral os métodos foram recomendados pelos/as profissionais de saúde, independentemente de terem sido ou não obtidos através deles/as.

Poucas entrevistadas justificaram porque não solicitaram o método preferido nas Unidades, tendo argumentado que podem “comprar na farmácia” (2), que “o marido pediu onde trabalha” (1), “não precisa de médico para isso” - no caso, trata-se de duas mulheres que usam pílula e de uma que usa a camisinha masculina.

A pílula lidera também a lista dos métodos preferidos que foram solicitados aos profissionais de saúde, mas que não estão em uso atualmente, seguida da esterilização feminina e da camisinha.

As razões para o não uso dos métodos de preferência são várias: algumas alegaram que estavam grávidas, logo não estão usando métodos. Dentre elas, cinco preferem a pílula, uma o DIU, uma a esterilização feminina, uma a camisinha masculina. Uma das entrevistadas afirmou que prefere a camisinha masculina “mas o marido não gosta de usar”; outra, disse que prefere a esterilização feminina, tendo encaminhado o pedido recentemente; houve ainda quem referisse que “não sabia que podia pedir” e que “ainda está participando dos encontros do planejamento” para tomar uma decisão. Deve-se incluir entre as razões, a opção já feita por um método definitivo, no caso, a esterilização feminina, que nem sempre é o preferido.

Em relação aos profissionais que atendem nas Unidades, os mais conhecidos foram os médicos (41), em seguida, as enfermeiras (31), recepcionistas (30), auxiliares de enfermagem (26), atendentes/secretárias (10) e dentistas (2). As opiniões sobre os profissionais de preferência coincidem em grande parte com os mais conhecidos: os médicos e as enfermeiras lideram (39 e 33, respectivamente), seguidos das auxiliares de enfermagem (6). Por último aparecem os agentes de saúde ambiental (1) e dentista (1).

A maioria (41) afirmou que conhece os profissionais que atendem em planejamento familiar. Os mais conhecidos são os/as auxiliares de enfermagem (15), fato que não surpreende porque na rotina das Unidades, são estes/as que mantêm uma relação mais constante com a clientela. As recepcionistas também são conhecidas (9), em seguida as enfermeiras (4), por último as agentes comunitárias de saúde (2) e na mesma proporção, os médicos (2). Nove usuárias afirmaram que não conhecem os profissionais.

A utilização dos serviços de planejamento familiar das Unidades tem ocorrido de modo regular: 13 mulheres referiram que buscaram esses serviços de duas a dez vezes; seis delas, mais de 10 vezes e 3 apenas uma vez. Uma parcela significativa, (32, conforme visto no último quadro) afirmou que obteve os métodos desejados: 16, a pílula; 12 a camisinha masculina; 3, a esterilização feminina; 1, injeções de hormônio e uma disse que não obteve.

O modo como foi avaliado o atendimento em planejamento familiar evidencia que o nível é razoável, pois não se percebe maiores queixas. Algumas entrevistadas assinalaram que os/as médicos/as solicitaram exames, receitaram contraceptivos e

orientaram o seu uso, tendo aconselhado sobre o número de filhos (13). Outras relataram que além das consultas, pegam métodos (pílulas e camisinha), solicitaram a laqueadura, além de remédios com a recepcionista e/ou assistente social (13). A avaliação das consultas variou: sete delas fizeram consultas de rotina e consideraram que “foi fácil e rápido”; mas, uma outra ponderou que “às vezes a consulta é rápida, às vezes há muitas pessoas”, enquanto outra disse que “às vezes a consulta é tranquila, é demorada, os médicos pedem exames”. Certas queixas, porém, se repetem: “às vezes falta método”(1), “cheguei cedo, enfrentei filas” (2), “os retornos dos exames demoram muito, até um mês” (1).

De modo geral, pode-se considerar que as opiniões sobre os serviços de planejamento familiar das Unidades foram positivas, pois a maior parte considerou bom (40), muito bom (3) e ótimo (2) o atendimento, afirmando terem sido “bem atendidas”, “bem tratadas” e considerando que “os médicos são prestativos”, “são atenciosos e não demoram a atender”, ou que “atendem bem, distribuem remédios e se não atendem, encaminham para outro serviço”. Dez entrevistadas, no entanto, consideram esse tipo de atendimento apenas razoável; seis avaliam que é precário e demorado. Quatro acham que é ruim e três, que é péssimo.

