

Distribuição da contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: avaliação de dispensa em serviços e fluxos estabelecidos

Emergency contraception distribution in the municipalities of São Paulo: assessment of health services dispensing and their established flows

Regina Figueiredo¹, Sílvia Helena Bastos de Paula²



Regina Figueiredo é Socióloga e Mestre em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo, pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, membro do Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS (NEPAIDS) do Instituto de Psicologia da USP, e coordenadora da Rede Brasileira de Promoção de informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência (Rede CE).

Resumo

Objetivo: Descrever estratégias adotadas pelos municípios de São Paulo para organização da oferta da contracepção de emergência (CE) enviada pelo Ministério da Saúde em 2005 e 2006, visando reduzir a gravidez não planejada e abortos. **Método:** Foram utilizados questionários eletrônicos enviados aos 645 municípios do estado. **Resultados:** Dos 119 municípios beneficiários com lotes, 101 (84,9%) confirmaram recebimento e 77 (76,2%) haviam implementado sua oferta: 36 (70,6%) em serviços de atenção a vítimas de violência, 42 (76,2%) em serviços de Pronto Atendimento, 17 (36,2%) em serviços de atenção ao adolescente, 39 (79,6%) em serviços de DST/aids, 67 (59,3%) em unidades básicas de saúde e 39 (35,8%) na saúde da família. Em 16 cidades (20,8%) houve dificuldade para implementação. Várias cidades restringem a prescrição pela enfermagem, fornecimento para adolescentes e em situações de risco gravídico, além da violência sexual. **Conclusões:** A CE vem sendo implementada na rede pública de São Paulo, porém locais que determinam o acesso ao método em situações mais cotidianas de risco gravídico, como Pronto Atendimento e rede básica, o fazem aquém das potencialidades, demonstrando necessidade de superação da resistência de gestores.

Unitermos: Anticoncepção pós-coito; Saúde sexual e reprodutiva; Assistência à saúde; Atenção primária à saúde.

Abstract

Objective: To describe the strategies adopted by the São Paulo municipalities for organizing the public health settings distribution of the emergency contraception (EC) provided by the Ministry of Health in 2005 and 2006, aiming to reduce the number of unplanned pregnancies and abortions. **Method:** Were used electronic questionnaires sent to all the 645 municipalities in São Paulo. **Results:** Of the 119 counties that benefited the EC loads, 101 (84.9%) confirmed the delivery; 77 (76.2%) of them implemented its supply to the public: 36 (70.6%) in health care services for victims of violence, 42 (76.2%) in emergency care units, 17 (36.2%) in adolescents' health care services, 39 (79.6%) in services for STD/aids, 67 (59.3%) in primary health care units and 39 (35.8%) in the family health strategy. In 16 (20.8%) of the cities were encountered difficulties in its implementation. In many of the municipalities the distribution to adolescents at risk of pregnancy other than sexual violence was restricted by nurses. **Conclusions:** EC distribution has been implemented in the public health system of São Paulo, but the health units that determine the access to the method in common situations of pregnancy risk, like the primary emergency units, are applying it below its potential, demonstrating the need of strengthening and overcoming the resistance of the managers.

Uniterms: Contraception, postcoital; Sexual and reproductive health; Delivery of health care; Primary health care.

Trabalho realizado no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

¹Mestre em Antropologia e Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

²Doutora em Ciências da Saúde e Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Regina Figueiredo – Rua Santo Antonio, 590 – CEP 01314-000 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

Introdução

A contracepção de emergência (CE) foi introduzida na América Latina a partir da década de 1990 por meio de esforços da *International Consortium for Emergency Contraception*, fundada em 1996¹, que articulou diversas instituições internacionais de promoção em saúde e direitos reprodutivos para promover o método junto a governos desta região visando à sua regulamentação. A iniciativa teve como intuito promover a redução do número de gestações não planejadas e abortos e influenciar a queda nos indicadores de mortalidade materna que refletiam mortes associadas a estes eventos, conforme dados apontados pela Organização Mundial de Saúde².

Entre os 18 países que compõem o bloco, a CE se encontra regulamentada e distribuída pelo sistema público de saúde em 14 deles (77,8%)³. Com exceção de Peru, Costa Rica, Honduras e Nicarágua, que só orientam o método em caso de violência sexual contra mulheres, todos os demais países, inclusive o Brasil, possuem normas e/ou leis que indicam o seu fornecimento também para a ocorrência de relação sexual sem o uso de contraceptivos e após casos de falha destes³.

