

Distribuição da Contracepção de Emergência na Atenção Básica de São Paulo: caracterização de oferta em PSF e UBS dos municípios do estado

Regina Figueiredo¹
Silvia Bastos²
Marcela Amorim Soares³
Joyce Lenz Telles⁴
Michelle Miranda⁵

Introdução

Contracepção de emergência: mais uma opção contraceptiva

A contracepção de emergência sob forma de comprimidos orais é reconhecida e recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO *et al*, 1998) e foi normatizada no Brasil desde 1996, com a publicação da Norma de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (1996). Sua relevância deve-se ao fato de ser, ainda hoje, o único método contraceptivo que pode ser utilizado quando a relação sexual já ocorreu, como no caso de risco de gravidez por estupro ou por não utilização de métodos contraceptivos ou por falha destes.

A disponibilização do método ao público visa a prevenção, não apenas da gravidez não-planejada, mas de abortos provocados e suas possíveis seqüelas. Apesar disso, o fornecimento para a rede básica de saúde dos municípios só foi iniciado pelo Ministério da Saúde em 2006 (FIGUEIREDO, 2004).

Este artigo apresenta os resultados do estudo que buscou avaliar a implantação de sua distribuição em unidades básicas (incluindo a Saúde da Família) no estado de São Paulo¹.

Importância da Atenção Básica no acesso à contracepção de emergência

No Brasil, a rede de serviços de assistência à saúde organiza-se de forma hierarquizada por níveis e complexidade tecnológica, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 com o propósito de garantir acesso à saúde como direito social e dever do Estado (ELIAS, 1999).

Os direitos reprodutivos são reconhecidos como direitos humanos no Brasil e a Constituição Brasileira estabelece, no artigo 226, parágrafo 7º, o direito de livre escolha dos indivíduos. Este princípio constitucional foi regulamentado pela Lei Federal nº 9.263 de 1996, que estabelece que o SUS, deve garantir

e oferecer a oferta de meios contraceptivos e a assistência ao uso destes, em todos os níveis da rede de serviços, como parte do cuidado integral à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No estado de São Paulo, o Código de Saúde definido pela Lei Complementar 791, de 09 de março de 1995, confere fortalecimento aos usuários dos serviços de saúde ao assegurar-lhes, de maneira especial, os direitos individuais à informação e à liberdade de decisão para aceitar ou não a assistência proposta (GOUVEIA, 2000)

A unidade básica de saúde (UBS) oferece um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os métodos contraceptivos são distribuídos atualmente no país, pelas equipes das UBSs no modelo tradicional de demanda espontânea e nas unidades básicas que adotam a Estratégia de Saúde da Família (USF), cuja modelo de atuação prioriza o trabalho em equipe, com abordagem generalista e forte vinculação dos profissionais com a base territorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Reações sociais frente ao acesso à contracepção de emergência

A introdução da contracepção de emergência no Brasil despertou reações por parte de profissionais que atendem jovens e adolescentes, com relação à possibilidade de uso abusivo deste método e suas implicações e impactos. Também entre a categoria médica, pesquisa feita pela FEBRASGO revelou que 30% dos ginecologistas pesquisados apontavam o método como abortivo, e recusavam-se a prescrevê-lo (GALVÃO *et al*, 1999).

Além de reações vindas de categorias profissionais, a imprensa brasileira divulgou uma série de manifestações de oposição à distribuição do método, advindas de setores religiosos, que propunham projetos legislativos, procurando embargar a oferta do método (FOLHA DE SÃO PAULO, 2004 a e b). Em ambos os casos, há oposição à política de expansão do acesso ao Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (que inclui a contracepção de emergência), que visa promover avanços nos Direitos Sexuais e Reprodutivos, conforme plano de metas de ações definidos por este órgão (FIGUEIREDO, 2004).

¹ Os resultados completos do estudo, incluindo análise da dispensa do método em outros serviços, onde serão apresentados também por Diretorias Regionais de Saúde, estão sendo finalizados em relatório e para futuras publicações.

Considerando-se apenas o estado de São Paulo, a política de implementação de contraceptivos, incluindo a contracepção de emergência, tem a intenção de alcançar a meta de atender a 645 municípios e cerca de 7.257.590 mulheres em idade reprodutiva, ou seja, com idade de 15 a 44 anos.

A gravidez não-planejada é um problema social para as mulheres e famílias que não estão preparadas para arcar com o ônus de um novo dependente; está associada a indicadores críticos de mortalidade materna, gravidez na adolescência e, ainda, ao um grande volume de recursos do SUS gastos em atendimentos a abortos provocados.

