

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira

Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

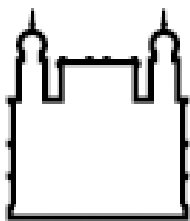
**A assistência ao planejamento reprodutivo na Estratégia de
Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**

Keila Cristina Santana Silva

Orientadora: Prof. Dr^a. Claudia Bonan Jannotti

Rio de Janeiro

Julho/ 2011



Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira

Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

A assistência ao planejamento reprodutivo na Estratégia de
Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Keila Cristina Santana Silva

Dissertação de Mestrado
apresentada à Pós-Graduação
em Saúde da Criança e da
Mulher, como parte dos
requisitos para obtenção do
título de Mestre em Saúde da
Criança e Mulher.

Orientadora: Prof. Dr^a. Claudia Bonan Jannotti

Rio de Janeiro

Julho/ 2011

Dedico este trabalho à minha família que me acompanhou durante todo esse tempo e não poupou esforços para que eu conseguisse chegar até aqui.

Agradecimentos

A Deus por ter me sustentado nessa caminhada.

À Claudia Bonan por todo incentivo e confiança, por toda ajuda, pela orientação na pesquisa e por me ajudar a crescer enquanto pessoa.

À Andreza por toda compreensão, ajuda, conversas, pelo partilhar de experiências.

A Estratégia de Saúde da Família da SMS/RJ, pelo tempo em que estive convivendo com vocês, em especial à Elisete e ACS Inês pelo apoio, conversas e incentivo.

Às mulheres que se sentiram acolhidas e confiaram parte de suas vivências possibilitando a realização deste trabalho.

Aos professores do curso de Pós Graduação em Saúde da Criança e Mulher pelo aprendizado e pelos momentos de aula inesquecíveis.

Aos colegas de turma, pela amizade que ficou eternizada e que levarei sempre comigo.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica, por toda atenção dispensada para as mínimas dúvidas.

Às professoras da banca examinadora, Márcia Fausto e Maria Auxiliadora Mendes, Kátia Silveira e Adriana Lemos por terem aceitado nosso convite.

Ao meu querido noivo, Rafael, por ter me acompanhado durante todo esse tempo e me incentivado a cada dia a prosseguir.

À minha família, principalmente minha Tia Dinha e meu irmão, Johab, por sempre estarem dispostos a me ajudar.

Aos meus amigos que sempre me apoiaram, sempre estiveram comigo em todos os momentos.

“Sou o que quero ser, porque possuo apenas uma vida e nela só tenho uma chance de fazer o que quero. Tenho felicidade o bastante para fazê-la doce, dificuldades para fazê-la forte, tristeza para fazê-la humana e esperança suficiente para fazê-la feliz. As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas, elas sabem fazer o melhor das oportunidades que aparecem em seus caminhos”.

Clarice Lispector

Resumo

Na perspectiva da política de planejamento reprodutivo estabelecida no Brasil, a assistência à regulação da fecundidade é fundamentalmente uma ação de promoção e prevenção em saúde e de potencialização do exercício do direito reprodutivo, ou seja, ela não lida com a doença em si e, nesse sentido, ela diz respeito essencialmente à atenção básica. Muitas questões e desafios que envolvem a assistência ao planejamento reprodutivo - seja de acesso, de qualidade ou de integração com outras áreas da saúde - não são problemas exclusivos desse programa, mas fazem parte de um contexto maior, que é o da atenção básica no Brasil. Objeto: assistência ao planejamento reprodutivo na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Objetivo geral: refletir sobre as oportunidades que o modelo da estratégia da família poderia vir a proporcionar para o aprimoramento da assistência ao planejamento reprodutivo. Objetivos específicos: descrever as ações de assistência ao planejamento reprodutivo em uma unidade de saúde da família da rede municipal e reconstruir as trajetórias reprodutivas e contraceptivas dessas usuárias. Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa para o qual utilizamos dois procedimentos investigativos: a descrição da assistência ao planejamento reprodutivo em uma unidade de estratégia de saúde da família na cidade do Rio de Janeiro e a reconstrução da trajetória contraceptiva das mulheres que se inscreveram no programa de planejamento familiar na unidade. Foram entrevistadas 48 usuárias que participaram da prática educativa. Realizamos uma análise descritiva dos dados objetivos do questionário e a análise de trajetórias das práticas contraceptivas de mulheres desde sua primeira relação sexual. Resultados: Os problemas identificados na assistência ao planejamento reprodutivo foram a ausência de formação de vínculo com o serviço, a inexistência de serviços que supram as demandas programadas e não programadas, o modelo de realização da prática educativa e a não realização de seguimento da clientela. Todas essas questões demonstram que na ESF persistem os mesmos problemas de unidades do modelo tradicional, e estão relacionadas à falta de integração, coordenação da rede e continuidade de cuidados que comprometem a assistência ao planejamento reprodutivo. Considerações Finais: Ainda existe um distanciamento entre a que a ESF se propõe e o que realmente ela tem representado. Para a reorganização da atenção básica, faz-se necessário que esses desafios sejam superados.

Palavras-chave: Planejamento familiar, Programa Saúde da Família, Mulheres

Abstract

From the perspective of reproductive planning policy established in Brazil, fertility regulation assistance is fundamentally an act of health promotion, illness prevention, and promoting the exercise of reproductive rights (i.e. it does not deal with disease itself and, in this sense, refers mainly to primary care). Many issues and challenges involving reproductive planning assistance - whether they regard access, quality or integration with other health sectors - are not unique problems of this policy, but are part of a larger context, which is primary health care. Subject: Reproductive planning assistance in the Family Health Strategy for the City of Rio de Janeiro. Overall Objective: To consider the opportunities that the strategic model for the family could eventually provide for the improvement of assisted reproductive planning assistance. Specific Objectives: To describe the reproductive planning activities in one of the city's network of family health clinics and trace back the reproductive and contraceptive paths of those who make use of them. Materials and Methods: We conducted a qualitative case study in which we used two investigative procedures: A description of reproductive planning assistance in a Family Health Strategy clinic in the City of Rio de Janeiro, and tracing back the contraceptive trajectory of women who enrolled in the clinic's family planning program. We interviewed 48 enrollees who participated in an educational program. We conducted a descriptive evaluation of objective data taken from questionnaire responses and an analysis of contraceptive practices trajectories these participants' first sexual encounters. Results: The problems identified in reproductive planning assistance were the lack of attachment to the service, the lack of services that fulfill scheduled and unscheduled needs, the educational program model used, and the failure to conduct follow-ups with clients. All of these issues demonstrate that, using the traditional model, the same problems persist in FHS clinics and that these are related to a lack of integration, network coordination, and continuity of care, which undermine reproductive planning assistance. Conclusion: There is still a gap between the proposed FHS and the results it has really been able to produce. For primary care to be reorganized, it will be necessary to overcome these challenges.

Keywords: Family Planning, Family Health Program, Women

Lista de tabelas e gráfico

	Título	Página
Tabela 1-	Dados sócio-econômicos	59
Tabela 2 -	Dados sexuais e reprodutivos	61
Gráfico 1	Métodos de escolha	68

Sumário

CAPÍTULO 1 – Introdução	9
CAPÍTULO 2 - Quadro Teórico	15
CAPÍTULO 3 - Revisão de Literatura	33
CAPÍTULO 4 - Materiais e métodos	44
CAPÍTULO 5 – Resultados	47
CAPÍTULO 6 – Discussão	79
CAPÍTULO 7 – Considerações finais	86
Referências Bibliográficas	89
Apêndices	95
Anexos	114

Capítulo 1 – Introdução

A assistência ao planejamento reprodutivo¹ é tema que tem sido muito discutido no Brasil, nas últimas três décadas. Movimentos sociais, como o de reforma sanitária e o movimento feminista, contribuíram para que se pensasse na assistência à contracepção como questão de promoção à saúde, com um enfoque integral, e de direitos sexuais e reprodutivos, e não como modo de controle da natalidade, perspectiva que havia marcado programas de entidades privadas de planejamento familiar, nas décadas de 60 e 70. Um marco nesse debate foi o anúncio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), em 1983, que trouxe mudanças quanto à assistência a população feminina, deixando essa de se restringir ao ciclo gravídico e puerperal e abrangendo questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva em todas as idades.

Nesses últimos 25 anos, outros instrumentos normativos e legais consolidaram a perspectiva da saúde e da integralidade na esfera da reprodução, como a Constituição de 1988 que no artigo 226 parágrafo 7 diz:

”Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

O artigo constitucional foi regulamentado através da Lei do Planejamento Familiar (Lei Federal 9.263 de 1996). Desde sua promulgação, o

¹Em literatura acadêmica mais recente, o termo “planejamento reprodutivo” tem sido preferido ao termo “planejamento familiar” para se referir às práticas de regulação da fecundidade por ser mais abrangente, incorporando pessoas com vida sexual ativa sem parceiros estáveis e aqueles que ainda estão iniciando sua vida sexual, no caso, adolescentes. (Heilborn, 2009)

Ministério da Saúde, em conjunto com outras instâncias gestoras da saúde em nível municipal e estadual e entidades da sociedade, tem desenvolvido políticas e programas no sentido de garantir o acesso e efetivar a assistência ao planejamento reprodutivo nessa perspectiva de integralidade e de direitos. Recentemente, esses esforços foram intensificados com o lançamento da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, de 2005, e o Marco Teórico e Referencial da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, de 2006.

Apesar dos avanços, muitos desafios ainda são percebidos quanto à assistência ao planejamento reprodutivo nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), como demonstram os estudos de Berquó e Cavenaghi, (2003); Moura e Silva (2004); Moura e Silva (2005); Moura e Silva (2006) Osis et al (2006); Costa et al (2006); Moura et al (2007); Heilborn et al (2009), Bonan et al (2010), entre outros. Esses autores têm mostrado a persistência de problemas como a irregularidade na oferta e distribuição de métodos, dificuldades no acesso à realização da esterilização cirúrgica voluntária, reduzida participação masculina na contracepção e prevenção, dificuldades na captação de adolescentes nos serviços, ausência de oferta à assistência à infertilidade, necessidade de maior capacitação dos profissionais para atividades educativas e assistenciais, deficiências na articulação da assistência ao planejamento reprodutivo com outras ações e programas de saúde.

Na perspectiva da política de planejamento reprodutivo estabelecida no Brasil, a assistência à regulação da fecundidade é fundamentalmente uma ação de promoção e prevenção em saúde e de potencialização do exercício do

direito reprodutivo, ou seja, ela não lida com a doença em si e, nesse sentido, ela diz respeito essencialmente à atenção básica (Ministério da Saúde, 2010). Muitas questões e desafios que envolvem a assistência ao planejamento reprodutivo - seja de acesso, de qualidade ou de integração com outras áreas da saúde - não são problemas exclusivos desse programa, mas fazem parte de um contexto maior, que é o da atenção básica no Brasil que também se depara com esses problemas.

No processo de construção do SUS no Brasil, cujos princípios fundadores são a universalidade, a integralidade e a equidade, o debate sobre essas questões ganhou relevância. Para concretizar esses princípios a atenção básica foi concebida como a porta de entrada no sistema e a forma principal de acesso aos serviços de saúde, em seus vários níveis de complexidade. Além disso, ela é proposta como elemento-chave em um modelo de assistência à saúde no qual a promoção e a prevenção tem grande ênfase, ao contrário do modelo anterior centrado na doença e organizado em torno do hospital (Ministério da Saúde, 2010). É nesse sentido que, em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a reestruturação desse nível de atenção. Em 2003, essa orientação foi reforçada pelo Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial, que visava aprofundar a implementação dessa estratégia por meio da ampliação da cobertura e da elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros (Ministério da Saúde, 2003).

Contudo, como tem sido mostrado por vários autores (Giovanella *et al*, 2009; Mendonça, 2009; Shimizu e Rosales, 2009), a atenção básica enfrenta importantes desafios quanto à sua integração ao conjunto da rede assistencial e ao seu papel de coordenar as ações e serviços e promover a continuidade dos cuidados.

No município do Rio de Janeiro, desde 1991, tem havido importante investimento na implementação de um programa de assistência ao planejamento reprodutivo, calcado nos fundamentos dos direitos reprodutivos, equidade de gênero e integralidade (Valladares, 1999). Atualmente, em toda rede tradicional de atenção básica – centros e postos de saúde - o programa encontra-se implementado, e somente nos últimos anos as equipes de saúde da família começam a estruturar essa assistência. Bonan e Silva (2008) realizaram um estudo avaliativo sobre o programa de planejamento familiar na rede municipal do Rio de Janeiro que demonstrou um grau de implementação relativamente avançado. Contudo, o estudo também revelou a pertinência de problemas como descontinuidade de abastecimento e dispensação de métodos contraceptivos, dificuldades de acesso ao DIU e à esterilização cirúrgica, ausência de assistência à infertilidade, inexistência de uma abordagem à saúde reprodutiva masculina, baixa articulação com outros serviços e programas; captação deficiente de adolescentes e público masculino, descontinuidade de participação nos grupos educativos e dificuldades no trabalho multiprofissional.

A questão que norteou a pesquisa aqui apresentada foi como a estratégia de saúde da família poderia contribuir no sentido de superar problemas que têm sido persistentemente diagnosticados na assistência ao planejamento reprodutivo e ampliar o acesso e qualidade dessas ações de

saúde. Nossa premissa é que elementos centrais do modelo teórico da estratégia de saúde da família podem ser cruciais para um aprimoramento das ações de assistência ao planejamento reprodutivo e a superação de dificuldades que persistem. Referimo-nos especificamente às questões da *integração da rede* assistencial e da *coordenação e continuidade dos cuidados* (Ministério da Saúde 2010; Almeida *et al* 2010; Giovanella *et al* 2009).

Embora, a assistência ao planejamento reprodutivo seja fundamentalmente uma questão de promoção da saúde, no atendimento das demandas e necessidades das pessoas muitas vezes é necessário lançar mão de recursos (serviços, tecnologias) que não fazem parte do nível primário da atenção, e as unidades de saúde da família devem estar integradas com outros níveis da rede assistencial, com mecanismos de referência e contra-referência bem estabelecidos – por exemplo, no caso de demanda por esterilização cirúrgica ou de necessidade de investigação de infertilidade. Quanto à coordenação dos cuidados, faz-se necessário que haja articulação entre as ações dos programas de saúde no sentido de romper a tradicional verticalidade. Por exemplo, as usuárias que fazem planejamento reprodutivo também podem estar inscritas nos programas de hipertensão ou diabetes e deve existir diálogo entre esses profissionais que as assistem. Quanto à continuidade, devemos ter meios de acompanhar as pessoas que decidem fazer planejamento reprodutivo, uma vez que é importante saber se elas estão satisfeitas, e se têm conseguido obter o método contraceptivo escolhido, e se possuem outras necessidades.

O **objeto de estudo** desta dissertação de mestrado é a assistência ao planejamento reprodutivo na Estratégia de Saúde da Família no município

do Rio de Janeiro. Nosso **objetivo geral** foi refletir sobre as oportunidades que o modelo da estratégia da família poderia vir a proporcionar para o aprimoramento da assistência ao planejamento reprodutivo. Como objetivos específicos procedemos a descrição das ações de assistência ao planejamento reprodutivo em uma unidade de saúde da família da rede municipal e reconstruímos as trajetórias reprodutivas e contraceptivas de usuárias dessa unidade.

Esta dissertação é composta por sete capítulos. No segundo capítulo apresentamos o arcabouço teórico desse estudo e no terceiro, uma revisão de literatura. No quarto capítulo abordamos sobre as questões metodológicas, para enfim, nos quinto e sexto capítulos apresentarmos os resultados encontrados após o trabalho de campo e uma discussão sobre esses achados. No sétimo capítulo temos as considerações finais do estudo.

Capítulo 2- Quadro Teórico

2.1 - Questões conceituais em torno da noção de direitos reprodutivos

As questões que compõem o marco teórico deste estudo sobre assistência ao planejamento reprodutivo na Estratégia de Saúde da Família advêm do modelo teórico da política de planejamento reprodutivo no Brasil, em cujos fundamentos estão as noções de direitos sexuais e reprodutivos, integralidade e equidade. Essas noções são consoantes com os princípios de nossa Constituição Federal e do Sistema Único de Saúde que versam sobre direito à saúde, integralidade, equidade e universalidade.

A introdução do debate sobre direitos reprodutivos no Brasil tem suas origens em movimentos sociais (feministas, sanitaristas, negros e outros) que, a partir do final dos anos de 1970 e principalmente nos anos de 1980, fizeram forte oposição às políticas de “planejamento familiar” com enfoque de controle demográfico que haviam sido introduzidas no Brasil por agências internacionais, nos anos de 1960 (Bonan, 2004). Os movimentos denunciavam a prática de esterilizações cirúrgicas abusivas, a distribuição de pílulas anticoncepcionais indiscriminadamente sem atenção a outros aspectos da saúde da mulher e aos seus efeitos iatrogênicos e a manipulação do corpo das mulheres em pesquisas farmacológicas sem protocolos éticos bem definidos. Além disso, apontavam o caráter discriminatório daquelas políticas, segundo classe social, gênero e raça/etnia. As críticas às políticas de controle populacional não ocorriam somente no Brasil, mas havia um movimento internacional de oposição a essas políticas, no bojo do qual se gestava a noção

de direitos reprodutivos.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), lançado pelo Ministério da Saúde no início dos anos de 1980, foi de fundamental importância na trajetória desses debates, por representar uma política favorável à questão dos direitos na esfera da reprodução e por permitir a junção de ações de assistência à regulação da fecundidade às ações do sistema público de saúde. Ele uniu os movimentos de mulheres aos setores de profissionais de saúde, no movimento de reforma sanitária, e possibilitou a ampliação do debate sobre direitos sanitários, destacadamente, o debate sobre o conceito de integralidade.

A promulgação da nova Constituição Federal, em 1988, representou outro acontecimento definitivo na construção dos marcos jurídico-legais dos direitos reprodutivos. No artigo 226, parágrafo 7, o planejamento familiar foi reconhecido como direito e desvinculado de programas de controle demográfico.

“Fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

Em 1996, foi aprovada a Lei Federal 9263 - Lei do Planejamento Familiar - que reforçou as idéias de integralidade, de direitos reprodutivos e da responsabilidade do Estado em prover os recursos para o seu exercício.

“A lei estabelece que o exercício pleno dos direitos reprodutivos implica no acesso a todos os métodos cientificamente aceitos de regulação da fecundidade e o direito à esterilização cirúrgica, que devem ser disponibilizados pelo Estado dentro de certos critérios ali mesmo definidos. Por fim, a Lei 9.263 lei proíbe explicitamente o controle demográfico, qualifica como crime a indução dolosa à esterilização cirúrgica e, quando cometida sistematicamente, tipifica tal ação como genocídio” (Bonan, 2004:20).

A Lei 9.263 inseriu as ações de planejamento familiar no contexto da atenção integral à saúde e transforma algumas diretrizes centrais do País em norma legal, uma vez que obriga ao Sistema Único de Saúde a garantir em toda sua rede ações integradas de assistência ao controle da fecundidade, atenção ao ciclo gravídico-puerperal, controle de doenças sexualmente transmissíveis e controle do câncer relacionado ao aparelho reprodutivo de mulheres e homens, entendendo todas essas ações como parte do direito ao planejamento familiar.

A noção e o debate político sobre direitos sexuais e reprodutivos é recente e resultante da ação de muitas forças sociais, reunindo profissionais de saúde e do direito, movimentos sociais (feministas, negros, homossexuais), organizações da sociedade civil, pesquisadores, autoridades governamentais, agências internacionais, entre outros. O reconhecimento desses direitos é fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo, em 1994, foi um marco na consagração das noções de direitos reprodutivos e saúde sexual reprodutiva, os quais foram assumidos e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing), em 1995.

Côrrea *et al* (2006) afirmam que, após a Conferência do Cairo, emerge um novo paradigma no debate sobre população e desenvolvimento, deixando de ser questão exclusivamente econômica para abarcar questões relativas aos direitos, à justiça social e à equidade e introduzindo os direitos sexuais e reprodutivos como componentes indissociáveis dos direitos humanos. Para os autores, a conferência “provocou uma transformação

profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos, bem-estar social, igualdade entre os gêneros e, em especial, à saúde e aos direitos reprodutivos” (p. 29).

A saúde sexual e reprodutiva foi definida da seguinte forma na Conferência do Cairo:

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis” (parágrafo 7.3).

Os direitos reprodutivos se referem à liberdade de escolha de mulheres e homens de terem ou não filhos, quantos e em que momento de suas vidas. Corrêa e Petchesky (1994) afirmam que o exercício desses direitos deve ser visto em termos de *poder* e *recursos*, uma vez que para a consolidação da liberdade de escolha (autonomia decisória) faz-se necessário que as pessoas tenham recursos diversos (acesso a serviços de saúde e educação de qualidade, trabalho e renda, moradia, etc) que assegurem sua decisão.

