

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

FERNANDA DE ALMEIDA ANDRIOTTI

**Atendimento integral à saúde da mulher – sexualidade e planejamento reprodutivo de
mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto - SP**

RIBEIRÃO PRETO – SP

2024

FERNANDA DE ALMEIDA ANDRIOTTI

**Atendimento integral à saúde da mulher – sexualidade e planejamento reprodutivo de
mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP**

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que
aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Giordana Campos Braga

Ribeirão Preto – SP

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Andriotti, Fernanda de Almeida

Atendimento integral à saúde da mulher – sexualidade e planejamento reprodutivo das mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP.

60 p. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Orientador: Braga, Giordana Campos.

Versão original

1. Saúde Sexual e Reprodutiva. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Atenção. Integral à Saúde. 4. Saúde da Mulher.

Nome: ANDRIOTTI, Fernanda de Almeida

Título: Atendimento integral à saúde da mulher – sexualidade e planejamento reprodutivo das mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em: 03 de abril de 2024

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a): Giordana Campos Braga

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, FMRP USP

Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a): Mariane Nunes de Nadai

Instituição: Faculdade de Odontologia de Bauru, FOB - USP Bauru

Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a): Luiz Gustavo Oliveira Brito

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Julgamento: Aprovada

DEDICATÓRIA

A meu companheiro, Luís, com quem tenho o privilégio de caminhar ao lado nesta vida.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

A meus pais, Ellen e Márcio (em memória), minha gratidão por terem me possibilitado chegar até aqui, ao lutarem por uma educação para mim à qual não tiveram acesso em sua época.

Agradeço à professora doutora Giordana por todo o suporte e orientação, sempre.

RESUMO

ANDRIOTTI FA. Atendimento integral à saúde da mulher – sexualidade e planejamento reprodutivo de mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto - SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2023.

Introdução: Políticas públicas de promoção à Saúde da Mulher e melhoria de indicadores de saúde devem contemplar ciclos de vida da mulher, sexualidade e planejamento reprodutivo. Para tanto, é preciso conhecer as particularidades do perfil das usuárias que utilizam o serviço de saúde. **Objetivo:** Analisar aspectos da sexualidade feminina e do planejamento reprodutivo de mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) de Ribeirão Preto – SP. **Método:** Trata-se de estudo descritivo, corte transversal, realizado no município de Ribeirão Preto – SP, em unidades de APS. Mulheres acima de 18 anos, atendidas na APS, foram entrevistadas por meio de questionário direto. Sendo avaliadas variáveis sociodemográficas, obstétricas, de planejamento reprodutivo e de sexualidade. **Resultados:** De janeiro de 2022 a fevereiro de 2023, 391 mulheres foram incluídas no estudo. As mulheres tinham em média 39,6 anos, a maioria autodeclarada branca (49,1%), heterossexual (91%), proveniente do Sudeste (75,1%), com mais de 10 anos de estudo (75,5%); eram casadas ou estavam em união estável (44,0 %) e possuíam alguma religião (71,9%). A renda familiar média per capita foi de R\$ 1.480,0, em sua maioria de classe média (B2 a C2). Após dois anos da pandemia de COVID-19, a maioria das mulheres (71,8%) considerou-se com boa ou ótima saúde nos últimos 12 meses, tendo tempo para si (74,6%) e possuindo alguma atividade de lazer (75,9%); declarando, porém, não realizar exercícios físicos (64,2%). Quanto à história reprodutiva, a menarca foi em média aos 12,7 ± 1,6 anos, a sexarca com 17,3 ± 2,8 anos e o primeiro parto de 21 anos ± 4,8 anos; a maioria já havia engravidado (74,4%) e 54,5% delas tiveram gestações não planejadas. Um terço das mulheres teve pelo menos um aborto, com média de filhos vivos de 1,5. Aproximadamente metade das entrevistadas apontou uso prévio de contracepção de emergência. Todas as mulheres referiram conhecimento sobre algum método contraceptivo, cerca de 30% conhecia o implante subdérmico e mais de 40% delas conheciam os dispositivos intrauterinos (DIU). Mais de 90% das mulheres entrevistadas iniciaram a contracepção após consulta com profissional de saúde, 75% delas escolheram seu método; 40,3% utilizavam contracepção de longa duração (LARC), sendo 23,2% DIU de Cobre e 17,1% implante. O percentual de mulheres que responderam nunca utilizar preservativo foi de 59,3%, com 11,4% referindo uso consistente;

24,7% já tiveram alguma infecção sexualmente transmissíveis (IST). A maioria das mulheres (54,6%) referiu ter de 2 a 11 relações sexuais por mês, tomando a iniciativa para começar de 2 a 6 em cada 10 relações (53,3%). Apesar de a maioria referir mais de 2 relações sexual por mês (80,8%) e iniciativa pelo menos duas vezes ao mês (66,2%), aproximadamente um quarto delas estava insatisfeita com sua frequência sexual e 89 % delas desejariam ter mais relações sexuais. A maioria das mulheres (64,4%) já teve relações sexuais sem ter vontade. **Conclusão:** Trata-se de população com boa condição socioeconômica, com acesso à assistência em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Iniciaram contracepção após orientação por profissional de saúde, com autonomia de escolha e muitas são usuárias de LARC. No entanto, a maioria refere ter tido relações sexuais sem vontade, nunca usar preservativos e muitas já tiveram diagnóstico de IST.

Palavras-chave: Saúde Sexual e Reprodutiva. Atenção Primária à Saúde. Atenção Integral à Saúde. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

ANDRIOTTI FA. Comprehensive care for women's health – sexuality and reproductive planning of women treated in Primary Care in Ribeirão Preto - SP [thesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2023.

Introduction: Public policies to promote Women's Health and improve health indicators must include women's life cycles, sexuality and reproductive planning. To do so, it is necessary to know the particularities of the profile of the users of the health service. **Objective:** To analyze aspects of female sexuality and reproductive planning of women treated in Primary Health Care (PHC) in Ribeirão Preto – SP. **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional study, carried out in the city of Ribeirão Preto – SP, in PHC. Women over 18 years old, treated at PHC, were interviewed using a direct questionnaire. Sociodemographic, obstetric, reproductive planning and sexuality variables were evaluated. **Results:** From January 2022 to February 2023, 391 women were included in the study. The women were on average 39.6 years old, the majority self-declared to be white (49.1%), heterosexual (91%), from the Southeast (75.1%), with more than 10 years of study (75.5%); they were married or in a stable relationship (44.0%) and had some religion (71.9%). The average per capita family income was R\$1,480.0, mostly middle class (B2 to C2). After two years of the COVID-19 pandemic, the majority of women (71.8%) considered themselves to be in good or excellent health in the last 12 months, having time for themselves (74.6%) and having some leisure activity (75.9%); stating, however, that they do not perform physical exercises (64.2%). Regarding reproductive history, menarche was on average at 12.7 ± 1.6 years, sexarche at 17.3 ± 2.8 years and first birth at $21 \text{ years} \pm 4.8$ years; the majority had already become pregnant (74.4%) and 54.5% of them had unplanned pregnancies. A third of women have had at least one abortion, with an average number of living children of 1.5. Approximately half of the interviewees indicated previous use of emergency contraception. All women reported knowledge of some contraceptive method, around 30% were aware of the subdermal implant and more than 40% of them were aware of intrauterine devices (IUD). More than 90% of women interviewed started contraception after consulting a health professional, 75% of them chose their method; 40.3% used long-acting contraception (LARC), 23.2% of which were copper IUD and 17.1% implants. The percentage of women who responded that they never used condoms was 59.3%, with 11.4% reporting consistent use; 24.7% have already had a sexually transmitted infection (STI). The majority of women (54.6%)

reported having 2 to 11 sexual relationships per month, taking the initiative to start 2 to 6 out of every 10 relationships (53.3%). Although the majority reported having more than 2 sexual relations per month (80.8%) and having sex at least twice a month (66.2%), approximately a quarter of them were dissatisfied with their sexual frequency and 89% of them would like to have more sexual relations. The majority of women (64.4%) have had sexual intercourse without wanting to. **Conclusion:** This is a population with good socioeconomic status, with access to Sexual and Reproductive Health (SRH) assistance. They started contraception after guidance from a health professional, with autonomy of choice and many are LARC users. However, the majority report having had sexual intercourse without wanting to, never using condoms and many have already been diagnosed with an STI.

Key words: Sexual and Reproductive Health. Primary Health Care. Comprehensive Health Care. Women's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AIMS	Atenção Integral à Saúde da Mulher
APS	Atenção Primária à Saúde
CIPC	Conferência sobre População e Desenvolvimento
CMSC	Centro Médico Social Comunitário
DSF	Disfunção Sexual Feminina
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ECOS	Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FSFI – 6	Female Sexual Function Index-6
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SUPREMA	Sexualidade e Planejamento Reprodutivo de Mulheres Atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USPA	Uso de Substância Psicoativa

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
2.	OBJETIVOS	21
3.	MATERIAL E MÉTODOS	22
4.	RESULTADOS	27
5.	DISCUSSÃO	39
6.	CONCLUSÃO	45
7.	REFERÊNCIAS	46
8.	ANEXOS	52

1. INTRODUÇÃO

1.1. Pergunta de Pesquisa

Qual o perfil sexual e reprodutivo das mulheres atendidas na Atenção Primária de Ribeirão Preto?

1.2. Histórico da estruturação da Saúde Pública e da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Em 1920, no Reino Unido, é elaborado o Relatório Dawson, um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), que apontava o Estado como provedor e controlador das políticas de saúde, responsável por ações preventivas e curativas que deveriam ser desenvolvidas por médicos generalistas preparados para assistência individual e comunitária ¹.

Em 1978, no Cazaquistão, é realizada a Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários de Saúde. A partir dela é confeccionada a Declaração de Alma Ata Sobre os Cuidados Primários, que traz a saúde como direito humano fundamental, definindo como uma das principais metas sociais mundiais que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atingissem nível de saúde que permitisse vida social e economicamente produtiva, elegendo os cuidados primários de saúde como meio para tal ².

A APS é a porta de entrada da pessoa no serviço de saúde. Fornecendo atenção centrada na pessoa, e não na enfermidade, coordenando e integrando o serviço prestado em outras esferas de atenção à saúde. Assim, Starfield (2002) a define como a base que determina o trabalho realizado nos outros níveis de atenção; definindo como seus atributos: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado ³.

No Brasil, o ano de 1985 marcou a conquista do Estado Democrático de Direito, e em 1986, durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi recomendada a organização de um sistema único de saúde, a partir do ideal de saúde como direito universal e dever estatal. A nação passa a organizar doutrinas e políticas públicas democráticas voltadas à saúde, processo denominado Reforma Sanitária ^{4, 5, 6}.

Em 1988, a Constituição Federal Brasileira determina que é dever do Estado a garantia à saúde para toda a população brasileira, instituindo o SUS. Em 1990, através da lei nº 8.080, é detalhado o seu funcionamento ^{4, 5, 6}.

