

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Descrição das ações e serviços do planejamento familiar em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família no Distrito Federal, Brasil”

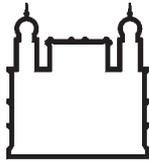
por

Vanusa Baeta Figueiredo Peres

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Epidemiologia em Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena da Silva Bastos*

Rio de Janeiro, outubro de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Descrição das ações e serviços do planejamento familiar em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família no Distrito Federal, Brasil”

apresentada por

Vanusa Baeta Figueiredo Peres

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Cynthia Magluta

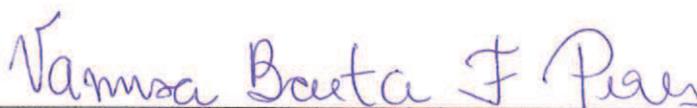
Prof.^a Dr.^a Silvana Granado Nogueira da Gama

Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias – Orientador principal

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 02 de outubro de 2012.



Vanusa Baeta Figueiredo Peres
Vanusa Baeta Figueiredo Peres

*Dedico este trabalho às minhas filhas
Julia e Lara que me apoiaram e
incentivaram nos momentos mais difíceis
à continuidade do projeto.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me concedeu a graça e a fé de conquistar esse título, pois sem a fé não teria persistência para continuar.

Aos meus pais Maria José e Antônio que me apoiaram em todos os momentos de minha vida com sabedoria e amor.

Às minhas filhas Julia e Lara que estão sempre ao meu lado, dando força, alento, esperança, em todas as situações, nem sempre agradáveis que a vida apresenta.

Ao meu orientador Dr. Marcos Augusto Bastos Dias, que por meio do seu grande conhecimento pelo tema, me conduziu de maneira a procurar os acertos e pela confiança depositada em mim.

À professora Dra. Maria Helena Bastos, minha co-orientadora, que com carinho e energia orientou esse trabalho com dedicação.

Às professoras Silvana Granado e Inês Mattos que coordenaram e ministraram com competência e dedicação esse curso de mestrado e a todos os professores do curso.

Aos professores, que participaram da banca de qualificação e seminários de acompanhamento pelas valiosas sugestões.

Aos colegas mestrados, pelo companheirismo e amizade, em especial, Aline Kelen, pela paciência e pela colaboração na construção do projeto.

À minha coordenadora, na Área Técnica da Saúde da Mulher, Dra. Maria Esther Vilela, que soube compreender a importância da conclusão deste trabalho, com a liberação para frequentar o curso.

À Ângela e Maria Emília pela gentileza com que atenderam minhas solicitações no Comitê em Ética e Pesquisa da ENSP.

Aos representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, órgão financiador deste curso e à Secretaria de Atenção à Saúde. Agradeço pelo apoio e oportunidade que me proporcionaram com a realização do mestrado profissional.

À Subsecretária de Atenção Primária do Governo do Distrito Federal, Dra. Rosalina Sudo, que permitiu que a pesquisa fosse realizada nas unidades básicas de saúde e a todos os profissionais que se disponibilizaram para as entrevistas e contribuíram com parte do seu tempo e do seu conhecimento para a realização deste estudo, um agradecimento todo especial.

À amiga e profissional de saúde, Dra. Valderez Barros, que colaborou imensamente na construção desse projeto, com seu conhecimento sobre a realidade de saúde do Distrito Federal.

À jovem estagiária da Área Técnica da Saúde da Mulher, Rayane Cavalcanti, que com sua calma conseguiu concretizar as entrevistas nas unidades de saúde.

Agradeço também aos colegas da Área Técnica da Saúde da Mulher, que ouviram minhas lamentações e souberam com carinho me apoiar e compartilhar as dúvidas e as angústias geradas ao longo desse tempo.

SUMÁRIO

RESUMO.....	VI
ABSTRACT.....	VII
LISTA DE QUADROS.....	IX
LISTA DE TABELAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XI
LISTA DE SIGLAS	XII
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. JUSTIFICATIVA.....	4
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	5
4. OBJETIVO.....	17
4.1. Objetivo geral.....	17
4.2. Objetivos específicos.....	17
5.MATERIAL E MÉTODOS.....	18
5.1. Tipo de estudo.....	18
5.2. Campo da pesquisa.....	19
5.3. Instrumento de coleta.....	20
5.4.Aspectos éticos.....	23
5.5. Fonte de dados.....	23
5.6. Análise documental.....	24
6.RESULTADOS.....	26
7. DISCUSSÃO.....	37
7.1. Limitação do estudo.....	46
8. RECOMENDAÇÕES.....	47
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

11. ANEXOS.....	55
Anexo I - Número de unidades básicas de saúde do distrito federal com equipes de saúde de família cadastradas no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (fevereiro 2012).....	55
Anexo II - Questionário estruturado sobre as ações e serviços em Planejamento Familiar nas Unidades Básicas de Saúde com Equipe de Saúde da Família, no Distrito Federal, destinado ao profissional responsável pela Equipe de Saúde da Família.....	61
Anexo III - Matriz de descrição do grau de implementação das ações programáticas de Planejamento Familiar nas Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde de Família no Distrito Federal, segundo a dimensão estrutural, organizacional e assistencial. Brasil, 2012	79
Anexo IV - Modelo Teórico – Lógico.....	81
Anexo V- Requerimento para Parecer.....	83
Anexo VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84
Anexo VII- Termo de Concordância.....	86
Anexo VIII - Unidades de Saúde não localizadas pelo endereço do CNES/MS.....	87
Anexo IX - Unidades de Saúde que se recusaram a responder o questionário na primeira visita.....	88
Anexo X - Unidades de Saúde que receberam as entrevistadoras na segunda visita.....	89
Anexo XI - Unidades de Saúde que não receberam as entrevistadoras após o contato telefônico para a segunda visita	90

RESUMO

O objetivo deste trabalho é descrever os serviços e as ações em planejamento familiar nas unidades básicas de saúde, com equipes de saúde em família, no Distrito Federal, com a finalidade de identificar se as execuções das ações implantadas nas unidades de saúde estão de acordo com as políticas públicas de planejamento familiar do Ministério da Saúde. O instrumento utilizado na pesquisa é um questionário subdividido em três dimensões: assistencial, organizacional e estrutural e destinado ao responsável pela equipe da saúde da família. A pesquisa identificou diferentes barreiras ao acesso aos métodos contraceptivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, assim como também foram apontadas limitações na organização dos serviços e no campo da atuação dos enfermeiros na realização das ações em planejamento familiar. Os processos educativos não apresentaram consistência com as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde e permanece a inexistência de uma rede de serviços de referência e contra-referência apropriada. Os resultados também mostraram que a pílula e os injetáveis hormonais continuam sendo os principais contraceptivos procurados pelas mulheres.

Palavras-chave: planejamento familiar; saúde da mulher; contracepção; direitos reprodutivos; saúde da família.

ABSTRACT

The objective of this paper is to describe the services and the actions at family planning in basic health units, with health teams specialized in family in Brazil's Distrito Federal state, for the purpose of identifying if the implanted actions executions in the health units are accordingly with the public policy of family planning from Health Ministry. The tool used to collect data in this research is a questionnaire subdivided in three areas: care, organizational and structural is focused to the responsible for the health teams specialized in family. The research identified problems to access the contraceptive methods provided by the Health Ministry, as the limitations that were pointed out in the nurses acting field. The educational processes had not showed consistency with the orientation recommended by the Health Ministry and it remains the nonexistence of appropriate reference and counter-reference network services. The results also showed that the oral pill and hormonal injectables remain the main contraceptives ways sought by women.

Key words: family planning; womens' health; contraception; reproductive rights; family health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição de anticoncepcionais reversíveis pelo Ministério da Saúde, 2006 a 2010 – Brasil	8
Quadro 2: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos unidas usando pílula, em milhares, segundo último local de obtenção do método, por região, Brasil.....	9
Quadro 3: Número de Vasectomias ocorridas no Sistema Único de Saúde, Brasil, 1996,2006 (Ambulatorial e Hospitalar)	10
Quadro 4: Total de Autorização para Internação Hospitalar - AIH para laqueadura tubária e cesariana com laqueadura tubária ocorrida em pacientes com cesarianas sucessivas ocorridas no Sistema Único de Saúde, 2006 a 2010.....	11
Quadro 5: Fonte dos dados	24
Quadro 6: Número de ESF por Unidade Básica de Saúde visitada, no Distrito Federal, 2012	26
Quadro 7: Unidades Básicas de Saúde nas quais os profissionais de saúde que responderam ao questionário não eram os responsáveis pela equipe	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: - Dificuldades encontradas para a efetivação das ações do Planejamento Familiar, nas Unidades Básicas de Saúde, do Distrito Federal, 2012.....	33
Tabela 2: - Unidades Básicas de Saúde com coordenação em Planejamento Familiar com o perfil profissional do coordenador, no Distrito Federal, em 2012.....	34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Disponibilidade dos métodos contraceptivos nas UBS pesquisadas, no ano anterior à pesquisa, nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, 2012 (em %).....	30
Gráfico 2 - Justificativas para a ausência da pílula de emergência nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, no ano anterior à pesquisa, 2012. (Número de UBS)	31
Gráfico 3 - Dificuldades relatadas da não inserção do DIU nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, no ano anterior à pesquisa, 2012 (Número de UBS).....	32

LISTA DE SIGLAS

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSF – Programa Saúde da Família

ACS- Agente Comunitário de Saúde

NOAS- Norma Operacional da Assistência ao Sistema Único de Saúde

ATSM- Área Técnica da Saúde da Mulher

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SUS- Sistema Único de Saúde

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

ESF- Equipe Saúde da Família

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HIV – Human Immunodeficiency Virus

UBS- Unidade Básica de Saúde

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SES- Secretaria Estadual de Saúde

GDF- Governo do Distrito Federal

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas o Planejamento Familiar no Brasil passou por profundas transformações. Essa trajetória retratada por Alves¹ nos mostra a diferença entre o enfoque controlista existente na época dos governos militares e a importância que os direitos sexuais e reprodutivos passaram a ter nos governos democráticos que se seguiram, em especial a partir de 1984 com o lançamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM².