Como expressão do compromisso crescente do Estado brasileiro com os direitos reprodutivos, em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política

Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos que tem se desdobrado em uma série de programas e diretrizes normativas que passam pelos temas da assistência contraceptiva, reprodução humana assistida, atendimento humanizado as mulheres em processo de abortamento, violência sexual, direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes, entre outros. Os princípios da integralidade, da equidade (gênero, classe, raça/etnia, idade, condição física, orientação sexual) e dos direitos fundamentais embebem essa política.

O conceito de direitos reprodutivos e seu arcabouço jurídico-normativo compõem o marco teórico deste estudo.

2.2 – Atenção básica e assistência ao planejamento reprodutivo: desafios compartilhados

A definição de atenção primária em saúde vem da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários, realizada em 1978, também conhecida como Conferência de Alma-Ata. Essa conferência trouxe desde então o conceito de *cuidados de saúde primários* que são cuidados essenciais de saúde e devem ser oferecidos de forma universal e acessíveis a toda a população.

Giovanella *et al* (2009) abordam a atenção primária em saúde como uma estratégia para orientar e organizar o sistema de saúde e possibilidade para solucionar problemas enfrentados pela população no que diz respeito aos serviços de saúde. A atenção primária deve ser a porta de entrada do indivíduo nos sistemas de saúde, a primeira forma de contato, e quanto mais interligada

a outros serviços ela estiver, maiores serão as garantias de que as pessoas conseguirão ter suas necessidades atendidas. Um sistema de saúde estruturado e organizado, integrado em seus vários níveis de complexidade, resulta numa melhor atenção às necessidades reais da população.

Na América Latina, na década de 1980, predominou uma abordagem “seletiva” da atenção primária, com um enfoque voltado para a oferta de um pacote mínimo de serviços para a população pobre. Entretanto, no Brasil, motivada pelas reivindicações da saúde como direito fundamental por parte do movimento de reforma sanitária e outros movimentos sociais, essa concepção foi reformulada. A criação do SUS e instituição de seus conceitos doutrinários - universalidade, integralidade e equidade - foram fundamentais nesse processo. A atenção primária em saúde deixou de ser algo ofertado a uma parcela da população para ser um direito de todo cidadão, e passou a ser chamada de atenção básica.

O debate sobre integralidade nasce no seio do movimento de reforma sanitária no Brasil e se consolida a partir da Constituição Federal de 1988, quando se reconhece saúde como um “direito de todos e dever do Estado”, cabendo ao Estado garantir esse direito através de políticas sociais e econômicas. A carta magna estabeleceu os princípios e bases para a criação de um sistema de um sistema de saúde – o SUS - pautado nos fundamentos universalidade, integralidade, equidade, de gestão descentralizada e democrática. (Mattos 2001)

O texto da Constituição é resultante de um amplo processo de lutas políticas que datam desde a década de 1970. A “saúde como direito de todos” advém de reivindicações trazidas à tona pelo movimento sanitário, no contexto

da luta pela redemocratização do país e pela construção de uma sociedade mais justa.

Por seu amplo significado, o conceito de integralidade em saúde tem estado presente em discussões na área da saúde pública e dos estudos em saúde coletiva. Mattos (2001) traz a discussão sobre os muitos sentidos que podem ser atribuídos à integralidade, mas em suas várias conotações e utilizações ao longo da história das lutas pelo direito à saúde e reforma sanitária essa noção representa valores que remetem a sentimentos de justiça social e igualdade.

Segundo Mattos (2001), existem três grandes campos de sentido quando se fala em integralidade: a qualidade das interações que se dão entre trabalhadores da saúde e os usuários do sistema; o modo de organização dos serviços, processos de trabalho e práticas assistências; o desenvolvimento de políticas e programas específicos, criados para responder certos problemas de saúde ou atender necessidades de certos grupos populacionais.

O primeiro sentido traz a integralidade como uma noção da boa prática da medicina, leva à reflexão sobre a qualidade do acolhimento, do diálogo e das relações interpessoais que se dão na prática assistencial. Esse sentido de integralidade nos remete à visão do paciente como um sujeito portador de direitos, necessidades, aspirações e saberes, e do profissional que o atende com capaz de estabelecer com ele uma relação simétrica, olhá-lo como um todo e buscar compreendê-lo em suas necessidades de maneira abrangente, não reducionista.

No segundo campo de sentidos, a integralidade deve ser um atributo da organização dos serviços, processos de trabalho e práticas assistenciais.

Os serviços de saúde dos vários níveis de complexidade devem compor uma rede articulada e integrada, onde a partir da atenção primária, como porta de entrada, os usuários conseguem ter acesso a outros pontos do sistema, segundo suas necessidades. As ações e programas de saúde devem ser horizontalizados, isto é articulados e coordenados. Os processos de trabalho devem estar estruturados de forma que os profissionais que desenvolvem diferentes atividades de cuidado para um mesmo paciente troquem informações entre si, buscando olhar o indivíduo como um todo, em suas necessidades. Remete-se à formação de uma rede de comunicação entre os serviços e profissionais que assegure a coordenação e a continuidade do cuidado em saúde, em todos os níveis de atenção.

O terceiro campo de sentido diz respeito ao modo como as autoridades e instituições gestoras da saúde respondem demandas ou problemas de saúde através da formulação de políticas que atendam grupos com problemas específicos ou enfrentem certo quadro epidemiológico. Para que o princípio da integralidade se efetive no plano da formulação das políticas, estas devem incorporar a visão de que os indivíduos a quais se destinam são sujeitos de direitos e com autonomia, que tem necessidades abrangentes, que os problemas ou necessidades de saúde não são meros fenômenos biológicos, mas são também condicionados por fatores socioeconômicos, políticos e culturais, e enfim, traçar estratégias que integrem promoção, prevenção e assistência, abordagem clínica e educativa.

A equidade é um dos princípios fundamentais norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A lei 8.080 artigo 2 § 1º afirma que:

“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de

condições que assegurem *acesso universal e igualitário* às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

A garantia de “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” faz parte dos princípios e diretrizes do SUS.

Scorel (2008) afirma que a equidade em saúde pode ser vista sob duas dimensões: em relação às condições de saúde e em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde. A dimensão que tem como foco as condições de saúde busca estudar a forma como o risco de adoecer/morrer é distribuído em diferentes grupos da população, uma vez que esses são diferentes quanto a estilos de vida, condições sócio-econômicas, acesso a bens e serviços. Nesse sentido, para a garantia da equidade em saúde, é necessário um olhar mais criterioso grupos que possa estar mais vulneráveis ao adoecimento, segundo diferenças de classe, gênero, raça/etnia, idade ou outros.

A dimensão que aborda as relações entre acesso e utilização de serviços de saúde estuda as condições e modos como os indivíduos podem lançar mão dos recursos e cuidados de saúde nos vários níveis de atenção. Aqui também iniquidades sociais podem comprometer o acesso ou a utilização dos serviços de saúde, em todos os graus de complexidade.

A equidade também pode ser vista, sob outro ângulo, como princípio orientador das reformas no sistema de saúde. Esse princípio deve nortear tanto a formulação das políticas e programas de saúde, como a construção da institucionalidade do sistema. Isso que traz à tona a discussão da descentralização do poder e a transferência de decisões, responsabilidades e recursos para os níveis locais de gestão, que deve incluir também a participação da comunidade.

Os princípios da integralidade e da equidade tem sido o pano de

fundo dos esforços do Estado e da sociedade brasileira para a reestruturação do sistema de saúde, tendo como sua base sólida a atenção primária à saúde.

Para Starfield (2002):

“A integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. As decisões sobre se a atenção primária, e não outro nível de atenção detém a capacidade de prestar serviços específicos variam de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações” (p. 314).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), “a atenção básica caracteriza-se de um conjunto de ações de saúde, que remetem aos âmbitos individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. Ela deve ser “o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde” e se orientar pelos princípios da “universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”. (Ministério da Saúde, 2007, pág. 26). A atenção básica deve ser exercida de forma democrática e participativa, uma vez que conta com trabalho multiprofissional, com uma equipe que atua em áreas delimitadas, assumindo a responsabilidade sobre aquela população. Em seu modelo teórico, a atenção básica é o ponto do sistema mais propício ao estabelecimento do vínculo entre profissionais e usuários e o que mais propiciar um maior conhecimento das necessidades singulares e abrangentes das pessoas e dos fatores sócio-culturais que atuam sobre ele.

A história contemporânea da atenção básica no Brasil nos remete a 1991, quando é implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(Pacs). Essa foi uma importante estratégia para a construção do SUS a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, e foi uma estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF), que começou a ser implantado em 1994. Segundo Bodstein *et al.* (2006):

“O PSF e o Pacs expandiram-se com muita aceitação pela população em municípios de pequeno porte, no interior do País. Já nos municípios maiores, sua presença era pequena, o que levou o MS a conceber o Proesf [Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família], em 2003, como uma proposta de fortalecimento e reorganização da atenção básica a partir do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes”.

Em 2006, com a Portaria Nº 648 do Ministério da Saúde, o PSF se consolida como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa reorganizar a prática assistencial e traz novos critérios com vistas a substituir o modelo tradicional de assistência, o qual estava centralizado no hospital e cujo único foco era a cura de doenças, desconsiderando o indivíduo como um todo. Isso envolve entender a atenção primária como uma porta de entrada para os serviços de saúde, que garanta o acesso a todos os níveis de atenção, bem como a continuidade dos serviços prestados e que se articule a outros setores em busca de satisfazer as necessidades da população.

A integração da rede de serviços permite que o indivíduo seja visto como um todo e que nenhuma das suas necessidades sejam negligenciadas, e é fundamental para garantir uma assistência equitativa. Não basta somente a existência de especialidades na rede, faz-se necessário que haja uma integração dos serviços de forma que as pessoas tenham acesso ao que necessitam.

Hoje a ESF encontra-se presente em todo o Brasil. Porém, segundo

Giovanella *et al* (2009), a atenção básica tem encontrado desafios relacionados à *integração do sistema, a coordenação e continuidade dos processos de cuidados*, uma que vez é perceptível a fragmentação da oferta dos serviços de saúde e a persistente verticalização dos programas de saúde. A autora ainda traz como questão o desafio da inserção da sociedade na discussão de atenção primária em saúde e do acesso aos serviços, ressaltando a defesa da atenção primária poderia fortalecer a sociedade na definição dos seus direitos e a incorporação da noção de empoderamento.

Essas diretrizes organizacionais inscritas no modelo teórico da ESF – *integração do sistema, coordenação e continuidade dos cuidados* – são elementos importantes do marco teórico do estudo apresentado nesta dissertação. Starfield (2002) nos traz uma definição para o que aqui chamamos de *coordenação dos cuidados*:

“Coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum. Esta definição expressa, formalmente, o que as descrições mais realistas indicam. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento” (pág.364).

A coordenação dos cuidados é um desafio à medida que requer um conhecimento amplo da rede de serviços que possuímos e uma compreensão sobre o que o paciente realmente precisa naquele momento, suas reais necessidades. Os desafios quanto à coordenação dos cuidados podem ser exemplificados pela dificuldade de compartilhamento de informações sobre os pacientes uma vez que às vezes um indivíduo passa por diversos profissionais e as percepções são diversas ou convergentes, entretanto essas informações não são trocadas.

Para uma efetiva ação de coordenação dos cuidados é necessário que haja um meio de troca de informações e de diálogo entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado, dessa forma a atenção será compartilhada e isso ocasionará em melhora do fluxo de informações entre cuidadores da atenção primária em saúde e especialistas.

Mendonça (2009) nos traz que a formação e a educação permanente também se constituem desafios para a consolidação da atenção básica, uma vez que grande parte dos profissionais que hoje fazem parte do programa saúde da família não possui a especialização no mesmo, a compreensão dos mesmos sobre a posição da ESF na rede e seu papel em garantir a coordenação e continuidade dos cuidados.

Segundo Rocha *et al* (2010) o processo de trabalho na ESF compreende “atividades em grupo com a finalidade de proporcionar suporte aos clientes em períodos de mudanças, tratamento ou crises e de oferecer auxílio para adaptação a comportamentos mais saudáveis”. (p.211) Cabe à equipe multiprofissional desenvolver esse trabalho educativo e proporcionar ambientes de troca de informações e conhecimentos.

“As estratégias educativas devem ser implementadas a partir da problematização das realidades dos usuários, o que significa refletir sobre as situações, questionando os fatos, fenômenos e idéias, para compreender os processos e construir propostas e soluções no coletivo. E nesse processo de problematização deve-se buscar envolver todos, ou seja, tanto os usuários quanto os trabalhadores do serviço de saúde”. (Ministério da Saúde, 2010, p.109)

Quanto à continuidade dos cuidados, Starfield (2002) afirma que essa diretriz se constitui um fator importante na assistência integral e um desafio para os diversos profissionais por quem passa um indivíduo. Os registros consistentes, disponíveis e rotineiramente acessados pelos profissionais se constituem em uma ferramenta de comunicação e

reconhecimento da evolução dos problemas em consultas subseqüentes, ao longo da vida dos indivíduos e famílias.

Souza e Costa (2010, p. 512) afirmam que “a integração das ações remete à continuidade do atendimento e ao cuidado dos usuários em seus diversos níveis, o que deve ser regulado pelas unidades prestadoras de serviço”. Entretanto, se não há integração dessa rede o cuidado fica comprometido.

Apesar da ESF ser considerada a porta de entrada para os serviços de saúde e do aumento do quantitativo das equipes e da cobertura, pelo Programa de Expansão do Saúde da Família (Proesf), o acesso aos serviços continua sendo um desafio. Azevedo e Costa (2010) discutem essa temática em estudo realizado com 39 equipes de saúde da família de Recife. Nesse estudo, as autoras classificaram as dificuldades de acesso como geográficas, organizacionais, sócio-culturais e econômicas. Segundo elas, as dificuldades geográficas seriam aquelas encontradas pelos usuários para se deslocarem até a unidade; as organizacionais seriam as dificuldades após a entrada no serviço, relativas à marcação de exames e consultas; as sócio-culturais são referentes ao universo de significados e perspectivas dos usuários em relação ao serviço; e as econômicas são todos os aspectos financeiros que afetam a busca por essa assistência (inclusive perda de dias de trabalho ou compra de medicamentos). Problemas como o tempo de espera para atendimento, a demora para marcação de exames e chegada de resultados, a baixa resolutividade da ESF, as dificuldades encontradas no encaminhamento e contra-referenciamento e as despesas com medicamentos foram levantados ao término desse estudo.

Conill (2008) discute os desafios para a organização de serviços básicos em centros urbanos, revisando vários estudos sobre o tema, e traz à tona o papel exercido pela ESF e as vantagens desse novo modelo em contraponto ao modelo tradicional. Entretanto, dificuldades no que diz respeito ao acesso, às referências e a outros problemas são freqüentemente referidos. Essas dificuldades acabam por comprometer a realização das possibilidades da ESF, “comprometendo os avanços no campo da integralidade” (p.14)

Ao pensarmos na ESF como um modelo de atenção transformador nos deparamos com a seguinte questão: temos um modelo inovador, teoricamente diferenciado do já existente, que possui características que podem permitir uma maior integração dos serviços e formação de vínculos; entretanto, os problemas decorrentes da implementação da ESF fazem com que suas potencialidades nem sempre podem ser devidamente exploradas.

Medeiros *et al* (2010) entendem o problema da rotatividade de profissionais na ESF como questão central, e constatam que:

“A motivação [resultante nessa rotatividade] oscila desde motivos concretos, como o vínculo precário na contratação, dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor, até questões como a realização profissional nas atividades desenvolvidas no âmbito dessa política”. (p.1529)

Um modelo que propõe uma maior proximidade entre usuários e profissionais e a formação de vínculos mais consistentes é prejudicado quando se tem uma elevada rotatividade dos profissionais ou até mesmo quando o vínculo empregatício desses profissionais é temporário.

Esses problemas poderiam ser contornados caso houvesse uma iniciativa com vistas à melhoria dos termos dos vínculos trabalhistas, concedendo dessa forma mais estabilidade a esses profissionais. Uma

mudança quanto ao estilo de gestão, no sentido de torná-la mais participativa, incentivaria os profissionais a se fixarem na unidade. Programas que fornecessem capacitações aos profissionais e investimentos para o crescimento e valorização profissional dos mesmos também ajudariam nesse sentido (Medeiros *et al* 2010).

Ao revisarmos a produção bibliográfica brasileira sobre assistência ao planejamento reprodutivo – ação em saúde que passa primordialmente pela atenção básica – e mapearmos os problemas inerentes a essa assistência demonstrados por essa literatura, percebemos que muitos dos impasses se relacionam a falta ou debilidade de integração dos serviços e de coordenação e continuidade dos cuidados.

A frágil integração entre os serviços de vários níveis de complexidade pode ser percebida, por exemplo, pelas dificuldades encontradas pelas usuárias na obtenção da esterilização cirúrgica pelo serviço público. Os trâmites são longos e a realização do trabalho educativo na unidade primária não garante a realização efetiva da cirurgia. A falta de comunicação entre profissionais que prestam assistência clínica e aqueles que realizam as atividades educativas e a falta de articulação entre as ações de planejamento reprodutivo e outros programas (hipertensão, diabetes, adolescentes) refletem problemas quanto à continuidade da assistência e coordenação dos cuidados. (Vieira e Souza, 2009; Vieira, 1998). Em alguns estudos, a rotatividade de profissionais da ESF foi um fator de dificuldade para a consolidação da assistência de planejamento reprodutivo, e a própria oferta aos métodos não se constituía em prática linear e padronizada. (Moura *et al*, 2007; Bertussi 2001).

Problemas de gestão municipal e/ou local também interferem na

qualidade da assistência ao planejamento reprodutivo na ESF. No estudo de Medeiros *et al* (2010), pequena variedade de métodos anticoncepcionais disponíveis e a irregularidade no seu abastecimento foram obstáculos no manejo das contra-indicações e efeitos colaterais e na garantia da livre escolha dos usuários.

Os problemas enfrentados pelas equipes de saúde da família na assistência ao planejamento reprodutivo são muito similares àqueles problemas encontrados em unidades tradicionais, já amplamente documentados, e são o reflexo dos muitos desafios que ainda devem ser enfrentados pela atenção básica e o SUS como um todo.

Segundo Souza e Costa (2010):

“A complexidade do SUS, as dificuldades locorregionais, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde têm se constituído em desafios permanentes na consolidação do Sistema Único de Saúde”.
(p.513)

Em face de tantas dificuldades, o sistema público de saúde muitas vezes se torna desacreditado pela população que, quando tem recursos, recorre aos planos privados. Os problemas citados desrespeitam os princípios de universalidade, integralidade e equidade, uma vez que apesar de todos terem direito à assistência à saúde, nem todos têm acesso a ela; e, mesmo quando se tem acesso, não há garantia de uma assistência integral, que disponibilize todos os recursos do sistema de saúde, na busca de atender da melhor maneira possível as necessidades das pessoas.

É necessário que esses impasses sejam levantados e debatidos com participação ampla da sociedade e que se inovem as estratégias para contornar problemas persistentes que afetam o sistema de saúde. A ESF

possui um grande potencial para isso, representando a possibilidade de mudanças na atenção básica e na rede de saúde como um todo.

Capítulo 3 - Revisão da literatura sobre assistência ao planejamento reprodutivo no Brasil

Após um período de rápido crescimento populacional que gerou preocupação por parte de autoridades, instituições e estudiosos nos anos de 1960 a 1970, os dados das pesquisas sobre demografia e saúde realizadas nas últimas três décadas mostram progressiva queda da fecundidade no Brasil e conseqüentemente da taxa de incremento populacional. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006 evidenciou uma Taxa de Fecundidade Total (TFT) de 1,8 filhos por mulher, valor bem inferior àquele da PNDS 1996 que era em torno de 2,5. A redução da fecundidade ocorre tanto em áreas urbanas quanto rurais e pode ser decorrente de uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, com mais acesso a informações, a escolarização, a serviços de saúde, intensificação da participação das mulheres no mercado de trabalho, entre outras coisas.

Conforme a PNDS 2006, a prevalência de contracepção entre as mulheres em idade reprodutiva é alta, atingindo 67,8% para todo esse universo, 80,6% para mulheres unidas e 75,2% para aquelas não unidas, sexualmente ativas. Podemos perceber inclusive um incremento em relação à PNDS 1996 cujos valores eram 55,4% para todas as mulheres e para unidas 76,7%. (Ministério da Saúde, 2008)

Os métodos de preferência das mulheres continuam sendo a esterilização cirúrgica e a pílula: entre as mulheres unidas, 29,1% recorreram ao método cirúrgico e 24,7% ao hormonal oral; entre as não unidas sexualmente ativas, 10,9% estão esterilizadas e 30,3% utilizam pílulas. Considerando o universo de mulheres unidas, quando comparamos a pesquisa

de 2006 com a de 1996, percebemos algumas mudanças no padrão contraceptivo da população brasileira com redução da esterilização feminina (de 40% a 29%) e aumento de utilização de outros métodos como injetáveis (de 1,2% a 4,0%), vasectomia (de 2,6% a 5,1%), camisinha masculina (de 4,4% a 12,2%) e ainda que discretamente o DIU (de 1,1% a 1,9%). Um estudo realizado por Berquó *et al* (2008) que tomou por base uma pesquisa maior sobre comportamento sexual e percepções da população sobre HIV/ AIDS realizado em vários estados do Brasil, também evidenciou um aumento significativo do uso de preservativos nos últimos anos. Para indivíduos com parceiro estável, a proporção de uso do preservativo aumentou de 19,1% em 1998 para 33,1%, em 2005.