No Brasil, uma das organizações, a *Population Council*, iniciou discussões com o Ministério da Saúde sobre contracepção de emergência em 1996⁴. Desde então, observa-se a expansão da regulamentação e oferta deste contraceptivo nos países latino-americanos, fortalecido pela criação, em 2000, do *Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia*³. No nosso país, inicialmente a introdução do método foi proposta com a administração no formato Yuzpe, adaptando-se pílulas anticoncepcionais orais comuns, uma vez que não havia o produto de dosagem pronta disponível no mercado na época⁵. Essa forma de administração dificultou a disseminação da informação e a sua implementação e difusão pelos serviços de saúde do país, situação que só registrou exceção em Goiânia, onde a atuação do Grupo Transas do Corpo junto à rede pública de saúde pautou a disponibilidade do método⁶.

Com o registro pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) da apresentação do medicamento em doses prontas do progestágeno levonorgestrel para uso pós-coital, em setembro de 1998 o Ministério da Saúde passou a adquirir o método para dispensa nos serviços públicos de saúde. Primeiro foi introduzida sua oferta em serviços públicos e/ou conveniados de atenção a vítimas de violência sexual. Posteriormente, em 2002, houve a ampliação desta aquisição e repasse, visando à prevenção de gestações não planejadas em geral, por meio da inclusão de sua disponibilidade em serviços da atenção básica de 439 municípios cadastrados como solicitantes do insumo⁶.

A partir de 2005, todos os municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes foram integrados a essa dispensa federal⁷,

um aumento de 57% que totalizou 120 mil doses/ano fornecidas. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde lançou uma norma técnica específica sobre o método, buscando orientar gestores e profissionais de saúde sobre a composição, mecanismos de ação, forma de prescrição, dosagens e forma de prescrição da CE⁸.

A importância da oferta deste método à população brasileira se pauta no seu possível impacto nos casos, não apenas no grande número de situações de violência sexual registradas anualmente no país, que atingem cerca de 7% da população⁹, mas também sobre a grande quantidade de gestações não planejadas decorrentes de relações sexuais consensuais sem proteção. Em 2010, cerca de 1/4 do total de nascimentos ocorridos no Brasil foram de mães adolescentes com até 19 anos. Ao mesmo tempo, houve 98.136 internações por abortamento não espontâneo e sem indicação médica em hospitais ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS), 21.473 delas (21,9%) apenas no estado de São Paulo¹⁰.

Outro fator de relevância para a oferta deste insumo no país é a razão de mortalidade materna, estimada em 55 mulheres a cada 100 mil nascidos vivos, incluindo casos subnotificados¹¹ que, embora tenham apresentado pequena queda em 2011¹², representam número bastante elevado, o que justifica a orientação e utilização do método para acentuar o declínio de mortes para os próximos anos.

Neste contexto, a CE aparece como método complementar emergencial para uso pós-coito de risco. Por isso, sua oferta vem sendo defendida no país pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e pela Sociedade Brasileira de Pediatria¹³, que apontam a necessidade e obrigatoriedade do profissional de medicina em fornecê-la à sua clientela em situações de risco gravídico.

No estado de São Paulo, com mais de 7 milhões de mulheres em idade reprodutiva, de 15 a 44 anos, em 645 municípios¹⁴, a oferta da CE está incluída no cuidado à saúde, podendo abarcar grande extensão de problemas de saúde sexual e reprodutiva que a atingem. O estado registra grande número de casos de gestações não planejadas, refletido em 22.512 gestações que terminaram em abortos não espontâneos em 2005, sendo 253 deles em mulheres de 10 a 19 anos, além de 104.716 gestações com nascidos vivos filhos de mães de 10 a 19 anos, registrados em 2004¹⁰.

Por isso, as dosagens de CE enviadas pelo Ministério da Saúde aos diversos municípios são fundamentais para desencaixar a política de implementação do insumo e amparar serviços locais. Para todo o estado de São Paulo, em 2005 e 2006 foram enviadas 113.006 doses do medicamento, sendo 65.370 em 2005 e 47.636 em 2006, aquém da necessidade suposta se for verificado que no país a aquisição de doses em farmácias e drogarias em 2006 foi de 3.207.017 unidades¹⁵. Proporcionalmente isto corresponderia a 640 mil doses para apenas para a localidade, que abriga mais de 1/5 da população brasileira¹⁶.

Pelo medicamento se configurar como método que amplia a saúde e, portanto, os direitos sexuais e reprodutivos da população, por ser de recente implantação, se relacionar com tabus culturais ligados à sexualidade, relações desprotegidas e confusão do uso pós-coital com o abortamento, torna-se necessário conhecer a forma como gestores gerenciam o insumo, como inserem seu fornecimento em programas e serviços, e como definem estratégias de alcance ao público que deve ser beneficiado pelo método.

Método

Este estudo foi realizado por membros do Grupo de Práticas de Saúde, do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com o objetivo de conhecer a forma como foram utilizadas as 113.006 unidades de CE enviadas pelo Ministério da Saúde em 2005 e 2006, sendo 65.370 e 47.636, respectivamente, aos municípios de São Paulo.