Em 1994, é criado no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), em seguida promovido a estratégia de reorganização do modelo assistencial ⁷. Em 2006 é instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definindo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia de organização no âmbito do SUS ⁸.

1.3. Direitos Sexuais e Reprodutivos

A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) em 1948, iniciou o processo que deu origem aos fundamentos dos Direitos Sexuais e Reprodutivos da mulher em esfera internacional ⁹. O direito à autonomia reprodutiva foi incluído na declaração da 1ª Conferência Internacional da Mulher, realizada no México, em 1975; iniciando a Década das Nações Unidas para as Mulheres ¹⁰.

O termo Direitos Reprodutivos foi difundido em 1984, no IV Encontro Internacional de Saúde da Mulher realizado em Amsterdã, a partir do pensamento de desconstrução do conceito de maternidade como dever, e da luta pelo direito ao aborto e à anticoncepção ^{10,11}. A discussão quanto aos direitos sexuais começou no fim da década de 80, e em 1993, na 2ª Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos, em Viena, a sexualidade da mulher foi levantada pela primeira vez ¹⁰. A Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher foi adotada pela ONU também em 1993, e levou à aprovação pela Organização dos Estados Americanos da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em 1994. Neste mesmo ano, no Cairo, durante a Conferência sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ficou definido que as políticas populacionais deveriam ser orientadas pelos direitos humanos, e não apenas objetivo demográfico ⁹.

A ONU promoveu, no ano 2000, a Cúpula do Milênio, com a participação do Brasil, na qual foi assinada a Declaração do Milênio, documento histórico para o novo século, composto pelos chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, refletindo as preocupações de líderes de governo e chefes de Estado mundiais. Os oito objetivos traçados tiveram como foco o desenvolvimento sustentável dos povos e a erradicação da pobreza e da fome, a serem atingidos até o ano de 2015. Dos oito objetivos estabelecidos, quatro relacionam-se diretamente com a saúde sexual e a saúde reprodutiva: promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; melhoria da saúde materna; combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e redução da mortalidade infantil ^{12,13}.

No Brasil, a incorporação dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, à luz da Saúde Pública, deu seus primeiros passos no início do século XX, restringindo-se à assistência gestacional e

ao parto. Com a evolução da luta pela mudança das relações sociais, até então marcada pela desigualdade entre homens e mulheres, o advento do movimento feminista, trouxe à luz os problemas de saúde das mulheres em todos os seus ciclos de vida. Em resposta, o Ministério da Saúde (MS) elaborou, em 1984, paralelamente ao Movimento de Reforma Sanitária, que culminou na criação do SUS, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM incluiu assistência à Saúde da Mulher nas áreas de pré-natal/parto/puerpério, clínica ginecológica, IST, climatério, planejamento familiar e câncer de colo uterino e mama; além de ações de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação ¹⁴.

A consolidação legal dos Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil se deu com sua inserção na Constituição Federal de 1988, seguida pela regulamentação do Planejamento Familiar pela Lei nº 9.263/1996. Posteriormente, norteadas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, foram criadas a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (em 2004) e a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, no ano seguinte ^{12, 14, 15, 16}.

1.4. Atenção à saúde sexual e reprodutiva na atenção primária

Telo e Witt, 2018, se propuseram à construção de um modelo referencial teórico de competências referentes à abordagem sexual e reprodutiva na APS, a partir da visão de especialistas selecionados. Chegaram à conclusão de que implementá-las de modo integral e universal é um desafio, frente à dificuldade de acesso e aos preconceitos e tabus por parte dos profissionais de saúde. Ressaltando a necessidade de ampliação da área de atuação dos profissionais da APS e o desenvolvimento de ações que contemplem a SSR ¹⁷.

Nasser et al, 2017, se propuseram a avaliar o desempenho em SSR dos serviços de APS do SUS no estado de São Paulo, a partir de respostas ao questionário QualiAB ¹⁸. A taxa de resposta dos serviços existentes ao QualiAB foi de 59,9%, e o desempenho geral em SSR de 56,8%. Nenhum serviço teve média maior do que 91,9%. A abordagem focada no corpo e nas funções reprodutivas prevaleceu sobre a abordagem de direitos e de sexualidade. Foi encontrado baixo índice de seguimento de critérios de rastreio de câncer de colo uterino e de mama, com oferta irregular de rastreio de câncer de colo uterino, porém planejamento frequente de ações de rastreio de câncer de mama. O diagnóstico de Sífilis e HIV no pré-natal foi prejudicado pela não oportunização da coleta sorológica durante rotina, além de limitação na disponibilidade de medicações para tratamento de IST. Foi encontrada grande oferta de preservativo masculino, anticoncepcional oral e métodos cirúrgicos; porém oferta restrita de

preservativo feminino e contraceptivo de emergência. O estudo termina por afirmar que a implementação de ações de SSR na APS no estado de São Paulo ainda é incipiente, o que é alarmante considerando-se a visão do estado enquanto uma das referências territoriais em saúde¹⁸.

A noção de gênero à luz dos aspectos da sexualidade humana e da saúde reprodutiva foi discutida traçando as peculiaridades do perfil dos homens atendidos na APS do município de Francisco Morato¹⁹. Alguns autores discutiram sexualidade e reprodução na assistência prestada em serviços de APS de quatro Unidades de Saúde da Família (), em um recorte de pesquisa multicêntrica qualitativa, na qual o foco também foi a investigação da relação entre homens e serviços de APS²⁰.

Rezende, 2011, a partir do levantamento de dados sobre o funcionamento de uma USF em Salvador – BA, discute a dificuldade dos profissionais em lidar com um novo enfoque de gênero e olhar sobre as mulheres, à luz da Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), e frente à precariedade de vínculo trabalhista, à pressão assistencial, à sobrecarga de trabalho, e à não integração total dos serviços de saúde em redes de atenção²¹. Trabalha com a ideia de AISM tomando a mulher enquanto sujeito ativo, cidadã e dona de si própria. Assim, propõe o exercício de um novo olhar, enquanto perspectiva de gênero na Atenção à Saúde da Mulher na APS, garantindo condições para o exercício de sua autonomia na tomada de decisões, não apenas tangentes à sua condição reprodutiva²¹.

Uma revisão de literatura discutiu as particularidades de gênero no acesso de homens e mulheres aos serviços de saúde, além da prática do autocuidado de cada grupo²². Evidenciando a influência dos estereótipos de gênero, tanto no desenvolvimento de políticas públicas em saúde, quanto nas medidas de prevenção e promoção à saúde. Concluindo que elas não atingem homens e mulheres de modo integral e equivalente, e que há a necessidade de inclusão das questões de gênero em todas as temáticas da saúde²². Num estudo transversal exploratório quantitativo, Moysés et al, 2019, realizaram entrevistas a 857 mulheres usuárias da APS de três municípios amazônicos, com objetivo de avaliar os atributos de integralidade e longitudinalidade no cuidado ofertado à mulher em idade reprodutiva²³. A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento Avaliação da Atenção Primária (*Primary Care Assessment Tool*, PCA-Tool) Versão Adulto, desenvolvido por Starfield, Universidade de John Hopkins, validado para o Brasil. Foi obtido resultado com valores insatisfatórios, escores < 6,6, para os atributos integralidade e longitudinalidade nos municípios pesquisados²³.

Melo et al, 2014, estudaram as dificuldades quanto à atenção à saúde da mulher sob a perspectiva de 203 médicos atuantes na ESF no estado de Minas Gerais, com relação à prevenção dos cânceres de colo uterino e de mamas, ao cuidado pré-natal e puerperal, à saúde reprodutiva e à saúde no climatério. O estudo se baseia na percepção do profissional que presta assistência, e não da mulher, enquanto agente do seu cuidado particularizado ²⁴.

Para avaliar a prevalência de disfunção sexual, através da perspectiva das mulheres quanto à sua sexualidade, um estudo transversal avaliou mulheres sexualmente ativas de 20 e 39 anos, atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP) em Recife – PE ²⁵. Observou-se prevalência de disfunção sexual de 36% das mulheres, seguindo os critérios do DSM IV, 53% referiram parceiro único durante toda a vida e 18% relataram histórico de violência sexual. A disfunção do orgasmo estava presente em 18% das entrevistadas; dispareunia em 13%; disfunção do desejo em 11%; de excitação em 8%; e apenas 1% referiu vaginismo. Houve associação positiva entre disfunções sexuais femininas e idade de coitarca menor que 20 anos, frequência de apenas uma relação sexual por semana ou menos, e lactação. Foi verificada maior prevalência de disfunções sexuais em mulheres com baixa escolaridade ²⁵.

Abdo et al, 2002, aplicaram o questionário de Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS) a 2.835 pessoas, maiores de 18 anos, em 7 cidades brasileiras, para conhecer a incidência e a prevalência de transtornos sexuais e os hábitos da população brasileira ²⁶. Observou-se que 72,4% dos homens e 57,7% das mulheres sentem-se à vontade para falar sobre sexo. O número médio de relações sexuais semanais foi de 3,1 para homens e 2,8 para mulheres; sendo que 9% dos homens e 16,4% das mulheres referiram não ter vida sexual ativa no momento da entrevista. Relações extraconjugais foram relatadas por 63,7% dos homens e 23,2% das mulheres casados. Nas últimas 4 décadas, a idade de iniciação sexual diminuiu em 10 meses para os homens, e em 5 anos para as mulheres; os homens referiram melhor qualidade de vida sexual que as mulheres. Indivíduos mais velhos reportaram maior insatisfação com a qualidade de vida sexual, principalmente entre mulheres. O uso de condom referido na relação foi maior entre os homens, e as principais disfunções sexuais encontradas entre eles foram: disfunção erétil (46,2%), ejaculação precoce (15,8%), falta de desejo sexual (12,3%) e disfunção orgásmica (10%). Já entre as mulheres, 29,3% tinham disfunção orgásmica, 21,1% dor à relação sexual e 34,6% falta de desejo sexual. Afeto e carinho foram os elementos de um relacionamento sexual considerados os mais importantes tanto para homens quanto para mulheres ²⁶.

Até o momento, existe apenas um artigo que avalia a prevalência de disfunção sexual de mulheres atendidas fora de ambiente hospitalar ²⁷. SCALCO et al., 2018, procuraram desenvolver o instrumento *U on Sex*, com dados referentes a 621 mulheres, com ou sem queixa de disfunção sexual, atendidas em ambulatório de Saúde Sexual em hospital público e na APS. O instrumento é composto por 3 perguntas, avaliando frequência sexual, orgasmo, e iniciativa ou interesse. O estudo mostrou a capacidade do teste como instrumento inicial de rastreio de possíveis Disfunções Sexuais Femininas (DSF), enquanto *screening* de fácil aplicação por médicos especialistas e não especialistas em sexualidade ²⁷.

No Brasil as políticas públicas já existentes atualmente para nortear a assistência à Saúde da Mulher contemplam ações voltadas para a APS, descritas e organizadas no Caderno de Atenção nº 26, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, do MS ¹²; no Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres ²⁸; e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ¹⁴. Tais políticas ressaltam a importância da APS, enquanto primeiro contato da mulher com o serviço de saúde e o desafio, ainda existente, rumo à consolidação das políticas públicas de assistência à Saúde da Mulher no país.