Apesar da utilização maciça de métodos contraceptivos pelas mulheres brasileiras, estudos nacionais têm mostrado que a assistência ao planejamento reprodutivo ainda apresenta muitas deficiências. Existem muitas questões que precisam ser superadas para que possamos oferecer uma assistência à saúde reprodutiva de excelência, em que os indivíduos tenham autonomia sobre seus próprios corpos. Isso é apontado por Costa *et al* (2006) ao afirmar que “a autonomia decisória das mulheres é refém da oferta de serviços de atenção e de métodos” (p.83).

Osis *et al* (2006) realizaram um estudo em 4 capitais (Belém, Salvador, Curitiba e Goiânia) nas quais foram entrevistados profissionais e gestores de unidades básicas de saúde (UBS) e estratégia de saúde da família sobre as condições de cada município quanto a assistência ao planejamento reprodutivo. Em três capitais houve relatos sobre a dificuldade de manter o suprimento de métodos contraceptivos e que muitas mulheres buscavam

farmácias para adquiri-los, o que vem de encontro com dados da PNDS 2006 ao afirmar que as farmácias são os meios mais utilizados para obtenção de pílula e injeções.

Moura *et al* (2007) analisaram a dinâmica de atendimento ao planejamento familiar no PSF utilizando dados de uma pesquisa realizada em oito municípios cearenses em 2003, e perceberam a falta de uniformidade quanto ao atendimento e dispensação de métodos entre as unidades de saúde, e ausência de uma sistematização desse atendimento. Quanto à prescrição e dispensação de métodos referem ainda obstáculos profissionais como a necessidade de que a primeira consulta seja realizada pelo médico.

Costa *et al* (2006) realizaram estudos sobre planejamento reprodutivo no Brasil através de um questionário auto-aplicado distribuído a mais de 500 secretarias municipais de saúde e encontraram que métodos como DIU, diafragma, e mesmo laqueadura, estão indisponíveis na maior parte deles:

“a iniquidade na oferta dos métodos contraceptivos evidencia-se na análise da distribuição por região e dimensão da população dos municípios. O diafragma não é oferecido em 92,9% dos municípios da região Norte (n=507) assim como o DIU, ausente em 76,3% dos municípios (n=524). Mais da metade dos 3959 municípios com até 20.000 habitantes não oferece o DIU. No caso do diafragma, mais de 80% dos 4867 municípios com população menor que 50.000 habitantes não oferecem esse método. Mais da metade (54,9%), dos 490 municípios com população superior a 50.000 habitantes, também não oferecem o diafragma. Mesmo no caso da pílula, que junto com a laqueadura lideram o *ranking* dos métodos mais usados no país, há uma importante discrepância de oferta entre a região Norte e as demais regiões” (p.81).

Quanto ao DIU, as autoras discutem que dificuldades são relacionadas à ausência de profissionais capacitados para inserção do mesmo e à descontinuidade desse insumo nas unidades.

Colaborando com os achados, Moura *et al* (2007) referem em seu estudo que quatro dos oito municípios que participaram da pesquisa contavam com profissionais habilitados para realizar a inserção, mas havia carência do insumo e que ao entrevistarem enfermeiros que atuavam no planejamento familiar constataram que parte deles desconhecia referências para inserção de DIU.

Muitas vezes a liberdade de escolha pelo método desejado é limitada por essa irregularidade na provisão, ficando a opção do usuário sujeita ao que se tem disponível em estoque naquele mês e não mais sendo o que seria o adequado para o casal. (Costa *et al*, 2006)

No que diz respeito à contracepção de emergência, dados da PNDS 2006 indicam que ainda é reduzido o número de mulheres que fazem uso deste método, sendo mais utilizado entre as mulheres não unidas. Podemos destacar como fatores que contribuem para isso a falta de informação e as dificuldades no acesso ao método. Costa *et al* (2008) realizaram um estudo em vários estados brasileiros cuja temática era o acesso à contracepção de emergência e concluíram que o uso desta foi maior entre mulheres orientadas que a adquiriram no serviço de saúde, do que entre as que somente foram orientadas e tinham que adquiri-lo por conta própria.

No que diz respeito à esterilização cirúrgica no Brasil, a sua regulamentação através da Lei 9263/96 e da Portaria 144/98 do Ministério da Saúde foi um ganho importante para a assistência à saúde e os direitos reprodutivos no Brasil. Entretanto, muitos ainda são os impasses para o cumprimento do disposto na lei. Os problemas mais encontrados referem-se a dificuldades no acesso, a não aplicação das disposições da lei, a falhas quanto

à orientação para realização do procedimento, o que ocasiona o arrependimento. (Vieira 1998, Vieira 2007; Gonçalves *et al* 2008)

Berquó e Cavenaghi (2003) realizaram um estudo em seis capitais brasileiras com a finalidade de avaliar o atendimento à demanda por esterilização cirúrgica após a regulamentação da lei do planejamento familiar. Durante seis meses, homens e mulheres que solicitaram a esterilização no serviço público foram acompanhados. Somente cerca de 30% de homens e mulheres que haviam solicitado o procedimento, conseguiram realizá-lo durante o tempo em que foram acompanhados pelos pesquisadores. A lei é bem clara ao definir os critérios para a solicitação da esterilização cirúrgica - capacidade civil plena, ser maior de 25 anos ou ter pelo menos dois filhos vivos -, entretanto, entre profissionais/gestores ainda existem indagações sobre os critérios de idade e número de filhos e, em muitos lugares, eles são modificados pelos mesmos.

Luiz e Citelli (1999) também encontraram dados semelhantes em seu estudo e afirmam que:

“Nos serviços públicos de saúde que ofereciam a esterilização, apesar de excelente qualidade técnica, existia significativa distância entre as determinações legais e os procedimentos adotados. Encontraram-se obstáculos ao cumprimento da lei, como a falta de insumos adequados, clientelismo eleitoral, resistência dos profissionais de saúde em aceitarem os critérios legais, especialmente a idade mínima, considerada muito jovem e de risco para o arrependimento pós-esterilização” (p.38).

Osis *et al* (2009) realizaram um estudo em 4 municípios da região metropolitana de Campinas com a finalidade de avaliar o cumprimento da lei do planejamento familiar, selecionaram dois municípios nos quais gestores e

profissionais haviam referido cumprir integralmente a lei e dois em que afirmaram cumpri-la com adaptações. Foram entrevistados gestores e profissionais que atuavam nas unidades de saúde. Também foram encontrados relatos de desacordo em relação aos critérios estabelecidos, o tempo de espera para a cirurgia ultrapassava o limite estipulado na lei e a presença de uma demanda reprimida, principalmente para a realização da vasectomia.

Ainda no que se refere ao disposto na lei, é necessário que seja oferecido aos indivíduos que solicitem pela esterilização um aconselhamento por uma equipe multidisciplinar com vistas a deixá-lo ciente de suas possibilidades e da irreversibilidade de tal decisão, uma vez que muitos são os relatos de arrependimento pós-esterilização. (Berquó e Cavenaghi 2003; Vieira 1998). Métodos de regulação da fecundidade reversíveis também devem ser apresentados e oferecidos como opção. Contudo, o processo de aconselhamento e consentimento informado nem sempre é realizado de forma adequada.

Vieira (1998) realizou uma pesquisa com mulheres de baixa renda na periferia de São Paulo na qual investigou sobre uso de métodos contraceptivos e satisfação com os mesmos. A idade em que as mulheres tiveram seu primeiro filho e o número de filhos vivos foram fatores que influenciaram o desejo pela esterilização, além de outros, como experiências de utilização de métodos mal sucedidas, por efeitos colaterais ou falhas - o que levava a muitas delas considerá-la como o método mais seguro. Entretanto a idade, separação e novo relacionamento, morte de filhos são fatores que contribuem para o arrependimento e por isso o aconselhamento se faz essencial no momento da opção pela esterilização cirúrgica. Em seu estudo ela

evidenciou que 24% das mulheres não estavam totalmente satisfeitas com a cirurgia.

Outra lacuna quanto à assistência ao planejamento reprodutivo refere-se à concepção e à infertilidade. No estudo de Costa *et al* (2006), em cerca de 72,9% dos municípios estudados não havia serviços que pudessem suprir a demanda de casos de infertilidade. Osis *et al* (2006) evidenciaram que a assistência à infertilidade não se constituía enquanto componente do planejamento reprodutivo em duas das quatro capitais que compuseram seu estudo. Nas outras duas, gestores e profissionais consideravam que essa assistência deveria fazer parte do mesmo, mas somente em uma delas havia esse serviço estruturado.

O planejamento reprodutivo compreende ações inseridas no campo da promoção da saúde e é composto por medidas preventivas e educativas. O aspecto educacional é um ponto forte e diferencial dele, uma vez ao ter acesso às informações permite que o indivíduo tome decisões do que é melhor para sua saúde. (Poli, 2006)

Heilborn *et al* (2009) realizaram um estudo multicêntrico envolvendo três capitais brasileiras, e constataram que a prática educativa em geral é valorizada pelas usuárias como um “momento de troca de experiências”, mas as rotinas dos serviços muitas vezes não permitem a sua participação por indisponibilidade de tempo. A necessidade de comparecimento no grupo educativo para obtenção do método tem aspectos positivos, mas pode limitar o acesso aos mesmos para outros usuários. Osis *et al* (2006) puderam observar problemas relacionados às atividades educativas, como falta de recursos apropriados e reduzida participação masculina.

Carvalho *et al* (2000) afirmam que a saúde reprodutiva masculina é negligenciada e isso é reflexo da ausência de políticas de valorização da mesma, uma vez que a maioria das iniciativas são voltadas para a saúde reprodutiva da mulher. A participação de adolescentes na atividade educativa realizada pelas unidades ainda é bem reduzida. Castro *et al* (2004) afirmam que a persistência da antiga noção de "planejamento familiar", pressupõem o exercício da sexualidade dentro de um contexto conjugal, da formação de uma família, e acabam por distanciar os jovens dos serviços de saúde.

Alves e Lopes (2008) realizaram um estudo sobre conhecimento de pílula e preservativos entre adolescentes universitários e puderam evidenciar que existe um conhecimento elevado em relação aos métodos estudados em destaque pelo preservativo, entretanto na prática eles não têm sido utilizados de forma adequada.

Colaborando com os achados, Camargo e Ferrari (2009) utilizaram dados de um projeto de pesquisa constituído por 117 adolescentes, de três turmas da 8ª série do ensino fundamental de uma escola estadual de Londrina e puderam constatar que os adolescentes têm iniciado sua vida sexual cada vez mais cedo e que ainda é alto o desconhecimento sobre métodos contraceptivos e outros aspectos referentes à saúde sexual dos mesmos.

Alves e Brandão (2009) ao trazerem à tona a discussão sobre situações de vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos nas relações afetivas na adolescência dizem que a descontinuidade do uso de contraceptivos se dá por deficiências na discussão sobre sexualidade nos ambientes familiar e escolar. E questionam a falta de abertura nas escolas e

nos serviços de saúde, onde nem sempre os profissionais estão preparados para receber e atender às demandas desse segmento da população.

A escassez de ações de capacitação também compõe o quadro de desafios da assistência ao planejamento reprodutivo no Brasil. Osis *et al* (2006) evidenciaram em seu estudo que os profissionais que atuavam no planejamento familiar passavam por cursos de capacitação, entretanto a mesma estava inserida somente no contexto do pré-natal e eles não se sentiam capacitados para atuarem mais aprofundadamente no programa.

Moura e Silva (2005) realizaram um estudo com 29 enfermeiros e 50 usuários do programa de saúde da família em oito municípios do Ceará e evidenciaram que 72,4% dos enfermeiros entrevistados já tinham participado de alguma capacitação em anticoncepção, entretanto a maioria referiu que tinham algumas dificuldades para desempenhar suas atividades. As autoras também obtiveram relatos de que a maior dificuldade em contracepção é lidar com as contra-indicações, não só por parte da enfermagem, mas também despreparo de médicos na assistência em contracepção. Para ofertar uma assistência ao planejamento reprodutivo de qualidade faz-se necessário que a equipe esteja capacitada e trabalhe junta, com um objetivo em comum.

O trabalho multiprofissional se constitui um grande desafio para atenção básica de uma forma geral, uma vez que os profissionais devem trabalhar em conjunto. Colomé *et al* (2008) em seu estudo cuja temática era a percepção das enfermeiras sobre a articulação dos profissionais que compõem a equipe de saúde afirmam que essa ação ainda constitui um desafio para atenção à saúde e que na ESF ocorre de forma limitada, com maior frequência entre enfermeiras e agentes de saúde.

A falta de engajamento da equipe como um todo nas atividades do planejamento reprodutivo, a rotatividade dos profissionais - muito comum nas equipes de saúde da família - são desafios no campo da assistência. Para Bertussi *et al* (2001), referem que o trabalho multiprofissional não requer: o trabalho realizado em equipe, com interação e troca nos campos de competência de cuidado, abre a possibilidade de cada um usar todo o seu potencial criativo na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado.

“Vários profissionais atuando num mesmo serviço, mas sim um grupo de profissionais conhecedor da missão do serviço de saúde, compreendendo sua tarefa, e atingindo os objetivos e metas estabelecidas no planejamento estratégico para a sua área de atuação, o qual deve ser elaborado de forma participativa e democrática” (p.142).

Em nosso trabalho tentamos reconstruir a trajetória contraceptiva dessas mulheres. Nakano (2010) traz considerações importantes na reflexão de todo contexto que envolve essas usuárias. Ela realizou seu estudo em três ESF do município do Rio de Janeiro sob a perspectiva das necessidades de regulação da fecundidade. Para a autora, as necessidades reprodutivas estão inseridas em um contexto muito mais amplo e sofrem influência de fatores externos a essas mulheres.

Como já foi dito anteriormente, a assistência ao planejamento reprodutivo é um tema de grande relevância para discussão no campo da saúde pública. Para que obtivéssemos um panorama sobre a produção científica sobre a temática e conseguíssemos chegar aos grandes estudos, realizamos uma pesquisa na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) com um recorte temporal de 11 anos - de 1999 a 2010 - utilizando as seguintes palavras-chave: planejamento familiar,

planejamento reprodutivo, anticoncepção, contracepção, contraceptivo, anticonceptivo, métodos contraceptivos.

Encontramos cerca de 1500 artigos e estabelecemos outros critérios para selecionar aqueles que seriam mais relevantes para o estudo. Elegemos os artigos que versavam sobre a realidade brasileira e estavam escritos em português, foram publicados em revistas classificadas como Qualis B3 ou superior e possuíam enfoque de saúde coletiva, excluindo assim aqueles com enfoque puramente biomédico. Chegamos então a um quantitativo de 201 trabalhos. Em seguida, excluímos 25 artigos que não possuíam resumos e textos completos disponíveis *on line*. Obtivemos assim um corpus de 176 trabalhos que tratam de diversos aspectos do planejamento reprodutivo. As referências desses artigos podem ser encontradas no apêndice 1.

As temáticas desses artigos são muito variadas e passam por acesso a métodos, informações e conhecimento sobre métodos, uso/escolha de métodos, esterilização cirúrgica, percepção dos profissionais de saúde e dos usuários, sobre a assistência prestada no planejamento reprodutivo, planejamento reprodutivo em unidades de ESF, contracepção entre adolescentes e questões gerais de saúde reprodutiva. Estes últimos versavam sobre comportamento sexual e reprodutivo, abortamento, gestação na adolescência, conhecimento e prevenção de DST's e HIV, entre outros.

Após várias leituras pudemos perceber que esses trabalhos apresentam questões relevantes quanto à assistência ao planejamento reprodutivo, entretanto não trazem o enfoque que desejamos dar em nosso estudo: identificar os diferenciais proporcionados pela ESF à assistência ao planejamento reprodutivo.

Capítulo 4 – Materiais e métodos

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa para o qual utilizamos dois procedimentos investigativos: a descrição da assistência ao planejamento reprodutivo em uma unidade de estratégia de saúde da família na cidade do Rio de Janeiro e a reconstrução da trajetória contraceptiva de mulheres que se inscreveram no programa de planejamento familiar na unidade.

A unidade de estudo foi escolhida após diálogo com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e o critério foi a existência de ações estruturadas de assistência ao planejamento reprodutivo.

Para atender ao primeiro procedimento investigativo foram realizadas várias visitas à unidade entre os meses de julho a outubro de 2010, quando observamos as instalações, os murais e os instrumentos de registro das atividades desenvolvidas, com a finalidade de entender a dinâmica de atendimentos e rotinas. Ao longo das visitas participamos de reuniões do grupo de planejamento familiar e coletamos depoimentos livres com gestores e profissionais de saúde e essas informações foram registradas em um diário de campo.

Para estudar as trajetórias contraceptivas das mulheres, realizamos entrevistas direcionadas por um questionário com questões abertas e fechadas, que tinham como finalidade captar suas experiências em distintos momentos: antes da inscrição no grupo de planejamento familiar na unidade, no período em que buscou essa assistência na unidade de saúde e participou da atividade educativa, e alguns meses depois. O instrumento da entrevista

incluiu questões sócio-econômicas, questões sobre a relação das usuárias com os serviços de saúde e questões específicas sobre cuidados em saúde reprodutiva e planejamento reprodutivo (Apêndice 2).

As mulheres foram identificadas a partir do livro de registro do planejamento familiar aplicando um critério temporal. Foram selecionadas usuárias que tivessem participado do grupo educativo em um período de seis a dezoito meses anteriores ao início do trabalho de campo e que possuísem a maioria no momento da entrevista. As mulheres elegíveis foram contatadas por telefone e, aceito o convite para a participação na pesquisa, as entrevistas foram agendadas em locais escolhidos por elas, como a unidade, a residência e locais de convivência da comunidade. Finalizamos o trabalho de campo com 48 entrevistadas.

As usuárias participaram da pesquisa por livre vontade e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), com a finalidade de não identificação das participantes utilizamos e nomes fictícios ao falar de suas histórias. Após a conclusão do trabalho de campo foi feita uma releitura dos questionários e das transcrições para elaborar um resumo que contivesse as informações da trajetória de cada mulher.

A análise dos dados foi feita em sua primeira parte evidenciando as frequências, se constituindo uma análise descritiva e contemplou os aspectos objetivos do questionário. A seguir, tomando por base as práticas contraceptivas dessas mulheres desde sua primeira relação sexual, se procedeu à análise das trajetórias (Minayo, 1992).

Esta pesquisa seguiu as regulamentações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), resolução 196/1996, que contém as Diretrizes e

Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e obteve parecer favorável, como pode ser visto no anexo 1.

Capítulo 5 – Resultados

5.1 - A assistência ao Planejamento Reprodutivo na Estratégia Saúde da Família

O trabalho de campo foi realizado com usuárias e profissionais de uma unidade ESF da zona norte do município do Rio de Janeiro. Esta unidade foi fundada em 1999 e funciona em dependências cedidas por um Centro Integrado de Educação Pública (CIEP).

Ao contrário do modelo tradicional de unidades básicas, a ESF atende a uma demanda específica, possui uma área adscrita. A unidade conta com três equipes, as quais possuem em sua composição: um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Nela atuam ainda duas equipes de saúde bucal formadas por um dentista e um auxiliar de consultório dentário cada uma, além de um técnico em higiene dental que atende às duas equipes. A unidade é administrada por uma enfermeira e possui um auxiliar administrativo que também atua na dispensação de medicamentos da farmácia.

Essa composição encontrada na unidade atende aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, uma vez que as equipes podem ser compostas da seguinte forma: a) mínima (composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde); b) equipe ampliada que possui a incorporação da saúde bucal.

O Ministério da Saúde preconiza que cada equipe de saúde da família acompanhe entre 600 e 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas. Na unidade estudada, cada agente de saúde é

responsável por em média 180 famílias, dessa forma cada equipe abrange cerca de 1080 famílias, segundo estimativas desses profissionais, a população total da área adscrita seria em torno de 12.000 habitantes.

A unidade possui três consultórios médicos, uma sala de expurgo, uma sala de esterilização, um consultório de enfermagem, uma sala de acolhimento, uma sala de procedimento, uma sala de vacinas, uma sala para o setor administrativo da unidade, dois banheiros para usuários, um banheiro para funcionários, uma sala para farmácia, uma sala para odontologia e uma sala de reuniões para os grupos com cozinha e que também é o estar dos funcionários.