Buscou-se descrever as estruturas e os profissionais mobilizados e o fluxo e processos organizados para a dispensa do método, critérios para seleção e atenção aos usuários, perfil da dispensação por tipo de serviço e as formas de registro e regulação da dispensa. O levantamento utilizou um questionário semiestruturado para preenchimento por gestores municipais de saúde, contendo questões sobre a forma de organização do município em relação aos diversos tipos de serviços e fluxos para a dispensação e oferta da CE à população.

Para tanto, foram realizados seis seminários na sede do Instituto de Saúde, dirigidos a subgrupos do conjunto de 24 Direções Regionais de Saúde (DIR), transformadas, em 2007, nos atuais 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), e representantes de seus respectivos municípios, onde foi feita a sensibilização para a importância do tema e a apresentação da pesquisa e sua operacionalização. Os seminários tiveram duração de 4 horas com participantes em livre presença, registrando-se participantes de 127 municípios.

O instrumento foi enviado por e-mail aos 645 municípios, com dados coletados no período de outubro de 2006 a julho

de 2007. Em alguns casos, foi recebido por correio ou malote. Todos os respondentes assinaram o termo de consentimento informado, caracterizando livre adesão à pesquisa, conforme as recomendações vigentes de ética relacionadas ao assunto no país.

Resultados

Dos 645 municípios do estado de São Paulo, 449 (69,6%) retornaram os questionários. Apenas 64 (9,9%) haviam recebido a publicação técnica “Contracepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de Saúde”, específica para esclarecer dúvidas sobre o método e enviada em 2005/2006 pelo Ministério da Saúde.

Entre os 154 municípios listados pelo Ministério como beneficiários em 2005 e 2006 por lotes de CE, 119 (77,3%) responderam à pesquisa e apresentaram o perfil geral de áreas técnicas e serviços que potencialmente estariam envolvidos na dispensa do insumo, incluindo unidades de saúde do modelo tradicional e as de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que compõem a atenção primária em saúde (Tabela 1).

Entre os 119 municípios beneficiários com envio da CE que responderam ao estudo, 101 (84,9%) confirmaram a chegada do insumo no município e 18 (15,1%) não. Dessa forma, os resultados referem-se às características de dispensa informadas pelos que confirmaram: 40 (39,6%) que indicaram quantidades recebidas apenas em 2005; 28 (27,7%) em ambos os anos (2005 e 2006); e 21 (20,8%) apenas em 2006. Outros 12 (11,9%) não indicaram os anos ou as quantias de lotes recebidos.

Apesar da maioria dos municípios (53,5%) não ter apontado a área técnica designada como responsável pela dispensa da CE, entre os 47 (46,5%) que comunicaram, a Área de Saúde da Mulher foi assinalada como responsável pelo insumo em 21 (20,8%); a organização das farmácias em 15 (14,9%); a Vigilância Sanitária em 3 (2,9%); a Coordenação/Programa de DST/aids em 1 (0,9%); os outros setores da Secretaria de Saúde em 5 municípios (5,0%); e o próprio gabinete do gestor em 2 (2,0%).

Destes 101 municípios, 17 (16,8%) ainda não haviam iniciado a distribuição do método em serviços; 2 (2,0%) declararam

Tabela 1 – Municípios com áreas técnicas e serviços passíveis de distribuição da contracepção de emergência

	Possui		Não possui		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%
Área/Coordenação de Saúde da Mulher	105	88,2	14	11,8	-	-
Área/Coordenação de Saúde do Adolescente	51	42,9	63	52,9	6	5,0
Serviço Municipal de Saúde do Adolescente	47	39,5	68	57,1	4	3,4
Serviço Municipal de Atenção à Violência	53	44,5	-	-	-	-
Serviço Municipal de Atenção em Doenças Sexualmente Transmissíveis/aids	49	41,1	66	55,5	4	3,4
Unidades Básicas de Saúde	113	94,9	6	5,1	-	-
Unidades com Estratégia de Saúde da Família	109	91,6	10	8,4	-	-
Unidade de Pronto Atendimento Municipal	104	87,4	12	10,1	3	2,5

que não o disponibilizariam, alegando que o medicamento chegou com prazo de validade próximo do vencimento; e 5 (5,0%) não indicaram a disponibilidade. Assim, 77 municípios (76,2%) já haviam implementado a oferta da CE à população e puderam responder a todas as questões do instrumento de pesquisa.

Sobre a distribuição, algumas cidades alegaram ter realizado ações no início e durante a implementação desta política em seus serviços: 21 (27,3%) fizeram treinamentos de profissionais de saúde; 26 (33,8%) produziram e/ou distribuíram materiais técnicos sobre o método para seus profissionais; e 5 (6,5%)

entregaram materiais educativos sobre sua oferta e utilidade para o público.

