

BIS

Boletim do Instituto de Saúde

Volume 15 – nº 2 – Dezembro 2014

ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



*Os desafios do trabalho
na atenção básica*

Planejamento Familiar e Reprodutivo na Atenção Básica do Município de São Paulo: direito constitucional respeitado?

Family and reproductive planning in primary care of city of São Paulo: constitutional right respected?

Regina Figueiredo¹ Júlio Mayer de Castro F⁰² Suzana Kalckmann³

Resumo

O artigo analisa a implementação da política de Planejamento Familiar no município de São Paulo mediante a avaliação da oferta de contraceptivos na atenção básica, considerando a diversidade de OSSs na gestão das UBSs.

A Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e o Instituto de Saúde realizaram um levantamento da disponibilização de métodos nas 435 unidades básicas de saúde, entre maio e dezembro de 2010. Responderam à pesquisa 97,5% dos serviços. Entre os serviços que deram retorno: 99,5%, 96,5% disponibilizam preservativos masculinos e preservativos femininos, respectivamente. Os anticoncepcionais hormonais: pílula, injetáveis e contracepção de emergência eram ofertados por 99,8%, 99,3% e 95,3%; a inserção de DIU por 64% dos serviços. Laqueaduras e vasectomias eram encaminhadas por quase todas as UBSs, porém na zona sul e leste da cidade há um percentual de serviços que não estão realizando este procedimento. Apesar de praticamente todos os serviços disponibilizarem pelo menos um tipo de método para adolescentes, há restrições ao acesso à contracepção de emergência e preservativo feminino. Nota-se que há diversidade entre os serviços, com UBSs atuando de forma divergente com as diretrizes propostas pela Secretaria Municipal. Observa-se que entre as unidades sob gestão de entidades ligadas a grupos religiosos há menor proporção de serviços que disponibilizam a contracepção de emergência, de DIU, de encaminhamento e realização de laqueaduras e vasectomias e na atenção de adolescentes, principalmente na região sul e leste da cidade. O levantamento aponta a necessidade de padronizar a orientação contraceptiva de forma que promova a equidade, reforçar treinamentos entre gestores e profissionais de saúde dos serviços. Esforços são necessários para garantir o cumprimento de normas nacionais, estaduais e municipais de Planejamento Familiar, independentemente das entidades gestoras. É fundamental garantir a equidade na promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva.

Palavras-chaves: Planejamento Familiar; contracepção; prevenção de gravidez, atenção básica;

Abstract

The article reports survey of supply of contraceptive options and surgical sterilization in 435 primary care units in São Paulo. The services survey respondents through a questionnaire online from May to December 2010. Responded to the survey 97.5% services, including provision of contraceptives in all services that offer 99.5%, male condoms, female condoms 96.5%, 99.8% oral contraceptives, injectable contraceptives 99.3% and 64% IUD, 95.3% emergency contraception. Tubal ligations and vasectomies are being addressed in almost all services, but in the area south and east of the city there is a percentage of services that are not performing this procedure. The provision of contraception for adolescents is not performed in all services, especially access to emergency contraception and female condoms. Note that services that are managed by entities associated with some religious groups have a lower frequency in the provision of emergency contraception, the IUD, referral and performing tubal ligations and vasectomies and treatment of adolescents, especially in south and east of the city. The survey indicates the need to standardize the orientation of contraceptive is to promote equity, strengthen training of managers and professionals of health services and ensure compliance with the standards of national, state and local family planning in their actions, regardless of the entities management in order to ensure impartial ethics in promoting sexual and reproductive health, to promote the prevention of unplanned pregnancies and abortions occur among Brazilian women.

Key-boards: primary care, family planning, contraception, pregnancy prevention

¹ Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Doutoranda em Saúde Pública pela USP e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

² Júlio Mayer de Castro Filho (jmcastro@prefeitura.sp.gov.br) é ginecologista e ex-Coordenador de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (gestão dezembro 2006 a abril 2012).

³ Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.sp.gov.br) é bióloga, mestre em Epidemiologia, doutora em Ciências, área de concentração Infectologia em Saúde Pública, Pesquisadora Científica VI e Docente do Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde.

Introdução

A oferta de métodos contraceptivos reversíveis na rede pública de saúde brasileira foi proposta nacionalmente pelo PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 1983¹⁹, que incorporou uma série de reivindicações do movimento feminista e de mulheres no Brasil⁴. Este documento previa a oferta universal de anticoncepcionais, orientações e acompanhamento do uso, mediante as ações integradas ao atendimento integral à mulher. Tal proposta explicitava o modelo de Planejamento Familiar que deveria ser adotado no país, opondo-se à posição de países que adotavam o controle demográfico. O Planejamento Familiar proposto defendia o acesso amplo a informações e insumos contraceptivos que permitissem à mulher exercer suas próprias decisões quanto à fertilidade, ou seja, o momento e o número de filhos que desejasse ter.

Esse exercício de autorregulação da fertilidade foi incorporado como direito de cidadania na Constituição Brasileira de 1988⁵, que consolidou o processo democrático no país, incluindo o acesso à saúde pública.

O poder público, através do SUS – Sistema Único de Saúde, conforme definido na Lei nº 8.080⁷, deverá fornecer informações e insumos e práticas cientificamente comprovadas e aprovadas no país pela ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. As alternativas incluem opções contraceptivas reversíveis (orientações sobre os métodos comportamentais, pílula anticoncepcional com diferentes dosagens hormonais, injetáveis, DIU – dispositivo intrauterino, diafragma, preservativo masculino)⁹ e a contracepção de emergência. A contracepção de emergência foi incorporada em 1999 em programas de atenção a vítimas de violência sexual e a partir de 2002 passou a ser disponibilizada na atenção

básica de alguns municípios, sendo ampliada esta oferta nacionalmente em 2005 e 2006⁹.