Cumprindo o que é sua missão, a unidade trabalha com grupos educativos e grupos de vivência com espaços voltados para atividades dos programas que incluem muitas vezes assuntos diversos. Muitos grupos estão planejados para acontecer regularmente, como os grupos de tabagismo, amamentação, adolescentes e planejamento familiar que acontecem semanalmente. Os grupos de vivência possuem alguma regularidade podendo acontecer, semanalmente, como o de artesanato e outros mensalmente ou quinzenalmente como o de caminhada e o “coisas de mulher”. Esse último é aberto a todas as mulheres como um espaço de diálogo sobre qualquer coisa que as usuárias tenham dúvidas. Essas atividades constituem importantes estratégias de discussão e propagação das práticas de saúde. Na entrada da unidade existem vários cartazes sobre os grupos educativos que acontecem, porém sem detalhamento sobre horários em que eles acontecem. As equipes também realizam atividades “extra-muro”, através do Programa de Saúde na

Escola (PSE), em que são realizadas atividades educativas em duas escolas da zona norte.

Nas dependências da unidade são oferecidas consultas médicas e de enfermagem pré-agendadas vinculadas aos programas como hipertensão, diabetes, puericultura, mas também atendimentos por livre demanda. Outros procedimentos são realizados como coleta para exames laboratoriais (sangue e urina), curativos, verificação de pressão arterial, glicemia, administração de medicações, coleta de preventivo e vacinas.

Na comunidade em que a ESF se localiza, existe uma rede social que é composta por Fundações que realizam projetos sociais, pelas instituições religiosas, pelo Projeto Gari Comunitário, pela Rádio Comunitária, pela Associação de Moradores, pela Escola de Samba e outros. A ESF faz uso dessas parcerias para fortalecer suas ações, assim como fortalece as ações desenvolvidas as por essas instituições.

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC/RJ) do município, no contexto do governo atual, o que tem sido planejado em termos de atenção básica é a expansão da ESF. Para isso a prefeitura tem firmado parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OS) que passam a coordenar as ESF e são responsabilizadas pela administração e execução de atividades, como compra de materiais, pagamento e contratação de profissionais. O contrato de gestão entre as OS e SMSDC/RJ define metas quantitativas relacionadas a cada programa de saúde.

Desde o início do ano, nossa unidade de estudo estava sendo gerida por uma OS e no momento da pesquisa enfrentava problemas importantes, como o atraso salarial. Durante todo o período de nosso trabalho de campo

(que compreendeu os meses de julho a outubro de 2010), os funcionários viviam um clima de tensão, incerteza e desmotivação, ocasionando paralisações. Segundo relato dos profissionais nos dois anos anteriores existia um outro modelo de gestão com o qual não havia problemas de pagamento, uma vez que eles recebiam diretamente da Prefeitura. Havia uma expectativa de mudança da OS gestora e não se sabia se haveria aproveitamento daqueles profissionais.

Todos esses problemas se constituíram em uma grande dificuldade para realização do trabalho de campo, uma vez que contávamos com auxílio dos ACS desde a seleção das usuárias até a realização das entrevistas e também passarem informações de como era a dinâmica de atendimento na unidade.

A ESF por possuir um modelo de trabalho dinâmico, ser mais próxima da residência dos usuários e contar com o trabalho de pessoas da comunidade como agentes de saúde, deve favorecer a formação de vínculo, aumentar a possibilidade de acesso, e a abrangência dos cuidados, porém problemas de gestão como foram encontrados na pesquisa podem inviabilizar ou limitar algumas dessas potencialidades. A rotatividade e a desmotivação dos profissionais afetam diretamente no funcionamento da unidade e na credibilidade desse modelo perante a população.

As atividades do planejamento familiar acontecem em dois momentos: a) trabalho educativo, que é voltado para a promoção da saúde; b) consultas individuais que são voltadas para a assistência e ações de prevenção. As informações referentes à realização do trabalho de grupo são provenientes de observações diretas e relatos de usuárias e profissionais.

Desde outubro de 2007 a unidade realiza grupos de planejamento familiar que acontecem semanalmente à tarde. Atuam nessa atividade uma enfermeira (que foi capacitada pela SMS), uma auxiliar de enfermagem e duas ACS que foram capacitadas pela enfermeira. A atividade é aberta a participação de toda a população adscrita.

As atividades do grupo são divulgadas pelos ACS, em seus contatos diretos com a clientela, não havendo estratégias de captação ativa de usuários em idade reprodutiva e nem de subgrupos específicos como adolescentes. A inscrição do usuário no grupo se dá com a participação na primeira reunião. O planejamento familiar da unidade seguindo orientações da SMS, afirma que para obtenção do método é necessário que o usuário compareça a três reuniões. As reuniões possuem as seguintes temáticas: a) anatomia feminina, auto-cuidado, conhecimentos do corpo do homem e da mulher, gravidez e ciclo menstrual e métodos naturais; b) métodos de barreira e doenças sexualmente transmissíveis. C) métodos hormonais e definitivos.

Como recursos para a realização da atividade educativa, a unidade possui materiais ilustrativos da anatomia masculina e feminina e sobre as DST's e durante a exposição dos temas os usuários são incitados a questionar e a compartilhar suas experiências.

A descrição a seguir é resultante dos pontos comuns encontrados nas falas dos profissionais e de nossas observações. Apontamos também lacunas dessa assistência. Os profissionais referem que após a participação no grupo, os usuários recebem um certificado e são encaminhados para uma consulta médica ou de enfermagem para prescrição do método escolhido ou encaminhamento. Os métodos oferecidos são aqueles que fazem parte do

programa na SMS/RJ. A descrição da dispensação de métodos foi obtida por relatos de profissionais e usuários e muitas vezes essas informações foram díspares, uma vez que não há de fato uma consulta médica ou de enfermagem. Isso sugere uma falta de coordenação dessas práticas assistenciais entre os próprios profissionais da unidade.

A unidade está programada para dispensar diretamente os métodos hormonais (pílula e injetáveis), métodos de barreira (preservativo masculino, preservativo feminino e geléia espermicida) e a contracepção de emergência. Dentre os hormonais, a unidade dispensa a pílula combinada e a minipílula e injetáveis mensais e trimestrais. Segundo os profissionais, esses métodos podem ser prescritos pela médica da unidade e pela enfermeira que atua no programa e liberados por outros profissionais que atuam no planejamento familiar da unidade, entretanto na unidade são prescritos somente pela enfermeira. Apesar de serem métodos previstos pelos programas ministeriais e que compõem o planejamento dos gestores municipais, tem ocorrido falhas no abastecimento dos mesmos.

No que se refere à contracepção de emergência, pouco se fala dela durante o trabalho de grupo e ainda é presente a idéia de que sua divulgação iria incentivar as usuárias a utilizá-la rotineiramente e não só em caso de emergência. Somente um profissional do planejamento familiar sabia da existência do insumo na unidade. Entretanto, muitas usuárias já haviam feito uso dessa contracepção e adquirindo na farmácia por desconhecerem sua existência na ESF.

Os demais métodos são dispensados ou realizados em outras unidades por referenciamento como: diafragma, DIU, e os métodos cirúrgicos (laqueadura tubária e vasectomia).

Quando a usuária opta pelo diafragma, ela é encaminhada à “unidade mãe” da ESF - um CMS de grande porte da zona - para retirada do insumo e medição do número do diafragma adequado àquela mulher. Da mesma forma, caso a usuária opte pelo DIU, ela é direcionada à “unidade mãe” para consulta com ginecologista e inserção do DIU.

Para os usuários que optam por métodos cirúrgicos existe um fluxo diferenciado que varia de acordo com o método escolhido. Contamos com os relatos profissionais para o entendimento desse fluxo e realizamos uma descrição aproximativa, uma vez que algumas informações fornecidas foram inconsistentes e desencontradas. De acordo com a Lei do Planejamento Familiar para a realização da esterilização cirúrgica os usuários devem ter “capacidade civil plena e idade superior a 25 anos ou, pelo menos, dois filhos vivos” e deve ser observado tempo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. O fluxo para usuários que optam por métodos cirúrgicos acontece da seguinte forma:

- a) Vasectomia: Após a conclusão do grupo o usuário é encaminhado com o certificado da atividade educativa e confirmação da manifestação da vontade ao ambulatório de urologia de um hospital de grande porte da região.
- b) Laqueadura tubária: Após a conclusão do grupo, a documentação da usuária é enviada à Coordenação de Área Programática (CAP), que encaminha para a Central de Regulação para agendamento do procedimento.

c) Laqueadura tubária no momento do parto: Caso a usuária atenda os critérios para realização de laqueadura no parto, tais como iteratividade ou doença de base, ela é orientada a apresentar a documentação exigida no momento do parto.

Na tentativa de reconstruir o itinerário dos usuários que optam por métodos cirúrgicos, conversamos com diversos profissionais da unidade e encontramos informações divergentes em suas falas, e menção a referências que de fato não são formalizadas. Além disso, para certas questões os profissionais indicavam uma única enfermeira que poderia nos fornecer informações concretas sobre aquele assunto como qual era o fluxo para cada procedimento cirúrgico e documentos necessários.

Segundo os profissionais, as usuárias que apresentam demandas referentes à infertilidade e se manifestam são encaminhadas com uma guia de referência à consulta com ginecologista na unidade de maior complexidade.

Não existe um planejamento sistemático específico para o seguimento de usuárias que optam por métodos hormonais e nem busca ativa das que se inscreveram, começaram a utilizar a contracepção e depois de um tempo não retornaram para retirar o método. Nos casos de adoção de DIU ou diafragma, procedimentos cirúrgicos ou investigação de infertilidade, não há uma forma de monitoramento se essas demandas foram supridas, a não ser se a usuária espontaneamente retorne à unidade ou procure seu ACS.

Da mesma forma, não existe estratégia para seguimento de populações específicas como as adolescentes que passaram pelo grupo e se inscreveram no programa.

Inicialmente o preventivo deve ser feito a cada ano, caso dois exames anuais seguidos apresentem resultados negativos para displasia ou neoplasia, o exame pode passar a ser feito então a cada três anos. (Brasil, 2002) No programa de planejamento familiar não se faz esse monitoramento; as usuárias não são questionadas sobre a realização do preventivo e a não ser que elas se manifestem, não são encaminhadas para realizar o exame, salvo aquelas que optam pela laqueadura.

Durante o trabalho de campo, os relatos de profissionais e nossa observação direta não foram suficientes para evidenciar como se aborda o planejamento familiar em caso de pacientes portadores de certas patologias infecciosas como tuberculose e hanseníase. Apesar de serem alvo de ações programáticas do Ministério da Saúde, não evidenciamos um olhar diferenciado para essas patologias e na verdade as mulheres não são questionadas sobre patologias pré-existentes e sobre outros programas que poderiam estar inscritas na ESF ou em outras unidades de saúde. Isso representa uma fragilidade no que concerne à coordenação de cuidados e até mesmo na continuidade dessa assistência

Existe na unidade acompanhamento programado de usuários portadores de doenças crônicas não degenerativas como a hipertensão arterial e a diabetes. Devido ao fato de essa ser uma unidade de pequeno porte, o que facilita o contato rotineiro, os profissionais do planejamento familiar acabam tomando conhecimento sobre a participação dos usuários inscritos nos programas de diabetes e hipertensão. Porém nenhum aspecto objetivo além dessa “ciência” por proximidade foi evidenciado. Não há no planejamento

familiar um cadastro ou registro dessa participação dos usuários em outros programas.

Em conversas com profissionais, não percebemos alguma atenção para mulheres que possuem histórico de gravidez de risco, eles não monitoram se elas fazem planejamento familiar. A mesma situação acontece com aquelas usuárias que sofreram aborto (sendo ele espontâneo ou provocado), não existem estratégias específicas para captá-las e acompanhá-las para oferta de planejamento familiar.

Para controle de frequência nas reuniões do grupo existe um livro de registros e após a conclusão dos três encontros utilizam um fichário para anotação da dispensação de medicamentos. Os dados do livro de registro se iniciaram em outubro de 2007. Esse livro foi de fundamental importância na fase de seleção de usuárias para o estudo. Entretanto, pudemos evidenciar a ausência de uma padronização na forma de registro. Em alguns meses eram registrados dados como método escolhido, ACS que acompanha e em outros meses somente o primeiro nome do usuário. Isso dificulta o monitoramento do método escolhido. Estatísticas de dispensação de métodos são enviadas à CAP mensalmente, no entanto, não tivemos acesso às mesmas.

A clientela que participa do grupo é, em sua maioria do sexo feminino. Os profissionais alegam que a participação masculina é reduzida devido ao trabalho, à incompatibilidade de horários, à falta de informação, mas, temos de considerar que muitas mulheres trabalham e em algum momento disponibilizam tempo para participar do grupo. O que parece ser a questão central é que o grupo é direcionado à população feminina.

Para ilustrar a baixa participação masculina e de adolescentes, entre o período passaram pelo grupo 217 mulheres e dez homens, sendo 21 menores de 18 anos (todas do sexo feminino).

5.2 – A trajetória contraceptiva das mulheres

Participaram da pesquisa 48 mulheres que se inscreveram no grupo de planejamento familiar no período entre maio de 2008 e julho de 2010. Nessa parte do texto, apresentaremos em primeiro lugar um perfil sócio-econômico das mulheres, trazendo informações sobre idade, escolaridade e renda familiar; posteriormente, abordaremos questões pertinentes às suas trajetórias contraceptivas.

A média de idade das mulheres que fizeram parte do estudo foi de 25,25 anos, sendo 43 e 18 anos os limites máximo e mínimo de idade. Um pouco mais da metade das mulheres (56%) estavam naquelas faixas etárias que concentram as maiores taxas específicas em fecundidade e que têm maior percentual de utilização de métodos reversíveis como pílula, injetáveis e preservativos (Brasil, 2008). Dois terços das entrevistadas eram casadas ou viviam em união estável, e todas, exceto uma tinham vida sexual ativa.

A amostra se caracteriza por baixa escolaridade, sendo que a maioria das mulheres possuía no máximo oito anos de estudo (60%). O menor grau de escolaridade encontrado foi de três anos de estudo. Outra característica desse grupo são os baixos rendimentos. Entre as mulheres, 44% tinham renda familiar de no máximo um salário mínimo, 40% entre um a dois salários mínimos e duas disseram não ter renda. Pouco mais da metade das mulheres referiu estar trabalhando no momento da entrevista (56%), e menos da metade delas possuía carteira assinada.

Tabela 1- Dados sócio-econômicos (n=48)

		N absoluto	%
Idade (anos)	18-25	27	56
		18	38
	26-35	03	6
	36 ou mais		
Escolaridade (anos de estudo)	1-4	05	10
	5-8	24	50
	9-11	18	38
	12 ou mais	01	02
Estado Civil	Solteira	17	35
	Casada ou em união consensual	30	63
	Separada	01	2
Renda Familiar (salários mínimos*)	Não sabem	02	4
	Sem renda	02	4
	½	01	2
	1	20	42
	1 e ½	09	19
	2	10	21
	3	02	4
	4 ou mais	02	4
Religião	Sem religião	19	39
	Católica	10	21
	Evangélica	18	38
	Espírita	01	2
Situação Ocupacional	Sem emprego	21	44
	Autônoma	03	6
	Sem carteira assinada	11	23
	Com Carteira assinada	13	27
Total		48	100

Total

* Salário mínimo no período da pesquisa R\$ 510,00

Na tabela 2 apresentamos um panorama de dados sexuais e reprodutivos da amostra pesquisada. Grande parte das entrevistadas começou sua vida sexual ainda na menoridade (82%), cabendo ressaltar que uma quantidade expressiva (mais de um terço) iniciou até os 14 anos. Uma das entrevistadas referiu não ter tido iniciação sexual, entretanto incentivada pela irmã participou do grupo de planejamento familiar para ter conhecimento sobre os métodos contraceptivos e estava utilizando injetável mensal na expectativa do início de sua vida sexual.

Somente três mulheres não tinham experiência de gestações (uma delas, a mulher citada acima) e 42 mulheres (87%) tinham filhos vivos. O percentual de casos de aborto nessa amostra de mulheres é significativo: uma em cada cinco mulheres havia tido essa experiência. Algumas entrevistadas disseram ter buscado ativamente a interrupção da gravidez, mas outras não quiseram discorrer longamente sobre o tema, sendo difícil ter uma noção mais exata dos abortamentos espontâneos e provocados. Em conversas informais com os agentes de saúde, eles afirmam que às vezes tomam conhecimento, mas que poucas mulheres os procuram para conversar ou buscar atendimento após um aborto.

Outro achado que nos chamou a atenção foi o fato que cerca de 22% dessas mulheres referiram ter tido alguma intercorrência clínica obstétrica durante a gravidez. Tal informação nos faz refletir sobre quão necessária é uma assistência contraceptiva de qualidade para esse grupo. Os principais problemas informados pelas mulheres foram hipertensão arterial, diabetes mellitus, descolamento prematuro de placenta, problemas cardíacos, febre reumática e mioma.

Tabela 2- Dados sexuais e reprodutivos (n=48)

		N absoluto	%
Primeira relação sexual (Idade em anos)	Não vivenciou	01	2
	Até 14	18	38
	15-17	21	44
	18 ou mais	08	16
Vivência de gravidez	Nenhuma	03	6
	1-2	26	54
	3-4	14	29
	5 ou mais	05	11
Filhos Vivos *	0	03	6
	1-2	26	58
	3 ou mais	16	36
Abortamento *	Sim	09	20
	Não	36	80
Gestação de risco *	Sim	10	22
	Não	35	78
Total		45	100

* n de mulheres que vivenciaram gravidez =45

A trajetória contraceptiva dessas mulheres começou muito antes da participação no grupo de planejamento familiar da ESF. Quase a totalidade (87%) já tinha usado métodos contraceptivos modernos e tradicionais anteriormente à sua inscrição no programa. Inclusive chama a atenção o fato de que muitas delas tinham experiência com três ou quatro métodos diferentes, sendo os mais comuns as pílulas contraceptivas, injetáveis hormonais, preservativos, tabelinha e coito interrompido.

Já usei de tudo, tabelinha, aí depois eu pensei vou procurar um anticoncepcional foi ai que fui ao médico. Já fiz coito, já usei pílula,

preservativo. [Fiquei sabendo dos métodos] conversando com colegas. (Luciana)

Ah, coito interrompido eu também fazia. Eu tentei tomar o anticoncepcional, mas não deu certo. preservativo masculino, preservativo feminino... Eu to usando agora o injetável trimestral. [Tenho informação sobre os métodos] pela televisão, pelas informações diárias (Carla)

Amigas, vizinhas, mães, avós e irmãs, enfim, mulheres do ciclo de convivência mais íntimo foram as fontes de informação sobre contracepção mais citadas. Entretanto, médicos, tanto de serviços públicos e privados, também apareceram com frequência como fonte de informação para utilização de métodos contraceptivos. Sete mulheres entrevistadas já haviam participado de grupos de planejamento familiar em unidades públicas de saúde, antes de se inscreverem no programa da ESF. Em expressiva maioria, as mulheres mais comumente adquiriam os métodos hormonais e preservativos nas farmácias e não no serviço de saúde.

[Eu usava para evitar gravidez] pílula e o preservativo (...) Era de uma amiga que veio aqui, aí eu procurei saber e fui lá [na farmácia] comprar. [Ao ginecologista eu fui] ah, umas duas... Aí, não fui mais. (Laís)

Tomei remédio e não deu certo e agora eu to com a injeção... Porque uma amiga minha me falou. (Renata)

Quando analisamos as trajetórias dessas mulheres em conjunto, dois aspectos sobressaem. O primeiro está no fato que a obtenção de informações, a tomada de decisões e as estratégias de aquisição dos contraceptivos se dão em múltiplas redes de interação que não exclusivamente ou preferencialmente os serviços de saúde. Antes do ingresso na ESF, as mulheres buscaram e freqüentaram esses serviços, entretanto não

estabeleceram vínculos mais perenes com uma ou outra unidade ou profissional de saúde que garantissem a continuidade de cuidados em saúde reprodutiva e especificamente, da assistência ao planejamento reprodutivo, sendo esse é o segundo aspecto. As falas das mulheres dão algumas pistas das possíveis razões desse tipo de utilização do serviço de saúde. Para fins de contracepção, a relação delas com os serviços pareceu ser bastante pontual; elas procuravam as unidades de saúde com objetivos já pré-definidos e expectativa de resoluções rápidas e práticas. Dificuldades para freqüentar os programas de planejamento familiar apareceram como incompatibilidade com os horários de atendimento, dificuldade de cumprir a exigência da freqüência de três grupos de atividade educativa e ausência dos profissionais de saúde ou dificuldades para falar com eles.