Entre os 36 municípios que introduziram o método em serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, 32 (88,9%) fornecem exclusivamente em situação de violência; 23 (63,9%) a qualquer faixa etária; 32 (88,8%) sem agendamento de consulta; 17 (47,2%) com entrega feita apenas por médicos; e 15 (41,7%) por médicos e enfermeiros. Um dos serviços declarou que o procedimento só é realizado para mulheres violadas durante o período fértil (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 – Municípios do Estado de São Paulo que ofertam a contracepção de emergência conforme tipo de serviço

	Ofertam CE		Não ofertam CE		Não respondeu		Total*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pronto Atendimento/Ambulatórios								
Serviço de violência	36	70,6	11	21,6	2	7,8	42	100,0
PA municipal	42	76,4	7	12,7	6	10,9	55	100,0
Atenção para adolescentes	17	36,2	29	61,7	1	2,1	47	100,0
Serviço HIV/aids	39	79,6	2	4,1	8	16,3	49	100,0
Rede Básica								
Unidade Básica de Saúde	67	59,3	40	35,4	6	5,3	113	100,0
Unidade de Estratégia de Saúde da Família	39	35,8	63	57,8	7	6,4	109	100,0

*Municípios que dispõem desse tipo de serviço em sua rede municipal.

CE: Contracepção de emergência.

Tabela 3 – Municípios que disponibilizam a contracepção de emergência conforme características da organização nos serviços de especialidades*

	Serviços de Atenção Violência		Pronto Atendimento		Serviços para Adolescentes		Serviços de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Situação								
Apenas violência	32	88,9	14	33,3	2	11,8	4	10,3
Outras situações	1	2,8	25	59,5	14	82,4	34	87,2
Não respondeu	3	8,3	3	7,1	1	5,9	1	2,5
Público-alvo								
Qualquer idade	23	63,9	27	64,3	3	17,6	24	61,5
Apenas adultas	1	2,8	4	9,5	2	11,8	2	5,1
Apenas adolescentes	2	5,6	3	16,7	11	64,7	3	7,7
Não especificou	10	27,8	8	19,1	1	5,9	10	25,7
Agendamento								
Necessita	4	11,1	3	7,1	5	29,4	30	76,9
Não necessita	32	88,9	6	14,3	12	70,6	9	23,1
Não respondeu	0	0	8		0	0	0	0
Quem fornece								
Apenas médico	17	47,2	6	14,3	8	47,1	19	48,7
Médico/enfermeiro	15	41,7	7	16,7	9	52,9	18	46,2
Outro profissional	4	11,1	4	9,5	0	0	2	5,1
Não sabe/não respondeu	0	0	19	52,8	0	0	0	0
Média mensal								
1 a 3 doses	12	33,3	18	42,8	5	29,4	19	48,7
4 a 10 doses	6	16,7	7	16,7	1	5,9	7	17,9
11 a 20 doses	2	5,6	0	0	0	0	1	2,6
21 a 30 doses	3	8,3	2	4,8	0	0	0	0
31 a 50 doses	0	0	0	0	0	0	0	0
Acima de 51 doses	0	0	1	2,4	0	0	0	0
Não sabe/ não respondeu	13	36,1	14	33,3	11	64,7	12	30,8

*Valores calculados sobre total de 36 serviços de atenção à violência, 42 pronto socorros municipais, 17 serviços de atenção ao adolescente e 39 serviços de atenção em doenças sexualmente transmissíveis/aids que distribuem contracepção de emergência.

Considerando os 104 municípios com serviços municipais de Pronto Atendimento, 42 (40,3%) afirmam ter introduzido à dispensa do método em caso de procura. Neles, 25 (59,5%) fornecem a CE em qualquer situação de risco de gravidez, porém em 14 (33,3%) a oferta é feita apenas em casos de violência sexual, e em 27 (64,3%) para mulheres de qualquer faixa etária, incluindo adolescentes (Tabelas 2 e 3).

Dos 17 municípios que inseriram a distribuição da contraceção de emergência em seus serviços de atenção ao adolescente, 14 (82,4%) afirmaram fornecer o medicamento em qualquer situação de risco de gravidez. Inversamente aos outros serviços, 11 municípios (64,7%) priorizaram a atenção exclusiva de adolescentes, embora 3 (17,6%) forneçam o método também para mulheres adultas. Os atendimentos são realizados em 8 municípios (47,1%) apenas por médicos e em 9 (52,9%) por médicos e/ou enfermeiros (Tabelas 2 e 3).

Quanto às 39 cidades que introduziram o método em serviços de atenção em DST/aids, 34 (87,2%) fornecem a CE em qualquer situação de risco de gravidez, embora 4 (10,3%) afirmem a oferta apenas em situação de violência sexual. O público beneficiado pelo medicamento foi de todas as faixas etárias em 24 municípios (61,5%). Em metade a CE é entregue apenas por profissional médico e na outra parte por médicos e enfermeiros (Tabelas 2 e 3).