A implantação da contracepção de emergência na Atenção Básica (AB) faz parte, assim, da Política de Saúde da Mulher como insumo necessário, e é necessário avaliar até que ponto o sistema está garantindo o direito ao seu acesso.

Metodologia

O projeto fez uma avaliação da recepção e distribuição da contracepção de emergência enviada pelo Ministério da Saúde aos municípios do estado de São Paulo nos anos de 2005 e 2006. O levantamento foi quantitativo e foram utilizados questionários auto-aplicáveis, distribuídos em encontros temáticos de sensibilização realizados no Instituto de Saúde em 2006, ou enviados por via Diretorias Regionais de Saúde (DRS) ou para as próprias secretarias municipais de saúde, por correio eletrônico. Os responsáveis pelo preenchimento foram gestores e/ou coordenadores ou profissionais por ele designados e re-enviados ao Instituto de Saúde.

Avaliou-se, entre os municípios de São Paulo que receberam cotas de contracepção de emergência do Ministério da Saúde, quais disponibilizaram o método em serviços de saúde e as características de dispensação deste, assim como facilidades e dificuldades encontradas para sua implementação.

Os dados foram tratados através de Software SPSS 12.0, e analisados globalmente e também por Diretorias Regionais de Saúde (DRS). Este artigo foca os resultados referentes a serviços de atenção básica, numa perspectiva estadual.

Resultados

De outubro 2006 a 30 de julho de 2007, foram recebidos questionários de retorno de 449 municípios, ou seja, 69,6% do total de 645 municípios situados no estado de São Paulo. Desses, o Ministério da Saúde declarou envio de lotes de contracepção de emergência para 119 (54,1%), porém, desses municípios, apenas 101 (91%) confirmaram o recebimento e 8 (9%) não.

Dos 119 municípios incluídos na lista de lotes de contracepção de emergência do

Ministério da Saúde, 113 (94,9%) declararam possuir UBSs e 109 (91,6%) USF municipais.

Com relação à proporção de unidades básicas de saúde, os municípios possuíam:

Serviços de AB	DE 1 A 3 UNIDADES		DE 4 A 6 UNIDADES		DE 7 A 10 UNIDADES		DE 11 A 20 UNIDADES		+ 20 UNIDADES		NÃO RESP.	
	Nª	%	Nª	%	Nª	%	Nª	%	Nª	%	Nª	%
municípios c/ UBS	26	23,0	18	15,9	24	21,2	32	28,3	10	8,9	3	2,6
municípios c/ UPSF	24	22,0	35	32,1	31	28,4	12	11,0	3	2,7	4	3,7

Dos 101 municípios que confirmaram recebimento do método enviado pelo Ministério da Saúde, 65 (64,3%) indicaram quantidades recebidas em 2005, 49 (48,5%) em 2006, 28 (27,7%) em ambos os anos e 12 (11,9%) não responderam as quantias recebidas nesses anos.

Apesar da pouca resposta à questão em alguns municípios, a área que ficou responsável pelos lotes de contracepção de emergência enviados pelo Ministério da Saúde foi principalmente a de Área de Saúde da Mulher, em 20 (19,2%). A Área de Farmácia ficou responsável em 15 (14,4%) municípios; a Vigilância Sanitária, em 3 (2,9%) e a área ou Programa de DST/Aids, em 1 (1%). Essa questão teve um percentual muito alto de não-respostas (56,7%) que deve ser considerado.

De todos os municípios que confirmaram recebimento dos lotes do Ministério da Saúde, 13 (12,9%) ainda não haviam distribuído os lotes nos serviços; 3 (3%) haviam colocado em serviços, mas ainda não estavam distribuindo para a população; 77 (76,2%) implantaram o insumo em seus serviços; e 2 (2%) não disponibilizaram o insumo, devido a ter recebido os medicamento próximo ao prazo de validade.

Nos Serviços de Atenção Básica (unidades básicas de saúde e de Programa de Saúde da Família), a implantação da contracepção de emergência atingiu:

IMPLANTAÇÃO	SIM	%	NÃO	%	NÃO RESP.
em UBS	67	59,3	40	35,4	6
em UPSF	39	35,8	63	57,8	7

* considerando sobre o total de municípios que dispõem desses tipos de serviço em âmbito municipal.