[Fiz planejamento familiar no CMS do bairro] Peguei, peguei a injeção trimestral, mas aí ficava muito difícil para eu ficar indo lá, aí eu vim pra cá. (Jéssica)

Porque eu ainda tô na pesquisa [dos métodos com as amigas], né? Quando eu fiz o preventivo eu queria falar é com a médica, porque tem um remédio que você fica três meses sem menstruar, eu queria assim uma opinião [mas não havia conseguido]. (Luciana)

Porque é assim, começa duas horas, aí eu saio do trabalho correndo, peço folga e quando chego aqui é uma coisa totalmente desorganizada, então eu realmente me desinteressei de vir aqui. (Juliana)

A pouca informação sobre os fluxos dos programas de planejamento familiar, dificuldades de obtenção dos métodos ou falha dos métodos apareceram como fatores que contribuem para a relação fragmentada das mulheres com os serviços de saúde.

Acho que eu já fiz há muito tempo na Praça, mas eu não lembro não a data que foi. Acho que foi depois que eu tive a minha filha. (...) Na

época eu escolhi o DIU [mas não o utilizei], mas depois eu não voltei mais pra me informar... (Renata)

O caso de Laura é emblemático. Ela tinha 27 anos, já havia usado pílula contraceptiva e preservativo, obtidos na farmácia ou em posto de saúde, e participado em um grupo de planejamento familiar há sete anos. Naquela ocasião escolheu o DIU, mas diante da dificuldade de consegui-lo, “relaxou” e desistiu de fazer contracepção. Nos anos seguintes, ela teve três filhos. No período que foi entrevistada, havia procurado a ESF na tentativa de realizar laqueadura tubária e como contracepção estava utilizando o coito interrompido. Luísa também havia optado por DIU quando frequentou grupo de planejamento familiar em outra unidade. Conseguiu usá-lo por quatro meses, mas o expeliu espontaneamente. Passou a usar injetável “por conta própria” e depois de certo tempo engravidou. Quando se inscreveu no planejamento familiar da ESF estava em sua quarta gestação e buscava informações para realizar laqueadura tubária no momento do parto. Joana fazia planejamento familiar em outra unidade de saúde e durante a troca de pílula anticoncepcional orientada pelo médico – a anterior causava-lhe sintomas – engravidou. Insatisfeita com esse profissional foi buscar planejamento familiar na ESF.

As histórias acima são ilustrativas das principais motivações para a procura do planejamento familiar na ESF: a troca do método contraceptivo, o desejo de ter uma nova opção que fosse mais satisfatória e propiciasse segurança e autonomia.

[Eu fui fazer o planejamento familiar] porque eu tava tomando esse remédio, mas era comprimido e comprimido é muito ruim, porque às vezes esquecia, e não sei o que... Aí eu pensei, ah eu vou tomar

injeção, porque a injeção é todo mês, não preciso ficar tomando todo dia. (Elaine)

[Quando eu cheguei à unidade eu estava usando] preservativo. [queria outro método] [escolhi] a pílula. (Laís)

Sete mulheres referiram como motivação para inserção no grupo de planejamento da unidade, a obtenção do método. Célia tinha 28 anos e sua motivação para inserção no grupo foi a obtenção do método, entretanto, a mesma também referiu não conseguir retirá-lo na unidade. Gabriela tinha 26 anos, um filho, e quando chegou fazia uso de pílula e desejava obter esse método pela unidade, entretanto a pílula distribuída na unidade era diferente da que utilizava e optou por não mudar de pílula.

Quando eu tava grávida da minha filha, eu fiz um planejamento lá em Sergipe e comecei a usar, de lá pra cá eu passei a usar. Lá eu pegava no posto, aqui eu fiz o planejamento, mas não consegui encontrar nada, então eu to comprando. (Ângela)

A busca pelo acesso à laqueadura tubária após experiências com vários métodos e de já terem constituído uma prole foi uma motivação que surgiu com certa frequência (13 casos). Um caso que nos chamou a atenção foi o de Paula. Ela tinha 41 anos, iniciou sua vida sexual aos treze anos, já havia ficado grávida oito vezes e tinha histórico de dois abortos. Até a inscrição na ESF, em 2009, nunca havia utilizado método contraceptivo e depois de participar do grupo educativo da unidade escolheu a laqueadura tubária.

A proximidade da residência também motivou algumas mulheres a procurarem a ESF para planejamento familiar. Jéssica, de 23 anos, havia iniciado sua vida sexual há quatro anos e participado de grupo de planejamento

familiar em outra unidade, onde, com regularidade, adquiria pílula e preservativo masculino. Entretanto, retirar os métodos na unidade da ESF era mais prático, por ser mais próxima de sua residência. Esse também era o caso de Lílian.

A trimestral. Peguei, peguei, mas aí ficava muito difícil para eu ficar indo lá, aí eu vim pra cá. (Lílian)

[Quando eu cheguei ao grupo estava usando] Pílula. [E eu vim pra aqui] porque aqui é mais perto. (Valéria)

Desejo de ter mais conhecimentos sobre DST e contracepção apareceram minoritariamente (três casos) como motivação para a inscrição no grupo de planejamento familiar da ESF. Uma dessas mulheres, Márcia, tinha história de sífilis em gestação recente, quando se inscreveu no programa. Outra, a Clara, estava na expectativa de início de sua vida sexual.

Em duas histórias, é somente após a experiência da primeira gravidez que as mulheres vão procurar o serviço de planejamento familiar, ambas adolescentes. Uma dessas jovens relatou inclusive história de síndrome hipertensiva na gravidez.

Sônia tinha 24 anos e buscou o grupo com objetivo de conseguir um atendimento ou encaminhamento para um médico especialista, pois sua necessidade era a assistência à concepção, uma vez que já havia sofrido três abortos e desejava engravidar. Essa usuária já havia feito tratamento em outra cidade e percebeu no grupo uma oportunidade de ter acesso a algum tipo de assistência médica. Mesmo após dezessete meses de concluído o grupo Sônia ainda não havia conseguido o atendimento esperado.

Como já dissemos anteriormente, as usuárias buscam o grupo de planejamento familiar espontaneamente, e são inscritas quando comparecem a

uma reunião. Na unidade estudada, a conclusão da participação no grupo de planejamento familiar se dá após o comparecimento a três reuniões.

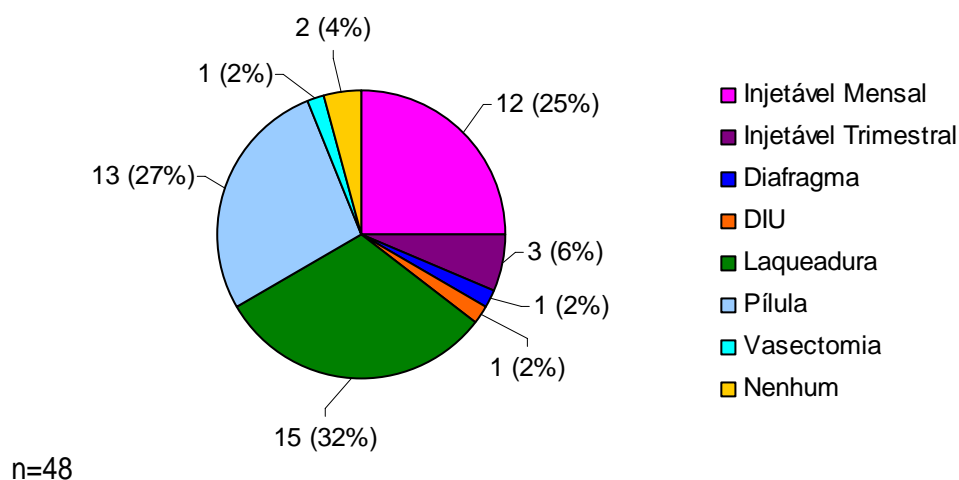
Dentre as mulheres que se inscreveram no grupo e participaram da pesquisa, somente duas não concluíram o grupo. Adriana estava no sexto mês de gestação no momento da entrevista e quando iniciou o grupo, quinze meses atrás, não estava utilizando método contraceptivo. Sua motivação era a obtenção da laqueadura tubária, entretanto compareceu somente à primeira reunião do grupo e não retornou. Lilian, 18 anos, tem dois filhos, já havia sofrido um aborto. Sua idéia inicial seria usar a pílula, porém descobriu nova gravidez durante o grupo de planejamento familiar e por isso não quis concluí-lo. O que nos chama atenção é que não houve busca ativa dos profissionais da unidade para essas usuárias que deixaram de comparecer às reuniões.

Dentre as entrevistadas que cumpriram o ciclo de reuniões do grupo, duas não escolheram método contraceptivo. Diferente do caso de Sônia que buscava assistência conceptiva, Márcia adiou a assistência contraceptiva para que completasse o número de filhos desejado.

Eu não escolhi nada, por isso eu engravidei. Eu queria evitar filho, mas ao mesmo tempo eu queria engravidar. Aí então eu optei por não usar nada. Eu queria engravidar pra ter logo dois e encerrar. (Márcia)

A escolha do método contraceptivo pelas mulheres nem sempre acontecia ao término dos três encontros do grupo de planejamento familiar. Muitas vezes, essas escolhas eram feitas antes mesmo da inscrição. Para fins da pesquisa, consideramos como “método de escolha” aqueles referidos pelas mulheres, porém sem diferenciação do momento em ocorreu essa escolha. O quadro abaixo ilustra a distribuição dos métodos escolhidos pelas mulheres entrevistadas.

Métodos de escolha



Descreveremos a seguir as trajetórias das mulheres de acordo com o método contraceptivo que escolheram.

Observamos uma predominância de métodos hormonais (injetáveis e pílula) como preferenciais entre as usuárias, 28 delas escolheram algum desses métodos.

A pílula foi o método contraceptivo escolhido por treze mulheres. Uma delas, Rafaela, não conseguiu adotar o método. Seu caso destaca o conflito entre a contra-indicação e a escolha da pílula. Devido a suas patologias pré-existentes (hipertensão arterial, sopro e febre reumática) teve limitações para escolher um contraceptivo que lhe fosse adequado. Não utilizou nenhum método e meses depois vivenciou uma gestação de risco. No momento da entrevista, estava retornando à unidade e juntamente com a médica analisava a possibilidade de inserção de DIU.

Eu ia escolher remédio, mas só que eu não posso aí agora eu ter que botar DIU. Ela ia passar adesivo pra mim, mas ela não passou, vou ter de usar DIU porque eu não posso tomar injeção e nem tomar comprimido. (Rafaela)

Carla teve uma trajetória diferente. Ela tinha dezenove anos e quando participou do grupo estava no puerpério, optou pela pílula, porém não conseguiu adotá-la por falta de profissional que a avaliasse. Menos de um ano após a sua participação no grupo, engravidou e buscou assistência em outra unidade.

Como eu estava amamentando naquela época eu escolhi a pílula. [eu não consegui pegar] aqui não. Porque eles me diziam que aqui não tinha ginecologista para me avaliar e quando eu ia eu não podia pegar porque o ginecologista não tinha me avaliado e nunca marcaram a consulta pra mim. (Carla)

Três usuárias não retiravam a pílula na unidade. Ruth escolheu a pílula, mas não voltou à unidade após a conclusão do grupo, enquanto Daniele e Valéria mantiveram a pílula que já utilizavam, e esta era diferente daquela distribuída na unidade.

Não, não marquei pra pegar porque não tinha do que eu tomo. [Então] eu compro. (Valéria)

A maioria das mulheres (07) conseguiu optar pela pílula e pegá-la que com regularidade na unidade, entretanto por não estarem se adaptando ao mesmo, pelo esquecimento ou por não poderem utilizá-lo devido a contra-indicações elas mudaram de método. Andréia tinha 18 anos e um filho, já havia usado preservativo masculino e quando chegou ao grupo optou pela pílula conseguindo pegá-la. A usuária não se adaptou ao método devido ao esquecimento, referiu ter retornado à unidade para a troca e quatro meses após sua participação no grupo já fazia uso de injetável mensal.

Alda também optou pela pílula e conseguiu adotá-la, entretanto por se queixar dos efeitos resolveu por procurar um médico no serviço privado para troca por outra pílula, que passou a comprar. A história de Luciana é um pouco diferente, ela já havia usado alguns métodos e optou pela pílula, estando

satisfeita, porém teve de suspender sua utilização ao se descobrir hipertensa. Laís conseguiu ter acesso à pílula por dez meses regularmente, entretanto, há quatro meses não conseguia retirar o método, e somente no dia da entrevista voltou a pegá-la. Ângela e Célia, ao contrário, na primeira ocorrência de falta desistiram de voltar à unidade e passaram a comprar o método. Essas histórias retratam o fato de que essas mulheres têm necessidades e que suas estratégias de obtenção de métodos mudam quando o abastecimento não é regular.

Eu peguei aquela pílula, mas depois eu tive de ir no ginecologista pra trocar porque eu tava tendo muita reação. [Eu estava usando lá] Ciclo 21. [Agora eu uso] Diclin. (Alda)

[Eu escolhi] a pílula. (...) Agora eu peguei, mas tem quatro meses que eu não venho pegar. Porque estava em falta. (Laís)

Eu consegui pegar alguns meses, depois é que não teve. (Ângela)

Quando eu fiz, eles me deram... Esqueci o nome. To usando o Microvlar mesmo, que é o mesmo que eles dão lá no posto. Porque na verdade eu fiz, mas eu nunca consigo pegar lá no posto. Aí eu passei a comprar não é?(Célia)

Um caso que chama atenção é o de Nádia. Apesar de ter participado dos três encontros sua escolha pela pílula não foi suficiente para que chegasse a usá-la. Ela não se sentia segura com o método por medo do esquecimento, por isso está usando preservativo masculino.

O método injetável mensal foi escolhido por doze mulheres. Dentre elas, somente quatro conseguiam pegá-lo regularmente na unidade. Cinco usuárias afirmaram que utilizam o injetável e mensalmente o adquirem na farmácia. O motivo apresentado pelas mulheres é a falta do insumo para a distribuição, o que reflete na continuidade da assistência. Clara foi à unidade

uma vez buscar o método e como não conseguiu pegá-lo não retornou mais. Sarah, além de não conseguir pegar precisou ir a outra unidade para receber uma prescrição e efetivar a compra.

[Eu estou usando] perlutan, a injeção. [Não tenho conseguido pegar] não, eu compro. Porque eu acho que perlutan lá não tem, só tem outro tipo de remédio. Eu não sei lá tem ainda porque uma vez quando eu fui pegar não tinha. (Clara)

[Eu escolhi] a injeção. [Não tenho conseguido pegar] não. Eu compro a maioria das vezes. (Elaine)

As outras três mulheres que escolheram o injetável mensal têm trajetórias bastante distintas. Viviane, 25 anos, não tinha filhos e já havia realizado dois abortos. Optou pelo injetável, mas o mesmo não foi dispensado pela unidade por estar em falta. Apesar de ter a receita para comprá-lo tinha limitações financeiras. No momento da entrevista suspeitava de nova gravidez. No caso de Lilian, ela não conseguiu adotar o método, pois durante o grupo descobriu gravidez.

Antônia concluiu o grupo há dois anos e havia escolhido o injetável. Naquele momento não conseguiu obtê-lo, pois por um erro de registro, dependia da autorização da enfermeira responsável pelo planejamento familiar para retirar o método. Nas vezes em que foi procurá-la, não a encontrou. Entretanto, sua fala nos remete ao fato que o não uso do contraceptivo ultrapassa os obstáculos encontrados no serviço e destaca a ausência de parceiro fixo serviu como motivação para que ela não fosse buscar outras vezes essa assistência contraceptiva.

[Eu escolhi] a injeção (mensal), [mas] eu não tomei nenhuma ainda. [eu fiz o grupo] tem muito tempo. [eu não tomei nenhuma ainda] porque meu papel tá lá embaixo e eu não consegui pegar ainda. Eu não [uso nada], não faço mais nada com ninguém. (Antônia)

As três usuárias que escolheram o injetável trimestral conseguiram pegar o insumo com regularidade na unidade. Somente Verônica afirmou ter ficado insatisfeita com o método, motivo que a fez buscar novamente o grupo e no momento da entrevista já utilizava outro método.

[Quando eu cheguei à unidade não estava usando nada] não. [Eu escolhi] a injeção [trimestral], mas eu não gostei tava tendo muito sangramento, aí eu fiquei com o comprimido. [Pego a pílula] lá [na unidade]. (Verônica)

Ao contrário de Verônica, Mônica também havia escolhido injetável trimestral se considerava satisfeita com o método, apesar de se queixar de aumento de peso após ter iniciado o uso do contraceptivo.

A laqueadura tubária foi o método contraceptivo de escolha de 15 entrevistadas (32%). No momento da entrevista, somente três mulheres conseguiram realizar o procedimento com encaminhamento da ESF – todas essas laqueaduras foram realizadas no momento do parto -. Entre elas está Isabele, 30 anos e três filhos vivos. Ela participou do grupo de planejamento familiar durante a última gestação e concluiu as três reuniões. No sétimo mês de gravidez teve um parto prematuro que resultou em cesária de urgência, como havia preenchido todos os requisitos, foi realizada a laqueadura.

Porque eu já fiz o planejamento aqui, eu já queria ligar, mas tava meio com medo, mas aí queria botar o DIU, mas como aconteceu tudo o que aconteceu, aí eu falei não, não quero mais ter filho. Aí eu consegui já tinha os papéis do planejamento e fui no hospital do Andaraí e aí me ligaram mesmo. (...) Tive de fazer cesária de urgência, com a cesária eu já liguei logo. (Isabele)

Além das três usuárias citadas acima, mais quatro mulheres ingressaram no grupo ainda gestantes e buscavam realizar o procedimento via parto, sem consegui-lo, entretanto. Os motivos dessa não realização passam

pela falta de informação sobre os fluxos e procedimentos, documentos necessários e a não indicação para realização para laqueadura no momento do parto.

Disseram que foi por falta de uma assinatura no papel que eles fizeram isso foi lá no próprio hospital. O médico me explicou que ele não fez porque tinha que ter a assinatura de um médico, não sei, no papel que eles dão no certificado lá do grupo, disseram que faltou uma assinatura de um médico, ele me explicou lá mais ou menos. (Paloma)

Chegou na hora o doutor perguntou você vai ligar e eu disse eu vou e ele me perguntou cadê os papéis e eu disse tá aí. Ele me disse você não é hipertensa e nem é nada e aí não quis ligar. (Renata)

Me disseram que eu era muito nova, que eu podia esperar e que eu só tinha dois. (...) Eu tinha uns dezenove. (Polyana)

Essas usuárias que optaram e não conseguiram realizar o procedimento no momento do parto após o fracasso da primeira tentativa não retornaram ao serviço e voltaram a usar seus métodos anteriores.

Eu comecei a tomar a injeção mais ou menos por conta própria (...) mas aí eu quero comprar a perlatan de novo porque foi a que eu tomei por dois anos e aí resolvia. (Paloma)

Todas as oito mulheres que optaram por laqueadura via fluxo da unidade e não estavam grávidas não conseguiram realizar a laqueadura. Essas mulheres cumpriram a rotina estabelecida pela secretaria municipal de saúde e realizaram o preenchimento de formulário de solicitação, sua documentação foi encaminhada à coordenação de área programática (CAP), entretanto, não obtiveram sucesso. Suas falas são marcadas por queixas de ausência de informações sobre procedimentos e fluxos para realização da laqueadura e pelo longo tempo de espera o que ocasionou em alguns casos desistência, gravidez durante a espera ou busca por outra estratégia que atendesse sua demanda contraceptiva. Rita tinha 31 anos e três filhos, já havia utilizado

outros métodos contraceptivos, mas desejava a laqueadura. Concluiu o grupo há 20 meses e não conseguiu realizar o procedimento. A única informação que obteve é que existia uma lista de espera e que ela tinha de aguardar. Ela retornou ao seu método anterior e pensava no momento da entrevista na possibilidade de pagar pela laqueadura. No caso de Marina, 33 anos, cinco filhos, ela já havia usado pílula e preservativo anteriormente ao grupo, optou pela laqueadura, e durante a espera, engravidou, uma vez que não estava utilizando método contraceptivo. Na última gestação teve parto prematuro e foi submetida a uma cesariana. Desistiu da laqueadura e após o parto retomou o planejamento familiar na unidade e utiliza injetável mensal atualmente.

Eu escolhi a ligadura. Não [consegui fazer] eu vou ter de pagar, porque até agora eu to aqui esperando e não consegui nada. Segundo a enfermeira falou que tinha uma fila e nessa fila eu não fui chamada. (Rita)

Não, eu escolhi a laqueadura, mas pouco tempo depois eu engravidei. (Marina)

Dentre esse grupo de mulheres que não conseguiram realizar a laqueadura tubária, somente uma usuária não está utilizando contraceptivo no momento da entrevista. Paula ao realizar exames preparatórios para a laqueadura apresentou um quadro de anemia que impediu que o procedimento fosse realizado. Após o tratamento, Paula não retornou mais ao planejamento familiar e no momento da entrevista suspeitava de nova gravidez.

A vasectomia foi o método de escolha de uma das entrevistadas. Eliana, 23 anos, três filhos, teve complicações na última gestação quando descobriu hipertensão arterial. Participou do grupo há sete meses e no

momento da entrevista o casal aguardava a realização do procedimento, agendado para o final do mês.