O PAISM veio consolidar o compromisso do governo com as questões ligadas à fecundidade, direito que foi consagrado em 1988, na Constituição Federal³, que inclui no parágrafo 7º do Art. 226, o direito ao planejamento familiar. Embora consagrado na constituição, nos anos que se seguiram poucas ações nesta área foram efetivadas, ficando o papel do governo federal restrito à compra e distribuição de insumos, e apenas em 1996 é promulgada a Lei do Planejamento Familiar⁴.

A partir daquele ano inicia-se uma fase de maiores investimentos na área do planejamento familiar na expectativa de garantir às mulheres e homens o acesso aos diferentes métodos reversíveis, possibilitando que a escolha de métodos definitivos como a laqueadura e a vasectomia fossem mais uma das possibilidades e não uma imposição pela dificuldade de acesso às outras opções.

A partir desta mesma época, 1994, o governo federal inicia o Programa Saúde da Família - PSF, com o objetivo de reestruturar o modelo de atenção básica à saúde, até então, excessivamente focado na doença, em procedimentos de alto custo, e com visão hospitalocêntrica. Com a introdução deste novo modelo, as estratégias voltadas para a assistência em saúde são repensadas, resgatando os vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais, os serviços de saúde e a comunidade⁵.

A Política Nacional de Atenção Básica, publicada⁶ em 2006, vem para revitalizar a Atenção Básica, apoiada nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, se constituindo como a principal porta de entrada do SUS. Nesta proposta as unidades de saúde deveriam ter papel ativo na promoção da saúde da comunidade, com a formação das equipes de saúde, minimamente constituídas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, dois a seis agentes comunitários de saúde (ACS), com responsabilidade territorial.

O cuidado à saúde da mulher é inserido oficialmente no sistema de saúde, por meio da Norma Operacional da Assistência ao SUS- NOAS/01⁷.

Essa norma determina as ações mínimas em saúde básica que todos os municípios brasileiros deveriam desenvolver. As responsabilidades do gestor previstas especificamente para a Saúde da Mulher são a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama e as ações do planejamento familiar.

Neste contexto, a Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (ATSM/MS), elabora o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2004, abordando as questões relacionadas à saúde, porém, extrapolando o enfoque puramente terapêutico e medicamentoso. No documento, as questões que envolvem sexualidade, gênero, abortamento, climatério, DSTs/AIDS, violência sexual e doméstica, saúde das populações femininas como a indígena, a homoafetiva e aquelas em situação de prisão, são desenhadas por meio de diretrizes que envolvam a humanização e a qualificação do atendimento em saúde, com o intuito de promover mudanças positivas nas condições de vida das brasileiras⁸.

Muitas questões ganham visibilidade, como o tratamento do abortamento inseguro, e a dispensação da pílula de contracepção de emergência, tanto que em 2005, a ATSM/MS publica os manuais, que tratam dos assuntos mencionados e que teoricamente passam a ser referência nos serviços de atendimento à mulher.

O fortalecimento destas estratégias é consolidado pela publicação do Pacto pela Saúde em 2006⁹, que substituiria as Normas Operacionais - NOAS, considerando, neste momento, a maturidade do processo de descentralização do SUS e os níveis de organização nos municípios.

Em relação às ações e aos serviços em Planejamento Familiar observa-se que nos últimos cinco anos, embora os resultados da PNDS 2006 mostrem importantes melhoras no perfil da utilização dos métodos contraceptivos, ainda são frágeis as intervenções para a efetiva implantação dos serviços, mesmo estando inseridos na atenção primária.

O desenvolvimento deste projeto teve como base a minha atuação na Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em especial nas políticas públicas que envolvem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com foco maior nas questões relacionadas ao planejamento reprodutivo, com o compromisso de atuar na incorporação de

novas tecnologias, meios e técnicas no âmbito do Ministério da Saúde, de modo a favorecer a saúde sexual e reprodutiva das mulheres .

Assim, o objetivo do presente estudo é descrever a execução das políticas públicas em Planejamento Familiar nas Unidades Básicas de Saúde localizadas em áreas urbanas, tendo o Distrito Federal como campo de estudo.

2. JUSTIFICATIVA

Esse estudo justifica-se em termos gerais, pela relevância do tema, no contexto das políticas públicas adotadas pelo Ministério da Saúde.

Apesar da descentralização e a regionalização, a cada ano, no Sistema Único de Saúde se tornarem mais fortalecidas, o Planejamento Familiar, ainda conta com ações centralizadas no âmbito federal e o Ministério da Saúde atua como órgão normatizador e orientador das políticas que envolvem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

Os estados brasileiros possuem autonomia para desenvolverem suas formas de trabalho que melhor se adequem às suas realidades locais, respeitadas as orientações gerais das políticas desenhadas pelo Ministério da Saúde e, no caso, conforme as normas da política da atenção básica.

O Distrito Federal possui as responsabilidades acumuladas de estado e município na execução de suas políticas, mas, ainda assim, apresenta disparidades sócioeconômicas entre as regiões administrativas, sendo algumas regiões mais favorecidas que outras, no que se refere as ações e serviços em saúde pública, incluindo neste cenário, as ações relacionadas ao planejamento familiar.

Busca-se com este estudo contribuir para o fortalecimento e readequação das ações desenvolvidas no âmbito do planejamento familiar e fornecer subsídios para o desenvolvimento de atividades que possam ser realizadas em todas as Unidades Básicas do Distrito Federal, de maneira uniforme.

O estudo propõe-se, ainda, a apontar as deficiências nas ações em planejamento familiar, no Distrito Federal, contrapondo-as com as recomendações do Ministério da Saúde, e de outras recomendações internacionais adotadas pelo Brasil, e procura com este trabalho dar visibilidade e atualidade ao tema, de maneira que este estudo possa subsidiar outras localidades, no planejamento das ações em planejamento familiar.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A partir de 1983, as mudanças políticas começaram a se processar com rapidez no país, com acontecimentos desencadeados pela participação e pressão da população e que culminariam com alterações nas formas políticas vigentes.

Na esteira destes acontecimentos, os movimentos sociais feministas pressionam o Ministério da Saúde a formular uma nova política de atenção às mulheres, na qual todos os aspectos relacionados aos temas saúde, gênero, violências, sexualidade, fossem considerados, superando a visão estritamente materno-infantil, pois o cuidado à saúde era focado neste grupo de mulheres pelas políticas públicas.

Nasce assim o PAISM, que viria a nortear às mudanças efetuadas nos anos seguintes a atenção à saúde da mulher².

Ainda, no bojo da redemocratização do país acontece a Reforma Sanitária, em 1986, que proporia mudanças no modelo de saúde brasileiro, até então excludente e com foco hospitalar, em que eram assistidos os trabalhadores que contribuía para a previdência e seus dependentes, e os grupos de trabalhadores inseridos em classes com programas de saúde próprios.

As mudanças políticas continuavam a acontecer em ritmo acelerado, com participação cada vez maior da população, na exigência de seus direitos, e culminam com a promulgação da nova Constituição Federal de 1988, que foi elaborada com a representação igualitária de setores da sociedade brasileira. Entre muitas novidades, a Constituição traz em seu ordenamento jurídico, os capítulos II e VII, incluídos no Título VIII da Ordem social, referências expressas à organização da saúde e ao planejamento familiar³.

Por fim, como um dos grandes marcos legais na história do sistema de saúde brasileiro, é publicada a Lei n 8.080/1990, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde-SUS, que trata da organização e o funcionamento dos serviços e entre as diretrizes estão a descentralização do sistema, a integralidade das ações e a participação da comunidade nos processos de construção e decisão do sistema de saúde¹⁰.

A construção do SUS é um processo diário, dinâmico, participativo e dado a magnitude do sistema, em que 75% da população é dele dependente, e com 1.900.000.00

consultas/ano realizadas na atenção básica , o sistema brasileiro de saúde pública tem sido citado como modelo para outros países.(www.datasus.gov.br)

No processo de aperfeiçoamento do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica, busca rever a regulamentação de implantação e operacionalização da atenção básica e primar pela promoção e proteção da saúde, pelas práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, e da participação social⁶.

A Atenção Básica considera, entre outros eixos prioritários, a saúde da mulher de maneira integral, e parte do princípio que todos os municípios brasileiros têm obrigação de desenvolver ações neste sentido, de maneira a não valorizar somente o componente parto/nascimento/reprodução⁶.