A partir de 1996, atendendo à Lei do Planejamento Familiar nº 9.263⁸, o SUS passou a ser responsável por oferecer também as esterilizações cirúrgicas feminina e masculina, para indivíduos acima de 25 anos ou com pelo menos dois filhos.

No Município de São Paulo, além da oferta de todos esses métodos na rede de atenção básica, incluindo a contracepção de emergência (a partir de 2004), há também a disponibilização de preservativo feminino¹⁷, a partir de 2007.

Com relação a adolescentes especificamente (indivíduos de 12 a 18 anos incompletos), o município incorporou por meio da Portaria nº 295 de 2004²⁴, reforçada pelo protocolo de distribuição de contraceptivos elaborado em 2007¹⁰ e as orientações federais de oferta de informação, o acesso a esses insumos a este público¹¹, atendendo à igualdade de atenção à saúde prevista no ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente⁶. Esses documentos versam sobre a responsabilidade de serviços e profissionais de saúde da rede básica para que incentivem o uso de prevenção contraceptiva entre o público adolescente, com o auxílio da disseminação de informação e oferta de todas as opções contraceptivas reversíveis para os sexualmente ativos que os solicitarem, observando apenas como conduta a análise de critérios médicos para sua prescrição visando à redução de casos de gestação não planejada e abortos. Além disso, salienta o incentivo e facilitação ao acesso de métodos contraceptivos de barreira, visando à prevenção da gravidez e, em especial, às doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a aids.

Concomitantemente a esses avanços da legislação para ampliar o acesso das mulheres ao Planejamento Familiar, a partir de 1993, se inicia no país a reorganização da rede básica de

atenção à saúde, com a coexistência de vários modelos organizacionais (tradicional, escola, com agentes comunitários (PAC), programa de saúde da família (PSF) e de gestão (pela administração direta e pelo setor privado)¹⁴.

Segundo Ibanez: “a municipalização dos serviços de saúde cujos processos de implementação e regulamentação ocorreram através das NOBs 93 e 96, com a definição de competências para a gestão do SUS e gerência das unidades de saúde, nesta instância descentralizada, orienta a mais recente inflexão da gestão estadual do SUS”²⁰.

Com isso, gradativamente, muitos serviços passaram a ser gerenciados pelas Organizações Sociais (OSs) que são instituições do setor privado sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado, conforme previsto na lei orgânica (Lei nº 8080/90).

Em 2010, o município de São Paulo contava com 435 UBSs: 143 (32,9%) sob administração direta e 292 (67,1%) sob gestão de 11 organizações da sociedade civil (OSs), seguindo a política de terceirização implementada pela Lei Complementar Estadual nº 846²³ e pela Lei Municipal 14.132²⁵. As OSs gerenciando UBSs do município eram:

1. Fundação Faculdade de Medicina da USP (FFM)
2. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (SC)
3. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)
4. Casa de Saúde Associação Santa Marcelina,
5. Associação Saúde da Família (ASF)
6. Associação Congregação de Santa Catarina (ASC)
7. Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM)
8. Instituto Adventista de Ensino do Centro Universitário Adventista de SP

9. Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA)

10. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

11. Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI-SP)

Na figura 1 pode-se ver a distribuição geográfica das OSs no município, conforme as cinco Coordenadorias Regionais de Saúde²⁶: Norte, Sudeste, Leste, Centro-Oeste e Sul.

Considerando que, além do grande porte populacional, no município de São Paulo há grande heterogeneidade organizacional e de gestão de Unidades Básicas de Saúde (UBS), surge a questão que motivou a realização deste trabalho: verificar se os serviços de atenção básica estão disponibilizando os insumos para o Planejamento Familiar, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, com equidade.