O DIU aparece nas falas de poucas mulheres e pudemos perceber certo receio entre elas no que se refere a este método. Duas depoentes pensaram na possibilidade de inserção, mas existe ainda falta de informação sobre o contraceptivo.

Na época eu escolhi o DIU, mas depois eu não voltei mais pra me informar... Aí, minha avó ficou com medo, falou o DIU fazia mal, matava ai eu fiquei com medo. Lá ela falou que era um metal que botava... (Renata)

Somente uma usuária optou por usar o DIU. Priscila tinha 25 anos, dois filhos, participou do grupo de planejamento familiar durante a última gestação com objetivo de conhecer os trâmites para poder inserir o DIU. No momento da entrevista aguardava o procedimento.

Minha menstruação veio agora depois de muito tempo e vou tentar o DIU (...) porque eu voltei agora pra botar, tava grávida quando fiz o planejamento. Eu queria saber o procedimento pra agora poder correr atrás. (Priscila)

Lidiane foi a única entrevistada que relatou ter optado pelo diafragma. Ela tem 23 anos, um filho, estava solteira e trabalhava na área da saúde. Já havia utilizado preservativo, pílula e coito interrompido como métodos contraceptivos e no momento da entrevista afirmou não estar utilizando nenhum método. Participou do grupo interessada em utilizar o diafragma, mas encontrou obstáculos, uma vez que não havia quem fizesse a medição do mesmo na unidade e a usuária não foi encaminhada para outra unidade ou informada sobre como proceder. Ela também buscou esse método no serviço privado e como também não obteve sucesso desistiu do método.

Acabou que não [consegui], não tinha médico aqui pra fazer a medição e nem no particular eu consegui, porque os médicos que eu procurei não tinham. Eu procurei um médico que ele falou que tinha só que tava na outra clínica e ele nunca levava pra lá, aí acabou que eu desisti. (Lidiane)

A passagem pela ESF é um ponto na trajetória contraceptiva dessas mulheres. Elas chegam à unidade de saúde da família, mas nem sempre ali encontram soluções para atender às suas necessidades. Os problemas de irregularidade na distribuição dos insumos e de continuidade da assistência contribuem para que grande parte das mulheres, que por algum motivo não conseguiu adotar o método na unidade, optem pelos métodos que fazia uso antes do grupo ou busque outras alternativas. As estratégias adotadas passam algumas vezes por obtê-los em farmácias, mas é na rede do serviço público em que elas vão continuar sua “peregrinação”, buscando outros grupos de planejamento familiar ou consultas ginecológicas.

Duas mulheres se inscreveram em grupos de planejamento familiar em outras unidades. Carla não conseguiu assistência contraceptiva na ESF quando estava no puerpério, não conseguiu adotar nenhum método e engravidou, o que a levou buscar assistência em outra unidade.

Porque eles me diziam que aqui não [na unidade de ESF] tinha ginecologista para me avaliar e quando eu ia eu não podia pegar porque o ginecologista não tinha me avaliado e nunca marcaram a consulta pra mim. (...) Lá [na outra unidade] eu consegui fazer o planejamento. Fiz, passei por tudo e como eu tava grávida pela segunda vez, e como eu fiz o pré-natal lá, lá eu consegui fazer o planejamento, consegui pegar o remédio, consegui passar pelo ginecologista e fazer meu preventivo. Consegui tudo lá. (Carla)

Angélica tinha 43 anos, quatro filhos, fez uso de pílula por alguns anos, não estava utilizando método ao chegar à unidade e desejava a laqueadura tubária quando ingressou no grupo de planejamento familiar. Como não conseguiu alcançar o método pelos trâmites da assistência ao

planejamento familiar na unidade, seguiu a indicação de um profissional de sua rede de contatos e realizou o procedimento em uma instituição pública.

Outras questões abordadas durante a entrevista que serão aqui apresentadas envolvem a experiências de abortamento e de contracepção no pós-parto e no curso de doenças crônico-degenerativas.

No universo das usuárias que sofreram situação de abortamento (09), sete não realizaram consulta em qualquer unidade de saúde até três meses após o aborto. Duas entrevistadas foram hospitalizadas e referiram ter sido encaminhadas pelo hospital para participarem do grupo de planejamento familiar na ESF. Sônia teve sucessivos abortos espontâneos e buscava assistência conceptiva quando ingressou no grupo de planejamento familiar, enquanto Juliana havia sofrido dois abortos provocados e após o último foi encaminhada para a unidade. A usuária tem 27 anos, dois filhos, e quando participou do grupo de planejamento familiar desejava a laqueadura tubária, porém acabou desistindo pelo longo tempo de espera, e atualmente, vivencia um novo relacionamento e deseja engravidar, mas está tendo dificuldades.

Perguntamos a 42 mulheres que tiveram partos se elas tinham tido consultas após seu último parto e se tinham sido orientadas sobre métodos contraceptivos e grande parte das entrevistadas afirmou não ter tido consulta puerperal. Catorze usuárias a realizaram na unidade de estudo, porém somente sete referiram ter sido orientadas sobre uso de métodos contraceptivos. Nove usuárias realizaram a consulta puerperal em outras unidades ou consultas particulares. Somente seis mulheres informaram não ter utilizado métodos após seus partos.

Procurei, mas o posto disse que quem deveria fazer isso era o hospital que me atendeu, e no hospital falaram que era o posto, aí eu não fiz, voltei a fazer minhas coisas, minha vida normal. (Lidiane)

[Após eu não tive consulta na unidade] não, mas fui lá no outro hospital é por que tive neném lá, meu pré-natal foi lá. (Rafaela)

[Após eu não tive consulta na unidade] eu fui fazer a minha revisão em outro hospital. (Elaine)

As usuárias que informaram risco na gravidez (10), como hipertensão arterial (07), nem sempre tiveram acompanhamento. Renata e Ruth têm histórico de hipertensão gestacional e após o término da gravidez não tiveram acompanhamento na unidade para hipertensão e contracepção. Renata teve de ser hospitalizada durante a gestação, e atualmente, adquire injetável mensal na farmácia. Já Ruth, além de não realizar acompanhamento na unidade não está utilizando métodos contraceptivos.

No que diz respeito aos métodos contraceptivos no curso de doenças observamos que o compartilhamento de informações sobre a usuária entre os profissionais do planejamento familiar e os demais define o curso da assistência à mulher. Exemplos como os de Luciana e Mônica sinalizam a importância da comunicação entre os profissionais, uma vez que a capacidade de compartilhar ou não as informações vai interferir diretamente nessa assistência. O caso de Luciana é de sucesso, e demonstra a efetividade da assistência quando há comunicação, já o de Mônica aponta que há fragilidades na assistência, uma vez que ela também era hipertensa e desconhecia interações entre seu método, injetável trimestral, e sua patologia.

Eu me tratei com a Dr^a Sandra (...) foi aí que a pressão aumentou, senti dor na nuca, a pressão aumentou aí eu fui a algumas consultas e ela me disse "sua pressão tá alta, não queria te dar remédio, porque você tá nova", aí ela botou um enalapril de 10 mg, aí eu suspendi o anticoncepcional. (...) Fiquei triste porque não posso tomar. (Luciana)

Capítulo 6 - Discussão

A assistência ao planejamento reprodutivo no Brasil, apesar de todos os avanços em termos legais e programáticos, tem ainda muitos desafios a serem superados. Com este estudo de caso procuramos refletir se a ESF poderia propiciar um diferencial para enfrentamento dos problemas encontrados nessa assistência e contribuir para ampliação do acesso e da qualidade dos cuidados em saúde reprodutiva.

Dentre as 48 mulheres que compuseram o universo da pesquisa, encontramos um conjunto de expectativas, necessidades e contextos de vida distintos. Entretanto, se observarmos a partir das trajetórias contraceptivas as relações com os serviços apresentam similaridades. O contato com os serviços é intermitente, fragmentado e caracterizado pela ausência de vínculo. O ponto de passagem pela ESF não muda essa trajetória, e a assistência que ali se presta em planejamento reprodutivo parece não ter grande repercussão no atendimento das necessidades no campo da regulação da fecundidade das mulheres, achado semelhante ao de Nakano (2010). Os princípios diretivos para a organização da rede assistencial - integração, coordenação e continuidade dos cuidados (Giovanella *et al* 2009) - não são uma realidade no caso específico dessa unidade de saúde e isso colabora para a não formação de vínculo e a pouca resolutividade da assistência.

Algumas deficiências relacionadas à organização e processo de trabalho foram identificadas, tais como a não existência de uma demanda programada para assistência ao planejamento reprodutivo para as usuárias cadastradas na unidade, nem mesmo para aquelas mulheres que poderiam ter

necessidades especiais em contracepção, como adolescentes, gestantes de risco, portadoras de doenças crônicas não-degenerativas ou em situação de pós-abortamento. A programação de atividades com vistas a essas necessidades reflete diretamente na assistência ao planejamento reprodutivo e outros grupos de cuidado, ferindo o princípio de universalidade. Moura e Silva (2006) também ressaltaram a importância da existência uma divulgação do serviço de planejamento familiar com vistas à captação dos usuários que estão desassistidos.

Não há também uma anamnese médica ou de enfermagem da usuária que ingressa no planejamento familiar, e nem mesmo um planejamento de um acompanhamento específico para aqueles casos citados acima. Apesar de terem em sua composição uma equipe multiprofissional e realizarem reuniões semanais, fica evidente que eles não realizam uma avaliação das estratégias utilizadas. Um exemplo claro é a forma como acontece o trabalho educativo do grupo de planejamento familiar na unidade, o qual acontece da mesma forma há anos e a divulgação do grupo não leva em consideração a existência de outras possibilidades de disseminação de informações.

As atividades educativas do planejamento reprodutivo na unidade estudada possuem uma estrutura fechada em um ciclo de três encontros em um dia e horário da semana pré-estabelecidos na própria unidade. Esse modelo em nada difere do que se pratica nos centros municipais de saúde (CMS) ou postos de saúde, prática que tem sido criticada por restringir o acesso de homens e mulheres. (Bonan *et al*, 2010; Osis *et al*, 2006). Essa inflexibilidade é problemática e já vem sendo abordada em vários trabalhos justamente pela perda de oportunidade de atingir um maior quantitativo de

usuários. (Osis *et al* 2004; Heilborn *et al* 2009). Osis *et al* (2006) evidenciaram que as atividades educativas do planejamento familiar podem acontecer individualmente, em grupos nas unidades básicas de saúde ou até mesmo em locais da comunidade.

O trabalho em grupo é uma oportunidade de troca de experiências, no entanto, as consultas individuais também criam um espaço de conversa e fortalecimento de vínculo. A ESF permite maior proximidade dos serviços e profissionais com os usuários, mas no caso estudado ela repete um modelo rígido e desconsidera as necessidades dos mesmos. Coelho e Fonseca (2004) afirmam que no que se refere à prática educativa há uma “defasagem entre o que é proposto oficialmente e o que se faz”. (p.44). Lemos (2008) ao estudar sobre as ações educativas em contracepção ressalta a dificuldade encontrada por profissionais na “adequação da articulação entre saberes nativos e os teóricos o que se constitui em um grande desafio dos que estão envolvidos na qualificação dos profissionais de saúde” (p.130).

A participação no grupo educativo nem sempre resulta na obtenção de método. Problemas já identificados em CMS ou postos de saúde (Bonan *et al*, 2010) se repetem na ESF, como a irregularidade no abastecimento e dispensação de métodos contraceptivos e as dificuldades de alcançar os métodos nas referências. Essas limitações culminam na “peregrinação” das mulheres por assistência contraceptiva e é um forte indicador de falhas quanto à integração da rede de serviços, uma vez que ela não é referenciada ou acompanhada para a resolução de suas questões. Moura e Silva (2006) retomam pensamento de Bruce ao afirmarem “os serviços de planejamento

familiar estão mais voltados para o recrutamento dos clientes do que para o acompanhamento” (p.155).

As atividades específicas do planejamento reprodutivo além de limitar-se àquelas mulheres que se inscrevem no grupo não asseguram o acesso a um cuidado integral. Não há uma prática clínica programada para que outras necessidades dessas usuárias sejam atendidas, como consulta ginecológica ou de enfermagem, realização de preventivo ou rastreamento de DST's, abordagem de condições clínicas como hipertensão ou diabetes, ferindo o princípio da integralidade (Mattos, 2002). Segundo Ministério da Saúde (2010) os profissionais devem exercitar a escuta e “buscar compreender as expectativas das pessoas” (p.60), e no que se refere à saúde reprodutiva, devem realizar atividades educativas, de aconselhamento e atividades clínicas, questões ainda pendentes no caso da unidade de saúde da família estudada.

Os problemas de continuidade são evidenciados pela ausência de acompanhamentos específicos para mulheres que têm necessidades em contracepção, seja por possuírem algum tipo de patologia ou gestações anteriores de risco. A falta de comunicação entre os profissionais que atendem essa usuária no planejamento familiar e outros profissionais da equipe, deixa de formar uma importante rede de informações sobre possíveis necessidades dessas mulheres. Também são encontradas deficiências quanto ao seguimento das usuárias que passam pelo grupo, uma vez que a dispensação de métodos e o monitoramento das mulheres que foram encaminhadas é ineficiente, dessa forma, a efetividade da assistência prestada fica comprometida e as reais necessidades contraceptivas dessas mulheres são suprimidas.

Os profissionais da ESF não se sentiam responsáveis pelo acompanhamento e desfecho dessas trajetórias. Silva Júnior *et al* (2008) trazem a definição de responsabilização como ações que dizem respeito à “responsabilidade do profissional ou da equipe em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para resolução dos problemas de saúde da população” (p.1491).

As mulheres procuram a ESF com demandas contraceptivas pontuais e emergentes, e quando não conseguem satisfazer ali as suas necessidades traçam outras alternativas. As trajetórias dessas mulheres que passaram pela ESF reforçam uma atitude de pouca expectativa de vínculo com o serviço, e o processo de trabalho na unidade contribui para que essa conduta seja internalizada.

Para as mulheres o serviço é visto como uma das fontes de obtenção de métodos, desempenhando quase o mesmo papel da farmácia. O que encontramos colabora com um dos achados do estudo de Osis *et al* (2004) quando afirmam que as mulheres compareciam ao grupo com o seu método escolhido previamente, e viam nele um “legitimador da escolha”. As mesmas autoras ao entrevistarem profissionais afirmaram que “as mulheres dificilmente mudavam de idéia, mesmo depois de receberem novas informações, pois chegavam até eles já com um método anticoncepcional em mente”. (Osis *et al* 2006 p. 2486).

De acordo com Almeida *et al* (2010) “a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário” (p.287). Os problemas apresentados anteriormente apontam para deficiências a serem

superadas quanto à assistência ao planejamento reprodutivo na ESF, e conseqüentemente apontam para questões maiores da rede. O estudo de Giovanella *et al* (2009) evidenciou que superar os problemas persistentes decorrentes da fragmentação, e consolidar a atenção básica como porta de entrada para os serviços de saúde ainda se constituem grandes desafios a serem superados.

A atenção básica é definida pelo Ministério da Saúde como um conjunto de ações de saúde de abrangência individual e coletivas que visam à, promoção, proteção da saúde, prevenção de doenças. Ela deve ser a porta de entrada do indivíduo nos serviços de saúde, onde estes devem ser vistos de forma integral e todas as suas necessidades devem ser consideradas (Ministério da Saúde, 2010). Ao refletirmos sobre os problemas levantados em nosso estudo e em outros (Bonan *et al*, 2010; Heilborn *et al*, 2009) devemos primeiramente pensar na distância que existe entre o papel que deveria ser desempenhado pela atenção básica e aquele que ela cumpre de fato.

Atualmente, a ESF é vista como uma proposta de reorientação da atenção básica, uma vez que possui uma plataforma de trabalho diferenciada do modelo tradicional, que pretende favorecer o acesso do usuário aos serviços de saúde. No entanto, podemos dizer que se faz necessária a superação de obstáculos relacionados à integração, coordenação e continuidade desse cuidado para que ela exerça seu papel de reorientadora do sistema.

Nosso estudo teve por foco promover uma reflexão sobre as potencialidades da ESF para o planejamento reprodutivo. Em se tratando de um estudo de caso, ele apresenta limitações. Tomamos por base apenas uma

unidade de ESF da ampla rede que compõe o município do Rio de Janeiro. Contudo, se compararmos nossos achados com os de outros estudos, podemos supor que essa realidade não seja muito diferente da rede como um todo. Outra limitação de nosso estudo foram as condições de realização da pesquisa. Vivenciamos um momento de transição de gestão na unidade, permeado por descontentamentos e paralisações, que retardou a composição da amostra da pesquisa, ou seja, o estudo foi realizado em um momento que havia uma conjuntura de fatores peculiares acontecendo com essa unidade.

Capítulo 7 – Considerações Finais

Iniciamos esse estudo apresentando um panorama da assistência ao planejamento reprodutivo no Brasil e os problemas enfrentados na oferta a essa assistência, e com a finalidade de fundamentar nosso estudo apresentamos a revisão de literatura que aponta os problemas enfrentados pelo planejamento reprodutivo. Levantamos a pergunta se a ESF poderia contribuir na superação dessas questões, uma vez que ela se coloca como modelo reorientador da atenção básica no Brasil.

Em nosso quadro teórico, expandimos nossa discussão para os enfrentamentos da atenção básica no Brasil. São claramente evidenciados os problemas de fragmentação da rede, que indicam deficiências quanto à integração da rede, coordenação e continuidade dos cuidados prestados (Giovanella *et al* 2009).

Mesmo se tratando de um estudo de caso, o que encontramos em nosso trabalho reflete realidades que são descritas em outros lugares do Brasil. A ESF possui um modelo inovador que poderia sim atuar na resolução de impasses encontrados na assistência no molde tradicional, entretanto a realidade demonstra uma grande distância entre o que se pretende com esta assistência e o que de fato ela oferece aos usuários. A ESF tem ainda muitos obstáculos a serem superados antes que possa exercer o papel de porta de entrada ao sistema de saúde. Uma vez que não basta somente oferecer ao usuário um primeiro contato com o serviço, mas seguindo o princípio da integralidade, as necessidades devem ser supridas, ainda que não sejam resolvidas em um nível primário de atenção, para isso, é de fundamental importância que essa rede de atenção à saúde seja integrada.

Em nosso contexto atual, além da falta de integração entre a rede de serviços de saúde, observamos problemas pontuais dentro das unidades, relacionados à coordenação e continuidade de cuidados, a comunicação entre os profissionais que atuam em programas diferentes ou de outras formações é deficiente e com isso a assistência prestada ao usuário fica fragmentada. As ações de promoção e prevenção à saúde sexual e reprodutiva não são realizadas em conjunto, com um planejamento elaborado por todos da equipe, mas por um grupo que elege as ações independente dos outros profissionais e programas.

Em nosso estudo evidenciamos como a formação de vínculo ainda é débil quando essas mulheres recorrem ao serviço, o que é reflexo dessa assistência fragmentada e da forma como acontece o processo de trabalho na unidade, uma vez que ele não favorece a consolidação de uma relação entre profissionais e usuários.

As estratégias e formas de realização das atividades implementadas não são avaliadas quanto à sua aplicabilidade prática, dessa forma, podemos dizer que não há uma renovação de tecnologias de cuidado. A prática educativa do grupo é realizada da mesma forma e não existe uma preocupação em se fazer uma avaliação dos aspectos positivos e do que precisa ser melhorado quanto à execução da mesma.

As ações de saúde realizadas na unidade não são coordenadas, apesar de serem realizadas por uma equipe multiprofissional. As informações muitas vezes ficam centralizadas em poucas pessoas e os demais componentes da equipe nem sempre sabem informar sobre fluxos e rotinas da unidade.

Os problemas pertencentes à realidade da unidade como a rotatividade de profissionais, capacitação dos mesmos, organização da assistência para demandas programadas e não programadas e seguimento da clientela, somam-se àqueles evidenciados na rede de uma forma geral e são relacionados à integração, coordenação e continuidade da assistência

É notório que o modelo traz potencialidades à assistência ao planejamento reprodutivo, entretanto é necessário que se promova a superação dos problemas que foram apontados antes que pensemos a Saúde da Família como estratégia para fortalecer a atenção básica e reorientar o modelo assistencial à saúde.

Referências Bibliográficas*²

Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26 (2): 286-298.

Alves AS, Lopes MHBM. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(1): 11-17.

Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(2): 661-670.

Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2010; v.14, n.35, 797-810.

BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM/ MACRO; 1997.

Berquó E, Barbosa RM, Lima L P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira *Rev Saúde Pública* 2008; 42(Supl 1):34-44.

Berquó E, Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(Sup. 2): 441-453.

Bertussi DC, Oliveira MSM, Lima JVC. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Júnior L, organizadores. *Bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL, 2001, pág.133-43.