Ao mesmo tempo, em que a Atenção Básica avança na implantação de um novo modelo de saúde, fortalecendo o cuidado e a integralidade, o Ministério da Saúde não consegue promover a mesma atenção no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, à medida que para a execução destes direitos, são exigidos recursos financeiros e vontade política¹¹.

Um exemplo deste processo acontece quando, ao lançar o Manual Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo¹¹ em 2005, os temas reprodução humana assistida, processo transsexualizador, e aumento do número de laqueaduras, são abordados apenas de forma superficial, e por fim não se consegue publicar a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, nem tampouco deslocar ou incrementar os recursos para os temas citados.

Entretanto, esta é uma política que transcende o Ministério da Saúde, que caminha no sentido de deslocar o princípio lógico da prescrição e controle, para o princípio da ética e da liberdade e da garantia de recursos, exigindo maior inter-setorialidade e integração com outros órgãos governamentais, como a Secretaria de Políticas para as Mulheres, a Secretaria de Direitos Humanos, para vencer os desafios que se apresentam na consolidação dessa política.⁸

A efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das pessoas, em muitos países, pode ser vista como uma luta permanente contra o sistema vigente, na qual é

comum a violação destes direitos pelos profissionais de saúde, pelos gestores e por um sistema jurídico-punitivo que limitam a liberdade, sob o falso argumento do cuidado e do bem estar social¹².

Tradicionalmente, no Brasil, a educação e os cuidados com as crianças ficaram a cargo das mulheres, considerando o legado deixado pela cultura religiosa cristã-católica portuguesa, que fez com que as mulheres assumissem a obediência aos maridos e a procriação como um presente de Deus¹². Lentamente este panorama foi mudando, à medida que o país foi se industrializando, porém o Estado nunca assumiu de forma plena suas obrigações com creches e educação infantil em tempo integral, para que as mulheres pudessem trabalhar seguras e confiantes.

A introdução da pílula anticoncepcional no Brasil, em meados dos anos 60, foi motivada pelos propósitos anti-natalistas, adotados pelos governos militares, em resposta às pressões internacionais para redução e controle populacional, tendo como pano de fundo a preocupação com o crescimento da população pobre e com os movimentos subversivos que a pobreza poderia trazer, em contraste com o uso dos métodos contraceptivos em países desenvolvidos, que tinham por mote separar a sexualidade da reprodução¹³. Independentemente da base ideológica que impulsionou o uso do contraceptivo oral no Brasil, o fato é que a partir da década de 60, a taxa de fecundidade, número médio de filhos por mulher em idade fértil, começa a declinar, indo de 6,3 em 1960 para 1,8 em 2006¹⁴.

A partir dos anos 70, quando as mulheres efetivamente entram no mercado de trabalho, a opção que restou a elas foi o uso dos anticoncepcionais, a fim de controlar sua fecundidade, posto que não se ventilava na época a participação masculina na regulação de sua própria fecundidade. A introdução do contraceptivo oral no Brasil delimitou mudanças comportamentais e sexuais nas mulheres, que marcariam profundamente o país¹³.

A mudança mais radical no padrão da fecundidade foi observada nesta década, quando a partir daí houve mudança efetiva no número de filhos, num processo irreversível¹⁴.

A partir de 1988, em nosso ordenamento constitucional, passa a ser dever do Estado garantir a informação e o acesso aos meios e técnicas contraceptivas para que a mulher pudesse escolher e planejar sua fecundidade, vindo assim a fortalecer a autonomia sobre seu corpo e sua sexualidade. Mas para o exercício dessa autonomia, sem distinção de classes

econômicas, não bastava vontade e determinação pessoal, era necessário que as políticas públicas se traduzam em ações acessíveis¹⁵.

A partir de 1990, o padrão da oferta dos anticoncepcionais, que se concentrava basicamente na pílula anticoncepcional e na laqueadura, passa por alterações com a introdução de novas tecnologias, como os anticoncepcionais injetáveis e o DIU.¹⁶

Schor et al. fazem uma análise do conhecimento e do uso de métodos contraceptivos entre mulheres de 10 a 49 anos, em 1992, numa região de São Paulo. Na época citada, a laqueadura e a pílula anticoncepcional oral eram na quase totalidade os métodos contraceptivos mais adotados pelas mulheres brasileiras¹⁶. Panorama este que vem se alterando nas condutas adotadas para regulação da fecundidade pelas mulheres, trazendo como novidade um incremento na participação masculina a partir de 1996 e também a procura por parte das mulheres por outros meios contraceptivos, e a queda acentuada do percentual de laqueaduras¹⁶.

O quadro 1 mostra a evolução da distribuição dos métodos contraceptivos pelo serviço público, de 2006 a 2010.

Quadro 1: Distribuição de métodos contraceptivos reversíveis pelo Ministério da Saúde, 2006 a 2010 - Brasil

	2006	2007	2008	2009	2010
Anticoncepcional oral combinado (cartela)	18.000.000	50.000.000	-	-	49.000.000
Anticoncepcional injetável mensal (ampola)	502.000	-	4.062.553	-	4.600.000
Anticoncepcional injetável trimestral (ampola)	250.000	600.000	733.092	-	1.654.000
DIU (unidade)	176.772	-	-	300.000	-
Diafragma (unidade)	-	24.000	-	-	26.000
Minipílula (cartela)	1.200.000	-	-	-	2.500.000
Pílula anticoncepcional de emergência (cartela)	191.000	-	458.000	-	513.000

Fonte: (ATSM/DAPES/SAS/MS)

Em termos de cobertura, acredita-se que os métodos contraceptivos distribuídos não alcancem as mulheres de forma homogênea em todas as regiões. As barreiras que dificultam o acesso da mulher aos métodos contraceptivos se concentram na demora das licitações no âmbito federal, na logística de distribuição dos estados para os municípios, e na constante mudança de profissionais, tanto no nível federal, quanto no estadual.

O local de obtenção da pílula também vem se alterando, mostrando a maior participação do serviço público, como mostra o quadro.

Quadro 2: Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos unidas usando pílula, em milhares, segundo último local de obtenção do método, por região, Brasil.

REGIÃO	SERVIÇO PÚBLICO		SERVIÇO PRIVADO		FARMÁCIA		OUTRO		TOTAL		TOTAL (n)
	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	
SUDESTE	7,9	16,5	1,1	1,4	89,6	80,3	1,7	1,0	707	973	
SUL	7,2	21,5	1,5	1,4	89,6	76,2	1,7	0,9	477	620	
CENTROOESTE	6,7	24,2	0,0	2,9	92,7	72,3	0,6	0,4	97	570	
NORTE	2,1	21,1	0,0	0,5	96,7	76,3	1,2	1,1	37	103	
NORDESTE	20,8	39,2	1,3	0,1	75,7	58,9	2,2	1,7	253	194	
TOTAL 1996	9,6		1,2		87,6		1,7		100		1571
TOTAL 2006		23,8		1,2		73,5		1,1		100	2460

Fonte: (PNDS, 1996; PNDS, 2006)

Quanto à distribuição dos preservativos masculinos e femininos é responsabilidade do Departamento DST/AIDS e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, com a finalidade de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis e o HIV, mas ainda assim o preservativo masculino usado com finalidade contraceptiva, é apontado na PNDS 2006 em 13%, contra 4,6% em 1996¹⁷, sendo seu uso mais acentuado nas camadas sócio econômicas alta e média-alta e nas camadas entre 5 a 7 anos e 8 anos ou mais escolarizadas.¹⁴

A Pesquisa Nacional de Saúde e Demografia mostra que o percentual de vasectomias estava em torno de 2,8% em 1996 ,entre os métodos escolhidos e em 2006, cresce para 5%, com participação maior das classes média-alta e alta.¹⁴

Este fato está ligado às novas formulações das políticas que passaram a incentivar a esterilização masculina e a redimensionar o papel reprodutivo do homem em nossa sociedade, até então, exclusivo da mulher.⁸

Quadro 3 : Número de Vasectomias ocorridas no Sistema Único de Saúde, Brasil, 1996,2006 (Ambulatorial e Hospitalar).

Vasectomia	1996	2006
Brasil	380	34.111

Fonte: (Departamento de Informática do SUS-DATASUS)

O número de vasectomias ocorridas em 2010, 34.552 (DATASUS), confrontado com o número de laqueaduras realizadas em 2010, 38.572 , mostra como a vasectomia passou a ter peso, no país, na escolha do método para o controle da fecundidade, em detrimento da laqueadura, que no final da década de 90, começa a perder a importância no cenário reprodutivo, por motivos diversos.

A alta prevalência de mulheres esterilizadas, na década de 80 e 90, levou o país a intensos debates, e a formação, em 1991, da Comissão Parlamentar de Inquérito na Câmara dos Deputados, para investigar as denúncias de esterilizações em massa.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 1986, mostram que 13,8% das mulheres entre 15 e 54 anos estavam esterilizadas¹².

As críticas às políticas governamentais, fizeram com que a partir de 1996 o setor público se empenhasse em aumentar a oferta de contraceptivos reversíveis e a legislar sobre as esterilizações¹².