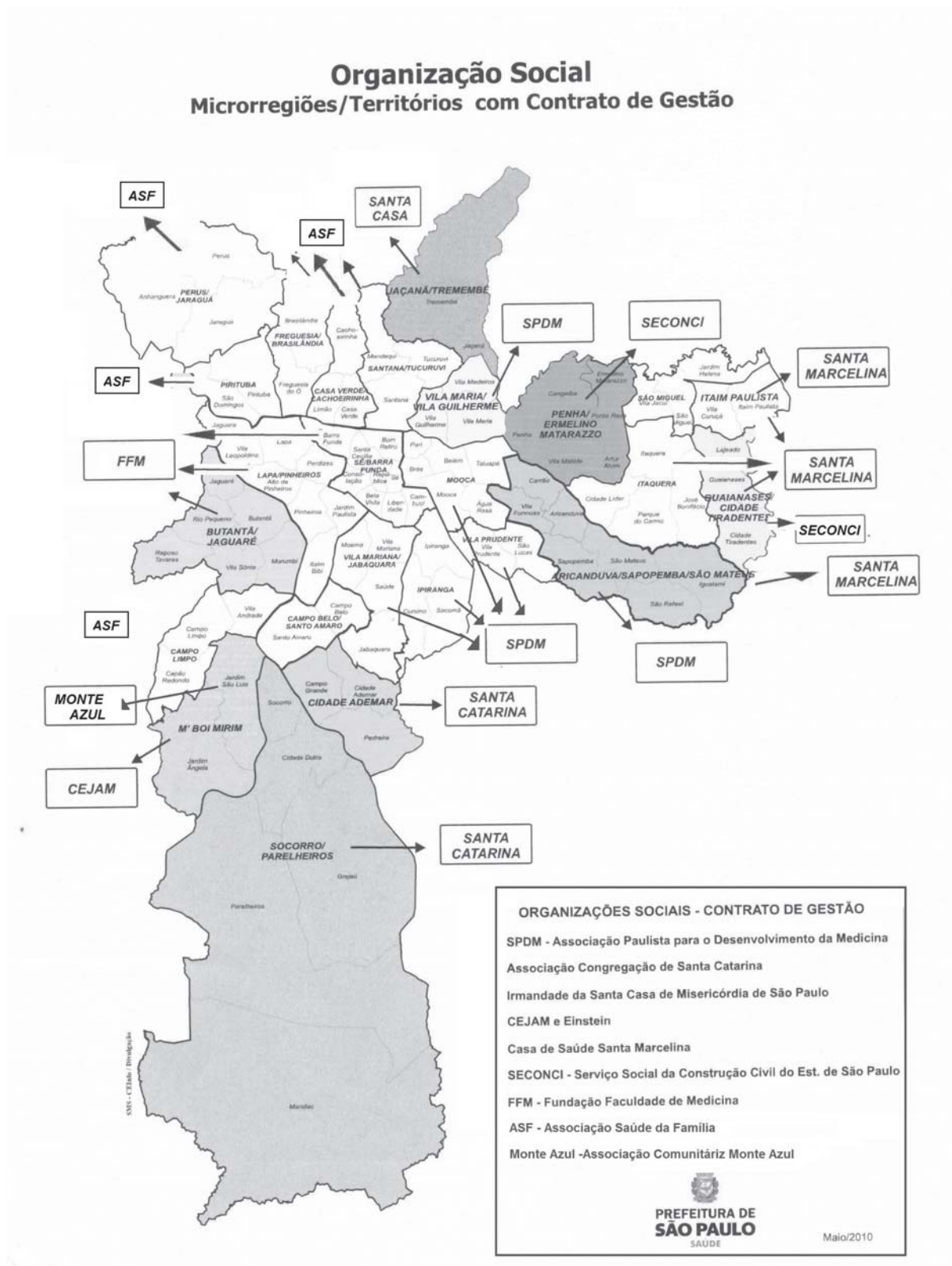
Objetivo

Avaliar a implementação da política de Planejamento Familiar (oferta de contraceptivos) na atenção básica do município de São Paulo.

Metodologia

A Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) e o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizaram um levantamento sobre a disponibilização de métodos contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo, no período de maio a dezembro de 2010. Foram incluídas todas as unidades básicas de saúde em funcionamento no município, inclusive as que adotam a Estratégia de Saúde da Família.

Figura 1. Mapa do município de São Paulo com detalhamento das microrregiões e das OSs que gerenciam serviços de saúde, 2010.



O levantamento foi realizado mediante o envio de questionário por e-mail para as 435 UBSs do município, para ser preenchido por profissionais-chaves de cada UBSs, na carta-convite designados como “responsáveis pelo Planejamento Familiar”. O questionário semiestruturado investigou a oferta de métodos contraceptivos reversíveis e irreversíveis, o tipo de público beneficiado e os fluxos de encaminhamento realizados para esterilizações cirúrgicas e colocações de DIU. Foram excluídas questões sobre o diafragma, devido à baixa promoção do método nesses serviços.

Esta avaliação foi realizada após várias intervenções em Planejamento Familiar realizadas no período de 2007-2009 pela Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em parceria com o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na rede básica do município de São Paulo: mais de 35 treinamentos que atingiram cerca de 1.500 funcionários, 30 visitas de supervisão, distribuição de materiais de atualização técnica e de difusão de métodos à população. Nessas intervenções, a

atenção aos adolescentes e a implementação do preservativo feminino foram priorizadas.

Resultados

O questionário foi respondido por 424 (97,5%) UBSs. Apenas na Coordenadoria Norte todos os serviços responderam; na Coordenadoria Centro-Oeste houve 2,9% de não resposta; na Leste, 2,7%; na Sudeste, 2,2% e na Sul, 2,6%, o detalhamento da oferta de contraceptivos por supervisão de saúde pode ser observado na tabela 1.

Todas as UBSs referiram fazer dispensação de métodos contraceptivos, sendo a pílula anti-concepcional o contraceptivo mais disponibilizado, por 99,8% delas, seguido pelo preservativo masculino (99,5%), pela injeção contraceptiva (99,3%) e pelo preservativo feminino (96,4%). Somente 63,2% estavam realizando a colocação de DIUs; outras 31,4% realizam encaminhamentos desta colocação para outros serviços e 4,7% que não colocavam e nem orientavam tal procedimento (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição percentual de UBSs do município de São Paulo por oferta de contraceptivos, segundo Supervisão de Saúde, 2010.

Supervisão (número de UBS)	Preserv masc	Preserv fem	Pílula horm	Injetável horm	DIU	
					Coloca	Encaminha
Butantã (13)	100,0	100,0	100,0	100,0	92,3	0,0
Lapa/Pinheiros (13)	100,0	100,0	100,0	100,0	92,3	7,7
Sé (7)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Cidade Tiradentes (12)	100,0	100,0	100,0	100,0	16,7	66,7
Erm.Matarazzo/S. Miguel (26)	100,0	92,3	100,0	100,0	69,2	30,8
Guaianases (13)	100,0	92,3	92,3	100	84,6	0,0
Itaim Paulista (15)	100,0	100,0	100,0	100,0	60,0	26,7
Itaquera (22)	100,0	100,0	100,0	95,5	81,8	13,6
São Mateus (21)	100,0	90,5	100,0	100,0	71,4	19,0
C.Verde/Cachoeirinha (12)	100,0	100,0	100,0	91,7	50,0	41,7
Freguesia do Ó/Brasilândia (15)	100,0	93,3	100,0	100,0	46,7	33,3