As principais razões da insatisfação foram as seguintes: “os profissionais são desatentos”, “faltam médicos”, “é difícil conseguir fichas para as consultas”, “faltam remédios”. Duas consideram que embora o atendimento ainda não seja bom, “está melhorando.”

Para obter uma opinião mais objetiva a respeito da Unidade, foi incluída no roteiro de entrevista, uma escala de zero a dez a ser atribuída aos seguintes itens: tempo de espera, privacidade, atitude dos profissionais, higiene e instalações. Os resultados mostram que a opinião é favorável aos serviços, tendo a atitude dos profissionais, a higiene e a privacidade obtido as médias mais altas (8,5; 8,3 e 8,2 respectivamente), enquanto as instalações e o tempo de espera obtiveram as mais baixas (7, 3 e 6,4). No geral os serviços foram considerados bons e ótimos, tendo obtido média foi 7,8. As notas atribuídas a cada item podem ser verificadas abaixo⁷⁰.

Dezenove usuárias afirmaram que não conhecem outras Unidades que oferecem planejamento. A maior parte, (23) sabem que há outras, mas, apenas dez as freqüentam e utilizam. As Unidades mais freqüentadas pelas entrevistadas são de fato aquelas nas quais foram realizadas as entrevistas: HU (23); Rio Vermelho (18), Santa Cecília (20). Em Santa Cecília, são freqüentados os postos recém instalados em distritos vizinhos: Lebon Régis (1), Wally (1) e Rio Bonito (1), além do Pronto-Socorro (4). Em Florianópolis, são freqüentadas várias outras Unidades. Algumas delas estão situadas em áreas relativamente próximas à UBS do Rio Vermelho: Ingleses, Jurerê, Ratones, Rio Tavares e Saco Grande. Outras ficam situadas mais perto do HU (Ambulatório do Hospital Celso

⁷⁰ Tempo de espera: boa (21), ruim (14), razoável (12), péssima (7) e ótima (6). Privacidade: boa (24), ótima (23), razoável (5), ruim (5), péssima (2). Atitude dos profissionais: ótima (28), boa (19), ruim (6), razoável (5), péssima (1). Higiene: ótima (25), boa (19), razoável (08), ruim (7), péssima (1). Total = 60. Instalações: boa (23), razoável (15), ótima (11), ruim (9), péssima (2). Opinião geral: ótima (22), boa (16), razoável (12), ruim (7), péssima (1). Os totais nem sempre somam 60 porque algumas entrevistadas não responderam.

Ramos e Policlínica Central). Isso mostra que as escolhas recaem sobre as Unidades que ficam mais perto daquelas que são regularmente freqüentadas.

As opiniões se dividem em relação ao atendimento nas demais Unidades que freqüentam: algumas acham que é bom (7), outras, razoável (5), apenas uma considerou que é melhor enquanto duas opinaram que é ótimo. As razões da satisfação remetem à organização, ao bom desempenho dos médicos, à uma maior quantidade de profissionais e de remédios para distribuição. Há porém, opiniões contrárias: quatro opinaram que o atendimento nas outras Unidades é ruim e uma das mulheres acha que é péssimo. A insatisfação se deve à “demora na marcação de consultas”, às “filas e esperas”, à “falta de atenção de médicos, de respeito” e ainda, aos “profissionais mal educados”.

Um pouco mais da metade das entrevistadas (32) conhece outras Unidades que oferecem serviços de planejamento familiar. As mais citadas foram a Policlínica Central que é referência na área e fica situada no centro da cidade de Florianópolis, a Unidade de Saco Grande II, também referência na área, devido à complexidade de sua estruturação, e Palhoça. Outras Unidades foram citadas de modo mais pulverizado.

As opiniões sobre a oferta de métodos nas outras Unidades variam: algumas acham que faltam métodos, outras, que há muitas filas. A maioria considera que a oferta é boa e diversificada, porque oferecem DIU, pílula, camisinha e tabelinha (14).