O percentual de mulheres esterilizadas que se encontrava em torno de 40% em 1996, sem distinção social significativa, perde importância na década seguinte, caindo para 25,9%, em 2006. Entretanto, a maior queda aconteceu nas classes média-alta e alta, saindo de um percentual de 40,4% em 1996 e chegando a 20% em 2006¹⁴, passando a apresentar uma relação fortemente negativa com a renda, e com a escolha de outros métodos pelas

mulheres de maior renda. As classes baixa e média baixa continuaram com percentuais altos, respectivamente 32% e 29,7% em 2006¹⁴.

O nível de instrução também reflete esta desigualdade, em 1996, a esterilização feminina já apresentava uma relação negativa com a instrução, e essa relação se acentua em 2006.¹⁴

Para as mulheres com nenhum nível de instrução ou com apenas de 1 a 4 anos de estudo, o percentual de laqueaduras continua alto, chegando a prevalência em 50%, em 2006.¹⁴

Quadro 4: Total de Autorização para Internação Hospitalar-AIH para laqueadura tubária e cesariana com laqueadura tubária ocorrida em pacientes com cesarianas sucessivas ocorridas no Sistema Único de Saúde, 2006 a 2010.

Laqueadura tubária	2006	2007	2008	2009	2010
Brasil	50.343	58.513	44.351	39.438	38.572

Fonte: (Departamento de Informática do SUS- DATASUS)

Os dados mostram que a laqueadura, no SUS, apresentou declínio, o que sugere que a população pode estar tendo mais informações e acesso a outros métodos disponíveis, restando a laqueadura para mulheres mais velhas ou com problemas de saúde relacionados ao uso dos anticoncepcionais hormonais.

Em relação às gravidezes indesejadas, as análises feitas pela PNDS 2006, mostraram que de modo geral, são as mulheres menos escolarizadas, as mais pobres e as não unidas em relação conjugal que apresentaram maior prevalência de filhos não desejados. Segue este padrão, as mulheres negras, as mais velhas, e as com maior paridade. Em 1996¹⁷, havia forte relação entre a baixa escolaridade e a rejeição da gravidez, e em 2006 esta importância foi reduzida.

Os dados de 2006 mostram queda das gestações indesejadas do último filho, passando de 23,1% em 1996, para 18,2% em 2006. Esta redução pode estar associada ao maior alcance

das mulheres em planejar a sua vida reprodutiva, considerando um aumento da prevalência de uso de métodos contraceptivos¹⁴.

A Área Técnica da Saúde da Mulher acompanha e analisa a produção dos dados estatísticos em relação à taxa de fecundidade, dado que este fato está intimamente relacionado às ações programadas a serem desenvolvidas pela Área.¹⁸

Apesar de inúmeros debates ocorridos dentro e fora dos espaços de governo, sobre a importância da participação masculina, no contexto reprodutivo, a ATSM se tornou responsável pelo programa de Planejamento Familiar, com pouca interface com as outras áreas do Ministério da Saúde, o que, em parte pode ser causa da pouca visibilidade que o Planejamento Familiar tem nos programas de governo.

Como uma das ações destaca-se a compra centralizada dos métodos contraceptivos, distribuídos, porém, sem uma política que acompanhe o incremento na oferta¹⁸.

Como o Planejamento Familiar não conseguiu ser uma prioridade na agenda governamental, apesar dos compromissos assumidos pelo Brasil na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 1994 e na IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Beijing, 1995, as ações desenvolvidas, pelos governos, continuaram fragmentadas e inconsistentes, resultando muitas vezes na simples entrega de métodos contraceptivos, que nem sempre são os desejados pela mulher/ homem/casal. Como agravante, observa-se no âmbito das ações propostas pela Área Técnica da Saúde da Mulher, ao longo dos anos, apesar da concepção da saúde da mulher de forma integral, ainda uma forte centralização no eixo gravídico- puerperal¹⁸.

Tanto que, em 2011, o Governo Federal, propõe uma nova abordagem para a atenção obstétrica, com o objetivo da mudança do modelo atual, tendo como foco a redução da mortalidade materna e infantil. O programa, denominado REDE CEGONHA levou o Ministério da Saúde a desencadear uma série de ações, como o custeio de leitos novos ou existentes, para a aquisição de equipamentos, para implantação das Casas da Gestante e Bebê e Centros de Parto Normal, para reforma e adequação das maternidades, com liberação gradativa de recursos para os estados, à medida que as metas pactuadas nos planos de saúde, fossem sendo alcançadas.¹⁹

O Ministério da Saúde definiu como regiões prioritárias em 2011, a Região Norte e Região Nordeste, por possuírem taxas de mortalidade maternas mais altas em relação às

outras regiões, porém, os objetivos da Rede Cegonha devem alcançar todo o Brasil até o final de 2014¹⁹.

Neste novo modelo da atenção obstétrica, o Planejamento Reprodutivo, está entre as diretrizes estabelecidas na portaria que institui a Rede Cegonha, porém, não há o delineamento das atividades, continuando o gestor local a ser responsável pela definição de seus fluxos de trabalho e prioridades.¹⁹

Esta estratégia de governo demonstra o quanto o processo continua a pender para uma das faces da atenção à saúde da mulher: o ato de parir, com foco no pré-natal, no parto, na maternidade, no recém-nascido.¹⁹

Muitos pesquisadores já demonstraram esta preocupação, em vários estudos sobre planejamento familiar e a pesquisa realizada por Osis et al²⁰, no período de 2002 a 2004, avalia se os métodos contraceptivos reversíveis enviados aos municípios estavam disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, identificando possíveis obstáculos a essa disponibilidade.

Os obstáculos que mais chamaram a atenção para a efetivação das ações do Planejamento Familiar foram:

- 1) A descontinuidade da oferta dos contraceptivos,
- 2) Intervalos longos entre as remessas,
- 3) Quantitativos abaixo ou muito acima das necessidades reais,
- 4) Deficiência das ações ligadas às práticas educativas,
- 5) Poucos profissionais capacitados para lidar com o tema,
- 6) Pouca inclusão das ações do Planejamento Familiar dentro das equipes de saúde da atenção básica.

Quanto à esterilização cirúrgica, outro estudo realizado na região metropolitana de Campinas, descreve a percepção de gestores e profissionais de saúde, sobre o atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica voluntária²¹. A pesquisa mostrou que tanto para a realização da laqueadura como para a vasectomia, na visão dos gestores e profissionais de saúde, havia obstáculos a serem transpostos tais como:

- 1) A falta de estrutura física e recursos humanos nas unidades básicas de saúde, tanto nos ambulatórios quanto nos centros de referência
- 2) Restrições impostas pela Lei n 9.263.
- 3) Atendimento centralizado

A deficiência na assistência das ações em Planejamento Familiar na rede básica de saúde aumentava a demanda pelas esterilizações²¹. Os entrevistados se referiram à seguinte dificuldade, considerada como a principal para os usuários do SUS:

-Número limitado de cirurgias que poderiam ser agendadas, em função das dificuldades descritas anteriormente.

Os autores²¹ acreditam que os resultados da pesquisa podem indicar que a situação não seja diferente em outras regiões do país.

Na literatura encontramos experiências exitosas envolvendo a educação em planejamento familiar com resultados positivos em relação ao controle da fecundidade e conhecimento da própria sexualidade por parte das mulheres.

Estrada et al.²² demonstraram em uma pesquisa conduzida no estado de Guanajuato, México, em 2003, que, quanto maior a procura por parte das mulheres pela assistência à saúde, incluindo a participação em atividades educativas, no caso específico do Planejamento Familiar, maior é o conhecimento da própria sexualidade e do próprio corpo, gerando autonomia para a mulher programar suas gravidezes e decidir sobre o método anticoncepcional que melhor lhe cabe.

No outro extremo, em relação ao tratamento para infertilidade, o Ministério da Saúde esboça a organização do serviço ao publicar a Portaria Nº 426/GM que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. Na sequência é publicada a Portaria 388, SAS/MS, de 06 de julho de 2005, que regulamenta os procedimentos para a atenção em reprodução humana assistida. Entretanto, o ministro da saúde à época, revogou a portaria, no mesmo ano, e desde, então, criou-se um vácuo institucional, ficando os serviços de atendimento à infertilidade a critério dos

gestores locais, à medida que os procedimentos necessários não são contemplados na Tabela de Procedimentos do SUS.

Samrsla et al.²³ em um estudo feito em 2004, no Hospital Regional da Asa Sul-Brasília, mostram que as mulheres esperavam em torno de dois a quatro anos para serem atendidas, sem terem noção do tempo médio que teriam de aguardar, e nem tampouco sabiam da existência de outras mulheres na mesma situação. Os autores citando Sen²⁴, diz que a equidade deve ser entendida como igualdade de oportunidades; para sua efetiva consecução, torna-se necessário compensar as desigualdades de capacidades. Equidade, no contexto do estado, é oferecer os recursos de saúde de acordo com a necessidade de cada um, incluindo a garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Estudos recentes, em regiões distintas do país, reforçam estas impressões e confirmam que na atenção primária as lacunas na organização dos serviços para o atendimento em Planejamento Familiar são comuns.

Nagahama²⁵, abordando a avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva em Maringá, Estado do Paraná, Brasil, aponta que apesar da existência das diretrizes que regulamenta a implantação e implementação técnica do planejamento familiar, a revisão bibliográfica revela a dificuldade de acesso aos serviços que oferecem as ações, a má qualidade da atenção, a dificuldade de integrar as ações e a oferta limitada de métodos contraceptivos. Esta inadequação pode ser expressa pelo conhecimento limitado das mulheres sobre os métodos, no seu uso inadequado, na falta de continuidade do uso dos métodos, na desarticulação entre atividades educativas e clínicas e na relação interpessoal autoritária ente profissional de saúde e clientes.