Entre os 67 municípios que introduziram a CE em unidades básicas de saúde que adotam o modelo tradicional, diferente da ESF, 45 (67,1%) realizam a oferta em mais de 70% de suas unidades. O fornecimento do método é realizado por 52 (77,6%) em qualquer situação de risco de gravidez; por 49 (73,1%) sem a necessidade de agendamento; em 30 (44,8%) é entregue por médico ou enfermeiro; em 25 (37,3%) apenas por médico; e em 35 (52,2%) para mulheres de qualquer idade, incluindo adolescentes (Tabela 4).

Dos 39 municípios que implementaram a distribuição da CE na ESF, 32 (82,1%) o fazem em mais de 70% das unidades. Dois municípios (5,1%) fornecem o método apenas em casos de violência sexual e 36 (92,3%) em qualquer situação de risco de gravidez e em 25 (64,1%) em qualquer faixa etária (Tabela 4).

Com relação à dispensa, dos 77 dos municípios que haviam iniciado a oferta de CE, 42 deles (54,5%) afirmaram realizar registro sistemático da entrega do método por meio de anotações em prontuários ou em outros instrumentos, sendo que 22 (52,4%) realizam o registro em todos os serviços e 20 (47,6%) em apenas alguns deles (Tabela 5).

Os registros variam conforme o tipo de serviço. Verifica-se que 18 deles (50,0%) têm sistematização nos serviços de violência sexual; 7 (41,2%) em serviços de atenção ao adolescente; e 16 (38,1%) em serviços de Pronto Atendimento. O registro sistemático da dispensa em unidades básicas de saúde, incluindo as ESF, é realizado por menos de um terço do total (Tabela 5).

Tabela 4 – Municípios que disponibilizam a contraceção de emergência conforme características da organização dessa oferta nos serviços da atenção básica

	Unidades Básicas de Saúde tradicionais		Unidades com Estratégia de Saúde da Família	
	n	%	n	%
Cobertura das unidades				
1 a 5%	1	1,5	0	0
6 a 10%	4	6,0	0	0
11 a 20%	4	6,0	0	0
21 a 30%	0	0	1	2,6
31 a 50%	4	6,0	0	0
51 a 70%	2	3,0	0	0
71 a 90%	3	4,4	1	2,6
91 a 100%	42	62,7	31	79,5
Não respondeu	7	10,4	6	15,3
Situação				
Apenas violência	7	10,4	2	5,1
Qualquer situação de risco	52	77,6	36	92,3
Não respondeu	8	12,0	1	2,6
Público-alvo				
Qualquer idade	35	52,2	25	64,1
Apenas adultas	1	1,5	1	2,6
Apenas adolescentes	6	9,0	4	10,2
Não especificou	25	37,3	9	23,1
Agendamento				
Necessita	14	20,9	8	20,5
Não necessita	49	73,1	26	66,7
Não respondeu	4	6,0	5	12,8
Quem fornece				
Apenas médico	25	37,3	14	35,9
Médico ou enfermeiro	30	44,8	17	43,6
Outros profissionais	7	10,4	3	7,7
Não sabe/não respondeu	5	7,5	5	12,8
Média mensal fornecida				
1 a 3 doses	14	20,9	11	28,2
4 a 10 doses	9	13,4	5	12,8
11 a 20 doses	4	6,0	2	5,1
21 a 30 doses	2	3,0	1	2,6
31 a 50 doses	4	6,0	2	5,1
Acima de 51 doses	7	10,4	3	7,7
Não sabe/não respondeu	2	3,0	15	38,5

*Total de 67 municípios que ofertam contraceção de emergência em Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional.

**Total de 39 municípios que ofertam contraceção de emergência em unidades que adotam Estratégia de Saúde da Família.

De todos os municípios que confirmaram o recebimento da CE pelo Ministério da Saúde em 2005 e/ou 2006, 16 (20,8%) declararam enfrentar resistência para a implementação da política de dispensa do método (Tabela 6).

As outras resistências citadas revelam a discussão de entrega para adolescentes, sobre a possibilidade de prescrição do insumo em serviços por profissionais da enfermagem, o medo de reações do público quanto ao método e dúvidas do próprio profissional quanto à possibilidade da contraceção de emergência ser abortiva.