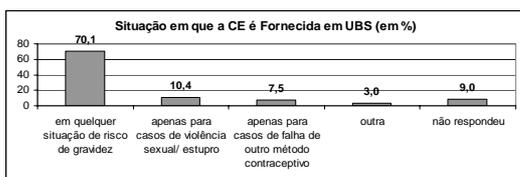
Característica de Distribuição em Unidades Básicas de Saúde (UBSs Comuns)

Dos 67 municípios que introduziram o método em Unidades Básicas de Saúde, mais de 80% introduziram a oferta do método em mais de 50% das unidades desse serviço:

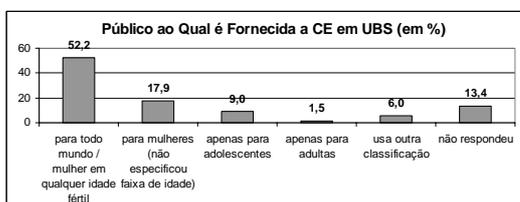
COBERTURA	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	%
1 a 5%	1	1,5
5 a 10%	4	6,0
11 a 20%	4	6,0

21 a 30%	0	0
31 a 40%	4	6,0
50 a 60%	2	3,0
70 a 90%	3	4,5
91 a 100%	42	62,7
não resp.	7	10,4
TOTAL	67	100,0

Desses, 47 (70,1%) afirmaram fornecer a contracepção de emergência em qualquer situação de risco de gravidez, 7 (10,4%) apenas em casos de violência sexual, 5 (7,5%) apenas em casos de falhas de contraceptivos, 2 (3%) também em outras situações e 6 (9%) não responderam à questão:

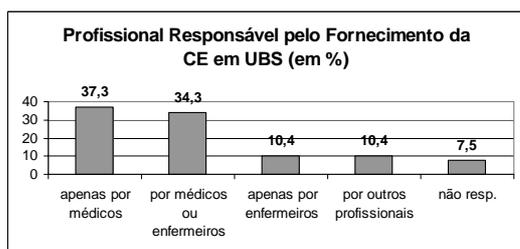


O público apontado como beneficiado com esta distribuição era: mulheres em qualquer idade fértil em 35 (52,2%) desses municípios; 12 (17,9%) não especificaram a faixa de idade; em 6 (9 %) casos, o público beneficiado era composto apenas por adolescentes; em 1 caso (1,5%) apenas mulheres adultas; e 4 (6%) utilizaram outra classificação para realizar a distribuição.



Foi referida a necessidade de agendamento de consulta para obter o método em 14 (20,9%) municípios; 49 (73,1%) dispensavam esse procedimento e atendem na hora. 4 (6%) não responderam a questão.

O fornecimento era realizado em 25 (37,3%) desses municípios apenas por médicos; em 23 (34,3%) municípios por médicos ou enfermeiros e, em 7 (10,4%), exclusivamente por enfermeiros. Em 7 (10,4%) municípios foram apontados outros profissionais na dispensa e 5 (7,5%) não responderam à questão.



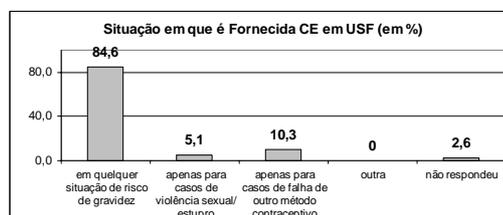
Nesses casos, a administração do medicamento era realizada com orientação por

59 (88%) municípios, em 1 (1,5%) sem orientações, em 1 (1,5%) havia desconhecimento sobre a existência de orientação a pacientes que recebiam o método e 6 (9%) não responderam a questão.

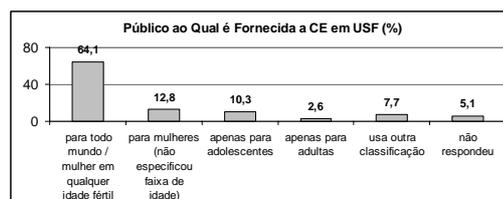
Característica de Distribuição em Unidades de Saúde da Família (USF)

Dos 39 municípios que introduziram o método em Unidades de Saúde da Família, 62,7% incluíram a sua distribuição em 100% das unidades desse serviço; 1 (2,6%) incluiu em 70 a 90% deles; 1 (2,6%) de 21 a 30% e 6 (15,4%) não responderam à questão.