Pode-se observar que a maioria das dificuldades encontradas concentra-se na dimensão organizacional e assistencial, que envolvem o processo da atenção. Pouca oferta de grupos educativos sobre planejamento familiar, pouca utilização do protocolo de planejamento familiar do município, inexistência de mecanismo formal de encaminhamento para esterilização cirúrgica, falta de divulgação da assistência, ausência de ações de avaliação do programa, consulta médica e de enfermagem destinadas à prescrição, baixa inserção dos profissionais psicólogo e assistente social, e capacidade desigual das equipes de saúde, são algumas das dificuldades listadas para a implantação do programa, na região.

Outro estudo, realizado por Bonam et al.²⁶ avaliou a implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. Um dos objetivos do trabalho consistia em investigar como aspectos do contexto político, cultural, e institucional poderiam influenciar nesse processo. O trabalho se apoiou em aspectos teóricos como: construção das políticas de saúde e momentos formativos distintos: formalização de marcos normativos, desenho da intervenção, planejamento e alocação de recursos e enfim a implementação. O estudo coloca a questão da dificuldade de integração da rede assistencial, entre as demandas originadas da rede básica e a oferta de serviços na média e alta complexidade.

Limites também foram encontrados na formulação de uma atenção básica de saúde na perspectiva da integralidade, em que as ações em planejamento reprodutivo deixem de ser fragmentadas e isoladas de outros programas e ações.

Em 2003, ainda sob a denominação de Programa Saúde da Família, Moura et al.²⁷ realizaram pesquisa avaliativa em oito municípios do Ceará, Brasil, para identificar a dinâmica do atendimento em planejamento familiar e verificar as barreiras existentes na assistência à população. Os resultados da pesquisa sugeriram que as ações do planejamento familiar no contexto do PSF deveriam romper com o simples ato de entrega dos anticoncepcionais e promoverem maior participação dos ACS e dos auxiliares de enfermagem no processo do atendimento, estabelecendo parcerias com a comunidade, visando a participação de todos²⁷.

O trabalho mostrou a pertinência da pesquisa, ao abordar estratégias que deveriam ser redimensionadas para facilitar o acesso das pessoas ao atendimento em planejamento familiar.

Em 2006, as diretrizes lançadas para a estratégia da saúde da família, na Política Nacional de Atenção Básica, apontaram na mesma direção⁶.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Descrever os serviços e as ações de Planejamento Familiar pelas equipes de saúde da família, nos centros urbanos no Distrito Federal, conforme as diretrizes e normativas do Ministério da Saúde.

4.2. Objetivos Específicos

- Descrever aspectos do processo de organização e funcionamento do Planejamento Familiar nas UBS com ESF no Distrito Federal;
- Verificar a cobertura das ações do Planejamento Familiar desenvolvidas pelas ESF;
- Verificar os resultados alcançados pela cobertura dos contraceptivos à população feminina em idade fértil de 10 a 49 anos, nessas unidades;
- Verificar se há retorno após a primeira consulta/continuidade;
- Identificar o encaminhamento para as laqueaduras e vasectomias.

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1. Tipo de estudo

Pesquisa com o propósito de descrever as ações e serviços de saúde em planejamento familiar, nas regiões administrativas do Distrito Federal, realizada por meio de entrevistas, nas Unidades Básicas de Saúde, no período de março a maio de 2012.

Segundo Calixto ²⁸ “a pesquisa descritiva descreve as características de uma população ou fenômeno, além de estabelecer relações entre variáveis. Com um nível de pesquisa maior que a pesquisa exploratória, a pesquisa descritiva permite a identificação, análise, e comparação de dados, porém sem a interferência do pesquisador”.

No entendimento de Beuren et al. ²⁹, a pesquisa descritiva seria um estudo intermediário entre a pesquisa exploratória e a explicativa, ou seja, não é tão preliminar como a primeira e tão aprofundada como a segunda. Assim, descrever, significa identificar, comparar, relatar, entre outros aspectos.

Os autores, citando Andrade (2002), assinalam que a pesquisa descritiva preocupa-se em observar fatos, registrá-los, analisá-los, interpretar e classificá-los e o pesquisador não interfere neles, sendo então que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador.

O presente estudo, portanto, não pretende, proceder a uma avaliação das ações e serviços em planejamento familiar, mas utiliza-se de alguns recursos usados na prática da avaliação e mencionando Hartz ³⁰, a pesquisa neste estudo, contrapõe-se à avaliação das práticas cotidianas que corresponde a um julgamento que se faz a partir do “senso comum”, por corresponder ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida na literatura especializada, sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular através do recurso a metodologias científicas. Ainda, segundo Hartz, as práticas mais frequentemente objeto de avaliação são as resultantes da ação social planejada tais como políticas, programas e serviços de saúde.

Em 1989, Judith Bruce³¹ elaborou uma proposta que define seis elementos como fundamentais para caracterizar a qualidade da atenção em planejamento familiar, que devem ser levados em consideração na avaliação dessa assistência:

- Escolha livre e informada de métodos
- A quantidade e a qualidade da informação que se dá à (ao) cliente
- Competência técnica dos profissionais de saúde
- Relações interpessoais entre as (os) clientes e os profissionais de saúde
- Os mecanismos usados para fornecer a quantidade no uso do método contraceptivo e o acompanhamento
- Inserção da assistência em planejamento familiar ao atendimento integral em saúde reprodutiva.

5.2. Campo da Pesquisa

O Distrito Federal é composto por trinta e uma regiões administrativas, entre elas Brasília, capital federal, e possui 2.557.158 habitantes, sendo 905.530 mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é o mais alto do país, ainda que as regiões administrativas apresentem entre si contradições sociais e econômicas. (www.df.gov.br).

Existem 123 Unidades Básicas de Saúde, entre urbanas e rurais, 73 unidades de saúde com Estratégia de Saúde da Família - ESF, e 110 Equipes de Saúde da Família inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>), em fevereiro de 2012. Vinte e cinco regiões administrativas possuem unidades básicas de saúde com ESF (<http://cnes.datasus.gov.br/>).

Pela sua peculiaridade, o Distrito Federal acumula responsabilidades em saúde que compete à esfera estadual e à municipal, entretanto, no que diz respeito às especificidades da Estratégia de Saúde da Família, definidas na Política Nacional de Atenção Básica, o Distrito Federal acumula funções específicas, entre elas “acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da Estratégia Saúde na Família no Distrito Federal, identificando e adequando situações em desacordo com a regulamentação e divulgando os resultados alcançados”⁶

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal elaborou o Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde para ser executado no período de 2007 a 2014, como forma de ampliar e qualificar o acesso as ações e aos serviços no âmbito da atenção básica (www.saude.df.gov.br). Portanto, em 2007, no Distrito Federal havia 43 ESF cadastradas no MS, cobrindo uma população de 148.350 pessoas, ou seja, 6,36% da população total, e em 2011 há 110 ESF, com estimativa de população coberta em 379.500 pessoas, ou seja, 14,77% (www.dab.saude.gov.br).

A meta do Governo do Distrito Federal pelo Plano de Reorganização é atingir cobertura de 100%, em 2014, da população usuária do SUS, o que significa oferecer assistência básica em saúde para cerca de 1.940.000 pessoas, por meio de 532 ESF implantadas. (www.saude.df.gov.br).

Das 123 unidades de saúde, 45 estão situadas em 14 regiões administrativas e cumprem os seguintes critérios de inclusão estabelecidos para a realização da pesquisa: (Anexo I)

- Estarem em área urbana do Distrito Federal,
- Ter equipe de estratégia de saúde da família inscrita no CNES, ativa em fevereiro de 2012, e sem rejeição no sistema.

5.3. Instrumento da Coleta de Dados

O instrumento de avaliação utilizado nesse trabalho procura abordar os elementos propostos por Bruce³¹, com a finalidade de obter respostas para os objetivos propostos.

Foi utilizado um instrumento modular que incluiu os seguintes blocos: dimensão assistencial; dimensão organizacional; e dimensão estrutural (Anexo II), seguindo a lógica proposta na matriz (Anexo III)³⁰.

O instrumento – questionário estruturado, foi construído tendo por base a literatura nacional em planejamento familiar e o Manual de Planejamento Familiar- Manual para o Gestor, do Ministério da Saúde.³²

O questionário procurou refletir o ideário proposto no modelo teórico- lógico (Anexo IV).

A dimensão assistencial contém 23 questões , a dimensão organizacional 21 e a dimensão estrutural 26.

5.4. Entrevista

Foi treinada pela autora do projeto a estagiária da Área Técnica da Saúde da Mulher, apresentando-lhe os conceitos, definições, modo de uso do instrumento e os melhores procedimentos para coletar as informações desejadas e também foi feito o acompanhamento para verificação do entendimento correto da entrevistadora quanto aos conceitos, à identificação exata das unidades selecionadas e a resposta, aprimorando-as e corrigindo-as imediatamente.