Bonan C. Modernidade, fecundidade e políticas de população no Brasil: natalismo, controlismo e direitos. Rio de Janeiro, 2004, mimeo.

Bonan C, Silva KS. Estudo de Linha de Base sobre a Implementação do Programa de Planejamento Familiar na rede municipal de atenção básica da

²As normas para elaboração das referências seguem as adotadas pelo Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher (PGSCM/ IFF).

cidade do Rio de Janeiro. Documento de Trabalho. Rio de Janeiro, 2008 mimeo.

Bonan C, Silva KS, Sequeira ALT, Fausto MCR. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil 2010; 10 (supl. 1): 107-118.

Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/PROESF): considerações sobre seu acompanhamento. Ciên. Saúde Coletiva 2006; v. 11, n. 3.

Camargo EAI, Ferrari RAP. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Ciência & Saúde Coletiva 2009; 14(3): 937-946.

Carvalho MLO, Machado KC, Schor NP. Apoio: A forma Predominante de participação masculina na regulação da fecundidade do Casal. Saúde e Sociedade, 2000; 9 (1/2) 61-76,.

Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Brasília: UNESCO Brasil; 2004.

Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(2): 256-61.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24 Sup 1:7-27.

Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo, IMESP, 1988.

Corrêa S, Petchesky R. Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. In: Gita S; Germain A, Lincoln C. (Org.). Population policies reconsidered health, empowerment and rights. Boston: Chen; 1994.

Corrêa S, Jannuzzi PM, Alves JED. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: Marco Teórico-Conceitual e Sistema de Indicadores. In: Cavenaghi S,

organizadora. Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva - Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006.

Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil 2006; 6 (1): 75-84.

Costa NFP, Ferraz EA, Souza CT, Silva CFR, Almeida MG. Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(2): 55-60.

Escorel S. Equidade em saúde. Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva 2009; vol.14, nº. 3, 783-794.

Gonçalves GAA, Garcia TR, Coelho EAC. Ambivalência em mulheres submetidas à laqueadura tubária. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008; 12 (4): 726-734.

Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública 2009; 25 Sup 2: 269-278.

Lei 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. 1990. <http://www.plamalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm> (acessado em 13/03/2011).

Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro 1996. Regula o parágrafo 7º. Do art, 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. In: Ministério da Saúde. 2004: Ano da Mulher. 1ª. Ed, 1ª. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Luiz OL, Citelli MT. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços, 1999.

http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr21-olinda.html (acessado em 18/12/2009)

Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadora. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO; 2001.

Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(Supl. 1): 1521-1531.

Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(Supl. 1): 1493-1497.

Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento — Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde. PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde. Portaria nº. 144 dispõe sobre normas gerais para o planejamento familiar. *Diário Oficial da União*. Diário Oficial da União; 1997.

Ministério da Saúde. Portaria 648 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2006.

Moura ERF. Silva RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9: 1023 -1032.

Moura ERF. Silva RM. Competência profissional e assistência em Anticoncepção. *Rev. Saúde Pública* 2005; (39) 5: 795-801.

Moura ERF. Silva RM. Qualidade da Assistência em Planejamento Familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(2): 150-6.

Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2007; 23: 961-970.

Nakano AR. Necessidades em regulação da fecundidade e controle da vida reprodutiva na perspectiva de mulheres atendidas pela estratégia de saúde da família na cidade do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22: 2481-2490.

Osis MJD, Carvalho LEC, Cecatti JG, Bento SF, Pádua KS. Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25: 625-634.

Pereira, A L. Ações educativas em contracepção: teoria e prática dos profissionais de saúde. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2008.

Poli MEH, A anticoncepção como instrumento do planejamento familiar e da saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegre: PUCRS 2006; v. 16, n. 4.

Programa de Ação do Cairo. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. 1996.

Rocha LP, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Almeida MCV. Processos grupais na estratégia saúde da família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras. Rev. enferm. UERJ 2010; 18: 210-215.

Santana TCFF, Coelho TCB. Planejamento familiar e integralidade em um sistema municipal de saúde. Rev. baiana saúde pública 2005; 29: 214-225.

Santos MA, Vieira EM. Aconselhamento em contracepção: grupo de capacitação de profissionais médicos do Programa de Saúde da Família. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2008; v.12, n.26,589-601.

Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? Rev Bras Enferm 2009; 62: 424-9.

Silva Junior AGS, Alves MGM, Mascarenhas MTM, Silva VMN, Carvalho LC. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. Ciência & Saúde Coletiva 2008; 13: 1489-1500.

Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc. São Paulo 2010; v.19, n.3, 509-517.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.

Valladares DP. Ações de contracepção e assistência ao parto: a experiência do Rio de Janeiro. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

Vieira EM. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29: 225-229.

Vieira EM. O arrependimento após a esterilização feminina. Cad. Saúde Pública 1998; 14(Supl. 1): 59-68.

Vieira EM, Souza L. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. Rev Saúde Pública 2009; 43(3): 398-404.

Apêndice 1 – Consolidado da revisão bibliográfica

Ano	Autores	Assuntos Principais	Revista
2010	Mendonça RCM, Araújo TME	uso de métodos / adolescentes	Reben
2010	Penaforte MCLF, Silva LR, Esteves APVS, Silva RF, Santos IMM, Silva MDB	conhecimento, uso e escolha de métodos contraceptivos	Cogitare enf
2010	Rocha CMF, Dias SF, Gama AF	saúde reprodutiva	Cad. Saúde Pública
2010	Madureira L, Marques IR, Jardim DP	conhecimento e uso de métodos / adolescentes	Cogitare enf
2010	Silva FC, Vitalle MSS, Maranhão HS, Canuto MHA, Pires MMS, Fisberg M	conhecimento e uso de métodos / estudantes universitários	Cad. Saúde Pública
2010	Nicolau AIO, Moraes MLC, Lima DJM, Aquino PS, Pinheiro AKB	saúde reprodutiva / laqueadura	Acta paulista enf
2010	Queiroz INB, Santos MCFC, Machado MFAS, Lopes MSV, Costa CCC	atendimento ao PF / adolescentes	Rev Rene
2010	Borges ALV, Fujimori Elizabeth, Hoga, LAK, Contin MV	práticas contraceptivas/ contracepção de emergência	Cad. Saúde Pública
2010	Koerich MS, Baggio MA, Backes MTS, Backes DS, Carvalho JN, Meirelles BHS, Erdmann AL	sexualidade, DST e contracepção	Rev enf Uerj
2010	Figueiredo, R	gravidez, aborto e uso de CE/ mulheres HIV	Ciência e Saúde Coletiva
2010	Cabral FB, Oliveira DLLC	saúde reprodutiva / puérpera adolescentes	Rev Esc Enferm USP
2009	Vieira EM, Souza L	acesso à esterilização	Rev Saúde Pública
2009	Camargo EAI, Ferrari RAP	conhecimento de adolescentes sobre sexualidade, métodos, dst's, acesso	Ciênc. saúde coletiva
2009	Oliveira CB, Menezes J, Silva FM, Maciel ELN	avaliação assistência ao PF	Ciência & Saúde Coletiva
2009	Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS	percepção de usuárias sobre experiências contraceptivas e reprodutivas/ acesso	Cad Saúde Pública
2009	Osís MJD, Carvalho LEC, Cecatti JG, Bento SF, Pádua KS	percepção de gestores e profissionais sobre atendimento à demanda de LT	Cad Saúde Pública
2009	Nagahama EEI	avaliação da assistência em PF/ UBS	Cadernos de Saúde Pública

2009	Araújo MSP, Costa LOBF	uso e conhecimento de CE entre adolescentes	Cad Saúde Pública
2009	Spindola T, Silva LFF	características reprodutivas de adolescentes grávidas	Esc Anna Nery Rev Enferm
Ano	Autores	Assuntos Principais	Revista
2009	Alves CA, Brandão ER	uso de métodos/ descontinuidade na adolescência; saúde reprodutiva/ acesso a métodos	Ciênc. saúde coletiva
2009	Castro JF, Rodrigues VMCP	conhecimento sobre contracepção de emergência	Rev Esc Enf USP
2009	Oliveira DC, Pontes APM, Gomes AMT, Ribeiro MCM	conhecimento e uso de métodos	Rev Esc enf Anna Nery
2009	Faray HEFG, Mocoche EG	uso de métodos/ universitárias da área da saúde	Revista Rene
2009	Mendonça RCM, Araújo TME	uso de métodos / adolescentes	Rev Esc enf Anna Nery
2008	Costa NFP, Ferraz EA, Souza CT, Silva CFR, Almeida MG	informação e acesso à anticoncepção de emergência	RBGO
2008	Santos MA, Vieira EM	capacitação equipe PSF/ orientações em contracepção	Interface comun. saúde educ
2008	Orlandi R, Toneli MJF	paternidade na adolescência/ métodos	Psicol. estud
2008	Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R	percepção dos profissionais quanto às praticas de atenção a este grupo etário	Interface. Comunicação, Saúde e Educação
2008	Gonçalves GAA, Garcia TR, Coelho EAC	arrependimento LT	Esc. Anna Nery Rev. Enferm
2008	Nader PRA, Macedo CR, Miranda AE, Maciel ELN	saúde reprodutiva/ abortamento causas/ PF	Esc. Anna Nery Rev. Enferm
2008	Almeida PF, Giovanella L	monitoramento e avaliação em Atenção Básica /fragilidades, potencialidades / PSF	Caderno de Saúde Pública
2008	Carlotto K, Cesar JÁ, Hackenhaar AA, Ribeiro PRP	características reprodutivas/ acesso	Cad Saúde Pública
2007	Vieira EM	Arrependimento LT	<small>Rev Bras Ginecol Obstet.</small>
2008	Alves AS, Lopes MHBM	conhecimento de uso de pílula e preservativo entre adolescentes/ método de escolha	Reben
2008	Vieira CS, Brito Mbastos, Yazlle MEHD	contracepção no puerpério	RBGO
2008	Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R	início da vida sexual/ uso de preservativos	Rev de Saúde Pública

Ano	Autores	Assuntos Principais	Revista
2008	Guazzelli CAF, Barbieri M, Andrade CMA, Barreiros FA, Moron AF	informações sobre métodos anticoncepcionais (fornecem)	Femina
2008	Bastos MR, Borges ALV, Hoga LAK, Fernandes MP, Contin MV	uso de métodos entre jovens universitárias	Texto Contexto Enf
2008	Silva CG, Santos AO, Paiva V	percepção de jovens religiosos sobre sexualidade, contracepção, PF, iniciação sexual	Psicologia em Estudo,
2008	Silva RM, Araújo MAL, Pessoa CM, Moraes MP	conhecimento sobre métodos	Rev Baiana de Saúde Pública
2008	Alves AS, Lopes MHBM	uso de métodos entre adolescentes universitárias	Rev Bras Enferm
2008	Bastos F, Cunha CB, Bertoni N	uso de métodos e consumo de álcool/ drogas	Rev Saúde Pública
2008	Berquó E	uso de métodos	Cad saúde pública
2008	Colomé ICS, Lima MADS, Davis R	uso de métodos contraceptivos/ PSF/ PF/ trabalho em equipe	Rev. Esc. Enferm. USP
2007	Silva OMP, Panhoca L	vulnerabilidade/ abortamento	Ciênc. saúde coletiva
2007	Schór N, Corbett CEP, Peres F, Pontilho PM, Tanaka LF, França MN, Cardoso EB, Costa NA	saúde reprodutiva de adolescentes/ uso de métodos	Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano
2007	Arie WMY, Fonseca AM, Arie PY, Arie MH, Bagnoli RV	informações sobre métodos	Rev Bras Med
2007	Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN	abortamento/ gestação indesejada/ações de PF	Rev Bras de Epid
2007	Dias CN, Spindola T	conhecimento de gestantes sobre métodos	Rev. Enferm. UERJ
2007	Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG	avaliação de serviços do PF no PSF/ acesso a métodos	Cad saúde pública
2007	Carvalho LEC, Osís MJD, Cecatti JG, Bento SF, Manfrinati MB	características do atendimento à esterilização e da população/ legislação	Cad saúde pública
2007	Romanelli RMC, Cardoso CS, Lin EMR, Goulart LHF, Aguiar RALP, Pinto JA	contracepção em mulheres com HIV	DST – J bras Doenças Sex Transm
2007	Cunha ACR, Wanderley MS, Garrafa V	arrependimento LT	RBGO
2007	Silva MAP	gravidez/ anticoncepção/ cardiopatias	Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo
2007	Arcanjo CM, Oliveira MIV, Bezerra MGA	gravidez na adolescência/ métodos	Esc. Anna Nery Rev. Enferm
2007	Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R	aspectos de saúde reprodutiva em adolescentes	Cad Saúde Pública

Ano	Autores	Assuntos Principais	Revista
2007	Poli MEH	educação em saúde/ contracepção/ DST's	Reprod. clim;
2007	Alves AS, Moraes MHB	uso de métodos/ perfil da população jovem	Reben
2007	Tavares LS, Leite IC, Telles FSP	uso de métodos	Revista Brasileira de Epidemiologia
2007	Romero KT, Medeiros ÉHGR, Vitalle MSS, Wehba J	conhecimento sobre sexualidade, métodos e DST's entre adolescentes	Rev Assoc Med Bras
2007	Carvalho ALS, Bezerra SJS, Leitão NMA, Joca MT, Pinheiro AKB	uso de preservativo entre jovens	Online braz. j. nurs. (Online);
2007	Inagaki ADM, Santos MD, Abud ACF, Gonçalves LLC, Daltro AST	uso de métodos entre jovens universitárias	Rev. enferm. UERJ;
2007	Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR	saúde reprodutiva/ uso de métodos	Revista brasileira de saúde materno-infantil
2007	Pereira QLC, Silva CBDCA, Pelzer MT, Lunardi VL, Siqueira HCH	educação em saúde/ grupo de planejamento familiar	Texto Contexto Enferm
2007	Silva NCB, Bomfim T, Cardozo NP, Franco MAP, Marques SL	avaliação do conhecimento de métodos	Paidéia (Ribeirão Preto);
2007	Leite MTF, Costa AVS, Carvalho, KAC, Melo RLR, Nunes BMTV, Nogueira LT	conhecimento e uso de métodos entre universitários	Reben
2007	Sampaio RO, Ávila WS, Grinberg M	métodos/ valvopatia	Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo
2007	Vilela MG, Santos Júnior JL, Silva JGC	avaliação de serviço oferecido (vasectomia)	Femina
2006	Poli M	aspectos da anticoncepção/ informações sobre métodos	Sci. med
2006	Bahamondes L	Uso de métodos/ escolha	RBGO
2006	Vieira EM	contracepção e morte materna	Cad. Saúde Pública
2006	Yazlle MEHD, Patta MC, Carvalho BR, Mendes MC, Duarte G, Coutinho, CM	uso de métodos no climatério	Femina
2006	Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO	oferta de métodos em UBS/ atenção ao PF/ articulação do PF nos PSF	Cad Saúde Pública
2006	Rojas SHCC, Crestani KD, Batista GV, Melo APA	características reprodutivas/ planejamento de ações uso de métodos / DST's	DST j. bras. doenças sex. transm
2006	Martins LBM, Costa-Paiva L, Osis MJD, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini, V	conhecimento sobre métodos e fatores associados entre adolescentes	Rev Saúde Pública
2006	Costa NDL, Paes NA, Ramos PCF, Formiga MCC	parto cesáreo e sua relação com as esterilizações / saúde reprodutiva	RBGO

Ano	Autores	Assuntos Principais	Revista
2006	Lindner SR, Coelho EBS, Buchele F, Soares C	conhecimento e a prática / enfermeiros/ Direitos reprodutivos e PF	Cogitare Enferm
2006	Vieira EM	contracepção e morte materna	Cad Saúde Pública
2006	Rabelo STO, F. Júnior SP, Freitas LV, Lopes EM, Pinheiro AKB, Aquino PS, Ximenes LB	uso de métodos entre universitárias	DST j. bras. doenças sex. transm
2006	Costa T, Stotz EM, Grynszpan D, Souza MCB	medicalização do corpo feminino/ saúde reprodutiva	Interface comun. saúde educ
2006	Costa AM, Guilhem D, Silver LD	acesso aos métodos / informações sobre os métodos	Rev. bras. saúde matern. infant
2006	Berlofi LM, Alkmin ELC, Barbieri M, Guazzelli CAF, Araújo FF	informação e assistência ao PF/ reincidência de gravidez na adolescência	Acta Paul. Enferm
2006	Moura ERF, Silva RM	avaliação de serviços/ assistência ao PF/ percepção das usuárias/PSF	Acta Paul. Enferm
2006	Vieira LM, Saes SO, Dória AAB, Goldberg TBL	anticoncepção / gravidez na adolescência	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,
2006	Lopes RCS, Menezes C, Santos GP, Piccinini CA	casamento/ gravidez planejada	Psicologia em Estudo
2006	Brandão ER, Heilborn ML	gravidez na adolescência e contracepção	Cad de Saúde Pública
2006	Gonçalves H, Gigante D	fatores sócio-culturais da gravidez na adolescência/ saúde reprodutiva	Cad de Saúde Pública
2006	Lima BGC, Matos CMS, Melo EF	falha no uso de método/ abortamento em adolescentes	Rev. Baiana Saúde Pública
2006	Carreno I, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Meneghel S	uso de métodos contraceptivos	Cad Saúde Publica
2006	Souza JMM, Pelloso SM, Uchimura NS, Souza F	escolha de métodos / PSF/ informações sobre métodos	RBGO
2005	Carvalho JAM, Brito F	saúde reprodutiva/ fecundidade	Rev Bras Estud Popul;
2005	Vieira EM, Fábio SV, Gueleri W, Picado MP, Yoshinaga E, Souza L	características de usuários candidatos à esterilização cirúrgica/ acesso	Cad Saúde Pública
2005	Moura, ERF, Silva RM	competência dos profissionais/ anticoncepção/ avaliação de serviços	Rev de Saúde Pública
2005	Brêtas JRS	conhecimento e uso de anticoncepcionais entre adolescentes	REME rev. min. enferm;
2005	Paniz VMV, Fassa AG, Silva MC	forma de uso de anticoncepcionais/ conhecimento sobre métodos	Cad Saúde Pública

Ano	Autores	Assuntos Principais	Revista
2005	Coelho EBS	enfermagem e planejamento familiar	Reben
2005	Lacerda MA, Miranda-Ribeiro P, Caetano AJ, Machado CJ	necessidade insatisfeita por métodos contraceptivos	Rev Bras Estud Popu
2005	Carvalho MLO, Schor N	uso de métodos/ rejeição	Rev de Saúde Pública
2005	Santana TCFF, Coelho TCB	integralidade/ concepções de técnicos e dirigentes sobre PF/ PSF, CMS	Rev. Baiana Saúde Pública
2005	Santos CL, Pessoa IN, Pereira PFQ, Ferreira TF	informações sobre métodos (preservativo)	Rev. Enferm. UERJ
2005	Paraguassú ALCB, Costa COM, Nascimento Sobrinho CL, Patel BN, Freitas, JT, Araújo FPO	saúde reprodutiva/ gravidez na adolescência/ uso de métodos	Ciênc. saúde coletiva
2004	Espírito-Santo DC, Tavares-Neto J	conhecimento de homens sobre métodos contraceptivos/ uso	Cad Saúde Pública
2004	Arie WMY, Fonseca ÂM, Melo NR, Bagoli VR	informações sobre anticoncepção no puerpério	Rev Bras Med
2004	Coelho EAC, Fonseca RMGS	atuação das enfermeiras na regulação da fecundidade	Rev Esc Enferm USP;
2004	Fernandes CE, Pereira Filho AS, Barbosa IC, Faggion D, Andrade RP	satisfação com métodos hormonais	Reprod. clim
2004	Belo MAV, Silva JLP	conhecimento de uso de métodos / adolescentes gestantes	Rev de Saúde Pública
2004	Ferriani RA, Andrade RP, Finotti MF	divulgar informação sobre método transdérmico	Femina
2004	Osís MJD, Duarte GA, Crespo ER, Espejo X, Pádua KS	escolha de método/ satisfação	Cad Saúde Pública
2004	Paula FJF, Ferreira Filho, OF, Mangili LC, Ribeiro TA, Ramos PM, Gomes FCP, Abdo CHN	início da vida sexual entre adolescentes	RBM rev. bras. med
2004	Zucchi RM, Elito Júnior J, Zucchi F, Camano L	contracepção de emergência/ gravidez	RBGO
2004	Moura ERF, Silva RM	pesquisa de avaliação /barreiras relacionadas à oferta de informações em planejamento familiar (PF) / métodos anticoncepcionais (MACs)/ESF	Ciência & Saúde Coletiva
2004	Pirotta KCM, Schor N	uso / escolha de métodos	Rev Saúde Pública
2004	Cecatti JG, Araújo AS, Osís MJ, Santos LC, Faúndes A	LAM como método contraceptivo	Rev. bras. saúde matern. infant
2004	Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Marcondes-Machado J	uso de métodos contraceptivos que sirvam de proteção p HIV	Rev Saúde Pública
2004	Ferreira AF, Santos CP, Santana C, Santana J, Rodrigues L, Ribeiro RC, Santana R, Santana R, Macedo R, Santana S, Cardoso AT	prevenção da gravidez/ grupo PF/ USF	Divulg. Saúde Debate