Apenas nove dentre as 60 entrevistadas admitiram ter recebido atendimento domiciliar. A assistência prestada no domicílio se concentrou principalmente nas crianças: os/as agentes “checaram as carteiras de saúde”, “vacinaram as crianças”, “fizeram controle de peso das crianças”, “queriam saber se as crianças estava bem”. Houve também quem afirmasse que “deram atenção a todos da casa”, “levaram remédios”, “perguntaram se havia alguém doente na família, encaminharam para o médico”, “solicitaram exames em geral”. A opinião sobre o atendimento familiar variou de bom e útil (3), à algumas restrições: “deveria se estender aos idosos” (1), “é indiscreto” (1), “irregular”(1), “péssimo” (2).

A seguir serão elaboradas algumas considerações finais a respeito dos vários aspectos abordados no decorrer dessa pesquisa, visando contribuir para o debate e instrumentar ações na área.

Conclusões

As conclusões desse estudo serão relacionadas abaixo conforme os tópicos sugeridos pela coordenação nacional do projeto.

1. Relação com os serviços: qual a visão das mulheres sobre os serviços de saúde que freqüentam e as razões pelas quais dele se utilizam?

As entrevistadas comparecem aos serviços regularmente primeiro, para tratar da saúde de outras pessoas da família, principalmente dos filhos e segundo, para tratar da própria saúde. Nesse último caso, as consultas de rotina, clínicas ou ginecológicas de caráter preventivo e ainda, o pré-natal, são as mais procuradas.

As opiniões sobre os serviços de planejamento familiar foram positivas, a maioria considerou o atendimento bom e/ou muito bom, embora algumas, principalmente na área urbana, tenham se declarado insatisfeitas ou porque faltam médicos ou porque acham que há demora para marcar as consultas. No cômputo geral, a atitude dos profissionais, as instalações e a privacidade foram melhor avaliadas do que o tempo de espera e a higiene.

2. Acesso: quais as condições de acesso aos serviços de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo e à contracepção, considerando-se a oferta de métodos – quais

e como são oferecidos e a informação sobre os mesmos – por parte de todos os (as) profissionais e em distintos processos, sobretudo nos educativos?

Nenhuma das entrevistadas queixou-se de falta de acesso aos serviços naquilo que se refere ao planejamento reprodutivo e à contracepção. A maioria informou que sabe que os serviços proporcionam métodos contraceptivos, embora algumas não solicitem e até mesmo não saibam exatamente como se dá essa oferta. Muitas inclusive relataram que não conhecem os horários de atendimento em planejamento familiar, embora tenham afirmado que conversam com os médicos e com as enfermeiras sobre o uso da contracepção. Talvez este desconhecimento resulte tanto de uma certa dificuldade por parte das usuárias, em compreender o próprio sentido das consultas, quanto da dificuldade do serviço em fazer a clientela entender o que significa o planejamento familiar.

Os médicos e as enfermeiras são os agentes mais conhecidos e constituem os profissionais de preferência das entrevistadas. Entre os métodos mais conhecidos oferecidos pelas Unidades, encontram-se a pílula (30), em seguida a camisinha masculina (24), o DIU (14), a esterilização feminina (8) e por último, a vasectomia (03).

Esses três últimos são demandados nos serviços, que encaminham a solicitação para os hospitais ou postos mais avançados, excetuando o caso da Unidade 1 (HU) que realiza os dois últimos além de implantar o DIU. A pílula é mais usualmente comprada na farmácia, embora seja distribuída em muitas das UBS, inclusive naquelas onde realizamos a pesquisa. As informações a respeito desses métodos são obtidas através do contato direto com os médicos, durante as consultas e com as enfermeiras pois, as palestras não são freqüentadas nas duas áreas (urbana e rural). Várias mulheres informaram que sabem que os serviços oferecem as palestras, mas desconhecem os horários. As agentes de saúde do Hospital Universitário informaram que as demandantes da esterilização e os homens que solicitam a vasectomia são obrigados a assisti-las, no entanto as demais pessoas aparentemente ou não se interessam ou não são suficientemente motivadas a assisti-las.

3. Escolha e Decisão: Quando e como as decisões sobre o uso de métodos contraceptivos são tomadas pelas usuárias? Qual a influência dos serviços de saúde sobre estas decisões? As mulheres agiram como sujeitos nestas situações? Os métodos

utilizados pelas mulheres foram aqueles de sua escolha? Em que medida as dimensões de classe e raça atuam nesses processos?