1.5. Acesso à Saúde Reprodutiva em Ribeirão Preto - SP

Ribeirão Preto possui 698.259 habitantes, segundo o censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ²⁹; contando com 51 unidades de APS, algumas englobando mais de uma equipe, divididas no espaço geográfico em 5 distritos sanitários, sendo 5 unidades no Distrito Central, 7 no Distrito Leste, 12 no Distrito Norte, 20 no Distrito Oeste e 4 no Distrito Sul da cidade ³⁰. A cobertura da APS no município corresponde a 49,47% da população ³¹. A estruturação do atendimento prestado às mulheres na APS no município segue o conjunto de protocolos e fluxos estabelecidos pela Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), que compreende as grandes áreas: Protocolo de Atenção às Mulheres no Climatério e Menopausa; Violência contra a mulher, criança ou adolescente; Planejamento Reprodutivo; Pré-Natal, parto e puerpério; Rastreamento Câncer Ginecológico; e Sexualidade Humana ³².

A baixa cobertura da ESF pode ser entendida como limitadora de acesso ao planejamento reprodutivo, que se reflete no percentual de 53,5% de gestações não planejadas encontradas no município, demonstrando uma lacuna de cobertura que existe em Atenção à Saúde da Mulher na cidade ^{33, 34}. A atenção à saúde sexual e reprodutiva é essencial para a qualidade de vida e deve se dar em contexto de livre opção da mulher, após esclarecimentos

por parte da equipe de saúde que a atende. Sendo os direitos sexuais e reprodutivos, garantidos em todas as circunstâncias, por mais que preconceitos e tabus possam atuar como barreiras na abordagem integral à saúde da mulher ¹².

1.6. SUPREMA – SexUalidade e Planejamento Reprodutivo de Mulheres Atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP

O estudo SUPREMA, realizado no município de Ribeirão Preto – SP, teve início em janeiro de 2022, avaliando dados referentes à SSR, sob o escopo da óptica da percepção da mulher, enquanto sujeito do estudo. Um questionário estruturado contendo perguntas sobre características sociodemográficas, de planejamento sexual e reprodutivo, aspectos de saúde geral e sexualidade.

Dois questionários padronizados estruturados sobre sexualidade e função sexual foram utilizados: o *U on Sex* e o *Female Sexual Function Index-6* (FSFI-6) ^{35, 36}. O *U on.Sex*, cuja entrevista é direcionada para aplicação na APS, foi a ferramenta utilizada como *screening* para todas as participantes; e o FSFI-6, que é autoaplicável, foi ofertado como opção para as mulheres que quisessem respondê-lo. Ambos os questionários foram utilizados para estimar a prevalência de DSF entre as mulheres atendidas na APS.

1.7. Base lógica e justificativa

É sabido que gestores e profissionais de saúde desenvolvem protocolos objetivos locais de planejamento reprodutivo e rastreios, a fim de manter e promover subsídios de saúde para mulheres atendidas na APS. Compete aos profissionais que prestam assistência à Saúde da Mulher, neste nível de atenção, informar, gerenciar exames, tratar queixas ginecológicas e realizar assistência pré, peri e pós-natal. No entanto, muitas vezes os serviços de atenção primária não conseguem mudar indicadores de saúde da mulher, não só por dificuldade de acesso, mas pelo desconhecimento das particularidades do perfil das usuárias do SUS. Sexualidade e planejamento reprodutivo possuem íntima relação com políticas de promoção à Saúde da Mulher e melhoria dos indicadores de saúde.

Observa-se uma lacuna de conhecimentos relevantes sobre sexualidade e planejamento reprodutivo na APS com potencial para auxiliar o desenvolvimento de políticas públicas focadas em Saúde da Mulher. Nota-se ainda que, embora a evolução histórica da luta pela construção de diretrizes e legislações pelos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, o ponto de vista das mulheres atendidas na APS quanto à contemplação de suas necessidades de saúde, reprodução e sexualidade não foi estudado. Sendo imprescindível conhecer as demandas desta população para nortear o desenvolvimento de ações de saúde pública que as contemple integralmente. Este trabalho, enquanto parte do estudo SUPREMA, ao avaliar dados referentes à SSR, se propõe a contribuir para aproximar as necessidades de saúde das mulheres atendidas com a promoção à Saúde da Mulher ofertada no âmbito da APS.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Primário

Analisar aspectos da sexualidade feminina e do planejamento reprodutivo de mulheres atendidas na Atenção Primária de Ribeirão Preto - SP.

2.2. Objetivos Secundários

- Descrever as características sociodemográficas e de planejamento reprodutivo das mulheres atendidas na atenção primária de Ribeirão Preto - SP;
- Avaliar o planejamento reprodutivo e a escolha contraceptiva das mulheres atendidas na APS,
- Avaliar a relação entre o início da vida sexual com uso de preservativo e exposição a IST;
- Avaliar os aspectos envolvidos na sexualidade e rastreamento de DSF usando o questionário *U on Sex*.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Modelo de estudo

Trata-se de estudo transversal descritivo, que foi realizado no município de Ribeirão Preto – SP, nas unidades de saúde USF César Augusto Arita, USF Dr. Alberto Raul Martinez; no Centro Médico Social Comunitário (CMSC) Vila Lobato e na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Mário Ribeiro de Araujo. A escolha das unidades foi realizada por conveniência, entendendo que o perfil populacional das unidades de saúde apresenta pluralidade em sua composição.

A USF César Augusto Arita, popularmente conhecida como USF Paulo Gomes Romeo, localiza-se no distrito oeste do município, em um extremo do território geográfico da cidade. Possui população adscrita de 13.961 habitantes ³⁷, em sua maioria composta por adultos jovens e crianças. Seu território conta com área de reurbanização de comunidade antes localizada irregularmente no bairro Jardim Aeroporto.

A USF Dr Mário Ribeiro de Araujo, popularmente conhecida como USF Valentina Figueiredo, localiza-se no distrito norte do município, também em extremo do território. Possui população adscrita de 4.393 habitantes ³⁸, mais bem distribuída em proporcionalidade entre as faixas etárias de jovens, adultos e idosos.

O CMSC Vila Lobato localiza-se no distrito oeste do município, porém em topografia mais central da cidade. Possui população adscrita de 15.862 ³⁹ habitantes, a maioria das mulheres estando na senilidade ou climatério. A unidade atende, porém, casos referenciados de serviços de todo o município, o que faz a população de fato assistida maior e com maior diversidade.

A UBS Dr. Alberto Raul Martinez, popularmente conhecida como UBS Estação do Alto, localiza-se no distrito norte, também em extremo territorial municipal. Possui população adscrita de 5.677 ⁴⁰ habitantes, em sua maioria também composta por adultos jovens e crianças. Seu território conta com comunidade em área de ocupação irregular.

3.2. Critérios de inclusão e exclusão

Mulheres que tiveram pelo menos uma consulta ginecológica na atenção primária no último ano, com mais de 18 anos, que já tivessem tido sexarca, e que tivessem sido sexualmente ativas nos últimos 12 meses.

Foram excluídas puérperas até 3 meses pós-parto, analfabetas, mulheres transgênero, e

aquelas que não desejassem participar do estudo.

3.3. Protocolo de coleta

As mulheres que preencheram os critérios de inclusão e que desejaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE, Anexo 1). Foi realizada uma entrevista direta para obtenção de características sociodemográficas, de saúde geral, história obstétrica, planejamento reprodutivo e avaliação de satisfação sexual. Além disso, foi realizada a aplicação do questionário *U on Sex*²⁷.

Os entrevistadores foram treinados previamente, e não possuíam conhecimento ou relacionamento estabelecido com as participantes da pesquisa. As participantes conheceram as entrevistadoras no momento do convite para participar da pesquisa.

A coleta de dados nas unidades de saúde foi realizada de 28 de janeiro de 2022 a 20 de fevereiro de 2023.

3.4. Cálculo amostral do trabalho SUPREMA

Para realização do cálculo amostral, assumiu-se que a população de Ribeirão Preto - SP tem uma prevalência de 53,5% de gestações não planejadas³³. No estudo de Carmita Abdo, 2000, observou-se, para população brasileira feminina entrevistada, uma prevalência de 34% de disfunção sexual de desejo sexual e 29% de dificuldades no orgasmo²⁶. Para o cálculo amostral, com alfa de 5% e prevalência de 34% de disfunção sexual, seria necessária a inclusão de 336 mulheres atendidas na APS. Considerando-se 10% de perda, por recusa em participação no estudo, foi necessária a inclusão de 370 mulheres.

3.5. Variáveis analisadas

3.5.1. Sociodemográficas

- Idade;
- Cor da pele;
- Região de procedência;
- Escolaridade;
- Trabalha;
- Recebe benefício;
- Renda familiar;

- Classificação social segundo a ABEP;
- Religião;
- Estado marital;
- Quem considera ser o chefe da família.

3.5.2. Saúde geral

- Percepção de saúde geral nos últimos 12 meses;
- Tabagismo;
- Etilismo;
- Uso de substância Psicoativa (USPA);
- Possui tempo para si;
- Possui atividade de lazer;
- Pratica atividade física.

3.5.3. Planejamento reprodutivo e sexualidade

- Se já passou pela menopausa;
- Paridade;
- Abortamentos prévios;
- Planejamento da gravidez;
- Número de filhos vivos;
- Via de parto;
- Idade quando do primeiro parto;
- Sexarca;
- Menarca;
- Método contraceptivo utilizado;
- Motivo de não uso de contraceção;
- Conhecimento sobre métodos contraceptivos;
- Uso de contraceptivo contra vontade;
- Uso de contraceção de emergência;
- Quem escolheu o método contraceptivo;
- Se passou consulta para orientação de contraceção antes do início do uso;
- Uso de preservativo;
- Se já teve relação sexual sem vontade;

- Se já fez tratamento para infecção sexualmente transmissível (IST);
- Orientação sexual;
- Se já teve relacionamento extraconjugal;
- Se o (a) parceiro (a) já teve relacionamento extraconjugal;
- Percepção de satisfação sexual;
- Perguntas do *U on Sex*.

3.6. Instrumento *U On Sex*

O *U on Sex* é um instrumento criado como proposta para o rastreio inicial de possíveis disfunções sexuais, a ser utilizado por médicos ginecologistas, médicos de família e comunidade e sexólogos. A proposta é a praticidade e a aplicabilidade, uma vez que é composto por apenas três perguntas que se referem aos domínios da função sexual frequência, orgasmo e iniciativa para ter relação sexual. Quanto menores os valores de resposta ao teste, maior a probabilidade de disfunção sexual ²⁷.

Assim, quando as respostas para as três perguntas estiverem nos menores intervalos, há um risco maior de disfunção sexual neste teste de rastreio.