Tabela 5 – Municípios com registro sistemático de entrega da contracepção de emergência para o público, por tipo de serviço

	Registro completo		Registro parcial		Não registra		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Ambulatórios								
Serviço de violência	18	50,0	10	27,8	8	22,2	36	100,0
Pronto Atendimento municipal	16	38,1	7	16,7	19	45,2	42	100,0
Atenção para adolescentes	7	41,2	4	23,5	6	35,3	17	100,0
Serviço HIV/aids	15	38,5	12	30,8	12	30,8	39	100,0
Rede básica	18	26,9	14	20,9	35	52,2	67	100,0
Unidade Básica de Saúde	11	28,2	8	20,5	20	51,3	39	100,0
Unidade de Estratégia Saúde da Família	18	50,0	10	27,8	8	22,2	36	100,0

Tabela 6 – Foco de resistência para implementação da contracepção de emergência

	n	%*
Origem de resistência à contracepção de emergência		
Secretaria Municipal de Saúde e gestores	5	31,3
Serviço de atenção à violência	8	50,0
Pronto Atendimento municipal	2	12,5
Serviços de atenção para adolescentes	3	18,8
Serviços de atenção HIV/aids	1	6,3
Unidades Básicas de Saúde	10	62,5
Unidades de Estratégia Saúde da Família	6	37,5
Outra resistência	16	100,0

*Percentuais não excludentes.

Discussão

A falta de preparo técnico das equipes de saúde para lidar com a CE, verificada em pelo menos 30% das secretarias municipais de saúde do estado de São Paulo, revela-se como a principal causa das dificuldades de implementação do método. A necessidade de atualização de equipes técnicas e de gestores sobre o assunto é iminente, já que desde a sua introdução no país, autores^{4,17,18} advertem para a pouca compreensão de seu mecanismo de ação, associando-o erroneamente como método abortivo, efeito já contestado e esclarecido pelo manual técnico produzido pelo Ministério da Saúde⁸.

Isso colabora para que a CE seja evitada por indivíduos e instituições com posicionamento ético-religioso^{19,20}, situação que se agrava quando grupos conservadores da sociedade civil tomam iniciativas no campo legislativo, municipal ou estadual, apresentando projetos de lei para proibir a sua dispensa e comercialização²⁰, a exemplo do ocorrido nos municípios de Jacareí, São José dos Campos e Jundiá, julgados inconstitucionais pelo Ministério Público.

Esses movimentos se opõem à política de expansão e acesso ao planejamento familiar, bem como aos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo a oferta da CE adotada no Plano de Metas do Ministério da Saúde²¹. Ao mesmo tempo, não é conhecido se esses movimentos se configuram apenas como manifestações isoladas ou estão presentes entre os profissionais ou gestores das secretarias de saúde municipais, responsáveis pela aplicação desta política pública.

Nota-se que dúvidas com relação à entrega do método para adolescentes estão presentes, como o apontado em artigo específico sobre o tema²², além de quais profissionais estariam ou não autorizados a prescrevê-lo ou fornecê-lo.

O Relatório de Gestão 2003 a 2006 sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde¹⁹, registra que “a implantação da contracepção de emergência em serviços deve definir claramente rotinas, instrumentais de registro e prescrições, orientar a capacitação continuada dos profissionais sobre mecanismos de ação e forma de administração do método”, o que inclui a divulgação para a população sobre a indicação e disponibilidade, principalmente entre as mulheres, com uso da mídia, folhetos e orientação em reuniões de planejamento familiar e de educação em saúde ocorreu no Rio Grande do Norte, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), em 1999^{23,24}.

Apesar dos entraves, observa-se que a maior parte dos municípios do estado de São Paulo integra a dispensa da CE nos seus serviços, principalmente nos de especialidades e ambulatoriais, como na atenção em DST/AIDS, violência sexual e Pronto Atendimento. A implementação dessa política é promissora quando há empenho e continuidade de proposição da equipe gestora, como já constatado pelo Governo Federal¹⁹.

Observa-se que poucos municípios aproveitam o potencial dos serviços de atenção à violência sexual para outros casos de risco de gravidez, em que o método é necessário. Geralmente isso ocorre em serviços de Pronto Atendimento, embora em um terço das cidades exista a orientação de uso do método após situação de violência sexual.

Assim, o grande potencial de acesso da população à CE é a sua oferta na rede básica de saúde. Porém, verifica-se que quase a metade da rede básica dos municípios não incorporou a oferta da CE e, na outra metade, o quantitativo dispensado é bastante restrito, explicitando a falta de divulgação do insumo à população. A situação é ainda mais restrita em unidades que atuam com o modelo da ESF, sendo que em quase 70% dos municípios não foi incluída a dispensa do método.

Além da oferta às pacientes, a CE tem sido fornecida em serviços de atenção em DST/AIDS. Inclusive, em um dos municípios

pesquisados ficou responsável pelo insumo, indicando a possibilidade de integração entre a atenção em saúde reprodutiva e a prevenção do HIV, além do amparo a portadoras do vírus que utilizam exclusivamente o preservativo e podem necessitar, com mais frequência, da contracepção de emergência²⁵.