As decisões sobre o uso dos métodos são tomadas pelas mulheres como uma decorrência do conhecimento anterior, proporcionado primeiro, pelos serviços de saúde, em seguida pelas amigas/os, a escola e a TV. Podemos dizer que elas agem como sujeitos na proporção em que analisam as relações custo/benefício dos métodos a partir das informações oriundas das diferentes fontes para balizar suas decisões. Mas, ao mesmo tempo, podemos inferir – como assinalam outros estudos - que essas decisões estão determinadas culturalmente por um escopo ainda reduzido de opções, principalmente no contexto rural, no qual a pílula e a esterilização, mantém uma hegemonia, seja pela segurança e eficácia, seja por conta da falta de participação dos parceiros, seja também pela necessidade de encerrar a carreira reprodutiva, independentemente das dimensões étnicas e de classe.

No que se refere à esterilização, esses resultados levam a recuperar o ponto de vista de CARVALHO e SCHOR: “muitas mulheres que buscam a esterilização feminina, mesmo recebendo informações e garantia de acesso à outros métodos contraceptivos, mantém sua intenção de esterilizar-se. O conhecimento ordinário ou do senso comum sobre os métodos contraceptivos poderia exercer maior influência no processo de decisão do que as iniciativas de fornecimento de informações por meio de ações educativas. As representações sobre os diversos métodos contraceptivos são formadas a partir das informações técnicas, de vivências anteriores das mulheres e de informações obtidas com seu grupo social. As mulheres chegariam ao serviço de planejamento familiar já com representações negativas a respeito dos métodos alternativos à esterilização feminina, e além disso, as informações oferecidas não seriam eficientes para reverter esse quadro de rejeição”. ⁷¹ (2005, p. 3).

De um modo geral, as usuárias conhecem mais métodos do que aqueles que praticam. Os mais conhecidos foram: pílula e camisinha masculina, referidos por todas elas; em seguida o DIU, e em terceiro, a esterilização feminina. Os métodos mais utilizados são a esterilização feminina e a pílula, o primeiro, evidentemente, é ofertado através dos serviços, e o segundo, embora também possa ser encontrado neles, termina

⁷¹ CARVALHO, M.L. e SCHOR, N. Op. cit. p. 3.

sendo mais regularmente procurado nas farmácias. O uso do DIU continua baixo, embora seja muito conhecido e a oferta pareça estar assegurada, enquanto o uso dos métodos naturais ou de barreira é inexpressivo. O método de preferência nem sempre coincide com o método em uso, no entanto a camisinha masculina lidera o ranking, seguida da pílula e da esterilização. A camisinha também é regularmente ofertada nos postos, embora seja também comprada nas farmácias. Parte significativa admitiu que a pílula e esterilização são os métodos mais seguros para evitar a gravidez.

Geralmente, os métodos foram recomendados pelos profissionais de saúde, independentemente de terem sido obtidos através dos serviços. E, de um modo geral, considerando o uso anterior, foram mais obtidos nas farmácias do que nos serviços.

A média de métodos usados no decorrer da trajetória reprodutiva das mulheres é relativamente baixa, equivalendo a 2,2. Estimamos que houve portanto, uma certa fidelidade aos métodos inicialmente usados o que sugere algumas dificuldades de experimentar novas alternativas, mesmo que elas estejam disponíveis nos serviços.

Esses resultados podem ser atribuídos, à semelhança do estudo de AGUIRRE et alii realizado em quatro estados do Nordeste, à uma “razão prática, que varia de acordo com diversos fatores contextuais (sociais, econômicos, culturais e psicológicos) que estão além da capacidade do controle individual” e que se relacionam “com as aspirações femininas no campo social e econômico”.⁷²

4. Métodos utilizados: Qual o padrão de uso de contraceptivos entre as mulheres estudadas? Há diferenças com relação aos dados da PNDS 96? Como está o uso dos preservativos como métodos de dupla proteção? A laqueadura é opção preferencial para a maior parte das mulheres?