continuação da tabela 1

Supervisão (número de UBS)	Preserv masc	Preserv fem	Pílula horm	Injetável horm	DIU	
					Coloca	Encaminha
Pirituba/Perus (25)	100,0	92,0	100,0	100,0	64,0	36,0
Sant/Tucur./Jaç/Trem (19)	100,0	89,5	100,0	100,0	84,2	10,5
Vila Maria/ V.Guilherme (12)	100,0	91,7	100,0	100,0	100,0	0,0
Ipiranga (17)	94,1	100,0	100,0	100,0	82,4	17,6
Mooc/Aric./Form/Car (17)	100,0	94,1	100,0	100,0	94,1	5,9
Penha (19)	100,0	100,0	100,0	94,7	68,4	26,3
V. Mariana/Jabaquara (12)	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	25,0
V.Prudente/Sapopemba (22)	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	40,9
Campo Limpo (27)	100,0	96,3	100,0	100,0	59,3	37,0
Capela do Socorro (15)	100,0	100,0	100,0	100,0	46,7	53,3
M'Boi Mirim (30)	100,0	96,7	100,0	100,0	30,0	66,7
Parelheiros (18)	94,4	100,0	100,0	100,0	16,7	72,2
S ^o Amaro/Cid. Ad (22)	100,0	95,5	100,0	100,0	45,5	54,5
Total (424)	99,5	96,5	99,8	99,3	63,2	31,4

O preservativo feminino, integrado à grade de dispensação das UBSs no final de 2007, estava sendo ofertado por 96,5% dos serviços. As unidades que não o disponibilizavam são predominantemente de modelo tradicional de atenção (3,9%), não foi observado diferença por Organização Social gestora.

Com relação aos métodos hormonais, praticamente todas as UBSs (99,9%) afirmaram estar disponibilizando pílulas anticoncepcionais. Os contraceptivos injetáveis vêm sendo fornecidos 99,8% das UBSs de forma similar por entidade gestora.

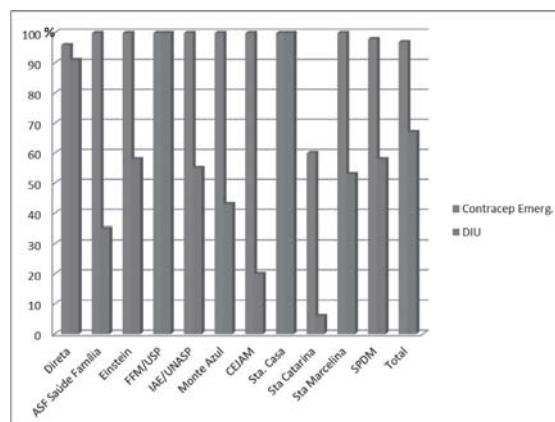
A contracepção de emergência estava sendo disponibilizada em 404 (95,3%) dos serviços. No total, 20 serviços (4,7%) não incluíram o método em suas rotinas, tanto as que adotavam o modelo tradicional quanto as com ESF. Na região Sul há maior concentração dos serviços que não forneciam este método, especialmente às UBSs geridas pela Associação Santa Catarina (Figura 2).

No total, 268 (63,2%) UBSs referiram fazer a inserção do DIU. O número de serviços que realizavam a colocação de DIU era proporcionalmente

menor na Coordenadoria Sul (principalmente nas supervisões de Parelheiros e M'Boi Mirim), onde apenas 40,2% realizavam tal procedimento.

Observa-se que a oferta de DIU era menor (17,6%) em unidades administradas pela Associação Santa Catarina (Coordenadoria Sul), tanto em modelo tradicional quanto ESF. Nas unidades administradas pelo CEJAM e pela ASF, 18,8% e 31,0% ofertavam este serviço, todas ESF (Figura 2).

Figura 2. Distribuição de UBS do município de São Paulo que referem dispensar contracepção de emergência e DIU segundo administração (%).



Os locais de referência para colocação de DIU são, normalmente, outras UBSs da própria região com modelo tradicional de atenção, conforme referiram 82 (70,7%) das unidades com ESF que faziam encaminhamento. Além de UBSs, na Coordenadoria Leste, a “Casa Ser” é referência para colocação de DIU para mais de 26,9% das demandas da Supervisão da Cidade Tiradentes. Na Coordenadoria Norte, o Hospital São Luís Gonzaga se mostrou referência para 33,3% da demanda desta região. Na Coordenadoria Sudeste, a colocação de DIU estava ocorrendo no Ambulatório de Especialidade da região (19%). Na Coordenadoria Sul, 23,8% da demanda por DIU estava sendo encaminhada para vários outros serviços (ambulatório de especialidades da região, o Hospital e Maternidade Interlagos, o Hospital do Campo Limpo, a Casa do Adolescente, etc), sem local específico de concentração.

Para a realização de laqueaduras tubárias, 98,3% das unidades realizavam encaminhamento. Todas as unidades básicas de saúde que informaram não realizar encaminhamento para laqueaduras pertenciam à administração direta.