Em 10% dos municípios, as unidades de saúde selecionam a demanda pelo método, orientando o seu uso apenas em situações de violência sexual. Outros 10% não o disponibiliza para adolescentes. A baixa dispensa mensal na atenção básica, tanto em unidades comuns quanto de ESF, sugere que existam obstáculos na demanda de quem necessita do método, principalmente as adolescentes.

Das cidades com serviços de atenção para adolescentes, apenas 36,2% incluíram a CE, demonstrando desconhecimento da necessidade de prevenção da gravidez não planejada, ressaltada em outros trabalhos²⁶. A situação fica bastante explícita em 10% de municípios que não oferecem o método para menores de 18 anos nos Pronto Atendimentos, serviços de violência sexual e serviços de DST/AIDS, o que define prática discriminatória, uma vez que o risco de relação sexual desprotegida é maior entre adolescentes do que entre mulheres adultas.

Isto revela a desinformação sobre as mudanças de legislação em atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, fundamentadas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)²⁷, bem como atitudes de profissionais de saúde que condenam a prática sexual de adolescentes. O julgamento moral como forma para estabelecer critérios de oferta da CE é frequentemente registrado¹⁹.

Quase 25% dos profissionais de saúde envolvidos na dispensa do método não o forneciam para situações diferentes do estupro, acreditando que algum contraceptivo deveria ter sido empregado antes da relação sexual. Segundo relatório do Ministério da Saúde, isso apenas reforça a atribuição de culpa da mulher pela relação sexual sem proteção¹⁹.

A questão da atenção ao adolescente se agrava quando se exclui 11,8% dos municípios que fornecem a CE nos serviços específicos de atenção ao adolescente apenas em casos em que houve violência sexual, apontando que justamente os serviços que deveriam estabelecer maior vínculo com este público e estratégias mais resolutivas para seus problemas não o realiza.

Atribuir a não atenção de situações de risco ao receio de divulgação e utilização abusiva do método entre jovens também não

se justifica, na medida em que a maioria deles já conhece a CE por informações de seus pares²⁸⁻³⁰. Da mesma forma, pesquisas nacionais e internacionais demonstram que a oferta do método não promove redução de uso de contraceptivos pela maioria dos adolescentes³⁰⁻³⁵. Observou-se percentagem significativa de municípios que adota apenas o médico como profissional habilitado para prescrever a CE no serviço público. Nestes casos, deixam de incorporar profissionais da enfermagem na dispensa do anticoncepcivo, mesmo sendo permitido pela Lei de Exercício Profissional n° 7.498/86³⁶ e pela Resolução n° 271/02³⁷, que dão competência ao enfermeiro para o fornecimento da informação e ações de contracepção, incluindo contraceptivos orais hormonais e, portanto, a CE. A pesquisa aponta que apenas em serviços ambulatoriais de DST/AIDS, de atenção ao adolescente e de vítimas de violência sexual, enfermeiros são incluídos para prescrever a contracepção.

Considerações finais

O estudo aponta divergências dos registros federais de oferta da CE enviados aos municípios com o controle de dispensa realizado por eles. Ao mesmo tempo, materiais técnicos produzidos centralmente não chegam à maioria dos profissionais nos serviços públicos de saúde, indicando a necessidade de rever a estratégia de relação federal-municipal.

A oferta da CE na rede básica de saúde dos municípios do estado de São Paulo está ampliando rapidamente e chega a um terço das cidades com ESF e que adotam modelo de demanda espontânea nas clínicas básicas de pediatria, clínica médica e ginecologia e obstetrícia, cobrindo em até 62% deles mais de 70% das unidades.

Ao contrário do previsto, foi na atenção básica, principalmente na ESF, a declaração de menor oferta, mesmo com a proximidade com a comunidade, sugerindo a necessidade de melhoria na orientação e atualização das equipes nesse tema.

A atualização de profissionais de saúde sobre legislações em vigor relativas aos direitos e práticas de atenção em saúde sexual e reprodutiva deveria incluir especial atenção para campanhas de informação. Da mesma forma, nota técnica do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) poderia ser elaborada para elucidar o papel desses profissionais na prescrição de métodos contraceptivos hormonais e da CE.

Referências bibliográficas

1. International Consortium for Emergency Contraception. About [Internet]. 2011 Mar [citado 2011 Mar 22]. Disponível em: <http://www.cecinfo.org/about/history.ht>
2. World Health Organization (WHO). Emergency contraception: a guide for service delivery. Geneva: WHO; 1998.
3. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. Consultoría para la elaboración del "Índice CLAE" de acceso a la anticoncepción de emergencia. Informe Final. La situación de la anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe: barreras y facilitadores en la accesibilidad [Internet]. 2010 Out [citado 2011 Mar 23]. Disponível em: <http://www.redece.org/indiceclae.pdf>