3.7. Análise estatística

Os dados coletados foram analisados utilizando-se média e desvio-padrão como medidas de dispersão das variáveis contínuas; enquanto nas variáveis categóricas, número absoluto e frequência foram utilizados. Foi realizada análise descritiva dos dados. Os dados faltantes ou referentes a questionamentos aos quais as mulheres não quiseram responder não foram utilizados na análise. Foi utilizado teste T para comparar a idade da sexarca com uso ou não de preservativo e a história prévia de IST, com 5% de significância e utilizando software Rx64 4.3.1.

3.8. Aspectos éticos e relativos à promoção da equidade

Este estudo foi realizado em conformidade com a Declaração de Helsinque (2000) e seguindo as diretrizes e normas contidas na Resolução CFM 196/96. As informações de interesse foram obtidas exclusivamente com a finalidade de pesquisa, por meio de entrevista direta. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto CAAE 48622521.5.0000.5440.

Trata-se de um estudo sem riscos significativos para o sujeito de pesquisa. Existem benefícios potenciais para a coletividade, à medida que informações obtidas possam vir a subsidiar a organização da assistência.

Após a identificação do candidato a sujeito de pesquisa, foi realizada uma breve explicação sobre o presente estudo e formulado um convite à participação. Confirmada a elegibilidade, foi realizado um esclarecimento detalhado da pesquisa e obtido um consentimento escrito (Anexo A). O sujeito de pesquisa foi informado que seria atribuído a ele um número de codificação para sua identificação.

Foi estabelecida uma chave de identificação, mantida em sigilo pelos pesquisadores envolvidos. Este projeto contribui para dar visibilidade às características e necessidade das mulheres atendidas na atenção primária de Ribeirão Preto - SP.

4. RESULTADOS

Um total de 725 mulheres foram atendidas em APS nas unidades de saúde no período de janeiro de 2022 a fevereiro de 2023. Destas, 391 mulheres foram incluídas na pesquisa, e 334 foram excluídas. Não quiseram participar do estudo, 81 mulheres, 151 mulheres não preencheram os critérios de inclusão no estudo e 102 entrevistas não foram realizadas por falta de tempo do entrevistador para aplicação do questionário no dia da coleta. Das mulheres que não preencheram os critérios de inclusão no estudo, 64 eram gestantes, 39 não tiveram atividade sexual nos 12 meses que antecederam a coleta de dados e 48 eram menores de 18 anos.

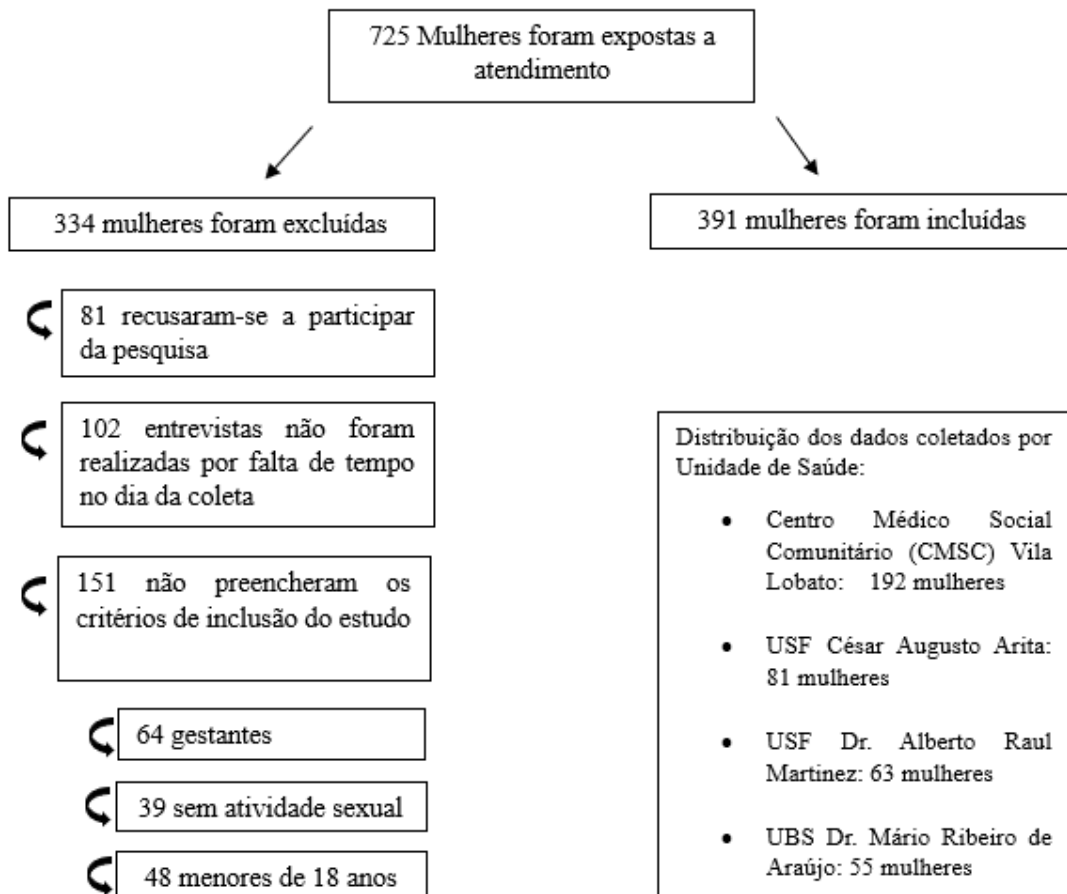


Fig.1: Fluxograma do estudo.

A idade média das mulheres atendidas na APS foi de 39,6 anos \pm 14 anos. A maioria delas se autodeclarou branca 192 (49,1%) e 185 (47,3%) pretas ou pardas, 292 (75,1%) eram provenientes da região Sudeste, com escolaridade média de 12 anos \pm 3,5 anos, 75,5% com mais do que 10 anos de estudo. Das mulheres entrevistadas no estudo, 219 (56,0%) possuía trabalho remunerado; destas, 130 (59,4%) em emprego formal e 89 (40,6%) informal. A maioria das mulheres entrevistadas era casada ou possuía união estável 171 (44,0 %); sendo 37,3% delas solteiras, 13,1 % separadas ou divorciadas e 5,6 % viúvas. Dentre essas mulheres, 71,9 % declarou que possuía religião e 28,1 % que não possuía (Tabela 1).

Consideravam-se chefe da família nas tomadas de decisões, 167 (43,1%) mulheres, sendo 60 (15,3 %) delas responsáveis pela maior parte da renda familiar. A renda familiar média foi de R\$ 3.803,6 \pm 4198,1 reais, com renda familiar média por pessoa de R\$ 1.480,0 \pm 1538,5 reais. Aproximadamente um terço delas recebia algum benefício do governo. Com relação à classe econômica, metade das mulheres pertencia às classes econômicas B2 e C1 (53,4 %); 22,2 % pertencia à classe C2; 18,2% era pertencente às classes D/E; 4,6 % pertencia à classe B1 e 1,6 % pertencia à classe A.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP

	N	%
Idade (anos)		
≤ 25	82	21,0
26-39	127	32,5
40-59	141	36,0
≥60	41	10,5
Cor da pele		
Branca	192	49,1
Preta	39	10,0
Parda	146	37,3
Amarela	14	3,6
Região de Procedência		
Norte	12	3,1
Nordeste	48	12,3
Sul	23	5,9
Sudeste	292	75,1
Centro-oeste	13	3,3
Exterior	1	0,3
Escolaridade (anos)		
≤ 5 anos	8	2,0
6-9 anos	87	22,3
10-12 anos	180	46,0
≥ 13 anos	116	29,7
Trabalho/Financeiro		
Trabalho remunerado	219	56,0
Trabalho informal	89	40,6
Trabalho formal	130	59,4
Recebe benefício	123	31,5
Contribui para maior parte da renda familiar	60	15,3
Renda familiar (média e desvio padrão)	R\$ 3.803,6	R\$ 4.198,1
Renda por pessoa (média e desvio padrão)	R\$ 1.480,0	R\$ 1.538,5
Classificação Econômica (ABEP)		
A	6	1,6
B1	17	4,6
B2	101	27,1
C1	98	26,3
C2	83	22,2
D/E	68	18,2
Religião		
Sim	281	71,9
Não	110	28,1
Estado Marital		

Casada/União Estável	171	44,0
Separada/divorciada	51	13,1
Viúva	22	5,6
Solteira	145	37,3
Chefe da família		
Eu	167	43,1
Outra pessoa	220	56,9

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Das mulheres atendidas na APS, 71,8% consideravam-se com boa ou ótima saúde nos últimos 12 meses; um quinto já havia fumado em algum momento da vida, sendo 11% delas tabagistas no momento da entrevista; a metade fazia uso de bebida alcoólica e 9,7% referiam uso de alguma substância psicoativa. Dois terços das mulheres declararam que não praticavam atividade física; e 3 em cada 4 mulheres consideraram que tinham tempo para si em sua rotina e também possuíam alguma atividade de lazer (Tabela 2).

Segundo as características reprodutivas, a menarca das entrevistadas foi em média aos 12,7 anos \pm 1,6 anos, a sexarca foi aos 17,3 \pm 2,8 anos, e tiveram o primeiro parto com mais de 20 anos (21 anos \pm 4,8 anos). A maioria das mulheres avaliadas já havia engravidado (74,4%), 54,5% tiveram pelo menos 1 gestação não planejada e 31,5% tiveram pelo menos um aborto. A média de filhos vivos foi de 1,5 (Tabela 3).

O uso de contraceptivos foi referido por 228 (79,2%) mulheres no momento da entrevista, 40,3% usavam contraceptivos de longa ação (dispositivos intrauterinos ou implantes subdérmicos), 51 (22,4%) faziam uso de contraceptivos orais, 33 (14,5%) injetáveis, 32 (14%) de contracepção cirúrgica (laqueadura ou parceiro vasectomizado) e 20 (8,8%) de preservativo. Quase 90% das mulheres iniciaram o uso após uma consulta com profissional de saúde e 171 (75,0%) delas referiram ter feito a escolha do método, 47 (20,6%) atribuíram a escolha ao médico; 4 (1,8%) ao companheiro; e 6 (2,6%) à mãe. Apenas 16 mulheres entrevistadas referiram já terem usado contraceptivo contra a sua vontade e 180 mulheres (46%) referiram já terem feito uso de contracepção de emergência em algum momento da vida.

Das 60 mulheres que não estavam em uso de contraceptivo, 22 (36,7%) não desejavam utilizar contracepção, 15 (25%) desejavam engravidar, 8 (13,3%) atribuíam sentir muitos efeitos colaterais com o uso de pílulas ou injetáveis e 2 (3,3%) delas referiam não fazerem uso por esquecer de tomar pílula e 13 (21,7%) apontaram outro motivo (Tabela 4).

Tabela 2 – Características de saúde gerais das mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP.

	N	%
Percepção de Saúde geral		
Ótima	77	19,7
Boa	203	52,1
Regular	87	22,3
Ruim	20	5,1
Muito Ruim	3	0,8
Tabagismo		
Sim	43	11,0
Não	311	79,5
Em cessação	37	9,5
Etilismo		
Sim	196	50,1
Não	195	49,9
USPA		
Sim	38	9,7
Não	352	90,3
Tempo para si		
Sim	291	74,6
Não	99	25,4
Atividade de lazer		
Sim	296	75,9
Não	94	24,1
Atividade física		
Sim	140	35,8
Não	251	64,2

USPA – Uso de Substância Psicoativa

Tabela 3 – Características reprodutivas das mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP.