Não foram observadas maiores diferenças no padrão do uso de contraceptivos entre as entrevistadas e os dados da PNDS de 1996, pois a esterilização feminina e a pílula continuam na liderança. Se considerarmos que 17 mulheres estão esterilizadas e que oito pretendem se submeter a esse procedimento, teremos no futuro – caso essas

⁷² AGUIRRE, Moisés Alberto Calle; FREIRE, Flávio Henrique M. de A.; MONTENEGRO, Ana Amélia de F.; MORAES, Lorena. Análises do uso de métodos anticoncepcionais para quatro estados selecionados no Nordeste: Rio Grande do Norte, Ceará, Pernambuco e Bahia. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) realizado em Caxambú, Minas Gerais, entre 20 e 24 de setembro de 2004. p. 1.

intenções se confirmem – 26 esterilizadas, ou seja, cerca de 43,0% do contingente analisado, evidenciando que se trata de uma opção preferencial. A preocupação com a limitação da prole aumentou, haja vista que a média de filhos por mulher corresponde a 2,1.

Os dados evidenciam que o preservativo masculino embora seja mais conhecido atualmente, tem sido pouco utilizado como método de dupla proteção, prevalecendo o sentido de prevenção da gravidez. A principal razão apontada para o não uso da camisinha masculina como prevenção das DSTs foi a confiança nos parceiros, ou seja, elas acreditam que estão protegidas por relações estáveis. Por isso mesmo a utilização da camisinha masculina na maioria das vezes é intermitente, ou seja, ela é usada nos intervalos e nas trocas da pílula, no período fértil, etc. A camisinha feminina raramente é usada e quando isso ocorre, a prevenção da gravidez também foi apontada como a principal razão do seu uso.

5. Contracepção e morbidade: Os efeitos colaterais ou queixas relatadas pelas mulheres associam-se a que métodos? Como as mulheres e os serviços lidam com esta situação?

Duas esterilizadas referiram “falta de desejo” após a cirurgia, mas não falaram em arrependimento. Embora esse número possa ser considerado baixo, não deixa de ser significativo pois, esse sintoma também aparece em outros estudos, evidenciando a importância do assunto. Tal como ocorre numa série de outras pesquisas também, as queixas mais frequentes se relacionam com a utilização da pílula (enjôos, náuseas, dores de cabeça, varizes, etc.). A estratégia desenvolvida pelas mulheres, a partir do diálogo com os profissionais da saúde, tem sido no caso da pílula, (usada por todas elas, principalmente pelas mais jovens ou quando eram mais jovens) a troca do tipo de composição ou o uso alternado, ou ainda a troca de método. Duas dentre as três mulheres que estão usando o DIU se queixaram de cólicas. O uso da camisinha, na maior parte dos relatos esteve associado a um certo desconforto durante as relações sexuais. Não obstante a alta frequência de relatos de efeitos colaterais dos métodos, a maioria não demandou acompanhamento médico dos efeitos, principalmente na área rural.

Os relatos das usuárias sobre as mudanças de métodos, bem como a regularidade com que recorrem às Unidades, sugerem que estas são fortemente influenciadas pelos serviços, que sem dúvida ampliaram seu raio de atuação na última década de modo mais pronunciado na capital.

6. Contracepção e vida sexual e reprodutiva: Qual a eficácia real dos métodos para evitar a gravidez indesejada? Como as mulheres lidam com a gravidez indesejada? Qual o papel dos parceiros nestes processos? Quais as implicações do uso da contracepção na vivência da sexualidade e da reprodução pelas mulheres?

As falhas dos métodos certamente interferem na escolha pela esterilização. Os métodos que mais falharam, provocando gravidezes indesejadas, foram: pílula, muco, espermicida e camisinha masculina. No caso da pílula, as falhas ocorreram devido ao esquecimento, à intermitência do uso e às dificuldades causadas pelos efeitos colaterais.

As gravidezes indesejadas têm ocorrido com frequência, atingindo 42,0% do total. A falta de participação dos parceiros, assim como a oferta e o exercício limitado das opções contraceptivas contribuíram para a elevação desse índice. Uma das reações à esse tipo de gravidez é a prática do aborto, mas a média de abortos induzidos encontrada pode ser considerada baixa (0,38) para uma média de três gestações por mulher. Isso significa que foram admitidos 21 abortos, sendo 18 espontâneos e 05 induzidos.