Na região Centro-Oeste, todas as 33 UBSs estavam encaminhando a demanda por laqueaduras para o Hospital e Maternidade Prof. Mario Degni, no Jardim Sarah, sob gestão direta do município. Na Coordenadoria Sudeste há também descentralização para laqueaduras, eviadas para o Hospital da Vila Alpina (por 17,4% das UBS), para o Hospital Dr. Inácio Gouveia (por 16,3%) e o Hospital Dom Antonio Alvarenga (por 15,1%). Na Leste, havia encaminhamento para os diversos hospitais da região, principalmente os hospitais de Guaianases e de São Miguel (que atendem juntos 46,8% demanda desta região), mas existia encaminhamento também para o Hospital do Mandaqui, Hospital Cachoeirinha (ambos na zona norte) e para a Santa Casa de Sto Amaro (zona

sul). Observa-se que 2 dos hospitais municipais da zona leste administrados pela Associação Santa Marcelina (Hospital de Cidade Tiradentes e Hospital do Itaim Paulista) não são referência para laqueaduras. A Coordenadoria Norte faz encaminhamentos para hospitais da zona leste (Hospital Tide Setubal), não realizavam encaminhamentos ao Hospital José Storopoli, sob administração da SPDM; na Coordenadoria Sul, a Santa Casa de Santo Amaro é referência para 49,1% das UBSs, o Hospital do Campo Limpo por 12,0%, mas há também encaminhamento para outras regiões, como o Hospital Ipiranga (Coord. Sudeste) e até para o Hospital Cachoeirinha (Coord. Norte). Observa-se que laqueaduras não são encaminhadas para o Hospital de Pedreira, gerido pela Associação Santa Catarina.

Com relação a vasectomias, 98,6% dos serviços afirmaram que realizavam atendimento de demanda e encaminhamento para este procedimento. Apenas 4 serviços (2,2%) afirmaram não fazer encaminhamento, UBSs de modelo tradicional (as mesmas que não encaminham para laqueaduras), sob gestão direta e pela Associação Santa Marcelina.

Os locais referidos para encaminhamento de vasectomias foram: na Coordenadoria Centro-Oeste: 97% para o Hospital Prof. Mario Degni; na Norte, 25,5% para o Hospital e Maternidade Cachoeirinha, os outros para o Hospital de Pirituba e o Hospital Mandaqui; na Coordenadoria Sudeste havia descentralização de encaminhamento para os hospitais Dom Antonio Alvarenga, Benedito Montenegro e Ipiranga; na Coordenadoria Leste havia encaminhamento para os diversos hospitais da região, principalmente os hospitais de São Miguel, São Mateus e Guaianases, além de 15,2% que encaminhavam para o Ambulatório de Especialidades da região. Observou-se que os hospitais do Itaim Paulista e de Cidade Tiradentes, administrados pela Associação Santa Marcelina não são

referência para vasectomias; na Coordenadoria Sul, a Santa Casa de Santo Amaro era referência para 29,6% dos serviços, o Hospital Interlagos e o Hospital do M'Boi Mirim e o Hospital de Pedreira, sob administração da Associação Santa Catarina, não recebem encaminhamento para vasectomias.

Oferta de contraceptivos para adolescentes no Município de São Paulo

Das 424 UBSs que responderam ao levantamento, apenas 1 (0,2%), localizada na Supervisão de Itaquera (zona leste), refere não disponibilizar contraceptivos a adolescentes. As demais disponibilizavam pelo menos a pílula anticoncepcional e/ou a camisinha masculina

A distribuição de preservativos masculinos para adolescentes não estava ocorrendo em 9 (2,1%) UBSs, tanto sob administração direta quanto sob gestão de OSs (ver tabela 3).

Observa-se que das UBSs que não realizavam a oferta de preservativo masculino para adolescentes, 8 (88,9%) forneciam pílulas anticoncepcionais para este público.

Já a oferta do preservativo feminino para adolescentes se mostrou mais restrita, restrição observada em todas as coordenadorias e, proporcionalmente, mais em UBSs de modelo tradicional (10,7%) do que aquelas de ESF (4,9%). Nota-se que serviços administrados pelo SECONCI concentravam esse problema em 15,4% de suas unidades e também 11,1% dos geridos pela FFM.

A restrição de oferta de pílulas anticoncepcionais para adolescentes estava presente em 12 (2,8%) serviços, principalmente em UBSs que adotavam o modelo tradicional de atenção, contra 3 (2,3%) que atuavam como ESF.

A oferta de injeções contraceptivas estava sendo realizada por 359 (84,7%) serviços. O procedimento não era realizado tanto em UBSs tradicionais (18,5%) quanto em ESF (13,0%). Essa não-oferta estava ocorrendo em todas as regiões, com maior presença (19%) nas UBSs das regiões Norte e Sudeste (Tabela 2). Desses serviços que não ofertam injetáveis para adolescentes a maioria deles (20,4%) estava sob administração direta, mas também havia esse comportamento nos geridos pelo SECONCI e SPDM (ver tabela 3).

Tabela 2. Distribuição de UBS do município de São Paulo, segundo oferta de contraceptivos para adolescentes por Coordenadoria de Saúde e Supervisão de Saúde, 2010.

		Preserv. masc. (%)		Preserv. Fem. (%)		Pílula (%)		Injeção (%)		DIU (%)		Contr. emerg. (%)	
		Sim	não	Sim	não	sim	não	Sim	não	sim	não	Sim	não
Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste	Supervisão												
	Butantã	100	0	92,3	7,7	92,3	7,7	92,3	7,7	46,2	54,8	92,3	7,7
	Lapa/Pinheiros	100	0	92,3	7,7	92,3	7,7	76,9	3,1	15,4	84,6	76,9	23,1
	Sé	100	0	100	0	85,7	14,3	85,7	14,3	28,6	71,4	100	0
Leste	Cidade Tiradentes	100	0	100	0	100	0	100	0	50	50	100	0
	Erm.Mat./S. Miguel	100	0	92,3	7,7	100	0	88,5	11,5	26,9	73,1	96,2	3,8
	Guaianases	100	0	92,3	7,7	92,3	7,7	84,6	15,4	30,8	69,2	100	0
	Itaim Paulista	93,3	6,7	93,3	7,7	100	0	86,7	13,3	40	60	93,3	6,7