	N	%
Parou de Menstruar	97	24,8
Paridade		
1	74	18,9
≥ 2	217	55,5
Abortos Prévios		
0	200	68,5
≥ 1	92	31,5
Gestações não planejadas	213	54,5
	Média	Desvio Padrão
Número de filhos vivos	1,5	1,2
Partos vaginais	1,4	1,3
Partos cesariana	0,7	0,8
Idade no primeiro parto (anos)	21,0	4,8
Menarca (anos)	12,4	1,6
Sexarca (anos)	17,3	2,8

Tabela 4 – Uso de contraceptivos entre as mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP.

	N	%
Uso de Contraceptivo	228	79,2
LARC	92	40,3
DIU cobre	38	16,6
DIU hormonal	15	6,6
Implante subdérmico	39	17,1
Oral	51	22,4
Injetável	33	14,5
Cirúrgico	32	14,0
Preservativo	20	8,8
Não uso de contraceptivo	60	20,8
Não deseja usar	22	36,7
Efeitos colaterais	8	13,3
Desejo gestacional	15	25,0
Esquecimento	2	3,3
Outro	13	21,7
Consulta antes do início do uso	202	88,6
Quem escolheu o método		
Eu	171	75,0
Parceiro (a)	4	1,8
Médico	47	20,6
Mãe	6	2,6
Uso contra vontade	16	4,1
Contracepção de emergência	180	46,0

LARC – *Long-acting reversible contraceptives* (Contracepção de Longa Duração)

Com relação ao conhecimento sobre contraceptivos, os mais conhecidos pelas mulheres foram as pílulas orais combinadas (47,6%), seguidas pelo DIU de cobre (42,2%), o contraceptivo injetável trimestral (32,5%) e o preservativo (30,9%). Mais de um quarto das mulheres (29,7%) mulheres possuía conhecimento sobre o implante subdérmico (Tabela 5).

Tabela 5 – Conhecimento das mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP sobre contraceptivos.

Métodos contraceptivos	N	%
COC	186	47,6
DIU cobre	165	42,2
Injetável trimestral	127	32,5
Preservativo	121	30,9
Implante	116	29,7
Injetável mensal	93	23,8
Ligadura tubária	65	16,6
DIU Mirena	52	13,3
POP	49	12,5
Percepção de fertilidade	31	7,9
Vasectomia	28	7,2
Coito interrompido	23	5,9
Anel	17	4,3
Adesivo	15	3,8

COC – Contraceptivo Oral Combinado

DIU – Dispositivo Intrauterino

POP – Pílula Oral de Progesterona

Quando perguntadas sobre relacionamento sexual, 91% das mulheres se relacionavam com homens, 1,3% com mulheres e 7,7% com ambos. O Relacionamento extraconjugal foi experimentado por 12,4% em algum momento da vida, enquanto 34,7% referiram que o parceiro já teve um relacionamento extraconjugal. A maioria das mulheres (59,3%) referiu nunca utilizar preservativo e 11,4% referiu sempre utilizar. Além disso, 24,7% das mulheres afirmaram já ter tido alguma IST. Quando analisada a idade da sexarca com o uso de preservativo, foram comparados grupos com sexarca menor do que 15 anos e as demais mulheres. Não houve diferença estatística entre a sexarca e o uso de preservativo ($p = 0,13$). Também não houve diferença entre as idades de sexarca e histórico de IST até o momento da entrevista ($p > 0,05$).

Uma em cada quatro mulheres não estava satisfeita com sua frequência sexual atual, 89% dessas gostariam de ter maior frequência de relações. Muitas dessas mulheres (64,6%) afirmaram que já tiveram relação sexual sem estar com vontade (Tabela 6).

Com relação às respostas ao questionário *U on Sex*, 388 mulheres (99,2%) preencheram o questionário e apenas 3 (0,8%) não responderam. Com relação à frequência sexual, 72 (18,6%) referiram ter até 1 relação sexual por mês, 212 (54,6%) de 2 a 11 relações sexuais por mês e 104 (26,8%), mais do que 12 relações sexuais por mês. Com relação ao número de orgasmos em cada 10 relações, 55 (14,2%) referiram ter até 1 orgasmo, 137 (35,3%) de 2 a 6 orgasmos e 196 (50,5%) mais de 7 orgasmos. Com relação à iniciativa ou ao interesse em começar em cada 10 relações sexuais, 129 (33,2%) referiram interesse em iniciar até 1 relação, 207 (53,3%) interesse em iniciar 2 a 6 relações e 52 (13,5%) interesse em iniciar mais de 7 em cada 10 relações sexuais. Vinte mulheres (5,1%), responderam os menores valores para os três domínios do *U on Sex*, apresentando maior risco para disfunção sexual (Tabela 7).

Tabela 6 – Quanto a variáveis relacionadas à sexualidade das mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP.

	N	%
Relacionamento		
Homens	354	91,0
Mulheres	5	1,3
Ambos	30	7,7
Relacionamento extraconjugal		
Nunca tive	340	87,6
Tenho ou já tive	48	12,4
Parceiro relacionamento extraconjugal		
Sim	130	34,7
Não	245	65,3
Satisfação com frequência sexual		
Sim	297	76,5
Não	91	23,5
Gostariam de ter menos relações	10	11,0
Gostariam de ter mais relações	81	89,0
Já teve relação sem estar com vontade		
Sim	252	64,6
Não	138	35,4
Uso de preservativo		
Às vezes	52	13,8
Na maioria das vezes	39	10,4
Nunca	223	59,3
Quase nunca	19	5,1
Sempre	43	11,4
Tratamento prévio IST		
Sim	96	24,7
Não	293	75,3

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

Tabela 7 – Respostas das mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP ao questionário *U on Sex*.

	N	%
Frequência de relações sexuais por mês		
0 – 1	72	18,6
2 – 11	212	54,6
≥ 12	104	26,8
Número de orgasmos em cada 10 relações sexuais		
0 – 1	55	14,2
2 – 6	137	35,3
≥ 7	196	50,5
Iniciativa ou interesse em começar em cada 10 relações		
0 – 1	129	33,2
2 – 6	207	53,3
≥ 7	52	13,5

5. DISCUSSÃO

As mulheres atendidas na APS de Ribeirão Preto estavam em idade reprodutiva, próximas ao climatério, a maioria autodeclarada branca, proveniente do Sudeste, tinham mais de 10 anos de estudo, eram casadas ou em união estável; um perfil privilegiado se comparado a outras regiões do país. A maioria das mulheres passou por consulta médica antes de iniciar sua contracepção, 90% escolheu seu método anticoncepcional, muitas faziam uso de LARC, e todas referiram conhecimento sobre algum método contraceptivo. O perfil tem um baixo uso consistente de preservativos nas relações sexuais, a maioria nunca usa condom. A maioria delas referiu ser heterossexual e estar satisfeita com sua frequência sexual, 5% das entrevistadas respondeu o menor valor para os três domínios avaliados pelo *U on Sex*, apresentando maior risco para Disfunção Sexual.

As estimativas de distribuição entre as classes econômicas para a região sudeste do Brasil no ano de 2020 da ABEP indicaram uma média de 3,9% para classe A, 6% para classe B1, 21,1% para classe B2, 23,2% para classe C1, 26,3% para classe C2 e 19,5% para as classes D/E ⁴¹. O presente estudo apresenta uma população com maior concentração nos estratos centrais de classe econômica, assim como apontado em levantamentos da região sudeste do Brasil. Trata-se de população com renda média familiar de R\$ 3.803,6, pertencente às classes econômicas B2 e C1 (53,4%) e que possui trabalho remunerado (56%), com 43,1% das mulheres considerando-se chefe da família nas tomadas de decisões. Dados do IBGE ⁴² apontaram como renda média familiar brasileira por pessoa, para o ano de 2022, R\$ 1.625; e como renda média familiar per capita para o estado de São Paulo R\$ 2.148. Assim, a renda familiar média por pessoa deste estudo (R\$ 1.480,0) encontra-se próxima à média nacional; e 31,1% abaixo da média do estado de São Paulo, o que pode ser justificado pelo perfil populacional das unidades de saúde escolhidas para o estudo, que contam com comunidades em áreas de ocupação irregular e áreas de reurbanização.

Após dois anos da pandemia de COVID-19, a maioria das mulheres (71,8%) considerou-se com boa ou ótima saúde nos últimos 12 meses; tendo tempo para si (74,6%), possuindo alguma atividade de lazer (75,9%), declarando, porém, não realizar exercícios físicos (64,2%).

Um quinto já havia fumado em algum momento da vida, o que é menor do que a média nacional de 28,4% ⁴³. Aproximadamente 10% delas referiu uso atual de alguma substância psicoativa, dado alarmante, uma vez que a taxa nacional de uso de substâncias ilícitas entre

mulheres em algum momento da vida foi de 5,2%, e de uso nos últimos 12 meses de 1,5% ⁴³; ainda que a taxa para população geral para a região sudeste do Brasil seja de 4,0% de uso nos últimos 12 meses e 11,4% de uso em algum momento da vida. Metade delas fazia uso atual de bebida alcóolica, o que se encontra acima da média nacional de uso nos últimos 12 meses, que é de 35,0% entre as mulheres; e acima da média de uso para população geral nos últimos 12 meses na região sudeste, que é de 44,3% ⁴³.

No entanto, no que tange às características reprodutivas, a idade média de menarca das mulheres foi de 12,7 anos \pm 1,6 anos, com sexarca foi de 17,3 \pm 2,8 anos, primeiro parto de 21 anos \pm 4,8 anos, e a maioria já havia engravidado (74,4%). Chama a atenção a alta taxa de gestações não planejadas (54,5% tiveram pelo menos 1 gestação não planejada), percentual semelhante ao encontrado em dados nacionais do sistema de saúde (55%) ⁴⁴⁻⁴⁵, Projeto Nascer no Brasil ⁴⁵ e estudo BRISA realizado em Ribeirão Preto³³. Aproximadamente um terço das mulheres teve pelo menos um aborto, valor expressivamente maior do que o encontrado no estudo BRISA³³, com média de filhos vivos foi de 1,5. Aproximadamente metade das entrevistadas apontou uso prévio de contracepção de emergência, o que se assemelha ao encontrado em estudo prévio ⁴⁶, realizado em três capitais brasileiras (São Paulo - SP, Cuiabá - MT e Aracajú - SE), com dados coletados em UBS, com mulheres entre os 18 e os 49 anos; embora o estudo em questão tenha abordado mulheres mais jovens (idade média de 30,1 anos), a maioria em um relacionamento, a metade autodeclarada parda, a maioria pertencente à classe C, e 15% apenas com mais de 12 anos de estudo ⁴⁶.