As circunstâncias que cercaram o trabalho de campo, ou seja, os limites de tempo, as interrupções por conta do comparecimento das entrevistadas às consultas, a falta de um local mais reservado para o diálogo, embora tenham possibilitado a percepção de vários aspectos do comportamento reprodutivo, não permitiram um aprofundamento maior sobre as implicações do uso da contracepção na vivência da sexualidade. No entanto, ficou claro que as mulheres manejam uma dissociação entre sexualidade e reprodução, sob a influência das mudanças culturais que têm caracterizado a redefinição dos papéis femininos.

7. Recomendações para os serviços de saúde

Partimos de considerar que o município de Florianópolis tem tentado manter em

funcionamento uma rede pública de saúde capaz de atender a uma significativa parte dos problemas da população, atingindo uma cobertura estimada em 70,0%, fato que se reflete diretamente tanto nos altos índices relativos à expectativa de vida, quanto naqueles relativos à queda da mortalidade infantil, dentre outros⁷³. Em Santa Cecília, não obstante se trate de um município situado numa região carente, percebeu-se o empenho dos gestores locais no sentido da ampliação da cobertura através da atuação nos postos recentemente instalados no interior.

Apesar dos avanços, essa pesquisa tal como outra feita recentemente, confirma a existência de uma rede que ainda tem sérias dificuldades para atuar a partir de uma perspectiva de gênero, não obstante os avanços teóricos e políticos observáveis no campo das lutas pelos direitos reprodutivos. Prova disto é que a atividade mais freqüentemente exercida nestas instituições continua centrada na mulher, consistindo na distribuição de contraceptivos orais e de outros contraceptivos, seguida pela assistência à gravidez e ao puerpério, à exceção do HU, que tem se caracterizado pelo atendimento à demanda dos homens pela vasectomia, embora enfrente dificuldades para incluí-los nas demais atividades.⁷⁴

Os resultados confirmam a necessidade de um maior investimento na participação masculina e também no desenvolvimento ou no reforço aos programas especiais para adolescentes. Além disso, levando em conta a alta concentração em duas opções contraceptivas principalmente na área rural – a esterilização e a pílula – torna-se necessário expandir a oferta de métodos em especial nessa área, e investir em programas educativos que possam contrabalançar, ao menos em parte, o peso dos fortes determinantes culturais.

Investimentos em infra-estrutura também são recomendáveis. A precariedade das instalações se tornou mais visível no caso da Unidade 2 (Rio Vermelho), onde entre salas e corredores apertados, os usuários e os funcionários se movimentam com dificuldades. Mas, o Hospital Universitário também necessita de maiores investimentos, haja vista que o Ambulatório de Ginecologia conta com apenas uma sala para consulta, apesar de que as

⁷³ PEREIRA, Silvana M. O Processo de Implantação do Sistema Único de Saúde - SUS em Florianópolis, 1989-1994. 1997. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina, .

⁷⁴ MINELLA, Luzinete S. Planejamento familiar no sul do Brasil: onde estão os homens? In: **Gênero e Contracepção. Uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005. p. 157-173.

usuárias também utilizam a infra-estrutura disponível nessa instituição para exames e cirurgias. No caso de Santa Cecília, além da recente construção das novas instalações do Centro de Saúde, o fato da equipe de profissionais ter decidido deslocar-se da sede do município, para atender à população rural também nos postos situados nos distritos vizinhos, sem dúvida tem garantido maior atenção à saúde.

Referências Bibliográficas

- AGUIRRE, Moisés Alberto Calle; FREIRE, Flávio Henrique M. de A.; MONTENEGRO, Ana Amélia de F.; MORAES, Lorena. Análises do uso de métodos anticoncepcionais para quatro estados selecionados no Nordeste: Rio Grande do Norte, Ceará, Pernambuco e Bahia. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) realizado em Caxambú, Minas Gerais, entre 20 e 24 de setembro de 2004. p. 1.
- AMARAL, F. Pompéo do. Explosão Demográfica. A impostura e suas implicações. *Saúde em Debate*, v. 5, n. 33, 1977.
- ÁVILA, Maria Betânia de Melo e CÔRREA, Sonia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, Loren e DÍAZ, Juan (orgs.) **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999, 70-103.
- BARROSO, Carmem. Esterilização: direito individual ou ameaça pública? *Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, v. 29, n. 11, novembro 1981.
- BARROSO, Carmem. **A Saúde da Mulher**. São Paulo, NOBEL/Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985. 94 p.
- BEMFAM; IBGE; Ministério da Saúde; Programa de Pesquisa Demografia e Saúde (DHS); USAID; FNUAP; UNICEF. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**. Março de 1997.
- BILAC, Elisabete Dória e ROCHA, Maria Isabel Baltar da. Introdução. In: ____ (orgs.) **Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas**. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP/ São paulo: Ed. 34, 1998. p. 9-20.
- BERQUÓ, Elza. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: Bilac, Elisabete Dória e ROCHA, Maria Isabel Baltar da (orgs.) **Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas**. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP. São Paulo: Ed. 34, 1998, p. 23-35.
- BERQUÓ, Elza. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker (orgs.) **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 113-126.