		Preserv. masc. (%)		Preserv. Fem. (%)		Pílula (%)		Injeção (%)		DIU (%)		Contr. emerg. (%)	
	Itaquera	95,5	4,5	90,9	9,1	95,5	4,5	86,4	13,6	40,9	59,1	95,5	4,5
	São Mateus	100	0	85,7	14,3	95,2	4,8	81,0	19,0	28,6	71,4	81,0	19,0
Norte													
	C.Verde/ Cachoeirinha	100	0	100	0	100	0	91,7	8,3	41,7	58,3	83,3	16,7
	Freguesia do Ó/ Brasilândia	100	0	80	20	93,3	7,7	73,3	26,7	26,7	73,3	93,3	6,7
	Pirituba/Perus	100	0	96,0	14,0	96,0	4,0	88,0	12,0	56,0	44,0	92,0	8,0
	Sant/Tuc./Jaçanã/ Tremembé	94,7	5,3	100	0	100	0	84,2	15,8	42,1	57,9	89,5	10,5
	Vila Maria/ V.Guilherme	91,7	8,3	83,3	6,7	91,7	8,3	58,3	41,7	33,3	66,7	75,0	25,0
Sudeste													
	Ipiranga	94,1	5,9	94,1	5,9	100	0	88,2	11,8	47,1	52,9	88,2	11,8
	Mooca/Aricanduva/ Form/Car	100	0	88,2	11,8	100	0	88,2	11,8	52,9	47,1	82,4	17,6
	Penha	100	0	89,5	10,5	89,5	10,5	73,7	26,3	42,1	57,9	89,5	10,5
	V. Mariana/Jabaquara	100	0	66,7	33,3	91,7	8,3	83,3	16,7	33,3	66,7	75,0	25,0
	V.Prudente/ Sapopemba	90,9	9,1	95,5	4,5	100	0	72,7	27,3	31,8	68,2	90,9	9,1
Sul													
	Campo Limpo	100	0	96,3	3,7	100	0	88,9	11,1	25,9	74,1	85,2	14,8
	Capela do Socorro	100	0	100	0	100	0	80	20	40	60	86,7	13,3
	M'Boi Mirim	100	0	100	0	100	0	93,3	6,7	36,7	73,3	100	0
	Parelheiros	88,9	10,1	88,9	11,1	100	0	83,3	6,7	16,7	83,3	88,9	11,1
	Sto Amaro/Cid. Ademar	100	0	95,5	4,5	100	0	90,9	9,4	31,8	62,2	63,6	36,4
	Total	97,9	2,1	92,7	7,3	97,2	2,8	84,7	15,3	36,1	63,9	88,4	11,6

Tabela 3. Distribuição de UBS do município de São Paulo, segundo oferta de contraceptivos para adolescentes por tipo de administração, 2010.

	pres. masc. (%)		pres. fem. (%)		pílula (%)		injeção (%)		contr. emerg. (%)	
	Sim	não	sim	não	sim	não	Sim	não	sim	não
Direta	97,3	6,7	89,1	10,9	95,3	4,7	79,6	20,4	80,6	19,4
ASF	95,1	4,9	92,9	7,1	97,6	2,4	85,7	14,3	95,2	4,8
Einstein	100	0	100	0	100	0	100	0	91,7	8,3
FFM/USP	100	0	88,9	11,1	100	0	88,9	11,1	94,4	5,6
IAE/UNASP	100	0	100	0	100	0	75,0	25	93,3	6,7
Monte Azul	100	0	100	0	100	0	92,9	7,1	100	0
CEJAM	100	0	100	0	100	0	93,8	6,2	100	0
Sta. Casa	88,9	11,1	100	0	100	0	88,9	11,1	77,8	22,2
Sta. Catarina	100	0	100	0	100	0	100	0	70,6	29,4
Sta. Marcelina	98,2	1,8	96,4	3,6	100	0	89,3	10,7	98,2	1,8
SPDM	98,2	1,8	92,7	7,3	98,2	1,8	81,8	18,2	90,9	9,1
SECONCI	100	0	84,6	15,4	92,3	7,7	80,8	19,2	92,3	7,7
Total	97,9	2,1	92,7	7,3	97,2	2,8	84,7	15,3	88,4	11,6

De todos os serviços em que não havia oferta de injetáveis para adolescentes, a maioria fornecia a este público pílulas anticoncepcionais (81,5%) ou camisinha masculina (95,4%).

A oferta da contracepção de emergência para adolescentes não estava sendo realizada em 49 UBSs (11,6%) e ocorria em todas as regiões do município, o detalhamento da proporção por Coordenadoria e Supervisão de Saúde pode ser observado na tabela 2.

Entre as UBSs sob gerência da Associação Santa Catarina e da Santa Casa, havia maior restrição de contracepção de emergência para adolescentes, 29,4% e 22,2%, respectivamente (Tabela 3).

A colocação de DIUs em adolescentes foi afirmada em menos de 35% das UBSs.

Discussão

O levantamento mostra que, em geral, as UBSs do município de São Paulo disponibilizam alternativas contraceptivas diversificadas à população. No entanto, há serviços que precisam incluir a oferta de DIUs e esterilizações cirúrgicas em suas rotinas garantindo o princípio da equidade²² previsto no SUS. É fundamental garantir o acesso à diversidade de métodos em todas as regiões da cidade, para que as mulheres, inclusive adolescentes, possam optar e encontrar aquele que melhor se adapte à sua vida.