No que tange ao conhecimento sobre métodos contraceptivos, todas as mulheres referiram conhecimento sobre algum método contraceptivo. O que mais chama atenção é o conhecimento sobre implante hormonal (29,7% das mulheres deste estudo), mais de dez vezes acima do conhecimento geral das brasileiras, de apenas 2% ⁴⁷. Quanto ao conhecimento sobre DIU, 42,2% apontaram conhecimento sobre DIU de cobre e 13,3% sobre DIU Mirena, frente ao percentual nacional de apenas 12% das mulheres conhecerem algum DIU ⁴⁷. Injeções mensais foram citadas por 23,8% das mulheres do estudo, frente à citação por 11,0% das mulheres brasileiras ⁴⁷. Com relação ao preservativo, foi elencado por 30,9% das entrevistadas, mais do que o dobro do valor nacional, de 15,0% ⁴⁷. O conhecimento sobre pílulas orais combinadas foi de 47,6%, e o de pílulas orais de progesterona de 12,5%, o que se encontra dentro da média nacional de mais 50% das mulheres, referindo conhecimento sobre alguma pílula oral ⁴⁷.

O uso de contracepção foi apontado por 79,2%, o que se encontra dentro da média nacional de 81,0% ⁴⁴. Das que referiram não utilizar nenhum método contraceptivo, 25% (15 mulheres) referiram planejamento gestacional, em meio à pandemia de Covid-19.

Assim como o apontado quanto ao conhecimento dos métodos, chama a atenção a prevalência de uso de LARC no município (40,3%), maior que o nacional (9%) ⁴⁴. Sendo o DIU (cobre ou hormonal) utilizado por 23,2% das mulheres em contracepção, enquanto o uso brasileiro foi de 4,4% ⁴⁸; o de implante subdérmico de 17,1%, enquanto seu uso nacional corresponde a apenas 0,4% ⁴⁸. Em contrapartida, o uso de pílula oral foi de 14,5%, frente a 31% encontrados no país ⁴⁴; além do uso de preservativo como contraceptivo por 8,8% das mulheres, enquanto o uso geral da mulher brasileira foi de aproximadamente 20,0% ^{44, 48}. O uso de métodos cirúrgicos (14,0%) também foi menor do que a taxa nacional (23,2%) ⁴⁸. Ribeirão Preto - SP é uma cidade com boa oferta de LARC para a população, que conta com centros de treinamento para inserção de DIU e implantes, o que pode justificar não só a alta prevalência no uso de LARC da amostra, como a baixa taxa de mulher laqueadas.

Tanto os percentuais de conhecimento quanto os de uso de contraceptivos encontrados no estudo podem ser justificados pela política municipal de formação de profissionais para prescrição e inserção de LARC. Em Ribeirão Preto, os protocolos para dispensação de DIU e implante hormonal ⁴⁹ fazem parte da Relação Municipal de Medicamento ⁵⁰; e há profissionais que fazem prescrição de contraceptivos e inserção de DIU e implantes em diversas unidades de saúde. Os profissionais que atendem nas unidades escolhidas para este estudo têm este perfil. Isto reforça a importância da garantia de formação profissional e de acesso à LARC para adesão ao método, principalmente em regiões de maior vulnerabilidade social, característica de três das quatro unidades de saúde pesquisadas neste estudo.

Ademais o percentual alto de uso de LARC encontrado no município de Ribeirão Preto, mais de 90% das mulheres entrevistadas tinham iniciado uso de contracepção após consulta com profissional de saúde e 75% delas referiu ter escolhido o método utilizado.

Quanto ao uso de preservativos, o percentual de mulheres que responderam nunca utilizar (59,3%) está dentro do esperado para a média nacional feminina (60,5%); porém o uso consistente (11,4%), está abaixo da média nacional (20,9%) ⁵¹. O perfil reflete o que é esperado para o sudeste quanto ao uso de preservativos ⁵¹. Isso pode se refletir nos 24,7% das mulheres que afirmaram já terem tido alguma infecção sexualmente transmissível (IST). Ademais às características sociodemográficas da população deste estudo, a taxa de IST prévia é alarmante, uma vez que a média nacional é de apenas 0,9% ⁵²; assemelhando-se ao encontrado entre

populações vulneráveis, como em mulheres privadas de liberdade (20,2%)⁵³, e em mulheres quilombolas (18,5%)⁵⁴; porém abaixo das taxas encontradas entre mulheres que fazem sexo com mulheres (47,3%)⁵⁵. A disparidade encontrada no estudo pode estar associada à pluralidade da amostra, coletada em unidades de saúde com população de maior vulnerabilidade, podendo também refletir a tendência de aumento encontrado no Boletim Epidemiológico *HIV/AIDS*⁵⁶, de aproximadamente 75% nos casos de IST entre adultos jovens entre 20 a 24 anos⁵⁶. É possível que muitas mulheres tenham referido já ter tido alguma IST por terem mais conhecimento sobre SSR, por se tratarem de unidades de saúde vinculadas a instituições de ensino, englobando em suas respostas não apenas diagnósticos prévios de HIV, Sífilis e Hepatites, mas também de outras IST. Outra possibilidade é de que tais unidades de saúde realizam uma triagem maior para IST, uma vez que são unidades de ensino; ou ainda, que ofereçam maior acesso para casos agudos, sendo uma das unidades referência municipal em SSR, realizando assim mais diagnósticos.

A maioria das mulheres referiu ser heterossexual (91%), estar satisfeita com sua frequência sexual (76,5%), e 5% delas responderam os menores valores para os três domínios avaliados pelo *U on Sex*, apresentando maior risco para Disfunção Sexual. O *U on Sex* foi escolhido por ser um instrumento que foi desenvolvido, aplicado e testado previamente por profissionais no contexto da APS. O percentual de mulheres que se recusaram a responder o questionário foi de 0,8%, dado que chama a atenção, uma vez que em estudo prévio foi levantado que 70% das mulheres não se sentem confortável em abordar ativamente a sexualidade com o médico⁵⁷.

A maioria das mulheres entrevistadas (54,6%) apontou no *U on Sex* ter de 2 a 11 relações sexuais por mês, dentro do encontrado no estudo ECOS²⁶, ainda que utilizando instrumento diferente de investigação, uma vez que o estudo ECOS utilizou modelo próprio de questionário contendo 38 questões sobre comportamento sexual. A maioria das mulheres também referiu ter mais do que 7 orgasmos em cada 10 relações sexuais (50,5%), tomando a iniciativa para começar de 2 a 6 em cada 10 relações (53,3%). Apesar de a maior parte da amostra referir mais de 2 relações sexual por mês (80,8%) e iniciativa pelo menos duas vezes ao mês (66,2%), aproximadamente um quarto delas não reportou satisfação com sua frequência sexual; destas, 11% gostariam de ter até menos relações e 89% delas desejariam ter mais relações sexuais. A maioria das mulheres (64,4%) já teve relações sexuais sem ter vontade.

Quanto mais quesitos respondidos com menores valores no *U on Sex*, maior a probabilidade de disfunção sexual, uma vez que os domínios avaliados foram elencados como

tendo correlação direta com risco de disfunção sexual. Apesar dos dados levantados, o *U on Sex* é um instrumento que não foi validado para diagnosticar disfunção sexual, mas pode ajudar na abordagem inicial da função sexual por médicos generalistas em consultas de curto tempo. A APS, enquanto porta de entrada da pessoa no serviço de saúde, deve ser capaz de acolher as demandas concernentes à SSR das mulheres assistidas, contando com profissionais capacitados para manejar questões ligadas à exposição sexual e ao risco para DSF. Por ser um instrumento estudado na APS e de fácil aplicabilidade, o desenvolvimento futuro de validação com escore de risco para aplicação como teste de triagem de disfunções sexuais, pode facilitar a abordagem da sexualidade feminina na prática clínica. Isto se torna ainda mais relevante considerando que em estudo prévio foi reportado por mais da metade das mulheres que os médicos não abordam a saúde sexual durante a consulta ⁵⁷.

Este estudo foi realizado durante a pandemia de Covid-19, com coleta de dados após a reabertura dos serviços de saúde para atendimentos de rotina, no retorno ao acesso, limitado por longo período de tempo. Traz dados que refletem uma população ainda não ouvida enquanto sujeito do estudo, e em um contexto de Saúde Pública único. A opção por entrevista direta possibilitou avaliação destas mulheres em diversos aspectos, e durante a coleta de dados, ao responder perguntas sensíveis, muitas delas puderam ser acolhidas, tiveram suas dúvidas sanadas e suas necessidades atendidas. Ao traçar o perfil sexual e reprodutivo das mulheres assistidas na APS, estimula o desenvolvimento de políticas públicas de saúde municipais focadas na atenção às necessidades de saúde desta população.

A escolha das unidades de saúde por conveniência traz uma limitação na amostra, já que apesar dessas unidades representarem diferentes regiões da cidade, todas estão vinculadas a serviços acadêmicos que costumam oferecer mais informações e acesso à SSR. No entanto, há uma boa representatividade do perfil populacional de Ribeirão Preto, tendo em vista o perfil das unidades de saúde escolhidas, e por uma delas ser referência municipal em LARC e contracepção, que acolhe mulheres referenciadas de todo o município. A utilização do *U on Sex* para triagem de disfunção sexual pode trazer outra limitação, já que simplifica bastante as queixas sexuais e pode subestimar o número de mulheres que necessitam de atendimento especializado. Este instrumento torna mais confortável uma abordagem inicial sobre o tema, porém não discrimina problemas de lubrificação, excitação e dor no ato sexual, que podem ser avaliados por meio de outros instrumentos, como o FSFI e FSFI-6 ^{35,36}. Um possível viés a ser considerado é a percepção dos participantes de uma associação entre os entrevistadores e o

serviço de saúde, que pode inibir o indivíduo em temas mais sensíveis como hábitos de vida e escolhas relacionadas ao profissional de saúde.

A alta prevalência de uso de LARC, pode estar associada à política municipal de incentivo à capacitação profissional e dispensação de contraceptivos pela farmácia municipal, uma vez que todas as unidades de Ribeirão Preto possuem profissionais de prescrevem contracepção, e todas as unidades pesquisada contam com profissionais capacitados para inserção de LARC. O alto conhecimento sobre métodos contraceptivos encontrado pode estar relacionado ao fato de todas as unidades de saúde pesquisadas estarem associadas a instituições de ensino médico.

6. CONCLUSÃO

As características socioeconômicas da população refletem o padrão da região sudeste do país. Trata-se de população privilegiada, com acesso à assistência em Saúde Sexual e Reprodutiva. O acesso à contracepção com orientação por profissional de saúde, o alto percentual de uso de LARC e de conhecimento mostrado sobre contracepção, refletem o investimento municipal em Políticas Públicas de Saúde Sexual e Reprodutiva. No entanto, a abordagem sobre sexualidade mostra a necessidade de enfatizar o uso de preservativos e orientações sobre exposição a IST no planejamento de ações de saúde futuras municipais. O *U on Sex* parece uma sugestão fácil, confortável para mulher e inicial para abordar disfunção sexual.