O questionário foi aplicado, de maneira presencial, pela pesquisadora e pela estagiária da Área Técnica da Saúde da Mulher, ao responsável pela Equipe de Saúde da Família, nas Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde da Família, das regiões administrativas do Distrito Federal, no período de março a maio de 2012.

Não foi delimitado o tempo de duração das entrevistas, com o intuito de proporcionar aos participantes a oportunidade de se expressarem melhor. O tempo médio das entrevistas foi de 25 minutos.

As entrevistas não foram gravadas, mas contou com a habilidade da pesquisadora em registrar as informações mais relevantes.

Foi realizado um pré-teste na Unidade Básica de Saúde – Posto Urbano I, em São Sebastião, para testar a validade do instrumento no Distrito Federal para verificar junto aos entrevistados se as perguntas estavam claras, objetivas e se contemplavam todas as rotinas de trabalho a serem avaliadas. Após a realização do pré-teste os roteiros foram reformulados para a aplicação.

O questionário continha perguntas específicas para o profissional da equipe de saúde da família , sendo distribuídos da seguinte forma:

Dimensão assistencial - Roteiro de entrevista para identificação dos aspectos necessários à efetivação da assistência em planejamento familiar.

Dimensão Organizacional -Roteiro de entrevista para identificação dos aspectos que envolvem a dinâmica de funcionamento da unidade de saúde.

Dimensão Estrutural - Roteiro de entrevista para identificação dos aspectos físicos , dos recursos humanos , dos equipamentos e instrumentos que a unidade de saúde possui.

A amostra final foi composta por 30 unidades de saúde entre as 45 previamente selecionadas, sendo que em algumas unidades de saúde, foram obtidos mais de um questionário, por conterem mais de uma equipe de saúde da família.

Os entrevistados foram escolhidos de forma intencional por serem informantes-chaves, tendo como critério de inclusão a sua inserção e experiência nas Equipes de Saúde da Família, enquanto profissionais componentes do processo de gestão, implantação, operacionalização das ações em Planejamento Familiar.

As entrevistadoras foram às unidades selecionadas na pesquisa, por meio do endereço que consta no CNES, porém ,alguns endereços não conferiram com o cadastro disponível no CNES e em outras unidades de saúde , os profissionais não quiseram responder ao questionário ou não estavam no momento da visita.

Posteriormente, foi remarcado o horário da visita, por telefone, naquelas Unidades de Saúde, em que os profissionais não estavam na primeira visita , ou que se recusaram a responder , sendo explicitado pelo telefone a importância da pesquisa no contexto das políticas públicas para o aprimoramento do planejamento familiar.

Inicialmente os participantes foram informados oralmente sobre os objetivos da pesquisa, benefícios, riscos, duração, bem como sobre a sua liberdade para sair em qualquer momento do estudo e foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.5. Aspectos Éticos

A Proposta de Pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e da Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/Fiocruz. Os aspectos éticos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foram garantidos pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo VI).

A participação dos servidores foi voluntária e assinaram o referido Termo. O Termo de Concordância foi assinado pela Subsecretária de Atenção à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde, (Anexo VII), que responde pelas unidades básicas de saúde do Distrito Federal. Os nomes dos profissionais foram preservados.

5.6. Fonte de Dados

O primeiro passo para a viabilização do estudo foi realizar uma reunião com a subsecretária da Atenção Primária do Distrito Federal, para explicitar os motivos da pesquisa e obter a autorização para que as entrevistas fossem realizadas nas Unidades Básicas de Saúde. Nesta ocasião foram informados os objetivos, responsabilidades de cada interessado e as contribuições advindas do projeto.

Após entendimento e aceitação por parte da instituição co-participante do estudo, a subsecretária foi convidada a assinar um termo de concordância, oficializando a participação das UBS na pesquisa.

Por meio de contatos telefônicos e correspondência eletrônica (e-mails) foram partilhadas informações e agendada a visita para as atividades de campo.

De início, foram coletados os dados secundários e após aprovação no Comitê de Ética em fevereiro de 2012, foram coletados os dados primários. O Quadro 5 apresenta de forma resumida, as técnicas e os instrumentos utilizados na pesquisa.

Quadro 5: Fonte dos dados

TIPOS DE DADOS	TÉCNICA	FONTE DE VERIFICAÇÃO
PRIMÁRIOS	Questionário estruturado	Funcionários do serviço
SECUNDÁRIOS	Documental	Planilhas do MS; Planilhas e relatórios da SES Cadastros, prontuários e fichas das/os usuárias/os, nas UBS.

5.7. Análise Documental

Foram consultados documentos institucionais, normas técnicas e planilhas de distribuição dos contraceptivos da Área Técnica da Saúde da Mulher, portarias, relatórios técnicos; artigos técnico-científicos e informações disponibilizadas sobre o planejamento familiar da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

Para a caracterização do contexto das ações do planejamento familiar no Distrito Federal foram consultadas as planilhas 2010/2011 de distribuição dos contraceptivos , assim como os prontuários dos pacientes nas unidades de saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal disponibilizou o Plano de Saúde para consulta e conferência das ações previstas para o ano de 2012, assim como o Relatório de Gestão 2011.

5.8. Análise dos Dados

Os dados das entrevistas foram digitados e tabulados em uma planilha construída por meio do software Excel (Microsoft, 2003). Cada linha intitula as Unidades de Saúde enumeradas de 1 a 33. As colunas contemplam as questões do questionário, em suas múltiplas respostas, separadas pelas dimensões, constituindo-se assim um banco de dados com registros para análise.

Os gráficos foram construídos com o auxílio do software Excel (Microsoft, 2010).

6. RESULTADOS

6.1. Caracterização da amostra

Das quarenta e cinco unidades de saúde previamente selecionadas por meio dos critérios de inclusão, 33 Unidades Básicas de Saúde , receberam as entrevistadoras, constituindo assim a amostra final, um total de 33 questionários.

Muitas Unidades de Saúde possuem mais de uma Equipe de Saúde da Família, porém o questionário foi aplicado a apenas uma Equipe, a que estava com o profissional responsável pela equipe disponível no momento da entrevista , com o objetivo de evitar retornos e atrasos, como também evitar a duplicidade de respostas.

Quadro 6 - Número de Equipes de Saúde da Família por Unidade Básica de Saúde visitada, no Distrito Federal, 2012.

Unidade Básica de Saúde	Número de Equipes de Saúde de Família
Posto Urbano I – São Sebastião	2
Posto do Bosque II- São Sebastião	2
UBS Samambaia QD 523- Samambaia	2
PSU Itapoã- Paranoá	2
UBS São Francisco- São Sebastião	2
PSU Santa Maria 02- Santa Maria	2
PSF 8 Morro Azul- São Sebastião	1
PSF Vila do Boa- São Sebastião	1
PSF 09 Vila Nova I- São Sebastião	1
CSSA 04- Samambaia Sul	2
PSU RFII QN 15 D- Riacho Fundo	2
UBS RF II QN 14 C- Riacho Fundo	2
PSU RF II QN 07- Riacho Fundo	2

Centro de Saúde 04 RF II- Riacho Fundo	3
PSU Arapoanga-Planaltina	2
PSF Qd 18-Paranoá	1
PSU Areal- Taguatinga	1
CSPA 02 Itapoã – Paranoá	2
Sítio do Gama- Santa Maria	1
PSF Mini Chácara-Sobradinho	1
UBS CSC 08- Ceilândia	3
Posto Urbano II- São Sebastião	2
UBS -PSF DVO-Gama	1
CSSA 02-Samambaia Norte	8
CSSA 03 –Samambaia Norte	2
CSSA 01- Samambaia Norte	10
CSC 12- Ceilândia Norte	2
CSC 09- Ceilândia	2
PSU Santa Maria 03	1
PSU Santa Maria 01	2
PFS 02 Condomínio Privê - Ceilândia	10
UBS Setor Tradicional – São Sebastião	1
PSU Área Especial Riacho Fundo 2	2

Das regiões administrativas, São Sebastião, é a que conta com maior número de UBS, nove, com nove ESF, em área urbana, seguida de Samambaia, com cinco UBS, e 24 ESF.

Sete Unidades de Saúde não foram localizadas pelo endereço que consta no CNES, perfazendo uma perda de 15,5%. (ANEXO VIII)

Quatorze profissionais das Unidades de Saúde recusaram a responder ao questionário, na primeira visita, perfazendo o total de recusa em 31%.(ANEXO IX)

Após o contato telefônico para remarcar o horário da entrevista, nove unidades de saúde receberam as entrevistadoras e o questionário pode ser aplicado. (ANEXO X)

A taxa de recusa caiu para 11% após a segunda visita, permanecendo cinco unidades de saúde sem a visita das entrevistadoras. (ANEXO XI).

Não houve retorno das entrevistadoras aos locais em que os endereços não foram achados, por haver divergências entre os endereços cadastrados no CNES com o endereço fornecido pela Atenção Básica do Distrito Federal, não se chegando, portanto, a um consenso. Optou-se neste trabalho a seguir os endereços cadastrados no CNES.

Apesar de a pesquisa ter como foco o responsável pela Equipe de Saúde da Família, nem sempre foi possível manter este critério, obtendo-se entrevistas com outros profissionais que compõem a Equipe.

Quadro 7 : Unidades Básicas de Saúde nas quais os profissionais de saúde que responderam ao questionário não eram os responsáveis pela equipe, Distrito Federal, Brasil.