Desses municípios, 33 (84,6%) forneciam a contracepção de emergência em qualquer situação de risco de gravidez, 2 (5,1%) apenas em casos de violência sexual, 5 (7,5%) apenas em casos de falhas de contraceptivos; 4 (10,3%) também forneciam em outras situações e 1 (2,6%) não respondeu à questão:

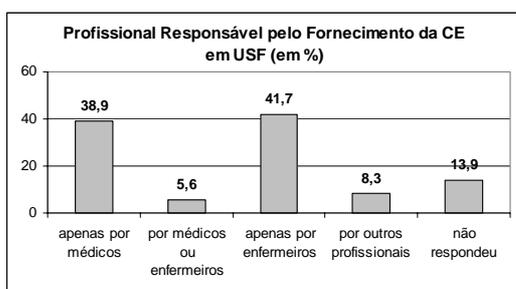


O público apontado como beneficiado com esta distribuição em 25 (64,1%) municípios foi mulheres em qualquer idade fértil; em 1 (2,6%) apenas mulheres adultas; 4 (10,3%) apenas adolescentes; em 5 (12,8%) não houve especificação da faixa de idade do público feminino beneficiado e 3 (7,7%), afirmaram utilizar outras classificações no fornecimento.



Nesses, foi apontada a necessidade de agendamento de consulta para este acesso em 8 (20,5%) municípios; 26 (66,7%) dispensavam esse procedimento e realizavam o atendimento na hora; 5 (13,9%) não responderam.

O fornecimento era realizado em 14 (38,9%) desses municípios apenas por médicos; em 2 (5,6%) por médicos ou enfermeiros; e em 15 (41,7%) exclusivamente por enfermeiros. Em 3 (8,3%) foram apontados outros profissionais envolvidos na dispensa e 5 municípios (13,9%) não responderam à questão.



Nesses casos, a administração do medicamento era realizada com orientação das usuárias por 59 (88%) municípios; sem orientações por 1 (1,5%); 1 (1,5%) desconhece se há orientação a pacientes pelos profissionais que o administram e 6 (9%) não responderam à questão.

Dos 67 municípios que estavam realizando entrega do método para o público em Unidades Básicas de Saúde, apenas 32 (47,7%) realizavam registro sistemático da dispensa pelo menos em algumas unidades e 19 (48,7%) dos 39 municípios que possuem Unidades de Saúde de Saúde da Família realizam esse registro em pelo menos um serviço.

Registro Sistemático de Retirada nos Municípios

TIPO DE UNIDADE	EM TODOS		EM ALGUNS		NÃO HÁ	
	n	%	n	%	n	%
UBS	18	26,9	14	20,9	35	52,2
USF	11	28,2	8	20,5	20	51,3

n = número de municípios

Facilidades e Dificuldades para Implantação da Contracepção de Emergência na Atenção Básica

Dos 119 municípios listados pelo Ministério da Saúde para envio do método, apenas 49 (41,2%) receberam as Normas de Planejamento Familiar publicadas em 2004 e 47 (39,5%), receberam o "Manual de Contracepção de Emergência – perguntas e respostas para profissionais de saúde", publicado em 2005.

Entre esses municípios recebedores da contracepção de emergência, 21 (20,8%) realizaram treinamentos para sua implementação nos serviços; 26 (25,7%) produziram e/ou distribuíram materiais técnicos para esses profissionais; e, entre os 77 (76,2%) que já estavam disponibilizando o método à população, 5 (6,5%) chegaram inclusive a produzir e distribuir materiais educativos para o público.

Quanto às **facilidades referidas** para a implantação da distribuição do método nos serviços, 32 (31,7%) municípios apontaram situações que facilitaram esta política, principalmente com relação à receptividade das equipes e da própria população.

Quanto às **dificuldades**, 18 (17,8%) municípios apontaram empecilhos para a sua implementação. A origem das dificuldades, na maior parte das vezes, vem da Atenção Básica,

principalmente em UBSs. Nesses serviços, foi apontada resistência em 12 (66,7%) municípios; em unidades do Programa de Saúde da Família, 8 (44,4%); em 7 (38,9%), esses empecilhos gerados vieram da própria administração da secretaria de saúde e seus gestores. Cabe observar que esses percentuais não são cumulativos, visto que por vezes o município referiu mais de uma origem como dificuldade de implementação desta política.

As dificuldades relativas à resistência de unidades básicas de saúde e de PSF citadas foram: recusa em integrar o método, médicos que consideram uso do método somente para casos de violência sexual, questionamentos sobre a possibilidade de prescrição do método pela enfermagem, receio de uso indiscriminado do método, recusa de médicos em prescrever por motivos pessoais (por exemplo, consideram método abortivo) e falta de material educativo orientando o uso, etc.