7. REFERÊNCIAS¹

1. Mendes EV. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília CONASS, 2009. P 49-75.
2. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma Ata. [internet] Alma Ata, Cazaquistão: OMS; 1978. [citado 26 out. 2020] Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
3. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1º ed. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde. 2002. 726 p. P 48-58.
4. Brasil. Lei n. 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. (1990 set. 19).
5. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.
6. Menicucci, G. Maria, T. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 21, núm. 1. 2014, jan-mar;21(1): pp. 77-92.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília -DF. Ministério da Saúde, 1998.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria GM n. 648, 28 março 2006 Brasília (DF). 2006 mar-abr: 71-76.
9. Piovesan F. Temas de Direitos Humanos. 2 ed. São Paulo: Max Limonad; 2003. Capítulo 8, Os Direitos Humanos da Mulher na Ordem Internacional; p. 205-219.
10. Corrêa, S. Saúde Reprodutiva, Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: Giffin K, Costa SH. Questões da Saúde Reprodutiva. 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. Capítulo 2; p. 39-50.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Uma Prioridade do Governo. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1. Brasília:MS; 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 26: Saúde Sexual e Saúde

Reprodutiva. Brasília:MS; 2013.

13. Cúpula do Milênio; 2000; Nova Iorque, NY; Estados Unidos: Organização Mundial das Nações Unidas; 2000.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Brasília:MS; 2004.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília:MS; 1984.

16. Brasil. Lei n 9236 de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (1996 jan. 12).

17. Telo SV, Witt RR. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2018Nov [citado 18 out. 2023];23(11):3481–90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20962016>.

18. Arantes Nasser, M. et al. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. Rev. Saúde Pública vol.51 São Paulo 2017 Epub Aug 17, 2017.

19. Ribeiro TN. Saúde reprodutiva e sexual masculina em Francisco Morato, SP: o discurso de profissionais, gerentes e gestores de saúde. Saude soc [Internet]. 2009Oct;18(4):695–706. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000400013>.

20. Pinheiro TF, Couto MT. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. Physis [Internet]. 2013 [citado 18 out. 2023];23(1):73–92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100005>.

21. Rezende PS. A Atenção à Saúde das Mulheres: integralidade e gênero. Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador. [dissertação] Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saude Coletiva; 2011.

22. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. Mudanças – Psicologia da Saúde. 2017, jan-jun;25(1):67-72.

23. Moysés et al. Integralidade e longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde da mulher: uma análise de três municípios amazônicos. Rev. APS. 2019, jan-mar;22(1):168 – 182.

24. Melo et al. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014, jan-mar;9(30):3-12.

25. Ferreira et al. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007, abr-jun;7(2):143-150.
26. Abdo CHN et al. Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *RBM Rev. Bras. Med.* 2002, abr;59(4):250-257.
27. Scalco SCP. Desenvolvimento e validação de instrumento rápido para abordagem da função sexual feminina na atenção primária à saúde [tese]. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2018.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília:MS; 2016.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (Ribeirão Preto, SP) Censo de 2022. Ribeirão Preto (SP): IBGE; 2022.
30. Secretaria Municipal de Saúde (Ribeirão Preto, SP) Relação das Unidades de Saúde. Ribeirão Preto (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2022.
31. Ministério da Saúde (Brasil). Informação e Gestão da Atenção Básica: Cobertura da Atenção Primária em julho de 2023. [internet] Brasília, DF: e-Gestor AB; 2023 [citado 02 out. 2023]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
32. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Planejamento em Saúde, Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM). [internet] Ribeirão Preto, SP: 2021 [citado 02 out. 2023]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/dps/caism>.
33. Vieira CS et al. Sociodemographic factors and prenatal care behaviors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian birth cohort study. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020, Nov;151(2):237-243.
34. Vieira CS et al. Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 22 out. 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096419>.
35. Agno MLD. Validação da versão brasileira da Função Sexual Feminina de 6 itens (FSFI-6). [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2018.
36. Pacagnella RC et al. Adaptação transcultural do Female Sexual Function

Index. Cad. Saúde Pública. 2008, Fev;24(2):416-426.

37. Secretaria Municipal de Saúde. USF César Augusto Arita – Paulo Gomes Romeo. [internet] Ribeirão Preto, SP: 2021 [citado 03 nov. 2023] Disponível em <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/usf-paulo-gomes-romeo>.

38. Secretaria Municipal de Saúde. USF Mário Ribeiro de Araujo – Valentina Figueiredo. [internet] Ribeirão Preto, SP: 2021 [citado 03 nov. 2023] Disponível em <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/ubs-valentina-figueiredo>.

39. Secretaria Municipal de Saúde. CMSC – Vila Lobato. [internet] Ribeirão Preto, SP: 2021 [citado 03 nov. 2023] Disponível em <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/cm-sc-vila-lobato>.

40. Secretaria Municipal de Saúde. Prof. Dr. Alberto Raul Martinez - Estação do Alto. [internet] Ribeirão Preto, SP: 2021 [citado 03 nov. 2023] Disponível em <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/usf-estacao-do-alto>.

41. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2021 [Internet]. Brasil; 2021 [citado 07 nov. 2022]. Disponível em: https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2021.pdf.

42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Rio de Janeiro, RJ). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua - 2022. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2022.

43. Fundação Oswaldo Cruz (Ministério da Saúde, Brasil). III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira. Brasil: ICICT/FIOCRUZ; 2017.

44. Wender MCO et al. Influência da utilização de métodos contraceptivos sobre as taxas de gestação não planejada em mulheres brasileiras. *Femina*, 2022;50(3):134-141.

45. Leal M do C, Gama SGN da. Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 08 dez. 2023];30:S5-. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>.

46. Borges ALV et al. Uso da anticoncepção de emergência entre mulheres usuárias de Unidades Básicas de Saúde em três capitais brasileiras. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021 [citado 20 nov. 2023] ;26:3671–82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.32772019>.

47. Instituto Organon: Brasileiras não usam contraceptivo. *Organon.com* (SP) [Internet], 19 set. 2023 [citado 24 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.organon.com/brazil/news/brasileiras-nao-usam-contraceptivos-regularmente/>.

48. Araújo FG, Abreu MNS, Felisbino-Mendes MS. Mix contraceptivo e fatores associados ao tipo de método usado pelas mulheres brasileiras: estudo transversal de base populacional. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2023 [citado 20 nov. 2023];39(8):e00229322. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT229322>.
49. Secretaria Municipal da Saúde. Atenção aos Métodos Contraceptivos de Longa Duração (LARCs) [Internet] Ribeirão Preto, SP: CAISM; 2022 [citado 22 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude559202202.pdf>.
50. Secretaria Municipal da Saúde. Relação Municipal de Medicamentos. [Internet] Ribeirão Preto, SP; 2016 [citado 22 nov. 2023]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude1268202306.pdf>.
51. Felisbino-Mendes MS et al. Sexual behaviors and condom use in the Brazilian population: analysis of the National Health Survey, 2019. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2021 [citado 20 nov. 2023];24:e210018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210018.supl.2>.
52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Rio de Janeiro, RJ). Pesquisa nacional de saúde 2019: ciclos de vida: Brasil. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2021.
53. Benedetti MSG et al. Infecções sexualmente transmissíveis em mulheres privadas de liberdade em Roraima. *Rev Saude Publica*. 2020 [citado 08 dez. 2023];54:105. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qSp9j9BRQnsHJdvJ9dqYqTx/?format=pdf&lang=pt>.
54. Dias JA et al. Infecções sexualmente transmissíveis em mulheres afrodescendentes de comunidades quilombolas no Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [citado 08 dez. 2023];37(2):e00174919. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00174919>.
55. Andrade J et al. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [citado 08 dez. 2023];25(10):3809-3819. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n10/3809-3819/#>.
56. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim epidemiológico HIV/AIDS 2022. Brasília (DF): Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2022.

57. Carvalheira AA, Leal I. Os determinantes da satisfação sexual feminina: um estudo português. *Revista Internacional de Andrología* [Internet]. 2008 mar. [citado 20 nov. 2023]; 6(1):3-7. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1698-031X\(08\)72559-7](https://doi.org/10.1016/S1698-031X(08)72559-7).

¹De acordo com estilo Vancouver

8. ANEXOS

8.1. ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: **“Atendimento Integral à saúde da mulher” – sexualidade e planejamento reprodutivo de mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto-SP**

Pesquisadora Responsável:

Profa. Dra. Giordana Campos Braga (Contato Tel: 3315-8630)

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto:

Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que são realizadas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é localizado no subsolo do hospital e funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00hs, telefone de contato (016) 3602-2228
Tel de contato: 3602-2228 (se estiver fora de Ribeirão Preto colocar 0+ código da operadora + 16 + Número)

Endereço: Av Bandeirantes 3900, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Subsolo.

Horário de funcionamento: segunda a sexta feira, das 8 as 17h.

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa intitulada **“Atendimento Integral à saúde da mulher” – sexualidade e planejamento reprodutivo de mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto-SP**”, que é de responsabilidade da profa. Dra. Giordana Campos Braga e da mestrandia Fernanda de Almeida Andriotti. Leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas e se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou optar por retirar sua autorização em qualquer momento. Caso aceite assinar este termo, você receberá uma via também assinada pelo pesquisador.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade ou saúde. Em caso de eventuais danos decorrentes desta pesquisa, garantimos o direito à indenização por agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, conforme as leis vigentes neste país.

Os objetivos desta pesquisa é analisar os aspectos da sexualidade feminina e do planejamento reprodutivo de mulheres atendidas na Atenção Primária de Ribeirão Preto – SP. Você responderá perguntas referentes a dados pessoais, seu histórico de saúde, atendimento ginecológico e obstétrico prévio e sexualidade.

O questionário será aplicado em ambiente reservado e seu nome será mantido em sigilo. Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação pessoal será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Informamos que não haverá procedimento físico, invasivo e que a pesquisa não apresenta riscos para você. O questionário poderá ser interrompido a qualquer momento tanto pelo pesquisador (a) quanto por você, se quiser, caso você se sinta desconfortável durante o questionário, não quiser responder alguma pergunta ou quiser interromper a sua participação. Como já esclarecido, sua participação é voluntária e, portanto, se o(a) senhor(a) não quiser participar ou desistir da participação, não sofrerá nenhum dano. Suas respostas serão compiladas e analisadas pelos pesquisadores e pedimos a autorização para que os resultados sejam divulgados em revistas e eventos científicos.

Na primeira página, há descrito o nome dos pesquisadores responsáveis e como encontrá-los, assim, você pode recorrer em caso de maiores dúvidas sobre a pesquisa. Você também encontrará o contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que é o órgão responsável por garantir que todos os projetos de pesquisa respeitem o bem-estar de todos voluntários da pesquisa. Qualquer dúvida ética que você tiver em relação a este projeto, poderá contatar o CEP no telefone e/ou endereço descritos na primeira página.