BERQUÓ, Elza e CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2), S441-S453, 2003.

BORCHARDT, Ilmar. **Diagnóstico da Exclusão Social em Santa Catarina: mapa da fome**. Florianópolis: Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social/Instituto CEPA, 2003.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. *Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil*. Brasília/DF, 1993.

BUENO, David Claret. Características reprodutivas de mulheres de 14 a 49 anos e como usam os anticoncepcionais orais. Monografia de Especialização em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1999.

CANESQUI, Ana Maria. Instituições de saúde e o planejamento familiar. *Saúde em Debate*, n. 12, Rio de Janeiro, 1981, p. 35-39.

CANESQUI, Ana Maria. Política de saúde e reprodução humana na Nova República. *Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Anais*. Associação Brasileira de Estudos Populacionais (1), 1986, p. 159-178.

CARNEIRO, Fernanda e WERNECK, Jurema. Planejamento familiar e atraso. *Teoria e Debate*, n. 17, 1992, p. 46-50.

CARVALHO, Marta L.O.; PIROTTA, Kátia C.M. e SHOR, Néia. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. *Revista de Saúde Pública*, v.35, n. 1, São Paulo, fev. 2001. Disponível em www.scielo.br.

CARVALHO, Marta Lúcia de e SCHOR, Néia. Motivos da rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 5, São Paulo, out. 2005. p. 5. Disponível em www.scielo.br.

CESAR, Juraci; MADEIRA, Angela; OLIVEIRA, Moema; HORNKE, Lorena; FERNANDES, Lucinda. Anticoncepção oral e presença de fatores de risco entre mulheres de baixa renda em Pelotas, RS: um estudo descritivo. *J. Bras. Ginecol*;103(9):327-30, set. 93.

CITELI, Maria Teresa; SOUZA, Cecília de Mello e PORTELLA, Ana Paula. Reverses da anticoncepção entre mulheres pobres. Trabalho apresentado no XIX Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu/MG, 1995.

COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO/FNUAP. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo, 5-13 de setembro de 1994**. Brasília, 1996.

CONGRESSO NACIONAL. *Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil*. Brasília/DF, 1993.

CÓRREA, Sonia. “Saúde Reprodutiva”, Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah H. (orgs.) **Questões da Saúde Reprodutiva**. RJ, Ed. Fiocruz, 1999. p. 39-49.

COSTA, Ana Maria e SILVESTRE, Rosa Maria. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In: VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol e OLIVEIRA, Suelly de. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. SP: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 64.

ESPEJO, Ximena; TSUNECHIRO, Maria Alice; OSIS, Maria José Duarte; DUARTE, Graciana Alves; BAHAMONDES, Luís e SOUZA, Maria Helena. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 5, São Paulo, outubro de 2003, p. 6. Disponível em www.scielo.br.

FLAX, Jane. Pós-modernismo e as relações de gênero na terapia feminista. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.) **Pós-modernismo e política**. Rio de Janeiro, Rocco, 1991, p. 217-250.

FONSECA, Walter; MISAGO, Chizuru; FREITAS, Paulo; SANTOS, Evanguelia; FERNANDES, Lucília e CORREIA, Luciano. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 2, abril/junho 1998. Disponível em www.scielo.org.br.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. A mulher brasileira nos espaços público e privado. Como vivem e o que pensam as brasileiras no início do século XXI. Outubro de 2001. Versão revista e ampliada em 18.02.2002.

GOLDANI, Ana Maria. **O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas**. São Paulo: Hucitec/ Population Council, 1999.