A presença do preservativo masculino – amplamente fornecido na rede municipal de saúde de São Paulo – evidencia o sucesso da política de prevenção de DST/aids via Atenção Básica que estimula a oferta ao método¹⁰. Da mesma forma, a iniciativa de oferta do preservativo feminino no município como estratégia de ampliar a promoção da prevenção de DST/aids entre mulheres⁸, se mostra implementada, indicando a possibilidade

de incorporação deste insumo para dupla proteção: evitar a gestação e prevenir às DST/Aids.

Considera-se importante a inclusão de adolescentes neste acesso, uma vez que se constituem como a nova geração que criará mudanças comportamentais e há estudos que demonstram significativa adesão ao método²⁸.

Não se pode deixar de considerar que os métodos (insumos) são distribuídos pela Área Técnica de Saúde da Mulher da prefeitura, que em parceria com o Instituto de Saúde, encaminhou o questionário para avaliar a disponibilidade deles nos serviços, o que deve ter estimulado respostas positivas. Apesar dessa limitação, discrepâncias entre as diretrizes municipais para a atividade e as condutas e fluxos adotados pelas UBS foram observadas.

A inserção de DIU tem sua oferta mais restrita devido à implementação das ESF. Provavelmente porque os médicos generalistas integrados nesse modelo não realizam tal procedimento, associado especificamente à Ginecologia. A falta de serviços que realizam a inserção do DIU está concentrada em regiões urbanas menos favorecidas, como a zona leste e extremo sul da cidade, se compararmos com regiões mais ricas como a Centro-Oeste, onde quase todos os serviços realizam este procedimento.

A contracepção de emergência está disponível na maioria dos serviços para as mulheres, incluindo adolescentes, embora para as jovens se observe maior restrição, conforme já descreveram Figueiredo, Bastos e Lenz em estudo sobre sua dispensação no estado de São Paulo¹⁶.

Observou-se que serviços sob gestão de algumas OSs conveniadas têm postura restritiva ao fornecimento de contraceptivo de emergência, como se observa nas UBSs da zona sul administradas pela Associação Santa Catarina, principalmente para adolescentes. Tal

procedimento explicita o não cumprimento do protocolo municipal sobre o método editado em 2007 e uma clara “discriminação” de atenção aos riscos de gravidez enfrentados pelo público adolescente^{2,15,27}. Isso também foi encontrado com relação ao DIU, na mesma região, em unidades sob gestão da Associação Santa Catarina e CEJAM. Observou-se também atendimento restritivo aos adolescentes na zona norte, em serviços sob gestão da Santa Casa.

Essas constatações sugerem a hipótese sobre possíveis interferências ideológicas/de percepção dos gestores quanto à prática contraceptiva em oposição às necessidades das populações atendidas.

Será que adolescentes sexualmente ativos²¹ podem não estar tendo acesso a métodos devido a intromissão de valores pessoais/culturais/religiosos nesses serviços, contrariando normas nacionais e estudos que apontam a maior vulnerabilidade deste grupo^{9,2,19,27} e frente aos registros oficiais que mostram que representam 25% das internações por parto e curetagem em hospitais ligados ao SUS? Ou há uma percepção errada (ainda) de que a contracepção de emergência seja abortivo, apesar do mecanismo de ação já estar esclarecido nacional e internacionalmente, com essa possibilidade descartada? O Ministério de Saúde lançou manual com orientações precisas¹², mostrando com resultados de estudos a forma de ação da contracepção de emergência, evidenciando também a falta de atualização dos profissionais de saúde sobre o método e a interferência de opções religiosas em sua prescrição^{1,3}. O mesmo se nota em relação ao DIU: será que gestores religiosos estão dificultando o acesso ao método por creditá-lo erroneamente como abortivo?

Quanto ao encaminhamento para esterilizações cirúrgicas nota-se que não há equidade na

distribuição dos serviços de referência. Nas regiões mais distantes do Centro e de baixa renda, como zona leste, Parelheiros e Santo Amaro, o número destes serviços é menor. Chama atenção especial que os hospitais sob gestão da Associação Santa Marcelina e da Associação Santa Catarina não realizem os procedimentos, nenhuma UBS faz encaminhamentos para eles. Estes serviços de grande porte não seguem os fluxos de regionalização do município, evidenciando o não cumprimento das normas e portarias municipais que organizam a atenção à saúde da mulher na Atenção Básica e em Hospitais do SUS.

Embora haja problemas com a gestão das OSs nos serviços quanto ao Planejamento Familiar, também algumas UBS que estão sob administração direta da prefeitura apresentam problemas de encaminhamentos. Os fluxos de encaminhamento para colocação de DIU e para esterilizações cirúrgicas femininas e masculinas não estão definidos em vários serviços, indicando necessidade de melhor comunicação entre as coordenações e suas respectivas supervisões para resolução deste problema.

Da mesma forma, muitas UBSs sob administração direta apresentam problemas na oferta de contraceptivos a adolescentes, principalmente as que são de modelo tradicional. Há nitidamente a necessidade de atualizações técnicas, incluindo também temas como direitos dos adolescentes, com legislação correspondente.

É necessário diversificar a oferta de métodos na atividade de planejamento familiar, incluindo expansão do fornecimento de DIUs e de diafragmas, uma vez que muitas mulheres apresentam problemas com métodos hormonais.

A oferta de contraceptivos para adolescentes precisa ser padronizada e realizada amplamente em todos os serviços e regiões, uma vez que este grupo se mostra de alta vulnerabilidade para gestações não planejadas e para às DST/aids.

É necessário garantir a diversidade de contraceptivos reversíveis e cirúrgicos à população em todas as regiões da cidade, para que não haja iniquidade da atenção, evitando a sobrecarga para poucos serviços e regiões, acarretando grande tempo de espera e deslocamentos populacionais desnecessários.