Ano	Autores	Assuntos Principais	Revista
2004	Carvalho LEC, Cecatti JG, Osis MJD, Sousa MH	saúde reprodutivas / filhos/ esterilização	Cad Saúde Pública
2004	Vasconcelos SB, Galvão MTG	escolha de métodos/ mulheres com HIV	Texto & contexto enferm
2004	Lima CTB, Feliciano KVO, Carvalho MFS, Souza APP, Menabó JBC, Ramos LS, Cassundé LF, Kovacs MH	percepção sobre gravidez na adolescência	Revista brasileira de saúde materno-infantil
2004	Costa-Paiva L, Pontes LT, Horovitz AP, Martins LBM, Fonseca-Carvasan GA, Silva JLP	saúde reprodutiva de adolescentes/ perfil	Rev. ciênc. méd. (Campinas)
2004	Hardy E, Osis MJD, Hebling EM	opinião sobre pesquisa e cobaia	Rev Assoc Med Bras
2004	Marcolino C	atuação de equipe de saúde / LT	Cad. Saúde Pública
2004	Moreira MHC, Araújo JNG	implementação do PF	Psicologia em Estudo
2004	Vieira EM, Ford NJ	uso de métodos e reincidência de gravidez na adolescência	Cad Saúde Pública
2004	Marcolino C	percepção de profissionais de saúde sobre PF e LT	Rev Esc Enf USP
2004	Oltramari LC, Camargo BV	representações sociais de profissionais do sexo sobre dst's	Psicol. teor. prá
2004	Crizóstomo CD, Nery IS	influência das relações de gênero nas decisões reprodutivas quanto ao planejamento familiar das mulheres	Esc. Anna Nery Rev. Enferm
2003	Pedro JM	histórico da experiência com métodos contraceptivos	Revista Brasileira de História
2003	Espejo X, Tsunehiro MA, Osis MJD, Duarte GA	conhecimento de métodos por mulheres	Rev Saúde Pública
2003	Bertoldi A, Bertoldi ETS, Freitas MVS	informações sobre métodos naturais	Divulg. Saúde debate
2003	Maia FFR, Andrade CG, Maakaroun MF	conhecimento de métodos entre adolescentes e uso na primeira relação	Rev. Méd. Minas Gerais
2003	Cabral CS	paternidade na adolescência / uso de métodos	Cad Saúde Pública
2003	Alves LS, Alves GC	escolha pela vasectomia	Rev. Méd. Minas Gerais
2003	Leite IC	causas de descontinuação de uso de métodos no nordeste	Cad Saúde Pública
2003	Berquó E, Cavenaghi S	impacto nova legislação PF/ práticas reprodutivas	Cad Saúde Pública
2003	Guimarães AMDN, Vieira MJ, Palmeira JA	formas de aquisição de informações sobre métodos/ conhecimento/ acesso	Rev Latino-Americana de Enfermagem
2003	Kac G, Velásquez-Meléndez G, Valente JG	Menarca, gravidez precoce/ DSR /PF	Cad Saúde Pública

Ano	Autores	Assuntos Principais	Revista
2003	Fernandes MFM	aspectos reprodutivos/ práticas contraceptivas	Cad Saúde Pública
2003	Saito MI, Leal MM	contracepção e adolescência	Pediatria (São Paulo)
2003	Marchi NM, Alvarenga AT, Osis MJD, Bahamondes L	motivos de escolha pela vasectomia	Cad Saúde Pública
2003	Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH	uso de métodos contraceptivos com participação masculina	Cad Saúde Pública
2003	Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ	uso de métodos entre adolescentes universitárias	Rev Saúde Pública
2002	Guazelli CAF, Lindsey PC, Araújo FF, Baracat EC, Barbieri M	anticoncepção em mulheres com câncer	Folha Med
2002	Lunardelli JL	anticoncepção na adolescência	R Brasileira de medicina
2002	Knauth, Daniela Riva; Barbosa	escolhas reprodutivas por mulheres HIV	Interface comun. saúde educ
2002	Zambrano, Érika	conhecimento e uso de métodos por puérperas	Rev. Enferm. UERJ
2002	Borges, Ana Luiza Vilela	início da vida sexual/ uso de métodos	Cad Saúde Pública
2002	Santos, Naila JS	saúde reprodutiva/ sexualidade/ uso de métodos por mulheres HIV positivas	Rev Saúde Pública
2002	Duarte, Graciana Alves	percepção masculina/ aborto provocado	Revista de Saúde Pública
2002	Costa, Juvenal Soares Dias da	uso de métodos	Cad Saúde Pública
2001	Vasconcelos, Lucimeire Lima	puéperas/ saúde reprodutiva	Cogitare Enfermagem (UFPR)
2001	Hardy, Ellen Elizabeth	aceitabilidade da anticoncepção de emergência	Cad Saúde Pública
2001	Herter, Liliane Diefenthaeler	divulgar sobre os métodos/ informações/ para adolescentes	J Pediatr (Rio J)
2001	Andrade GN, Andrade ATL	informação sobre métodos	Bol. Centro Biol. Reprod
2001	Marcolino C, Galastro EP	percepção de homens e mulheres sobre participação no PF	Revista Latino-Americana de Enfermagem
2001	Vieira, Elisabeth Meloni	uso de métodos (pela PNDS)	Rev Saúde Pública
2001	Murta EFC, Souza MAH, Adad SJ, Araújo Júnior E	saúde reprodutiva/ contracepção entre adolescentes/ HPV	RBGO
2001	Scavone L	contracepção e maternidade	Interface comun. saúde educ
2001	Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N	participação masculina no PF/ visão feminina	Rev Saúde Pública
2000	Araujo LM, Baptista SS	atuação das enfermeiras em contracepção/ difusão de idéias	Esc. Anna Nery Rev. Enferm
2000	Nogueira AA, Reis FJC, Poli Neto OB	conhecimento sobre métodos anticoncepcionais de emergência	Medicina (Ribeirão Preto)
2000	Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N	participação masculina no PF / visão feminina	Saúde e Sociedade

Ano	Autores	Assuntos Principais	Revista
2000	Vaz MJR, Barros SMO, Camiá GEK	contracepção e HIV	Acta paul. enferm;
2000	Reggiani CPD, Murata MK, Beck RT, Francisco JF, Schimarelli GT	laqueadura e reversão	J. bras. med
2000	Schor N, Ferreira AF, Machado VL, França AP, Pirotta KCM, Alvarenga AT, Siqueira AAF	conhecimento e uso de métodos por mulheres	Cad Saúde Pública
2000	Coelho, EAC, Lucena MFG, Silva ATM	resgate histórico da formulação e implementação das políticas públicas de saúde no Brasil/ PF	Rev Esc Enferm USP
2000	Lima MSS, Kobata CM, Silvestrini WS	gravidez na adolescência/ uso de métodos	Folha Med
2000	Coelho, EAC, Lucena MFG, Silva ATM	contradições existentes entre o discurso oficial e a prática em planejamento familiar em serviços públicos de saúde	Rev. Esc. Enf. USP,
2000	Ferreira MLSM, Galvão MTG, Costa ES	conhecimento de adolescentes sobre métodos	Rev Bras Med
1999	Löw L; Hoga, LAK	uso de métodos e aborto provocado	Mundo saúde (1995)
1999	Muller DP; Farina G; Wortmann DC; Rada FS; Togni FC; Simoni JR; Piccoli CSP	conhecimento e uso de métodos contraceptivos na adolescência	Rev. med. PUCRS
1999	Costa JSD ; Madeira, ACC; Luz RM; Manzolli PP; Britto MAP; Sallaberry DD	saúde reprodutiva	Rev. bras. ginecol. obstet
1999	Cunha DC; Halbe HW; Salgado Netto J.	avaliação do serviço PF/ escolha de métodos	Rev. ginecol. obstet
1999	Pascotto CR; Sant'Ana DMG	conhecimento de métodos	Arq. Ciências saúde UNIPAR
1999	Olinto MTA, Galvão LW	saúde reprodutiva/ métodos em uso	Rev. Saúde Pública
1999	Osis MJD, Faúndes A, Sousa MH, Bailey P	satisfação e arrependimento do uso de métodos / laqueadura	Cad. Saúde Pública
1999	Pagliuca LMF, Rodrigues JO	informações sobre métodos para deficientes visuais	Reben
1999	Duarte MSM, Marques NM, Moreira MFA, Carneiro RM, Mendes HF	saúde reprodutiva/ conhecimento de métodos/ adolescentes masculino	An. Fac. Med. Univ. Fed. Pernamb

Apêndice 2 – Roteiro de entrevista

Ficha cadastral

Nº. da entrevista _____

Data da entrevista _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:

2. Endereço:

3. Telefone:

4. Idade

5. Escolaridade (anos de estudo completos):

6. Estado conjugal:

() casada ou união consensual () solteira () separada () viúva ()
outros _____

7. Renda familiar: R\$ _____

8. Situação ocupacional: Trabalha atualmente? () Sim () Não.

Em quê? _____ Carteira assinada? () Sim () Não ()
Autônoma

Renda pessoal: R\$ _____

9. Religião: _____

10. Vivência da primeira relação sexual

a. Com quem foi? () namorado () ficante () Marido () Outros _____

b. Com que idade? _____

c. Uso de contracepção? () Sim () Não. O que? _____

d. Consulta ginecológica () Antes. Depois: () até 3 meses () até 1 ano () mais de 1
ano () Nunca

e. A quantas consultas ginecológicas foi nos últimos 3 anos? : _____

11. Histórico Reprodutivo

a. Dados reprodutivos

Gestações: ___ Paridade: ___ Filhos Vivos: ___ Abortos ___ Gravidez Atual? () Sim
() Não.

Gravidez de risco? () Sim () Não. Quantas? _____

Qual risco?

Última gravidez: _____

Penúltima gravidez: _____

12. Histórico de contracepção antes do grupo de planejamento reprodutivo no PSF³

MÉTODO	Utilizados	Com quem obteve a informação	*Onde adquiriu	Método atual
Natural (muco, temperatura)	()		-----	()
Coito Interrompido	()	-----	-----	()
Pílula	()			()
Preservativo Masculino	()			()
Preservativo Feminino	()			()
Diafragma	()			()
DIU	()			()
Anticoncepcional Hormonal Injetável Mensal	()			()
Anticoncepcional Hormonal Injetável Trimestral	()			()
Contracepção de Emergência	()			()
Laqueadura	()			()
Vasectomia	()			()
Nenhum	()	-----		()

³ * 1- Médico; 2 - Auxiliar de enfermagem; 3 - Pessoa da família; 4 - Professores/ Escola; 5 - Enfermeiro; 6 - ACS; 7 - Amigas/vizinhas; 8 - Internet/Televisão; 9 - Outros. ** A - Farmácia; B - Farmácia Popular; C - Outra unidade de saúde

13. Histórico de demanda de assistência à concepção

a. Você já teve dificuldade de engravidar em algum momento da vida? () Não () Sim.
Quando? _____

b. Você procurou os serviços de saúde? () Não () Sim. Quais?

c. Você conseguiu tratamento nesses serviços?

() **Não.** O problema se resolveu de outra forma? () Não ()

Sim. Qual? _____

() **Sim.** O tratamento funcionou? () Não () Sim. O problema se resolveu de outra forma? () Não ()

Sim. Qual? _____

14. Detalhamento sobre os serviços de saúde e planejamento familiar

a. Antes de você participar do grupo de planejamento familiar aqui , participou de algum outro? () Não () Sim.

Em caso de "sim":

a.1) Quando? _____ Onde? _____ Método escolhido: _____

Conseguiu adotá-lo: () Não () Sim.

➔ Se não conseguiu, qual foi o motivo:

➔ Se conseguiu, você usou este método por quanto tempo? _____

Você deixou de usá-lo ou optou por trocar de método por algum motivo? () Não () Sim.

Motivo: _____

a.2) Quando? _____ Onde? _____ Método escolhido: _____

Conseguiu adotá-lo: () Não () Sim.

➔ Se não conseguiu, qual foi o motivo: _____

➔ Se conseguiu, você usou este método por quanto tempo? _____

Você deixou de usá-lo ou optou por trocar de método por algum motivo? () Não ()

Sim. Motivo: _____

15. Planejamento Reprodutivo na Unidade de Saúde da Família

a. Quando chegou ao grupo ao PSF estava usando algum método? () Não () Sim.

Qual? _____

Em caso de sim, você procurou o grupo de PSF por que:

() queria outro método,

() queria pegar o método,

() outro motivo. Qual? _____

b. Ao realizar o grupo, qual foi o seu método de escolha? Conseguiu adotá-lo?

Métodos	Método escolhido	Conseguiu o método
Pílula	()	() Não () Sim
Preservativo Masculino	()	() Não () Sim
Preservativo Feminino	()	() Não () Sim
Diafragma	()	() Não () Sim
DIU	()	() Não () Sim
Anticoncepcional Hormonal Injetável Mensal	()	() Não () Sim
Anticoncepcional Hormonal Injetável Trimestral	()	() Não () Sim
Laqueadura	()	() Não () Sim
Vasectomia	()	() Não () Sim

C1. Quando a resposta à questão anterior for **SIM**:

→ Você ficou satisfeita com sua escolha? () Não () Sim. Motivo: _____

→ Você teve algum problema durante o uso desse método? () Não () Sim. Qual?

Se teve, algum problema você voltou a falar com os profissionais de saúde da unidade? () Não () Sim

Em caso de sim, o problema foi resolvido? () Não () Sim

Em caso de não, o que você fez para resolver o problema? _____

→ Se o método escolhido foi **pílula, injetável ou preservativo**, você tem conseguido pegar com regularidade? () Não () Sim

Em caso de sim, onde você pega: () aqui na unidade () outro lugar. Qual? _____

Em caso de não, por quê? _____

→ Se o método escolhido for **diafragma**: Foi encaminhada para alguma consulta? () Não () Sim.

Onde? _____

→ Se o método escolhido for **DIU**: Foi realizada alguma consulta de revisão da inserção do DIU? () Não () Sim.

→ Quantas consultas você fez? _____

→ Se o método de escolha foi a **Laqueadura/ Vasectomia**, você conseguiu realizá-la? () Não

() Sim. Em caso de sim, onde você realizou? _____

Quanto tempo esperou até conseguir realizar o procedimento? _____ (em meses)

Em caso de não, qual foi o motivo de não ter conseguido? _____

D. Você foi encaminhada pelos profissionais de PF para outra unidade para realizar algum procedimento ou exame?

() Não () Sim.

Em caso de sim, qual o procedimento ou exame? _____

Para qual unidade/posto/hospital? _____

Deram para você uma carta, uma ficha ou outro papel de encaminhamento? () Não

() Sim

Voce conseguiu realizar o procedimento ou exame? () Não () Sim Motivo: _____

E. Você conhece contracepção de emergência: () Não () Sim

Você já precisou de contracepção de emergência: () Não () Sim

Você já utilizou contracepção de emergência () Não () Sim

Em caso de sim, você conseguiu no PSF: () Não () Sim

Em caso de não, você conseguiu aonde: _____

16. Contracepção após partos

a. Nos três primeiros meses após a alta da maternidade, você teve alguma consulta para você aqui no PSF?

Ultimo parto: () Não () Sim.

Penúltimo parto: () Não () Sim

b. Nesse período, você recebeu alguma orientação sobre método contraceptivo aqui ?

Ultimo parto: () Não () Sim.

Penúltimo parto: () Não () Sim

Em caso de não, você recebeu orientação sobre método contraceptivo em outro serviço de saúde?

Ultimo parto: () Não () Sim. Qual: _____

Penúltimo parto: () Não () Sim Qual: _____

C. Em caso de contracepção no pós-parto, método utilizado⁴:

MÉTODO	Utilizados	* Onde adquiriu
Natural (muco, temperatura)	()	-----
Coito Interrompido	()	-----
Pílula	()	
Preservativo Masculino	()	
Preservativo Feminino	()	
Diafragma	()	
DIU	()	
Anticoncepcional Hormonal Injetável Mensal	()	
Anticoncepcional Hormonal Injetável Trimestral	()	
Contracepção de Emergência	()	
LAM	()	
Nenhum	()	-----

⁴ * A – PSF de estudo; B - Farmácia; C - Farmácia Popular; D - Outra unidade de saúde.

17. Contracepção após abortos

a. Nos três primeiros meses após o aborto, você teve alguma consulta para você aqui na unidade?

Ultimo aborto: () Não () Sim.

Penúltimo aborto: () Não () Sim

Não se aplica ()

Em caso de sim, você relatou ao profissional de saúde que tinha tido um aborto?

Ultimo aborto: () Não () Sim.

Penúltimo aborto: () Não () Sim

b. Nesse período, você recebeu alguma orientação sobre método contraceptivo aqui ?

Ultimo aborto: () Não () Sim.

Penúltimo aborto: () Não () Sim

Em caso de não, você recebeu orientação sobre método contraceptivo em outro serviço de saúde?

Ultimo aborto: () Não () Sim. Qual: _____

Penúltimo aborto: () Não () Sim Qual: _____

18. Contracepção no curso de doenças infecciosas

a. Você possui tem/teve alguma doença infecciosa que demandou tratamento longo?

() Hepatite crônica () HIV () Hanseníase () Tuberculose () Não se aplica

() Outras _____

b. Em caso de sim, onde você se trata/tratou? _____

c. Você realizou alguma vez planejamento familiar no curso de doença infecciosa?

() Não () Sim.

d. O profissional que passou o planejamento familiar para você sabia dessa doença e conversou com você sobre isso? () Não () Sim.

e. Em caso de sim, ele te deu alguma informação sobre a interação entre sua doença e o método utilizado? () Não () Sim.

Qual? _____

19. Acompanhamento ao planejamento familiar diferenciado para usuárias com doenças crônicas não transmissíveis

a. Você possui alguma doença crônica não transmissível? () Diabetes Mellitus () Hipertensão

() Não se aplica () Outras _____

- b. Em caso de sim, onde você se trata? _____
- c. O médico que trata da sua doença sabe que você faz planejamento familiar? ()
Não () Sim.
- d. Ele te deu alguma orientação ou informação sobre interação entre sua doença e o método utilizado? () Não () Sim Qual? _____
- e. Os profissionais do planejamento familiar da unidade sabem que você tem essa doença?
() Não () Sim
- f. Em caso de sim, eles te deram alguma informação ou explicação específica sobre a interação entre sua doença e o método utilizado? () Não () Sim. Qual? _____

Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁵

Título do projeto: A assistência ao planejamento reprodutivo na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Pesquisador responsável: Keila Cristina Santana Silva. Tel: 8659-3570. E-mail: keilasantana@hotmail.com.

Orientador: Prof^a. Dra. Claudia Bonan Jannotti. E-mail: cbonan@globo.com.br.

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Instituto Fernandes Figueira /FIOCRUZ. Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 - Flamengo - Rio de Janeiro / RJ. Tel.: 2553 – 0052 ramal: 5126 (Comitê de Ética)

Nome do voluntário

(a): _____

A Sr (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a assistência do planejamento reprodutivo na Estratégia de Saúde da Família que é destinada à minha dissertação de mestrado. Esperamos ao final da pesquisa contribuir para uma melhora na qualidade dos serviços prestados. Realizaremos uma entrevista na qual garantiremos que sua identidade será preservada e o material coletado será utilizado apenas para a pesquisa. Sua participação neste estudo é voluntária, e o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. O Sr (a) receberá respostas ou esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas sobre a pesquisa, e a mesma não oferece riscos, ou qualquer dano moral ou a saúde. Os resultados da pesquisa

⁵ Comitê de Ética em Pesquisa. Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 - Cidade Nova. Telefone: 3971-1590. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br. Horário de Atendimento: 9h às 13h, de segunda a sexta.

serão divulgados através do trabalho final do mestrado e poderão ser difundidos em outros trabalhos científicos a serem publicados.

Eu, _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar como voluntário (a) da pesquisa acima descrita.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável por obter o consentimento



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 128A/2010

Rio de Janeiro, 14 de junho de 2010.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

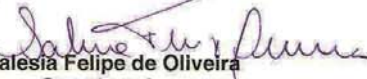
<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadora: Suzana Alves da Silva</p> <p>Membros: Andréa Ferreira Haddad Carlos Alberto Pereira de Oliveira César Augusto Gomes Soares Cristina Maria Venetillo de Souza Fábio Tuche José M. Salame Nara da Rocha Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chrispim Rodrigo de Carvalho Moreira Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p align="center">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 80/10 CAAE: 0092.0.314.000-10 e 0093.0.314.000-10</p> <p>TÍTULO: A assistência ao planejamento reprodutivo na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Keila Cristina Santana Silva.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Coordenação de Estratégia de Saúde da Família e Estratégia de Saúde da Família</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 14/06/2010.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	--

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.1, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


 Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577