HEILBORN, Maria Luiza. Corpo, sexualidade e gênero. In: DORA, Denise Dourado (org.) **Feminino igualdade e diferença na justiça Masculino**. Porto Alegre, Sulina, 1997, p. 47-57.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais 2004**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

MADI, José Mauro; COELHO, Celso P; LUNARDI, Paulo V. e GUERRA, S. Estudo analítico dos métodos anticoncepcionais usados em Caxias do Sul (RS), enfatizando-se a variável sócio-econômica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, vol. 6, n. 5, p. 197-200, 1984. p. 197.

MARCHEZAN, Daniela Luiza. Planejamento familiar: liberdade de escolha ou falta de opção? Análise de uma experiência no HU/UFSC. Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

MARCHI, Nádia Maria; ALVARENGA, Augusta T. de; OSIS, Maria José Duarte e BAHAMONDES, Luís. Opção pela vasectomia e relações de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1017-1027, julho-agosto 2003.

MARTINE, George. O mito da explosão demográfica. *Ciência Hoje*, vol. 9, n. 51, 1989.

MINELLA, Luzinete Simões. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, Suplemento 1, 1998, p. 69-79.

MINELLA, Luzinete Simões. A produção científica sobre esterilização feminina no Brasil nos anos 80 e no início dos 90: um debate em aberto. *Revista Brasileira de Estudos de População*, V. 15, n. 1, Brasília, jan./jun. 1998, p. 3-22.

MINELLA, Luzinete Simões. Autodeterminação e passividade feminina e masculina no campo da saúde reprodutiva. *Revista Estudos Feministas*, Vol. 8, n. 1, 2000, p. 169-185.

MINELLA, Luzinete Simões. Planejamento familiar no sul do Brasil: onde estão os homens. In: _____. **Gênero e Contracepção. Uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005. p. 157-173.

- MINELLA, Luzinete Simões. Perfil dos vasectomizados no sul do país: mais uma questão de gênero? In: ____ **Gênero e Contracepção. Uma perspectiva sociológica.** Florianópolis: Editora da UFSC, 2005. p.101-131.
- OLINTO, Maria Teresa A. e GALVÃO, Loren W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 1, p. 64-72, 1999.
- PACHECO, Mário Vítor de Assis. **Controle da natalidade, imperialismo e FMI.** Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Revista Brasileira de História*, v. 23, n. 45, São Paulo, julho 2003. Disponível em www.scielo.br.
- PEREIRA, Silvana M. O Processo de Implantação do Sistema Único de Saúde – SUS em Florianópolis, 1989-1994. 1997. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina, .
- ROCHA, Maria Isabel Baltar da. A questão do aborto no Brasil: o debate no Congresso. *Estudos Feministas*, v. 4, n. 2, 1996, p. 381-398.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD); INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano.** 2000.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.
- SAFFIOTI, Heleieth. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, Albertina de Oliveira e BRUSCHINI, Cristina (orgs.) **Uma questão de gênero.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992, p. 183-215.
- SCHOR, Néia; FERREIRA, André Felicíssimo; MACHADO, Vera L.; FRANÇA, Ana Paula; PIROTTA, Kátia C.M.; ALAVARENGA, Augusta T. de e SIQUEIRA, Arnaldo A.F.de. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 2, Rio de Janeiro, abril/junho de 2000. Disponível em www.scielo.br.
- SCHUELTER, Luiselda. O processo de implantação do projeto de planejamento familiar no Hospital Universitário de Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 2, n. 16, jul/dez 1990, p. 71-99.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Plano Municipal de Saúde.** Gestão 2002-2005.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA CECÍLIA. **Plano Municipal de Saúde de Santa Cecília.** 2005-2008.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Saúde.** Versão preliminar, 2005.
- SIMÕES, Célio Cardoso da Silva e OLIVEIRA, Luiz Antonio Pinto. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. A situação da fecundidade: determinantes gerais e características da transição recente. Rio de Janeiro: IBGE/UNICEF/OPAS, 1988.
- SOBRINHO, Délcio da Fonseca. **Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil.** Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1993.

Sites consultados

www.ibge.gov.br

www.sc.gov.br

www.pmf.sc.gov.br

www.mte.gov.br

www.nen.org.br

www.saude.gov.br/datasus

www.hu.ufsc.br

www.cnes.datasus.gov.br

www.scielo.org.br