Há necessidade de novos cursos/capacitações para os coordenadores e profissionais de serviços que não vêm seguindo normas de saúde que orientam e priorizam o direito de acesso da população a este método. Vale reforçar que a contracepção de emergência deve ser entendida como estratégia preventiva de gestação não planejada e não desejada e de possíveis abortos entre adolescentes.

Apesar de se ter observado a disponibilidade dos insumos na rede básica, é fundamental qualificar como a atenção ao Planejamento Familiar está sendo realizada. Sabe-se que dispor do método no serviço não significa diretamente que o acesso a eles seja universal, simples e rápido. É importante analisar os fluxos e critérios estabelecidos pelos serviços, que muitas vezes obstaculizam e/ou impedem seu uso.

Estudos específicos devem ser desenvolvidos para melhor desvendar como as diferentes formas de contratação de profissionais, organização do trabalho nas UBS, modelo organizacional, fluxos estabelecidos, profissionais envolvidos e ideologia das OSs gestoras interferem na atividade de planejamento familiar. Nesse sentido, seria interessante ouvir as mulheres, inclusive as adolescentes.

Nos casos de cogestão dos serviços públicos de saúde com entidades privadas, é fundamental que cláusulas contratuais prevejam que as contratadas cumpram legislações, portarias e normas técnicas do SUS, principalmente quanto a procedimentos que possam ser discordantes por questões ideológicas, culturais ou religiosas, como inserção do DIU, uso de contracepção de

emergência, realização de laqueaduras e vasectomias e a atenção aos adolescentes. Dessa forma, seriam garantidos os procedimentos éticos definidos para a promoção do Planejamento Familiar e, portanto, da Saúde Sexual e Reprodutiva à população brasileira que se utiliza dos serviços de saúde pública.

Referências bibliográficas

1. Alves SV, Ludemir AB, Ribeiro C. Diagnóstico da contracepção de emergência na Rede Municipal de Saúde do Recife. Recife: Grupo Curumim; 2004.
2. Andalafti J. Comportamento sexual na adolescência: o papel da anticoncepção de emergência. Rev SOGIA, 2003; 6(4): 6-9.
3. Arilha M, Lapa TS, Pisaneschi TC, editores. Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos. São Paulo: Oficina Editorial; 2010.
4. Ministério da Saúde. PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília (DF); 1984.
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
6. Brasil. Lei nº 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília, DF: 1990.
7. Brasil. Lei Orgânica nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [lei na internet]. Brasília, DF; 1990. [acesso em 1 jun 2012]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
8. Brasil. Lei n.º 9263 Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências [lei na internet]. Brasília, DF;1996. [acesso em 24 out 2014]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm
9. Ministério da Saúde. Norma Técnica de Planejamento Familiar. Brasília (DF); 1996.
10. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/Aids: princípios, diretrizes e estratégias. Brasília (DF); 1999.

11. Mistério da Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília (DF); 2006. 56p. (Série B: textos básicos da saúde)
12. Ministério da Saúde. Contracepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2.ed. atual. Brasília (DF); 2011.
13. Copque HLF, Bomgim LA. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. Epidemiol. Serv. Saúde [periódico na internet]. 2005 [acesso em 1 jun 2012];14(4): 223-233. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000400003>
14. Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2005;9(18):489-506.
15. Figueiredo R, Andalafti Neto. Uso de Contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes e jovens. Rev. SOGIA-BR. 2005;2(6): 3-6.
16. Figueiredo R, Bastos SH, Telles, JL. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes nos municípios do estado de São Paulo. J Human Growth Develop. 2012; 22(1): 1-15.
17. Figueiredo R, Castro JM, Bastos S. Introdução da oferta do preservativo feminino em serviços de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. BIS: Bol. Inst. Saúde, 2008;46:22-25.
18. Figueiredo R. Contracepção de emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. Rev Saúde Sexual Reprod [periódico na internet]. 2004. [acesso em 24 out 2014]. Disponível em: <http://200.144.182.130/nepaidsabia/index.php/pt-BR/documentosdetalhe?idtipo=1&idbiblioteca=4421>
19. Fonseca RMGS. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. Saúde Soc. 1999; 8(2):3-32.
20. Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Keiji YE, Almeida MF, Castro CGJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. Ciênc. Saúde Col [periódico na internet]. 2001 [acesso em 24 out 2014];6(2):391-404.
21. Ministério da Saúde. PNDS 2006 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília (DF); 2008.
22. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS: Bol. Inst. Saúde. 2010; 12(2): 109-114.
23. São Paulo (Estado). Lei Complementar nº 846. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais [lei na internet]. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 5 jun 1998, p. 1. [acesso em 24 out 2014]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/legislacao/norma.do?id=6680>
24. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Portaria SMS.G Nº 295 [portaria na internet]. São Paulo;2004. [acesso em 24 out 2014]. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6311>
25. São Paulo (Município). Lei nº 14.132. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais. São Paulo [lei na internet]. São Paulo; 2006. [acesso em 24 out 2014]. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6196>
26. Secretaria Municipal de Saúde [homepage na internet]. Coordenadorias de saúde. São Paulo; 2014. [acesso em 24 out 2014]. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>
27. Souza VLC, Correa MSM, Souza SL, Beserra, MA. O aborto entre adolescente. Rev Latino-Am Enferm, 2001; 9(2): 42-7.
28. Takiuti AD, Melo AV, Fernandes LS, Monteleone MLA, Moreira VLGP, Tambelli PP et al. O Uso do condom feminino: avaliação entre adolescentes paulistas. In: Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais [evento na internet]; 1998: Caxambu BR. Belo Horizonte: ABEP; 1998: [acesso em 24 out 2014]. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/0%20Uso%20do%20Condom%20Feminino.pdf>