UBS	Agente Comunitário de Saúde	Auxiliar de enfermagem
PSF09 Vila Nova I- São Sebastião		X
PSU Areal Taguatinga		X
PSU Arapoanga-Planaltina		X
PSF Qd 18-Paranoá		X
PSU RF II QN07-Riacho Fundo		X
PSF Vila do Boa-São Sebastião	X	X
CSSA 04-Samambaia Sul		X

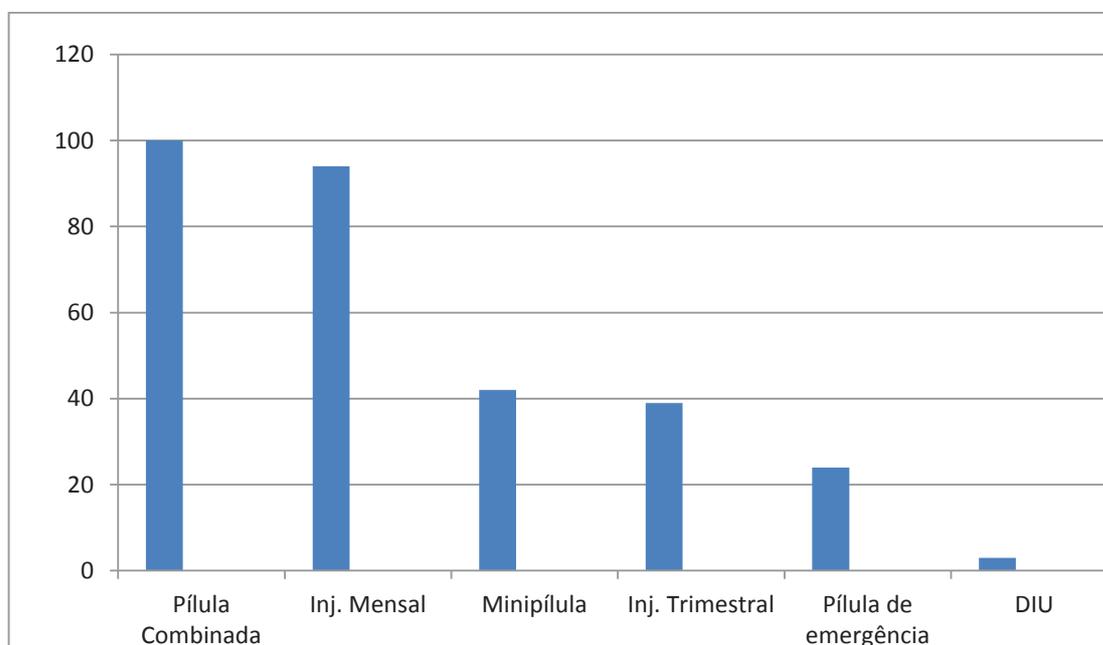
UBS Samambaia QD 523- Samambaia		X
UBS CSC 08- Ceilândia		X
Clinica da Família N 01 - Samambaia		X

Em relação à entrada das usuárias (os) no programa de planejamento familiar, nas unidades de saúde, foi verificado que se dá por grupos de inscrição mistos e periódicos, ou seja, mulheres, homens e adolescentes, sem datas previamente agendadas, e de tempos em tempos, segundo a resposta de 16 profissionais, enquanto 15 entrevistados afirmaram que a entrada se dá por livre demanda, de acordo com a necessidade do (a) usuário (a), e da vaga na agenda para a consulta e quatro entrevistados afirmaram que nas UBS onde trabalham não há ações específicas para o planejamento familiar.

Quanto à disponibilidade dos métodos contraceptivos nas unidades básicas de saúde, a pílula combinada está presente em 100% das unidades de saúde, em contraste com alguns métodos, que apesar de serem igualmente gratuitos, não figuraram no rol de distribuição.

O injetável mensal está presente em 94% das unidades, a minipílula em 42%, o injetável trimestral em 39%, a pílula de emergência em 24%, o DIU em 3,0% e o diafragma em nenhuma unidade.

Gráfico 1 – Disponibilidade dos métodos contraceptivos nas UBS pesquisadas, no ano anterior à pesquisa, nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, 2012. (em %)

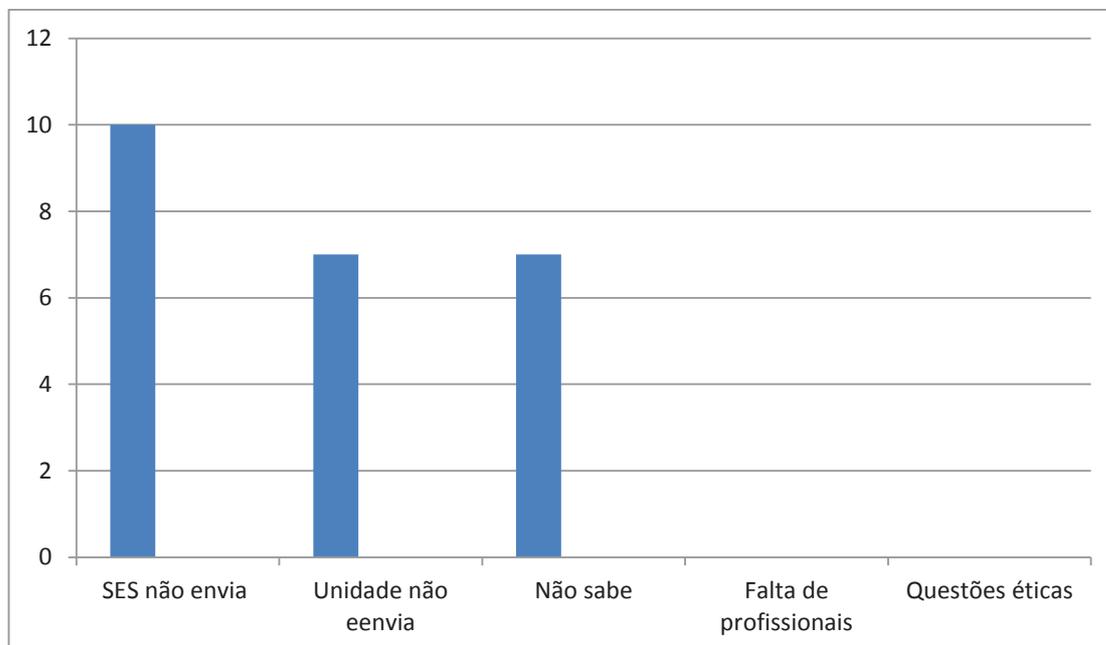


Chama atenção a falta dos insumos DIU e diafragma em todas as UBS pesquisadas, exceto na unidade básica CSC 12 – Ceilândia, em que há a presença do DIU.

Quanto à disponibilidade dos métodos nas UBS, 15 profissionais disseram que a falta de métodos contraceptivos se deve ao fato da SES não enviar os insumos, apesar da solicitação e seis afirmaram que não solicitam todos os métodos, enquanto 12 disseram que a quantidade de métodos contraceptivos recebidos foi suficiente para atender a demanda.

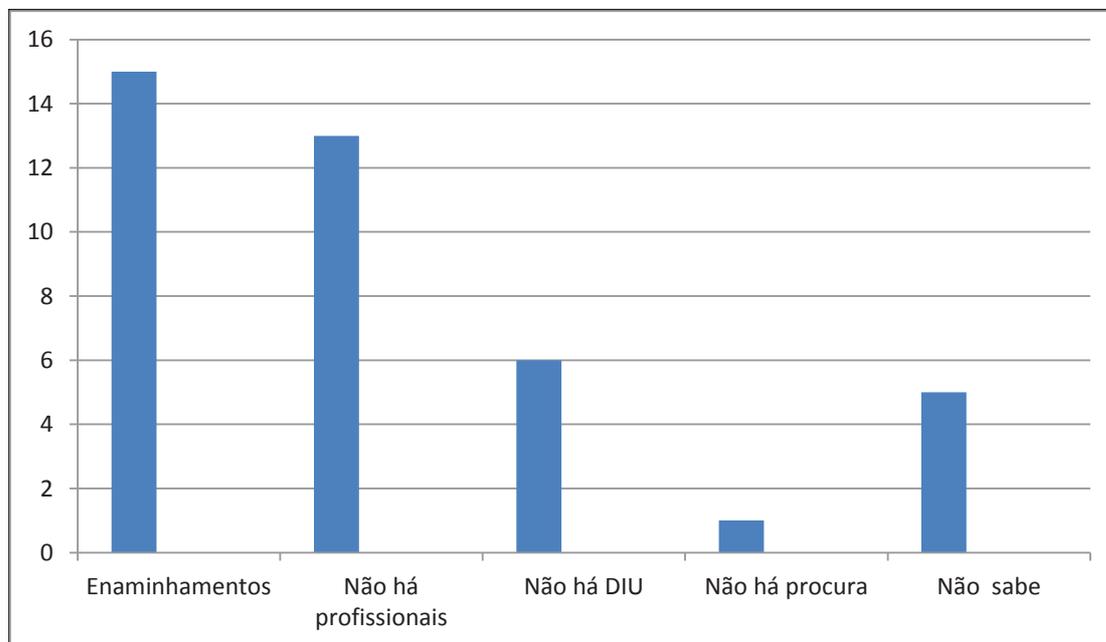
Para a contracepção de emergência, apenas oito entrevistados afirmaram que o método estava disponível nas Unidades Básicas de Saúde e apenas dois entrevistados afirmaram que outros profissionais de saúde dispensam a contracepção de emergência na ausência do médico, sendo os principais motivos da ausência, o fato da SES não enviar o contraceptivo para as Unidades de Saúde, segundo dez (41%) entrevistados, a unidade não solicitar, segundo sete (29%) entrevistados e sete (29%) não souberam especificar o motivo da ausência. Para os itens falta de profissionais e questões éticas e religiosas não houve nenhuma menção.