Após ter lido o documento, esclarecido as dúvidas, caso concorde em participar do estudo, por favor escrever seu nome, assinar e datar este documento em duas vias, rubricando todas as páginas.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

NOME DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:

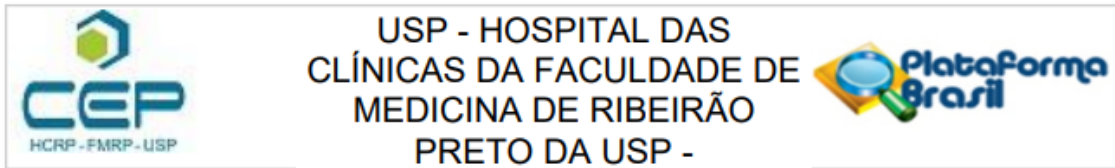
DATA:

NOME DO PESQUISADOR:

ASSINATURA DO PESQUISADOR:

DATA:

8.2. ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atendimento Integral à saúde da mulher sexualidade e planejamento reprodutivo de mulheres atendidas na Atenção Primária em Ribeirão Preto - SP

Pesquisador: Fernanda de Almeida Andriotti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48622521.5.0000.5440

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.000.561

Apresentação do Projeto:

Outros pesquisadores envolvidos:

- (1) Giordana Campos Braga – professora doutora, orientadora da pós-graduação em Saúde Pública da USP;
- (2) Luís Antônio Soares Pires Filho – médico, professor no Centro Universitário Barão de Mauá;
- (3) Sergio Henrique Pires Okano – médico assistente no Centro de Referência em Saúde da Mulher de Ribeirão Preto, colaborador do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana do HCFMRPUSP, e professor na Universidade de Ribeirão Preto.

O seguinte texto foi apresentado como resumo do projeto: "Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS), é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Sexualidade, papéis de gênero e planejamento reprodutivo possuem íntima relação com políticas de promoção de Saúde da Mulher e melhoria de indicadores de saúde. Os serviços de APS, por vezes, não conseguem mudar estes indicadores e a qualidade do serviço prestado, não só por dificuldade de acesso, mas pelo desconhecimento das particularidades do perfil das usuárias do SUS. Objetivo: Analisar aspectos da sexualidade feminina e do planejamento reprodutivo de mulheres atendidas na Atenção Primária de Ribeirão Preto – SP. Método: Trata-se de estudo descritivo, corte transversal, que será realizado no município de Ribeirão Preto – SP, em Unidades de Saúde da Família (USF). Mulheres



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 5.000.561

acima de 18 anos, atendidas na atenção primária serão entrevistadas, por meio de questionário direto. Serão avaliadas variáveis sociodemográficas, obstétricas, de planejamento reprodutivo e sexualidade, além disso será aplicado um instrumento para avaliação de função sexual."

Objetivo da Pesquisa:

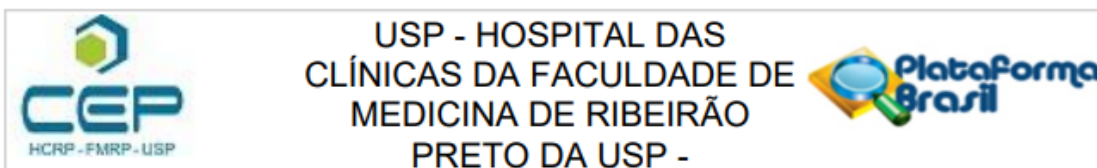
- (1) O objetivo primário é analisar aspectos da sexualidade feminina e do planejamento reprodutivo de mulheres atendidas na Atenção Primária de Ribeirão Preto – SP;
- (2) Os objetivos secundários descritos são (a) descrever as características sociodemográficas e de planejamento reprodutivo das mulheres atendidas; (b) avaliar a influência do início da vida sexual com uso de preservativo e exposição a infecções sexualmente transmissíveis; (c) analisar o nível de satisfação e função sexual das mulheres atendidas; (d) avaliar os papéis sociais de gênero em relação com o nível de satisfação sexual e planejamento reprodutivo; (e) avaliar a satisfação das mulheres com relação ao método contraceptivo que estão em uso atualmente; (f) analisar o nível de satisfação das mulheres com relação ao atendimento ginecológico que foi prestado, e (g) desenvolver um modelo de consulta focada na atenção integral à saúde da mulher, para nortear os atendimentos na região.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- (1) A pesquisadora principal refere que o projeto não prevê riscos físicos, mas algumas perguntas contidas no instrumento de função sexual poderão eventualmente causar algum constrangimento ou desconforto na sua leitura em mulheres mais sensíveis ao tema. Para manter os riscos como mínimos, a voluntária poderá deixar de responder as perguntas que quiser e mesmo interromper a participação caso queira;
- (2) Não haverá benefício direto ao voluntário. Como benefício indireto, espera-se como benefício indireto que as "informações obtidas possam vir a subsidiar a organização da assistência" e "dar visibilidade às características e necessidade das mulheres atendidas na atenção primária de Ribeirão Preto – SP".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional e multicêntrico, com desenho transversal e observacional – para obtenção de título de mestre.



Continuação do Parecer: 5.000.561

AMOSTRAGEM:

- (1) A amostra será composta por 370 mulheres recrutadas nas unidades de Saúde da Família César Augusto Arita e Dr Alberto Raul Martinez, no Centro Médico Social Comunitário (CMSC) Vila Lobato e UBS Dr. Mário Ribeiro de Araujo, em Ribeirão Preto;
- (2) Critérios de inclusão: (a) mulher com, pelo menos, uma consulta ginecológica na atenção primária no último ano; (b) mais de 18 anos; (c) que já teve coitarda, e (d) que tenha sido sexualmente ativa nos últimos 12 meses;
- (3) Critérios de exclusão: (a) puérperas até 3 meses pós-parto; (b) analfabetas, e (c) mulher transgênero.

PROCEDIMENTOS:

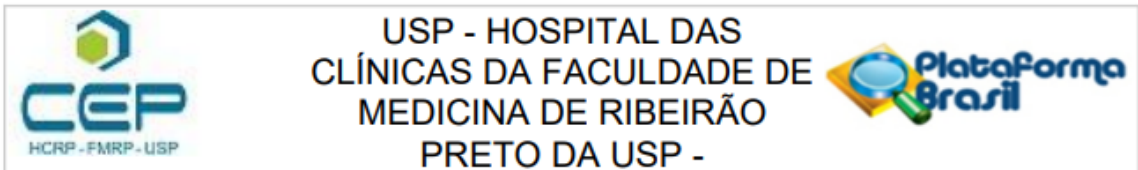
- (1) A realização da pesquisa foi aprovada pela Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.
- (2) Será realizada uma entrevista para coleta de dados sobre características sociodemográficas, história obstétrica, planejamento familiar, seguida de aplicação de questionário de avaliação de satisfação sexual, Female Sexual Function Index-6 (FSFI-6);
- (3) As entrevistas serão realizadas por entrevistadores treinados previamente;
- (4) O FSFI-6 é validado para o português, auto aplicado e com escala do tipo Likert;
- (5) Não está previsto o uso de fontes secundárias de dados (como prontuários, dados demográficos).

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Há previsão de início de coleta de dados em novembro de 2021 e encerramento da pesquisa em março de 2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- (1) Folha de rosto: devidamente assinada pela pesquisadora principal. Neste documento, identifica-se como instituição proponente a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, afirmada por assinatura do Senhor Diretor, Prof. Dr. Rui Alberto Ferriani;
- (2) Ofício emitido pela UPC (HCFMRPUSP), com informe de que o projeto não prevê envolvimento de instituição do completo HCRP e, sendo assim, dispensado de aprovação pela UP, mas com orientação de inclusão de orçamento detalhado;



Continuação do Parecer: 5.000.561

(3) Orçamento: com valor total estimado custeio de material de escritório e pagamento de transporte para os colaboradores de pesquisa que farão a coleta de dados. O financiamento será da própria pesquisadora principal;

(4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): dirigido à participante de pesquisa. Foi escrito em forma de convite e informa objetivo e procedimentos da pesquisa.

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- (1) Sobre início da coleta de dados: pedido de ajuste da data de início da coleta de dados foi ATENDIDO;
- (2) A pesquisadora principal refere que o projeto não tem riscos para a participante da pesquisa. Por risco, como até considerado pela pesquisadora (quando do emprego do termo "dignidade" no TCLE), não se entende ameaça ao bem-estar somente físico. Ainda que mínimos, há o risco de quebra de sigilo e constrangimento. O pedido de correção sobre risco com a participação da pesquisa foi ATENDIDO;
- (3) O pedido de previsão de que o recrutamento seja feito em "a) (...) momento, condição e local mais adequados para que o esclarecimento seja efetuado, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e sua privacidade", de acordo com o item "IV – DO PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO" da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, foi ATENDIDO;
- (4) Pedido de inclusão sobre informação sobre a duração de tempo estimado na participação na pesquisa – uma informação importante para auxiliar a possível voluntária a decidir sobre o aceite, foi ATENDIDO;
- (5) Pedido de incluir contato com a pesquisadora que seja facilitado, como um número de telefone celular, além de um número de telefone fixo disponível apenas em horário comercial foi ATENDIDO;
- (6) Pedido de uniformização do gênero do termo "pesquisador" ao longo de toda a sua extensão do TCLE foi ATENDIDO;
- (7) Pedido de correção do termo "senhor(a)" no TCLE, uma vez que foi entendido que haveria a participação exclusiva de mulheres, foi ATENDIDO;



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 5.000.561

- (8) Pedido de substituição da palavra "compiladas" para facilitar o entendimento de todo possível voluntário, uma vez que não há menção sobre a escolaridade esperada da amostra, foi ATENDIDO;
- (9) Pedido de explicação de que os dados coletados só poderão ser usados para o previsto no projeto de pesquisa foi ATENDIDO.

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa Versão 2 - Projeto Atendimento Integral à Saúde da Mulher 21/09/2021, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE Versão 2 - Projeto Atendimento Integral à Saúde da Mulher 21/09/2021, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1740483.pdf	22/09/2021 21:53:57		Aceito
Outros	Carta_Correcao_CEP.docx	22/09/2021 21:53:41	Fernanda de Almeida Andriotti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL_versao2.docx	22/09/2021 21:53:34	Fernanda de Almeida Andriotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_versao2.docx	22/09/2021 21:53:28	Fernanda de Almeida Andriotti	Aceito
Cronograma	Cronograma_versao2.docx	22/09/2021 21:53:14	Fernanda de Almeida Andriotti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL.docx	28/06/2021 19:42:52	Fernanda de Almeida Andriotti	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	28/06/2021 19:42:43	Fernanda de Almeida Andriotti	Aceito
Declaração de	OficioConcordancia.pdf	17/06/2021	Fernanda de	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 5.000.561

concordância	OficioConcordancia.pdf	18:32:18	Almeida Andriotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO.docx	29/04/2021 19:21:34	Fernanda de Almeida Andriotti	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/04/2021 20:11:36	Fernanda de Almeida Andriotti	Aceito
Outros	Liberacao_UPC.pdf	23/04/2021 17:29:59	Fernanda de Almeida Andriotti	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	21/04/2021 18:29:10	Fernanda de Almeida Andriotti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 27 de Setembro de 2021

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br