4. Galvão L, Díaz J, Díaz M, Osis MJ, Clark S, Ellertson C. Emergency contraception: knowledge, attitudes and practices among Brazilian obstetrician-gynecologists. *Int Fam Plan Perspect*. 1999;25(4): 168-71.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Técnica de Planejamento Familiar. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
6. Figueiredo R. Contraceção de emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. *Rev Saúde Sex Reprod*. [periódico na Internet]. 2004 Set. [citado 2012 Fev 23]; [cerca de 18 p.]. Disponível em: <http://www.redece.org/ipas.pdf>
7. Figueiredo R. Contraceção de emergência: estratégia fundamental para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de jovens e adolescentes. In: Arilha M, Lapa TS, Pisaneschi TC, orgs. *Contraceção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo: Oficina Editorial; 2010. p. 121-34.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. *Anticoncepção de emergência — perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes — norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. [Internet]. 2011 Fev [citado 2012 Fev 23]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
11. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Perfil de mortalidade do brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
13. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Educação Médica Continuada* [Internet]. [citado 2011 Ago 24]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=1298&tipo_detalhe=S
14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. *Indicadores* [Internet]. [citado 2011 Fev 23]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php
15. Bastos S, Bonfim JRA, Kalckmann S, Figueiredo R, Fernandes MEL. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contraceção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo. *Saude Soc*. 2009;18(4):787-99.
16. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Indicadores socioeconômicos dos municípios* [Internet]. [citado 2011 Fev 23]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/visitacao/apresentacao.pps>
17. Figueiredo R. *Relatório do Subprojeto II Treinamento de Formação de Multiplicadores em Contraceção de Emergência: voltando-se ao público adolescente* [Internet]. [citado 2011 Fev 23]. Disponível em: <http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/relat2treinamentoce.pdf>
18. Alves SV, Ludemir AB, Ribeiro C. *Diagnóstico da contraceção de emergência na rede municipal de saúde do Recife*. Recife: Grupo Curumim; 2004. [citado 2011 Fev 23]. Disponível em: http://www.ccr.org.br/uploads/noticias/Diag_Contracecao.pdf
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Relatório de gestão 2003 a 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
20. Arilha M, Lapa TS, Pisaneschi TC, editors. *Contraceção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo: CCR/CEBRAP; 2010.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Plano de Ação 2004-2007*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Figueiredo R, Bastos S, Telles JL. Perfil da distribuição da contraceção de emergência para adolescentes em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2012;22(1):105-15.
23. Omossoroense Regional. *Projeto atende população de 30 municípios* [documento na Internet]. [citado 2011 Mar 22]. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/omossoroense/3010/regional.htm>
24. Macedo ALS. *Relatório Final. Projetos BRA 98/P04 Estruturação e Melhoria da Assistência à Saúde Reprodutiva e BRA 97/P02 Assistência Tutorial*. Natal: Coordenação de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte; 2002.
25. Figueiredo R. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contraceção de emergência entre mulheres com HIV/aids. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(suppl 1):1175-83.
26. Figueiredo R, Andalaft Neto J. Uso de contraceção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. *Revista da SOGIA-BR*. 2005; 6(2):3-6.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *Marco legal. Saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
28. Borges ALV, Fujimori E, Hoga LAK, Contin MV. Práticas contraceptivas entre jovens universitários: o uso da anticoncepção de emergência. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):816-26.
29. Araújo MSP, Costa LOBF. Comportamento sexual e contraceção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):551-62.
30. Figueiredo R, Pupo LR, Segri NJ. Comportamento sexual preventivo de adolescentes de São Paulo – um estudo com estudantes do ensino médio. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2008;46:31-3.

31. Camp SL, Wilkerson DS, Raine TR. The benefits and risks of over-the-counter availability of levonorgestrel emergency contraception. *Contraception*. 2003;68(5):309-17.
32. Belzer M, Yoshida E, Tejjirian T, Tucker D, Chung K, Kathleen S. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *Journal of Adolescent Health*. 2003;32(2):122-3.
33. Raine TR, Harper CC, Rocca CH, Fischer R, Padian N, Klausner JD, et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(1):54-62.
34. Figueiredo R, Peres C. Relatório final da pesquisa estudo exploratório sobre uso de contracepção de Emergência por adolescentes. I Conferência del CLAE – Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y En Caribe [documento na Internet]. [citado 2011 Jan 13]. Disponível em: <http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/ce-sp.pdf>
35. Lefèvre AMC, Santos NG, Balbinot R, Araújo SDT, Yokomizo PS. O profissional de saúde, o adolescente e a contracepção de emergência: ajudando a decidir: guia de orientação para o profissional de saúde. São Paulo: Instituto de Pesquisas do Discurso do Sujeito Coletivo; 2010.
36. Brasil. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1986.
37. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-271/02 – Revogada pela Resolução COFEN-314/2007 [Internet]. [citado 2011 Fev 23]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4308>

Recebido em: 10/04/2012

Aprovado para publicação em: 03/05/2012