Comentários e Conclusões

Conforme as informações fornecidas por gestores, a implantação da contracepção de emergência vem sendo realizada sistematicamente (excluindo exceções) nos municípios do estado de São Paulo. Esta ação vem ao encontro da meta federal de ampliar a sua oferta do método na Atenção Básica, visto que em 59,3% dos municípios disponibilizam-no em UBSs, no modelo tradicional.

O potencial da Enfermagem nas UBSs com relação à contracepção de emergência é mal aproveitado em 55,3% dos municípios, onde os profissionais dessa área não realizam o fornecimento do método, conforme autorizam os protocolos e legislações sobre seu poder de prescrição de contraceptivos.

A oferta da contracepção de emergência em USFs ainda é pequena, mas já ocorre em 35,8% dos municípios. Isso demonstra a necessidade de ampliação de ações neste setor. Ao mesmo tempo, em que precisa ser feita a reiteração de sua equipe de trabalho, que vem sendo atingida por demandas jurídicas de entidades médicas que tentam restringir ação da Enfermagem – de papel fundamental no Programa de Saúde da Família. Em apenas 41,7% dos municípios há dispensação deste contraceptivo por estes profissionais.

Em relação às resistências que vêm dificultando a implantação da política de disponibilização da contracepção de emergência na Atenção Básica, a desinformação, assim como a falta de materiais técnicos e de treinamento de pessoal, apresentam-se como os principais entraves, requerendo uma atuação vigorosa sobre o esclarecimento quanto aos mecanismos não-abortivos já comprovados de ação do método (ORTIZ *et al*, 2003; PALOMITO *et al*, 2003).

Podemos incluir como um fator que dificulta o acesso e a atenção universalizada à contracepção de emergência, a restrição que alguns serviços ainda fazem com relação ao fornecimento para casos de não-violência e,

principalmente, a dispensa para adolescentes. Também a exigência de que usuárias desta assinem termos responsabilizando-se pelo uso (registrada em 1 município), restringe o acesso ao método, já que adota um procedimento diferenciado ao realizado com outros contraceptivos.

O processo de implantação da contracepção de emergência junto ao Planejamento Familiar em unidades de saúde da Atenção Básica requer a superação de problemas relativos à oferta de métodos contraceptivos em geral. Ou seja, requer um melhor acesso à informação, o aperfeiçoamento e organização dos serviços no que diz respeito às práticas educativas, às consultas clínicas, e prescinde a adoção da inter e transdisciplinaridade na atenção e na oferta/acesso a tecnologias que evitam gestações (incluindo preservativos), assim como na atenção à infertilidade.

Referências Bibliográficas

ELIAS, P.E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3ª ed. São Paulo: Cortez/CEDEC; 1999. p. 59-133.

FIGUEIREDO, Regina. Contracepção de Emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, IPAS Brasil, Setembro de 2004. [http://www.ipas.org.br/arquivos/10anos/Regina_CE2004.doc].

FOLHA DE SÃO PAULO. Cresce Distribuição de Pílula do Dia Seguinte. **Caderno Cotidiano – Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 de abril de 2004. (a)

FOLHA DE SÃO PAULO. Veto à Pílula. **Caderno Cotidiano – Folha de São Paulo**, São Paulo 20 de Maio de 2004. (b)

GALVÃO, Loren et al. Emergency Contraception: Knowledge, Attitudes and Practices Among Brazilian Obstetrician-Gynecologists. **International Family Planning Perspectives**, vol. 25, Number 4, December, 1999.

GOUVEIA R (org). Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde. São Paulo: Mandacaru; 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Área Técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde; 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – 2001-2002**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Técnica de Planejamento Familiar**, Brasília, 1996. Disponível em [<http://www.redece.org/normapf.htm>]. Acessado em janeiro de 2005.

ORTIZ, M.E. *et al.* La administración post-coital de levonorgestrel no interfiere con eventos post-fecundación en la mona del nuevo mundo Cebus apella (Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with postfertilization events in the new-world monkey Cebus apella). Santiago, Chile Human Reproduction (enviado en Noviembre, 2003).

PALOMINO, A *et al.* Efecto de Levonorgestrel como Anticoncepción de Emergencia sobre Receptores de Endométrio durante la Ventana de Implantación. Santiago, Chile: **Reproducción Humana**. Varadero, Cuba 28-31 Mayo / 2003.

WHO. World Health Organization. Emergency Contraception. Fact Sheet, nº 244, **Revised September** 2005. Disponível em [<http://www.who.int>]. Acessado em 31 de Janeiro de 2005.

WHO. World Health Organization. **Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery**. Geneva: WHO, 1998.