Gráfico 2 – Justificativas para a ausência da pílula de emergência nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, no ano anterior à pesquisa, 2012. (em número de UBS)



Em relação ao DIU, a situação é semelhante à contracepção de emergência. Apenas três profissionais entrevistados informaram que na UBS realizam procedimentos de inserção do DIU- PSF Mini Chácaras-Sobradinho, Centro de Saúde 04- Riacho Fundo 2, CSC 12 Ceilândia, sendo as duas justificativas mais frequentes para a não inserção, encaminhamentos para um centro de referência- 15 entrevistados e a falta de profissionais capacitados , resposta de 13 profissionais. As demais justificativas ficaram com seis respostas para a ausência do DIU nas unidades, uma resposta para não há procura do insumo, e cinco entrevistados não souberam explicar o motivo.

Gráfico 3 – Dificuldades relatadas da não inserção do DIU nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, no ano anterior à pesquisa, 2012. (Número de UBS)



Em relação ao diafragma, apenas um entrevistado afirmou que na UBS são realizados procedimentos para medição e orientação do uso do diafragma, sendo a principal justificativa da não orientação para este método a ausência do insumo nas UBS, segundo 22 entrevistados.

Quanto às dificuldades encontradas para a efetivação das ações em planejamento familiar, 16 profissionais afirmaram que existem obstáculos, sendo a falta dos métodos contraceptivos, a falta do médico e a falta do enfermeiro, os principais dificultadores, seguidas da falta de atividades educativas.

Tabela 1- Dificuldades encontradas para a efetivação das ações do Planejamento Familiar, nas Unidades Básicas de Saúde, do Distrito Federal, 2012.

Dificuldade	Unidade Básica de Saúde (N)
Falta dos métodos	6
Falta do médico	5
Falta do enfermeiro	5
Falta de atividade educativa	2
Não sabe	1
Total	19

A esterilização cirúrgica está entre os métodos reconhecidos pelo Ministério da Saúde, tanto para homens e mulheres, e como recomenda o Manual Técnico Assistência em Planejamento Familiar (2002) ³³, os profissionais de saúde devem estar aptos para oferecer encaminhamentos, quando a esterilização for o desejo da mulher ou do homem, respeitando a legislação.

O Manual alerta os profissionais de saúde a desencorajem a esterilização precoce, ressaltando os métodos reversíveis com eficácia similar e a alta incidência de arrependimento em mulheres abaixo de 30 anos.

Segundo 13 profissionais a indicação da laqueadura quanto da vasectomia ocorre com maior frequência entre pessoas de 34 a 39 anos , 15 afirmaram não ter conhecimento das dificuldades para a realização da laqueadura e 17 afirmaram não saber as dificuldades para a realização da vasectomia.

Quinze entrevistados afirmaram que a laqueadura e a vasectomia são realizadas na própria região administrativa.

As atividades educativas, fundamentais na disseminação da informação aos usuários (as), acontecem em 26 UBS, sendo que 15 entrevistados afirmaram realizar as atividades mensalmente, e também 12 disseram não respeitar faixas etárias para as atividades educativas.

Dezenove entrevistados afirmaram ter material educativo para o público, enquanto 20 disseram ter material pedagógico destinado às atividades educativas.

Quando indagados sobre a questão da coordenação do planejamento familiar, 27 profissionais consideraram que há coordenação em planejamento familiar, sendo que em 23 UBS a coordenação fica por conta do enfermeiro (a), e em quatro UBS, o médico é o responsável pela coordenação.

Tabela 2 - Unidades Básicas de Saúde com coordenação em Planejamento Familiar com o perfil profissional do coordenador, no Distrito Federal, em 2012.

Unidade Básica de Saúde	Perfil profissional do coordenador	
	Enfermeiro	Médico
Clinica da Família 01	Enfermeiro	
Centro de Saúde 04	Enfermeiro	
Sítio do Gama PSF DVO	Enfermeiro	
PSF 26	Enfermeiro	
Posto Urbano II		Médico
Posto do Bosque II	Enfermeiro	
PSF Vila do Boa	Enfermeiro	
PSU Riacho Fundo 2	Enfermeiro	
Posto de Saúde 02		Médico
CSC 08		Médico
PSU Santa Maria	Enfermeiro	
PSF Mini Chácara	Enfermeiro	
CSPA 02 Itapuã	Enfermeiro	
PSU Areal	Enfermeiro	
PSF QD 18	Enfermeiro	
PSF Morro Azul		Médico
UBS Riacho Fundo 2	Enfermeiro	
PSF Vila Nova 01	Enfermeiro	
CSC 12	Enfermeiro	

CSSA01	Enfermeiro	
PSU RF	Enfermeiro	
PFS02CONDPRIVE	Enfermeiro	
PSUSTAMARIA 01	Enfermeiro	
PSUSTAMARIA 03	Enfermeiro	
CSSA02	Enfermeiro	
CSSA 03	Enfermeiro	
Total	22	4

Quanto ao aspecto que envolve a autonomia da equipe no desenvolvimento das atividades, dezessete entrevistados disseram possuir autonomia para trabalhar nos programas de saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde, mas, contraditoriamente, a pílula de emergência é dispensada sem a presença do médico em apenas duas UBS.

Uma das atribuições destinadas aos enfermeiros e previstas no Manual Para o Gestor, na consulta, é fornecer o método anticoncepcional de acordo com a rotina do serviço, e se necessário, encaminhar para a consulta médica.

Parece que as UBS não estão elaborando as rotinas de serviço, a fim de aplicar as recomendações do Ministério da Saúde.

Os aspectos organizacionais na UBS se dão por meio de sistemas de informação, de fluxos e protocolos. Quando há protocolos estabelecidos e inseridos nas rotinas de trabalho, as ações se tornam, de modo geral, homogêneas, e podem se tornar indicadores de processo.

Vinte e dois entrevistados disseram que há protocolos elaborados pela SES sobre o Planejamento Familiar, nos quais, 21 disseram que os protocolos abordam casos de diabetes, pressão alta e outras patologias e 11 disseram que os protocolos abordam os casos para infertilidade.

Apesar de a avaliação constar no Manual para o Gestor com uma das ferramentas mais úteis para o aprimoramento do serviço, apenas oito entrevistados disseram que é feita a avaliação em suas unidades de saúde.

Apenas 14 entrevistados afirmaram que as UBS possuem sala de espera com assentos suficientes, mas 28 disseram ter consultório com privacidade e 31 afirmaram ter mesa para exame ginecológico. Para as atividades educativas, somente 13 profissionais disseram ter espaço físico adequado, com assentos, e quanto ao armazenamento dos anticoncepcionais, 25 afirmaram ter espaço adequado com iluminação e ventilação para o armazenamento.

7. DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa levam a considerações pouco animadoras em relação às ações do Planejamento Familiar no Distrito Federal.

A população coberta pelas Equipes de Saúde da Família, no Distrito Federal, estava em torno de 414.000 pessoas, em junho de 2012, ou seja, cobertura populacional de 15,86% considerada baixa pela avaliação do Departamento de Atenção Básica /MS.

(http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php).

Nas Unidades de Saúde pesquisadas, que contam com duas ou mais ESF, não foi possível detectar que as ações em Planejamento Familiar estivessem mais organizadas ou desenvolvidas, nestes locais.

Era de se esperar que a presença das ESF trouxessem mais contribuição às ações do Planejamento Familiar, devido à natureza política e operacional da reorganização da Atenção Básica nos municípios.⁶

Entre os Princípios Gerais da Política Nacional da Atenção Básica⁶, o item II especifica a atuação das ESF, de maneira que “atuem no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população.”

Cabe, sem dúvida, ao Ministério da Saúde formular as diretrizes e políticas em saúde, e cabe às SES e SMS a execução das ações preconizadas nas políticas. Entretanto, a ausência de orientações atuais e de discussões mais aprofundadas e periódicas sobre o tema, partindo tanto do Ministério da Saúde, quanto da SES, entre os gestores e profissionais, têm se revelado na atenção marcada pela heterogeneidade das ações e na ausência de sistematização da assistência, nas unidades de saúde pesquisadas no DF.

As SMS de algumas capitais criaram programas próprios, como Mãe Curitibana, Mãe Paulistana, em que procuram ajustar as ações e serviços em planejamento familiar, seguindo as demandas atuais e prementes da população, mas percebeu-se que no DF, estas ações estão num patamar consideradas abaixo do desejável, tendo por base, ainda, as orientações do Manual para o Gestor - Planejamento Familiar, de 2002³².

O Ministério da Saúde tem ainda o Manual como norteador das ações a serem implantadas no âmbito estadual e municipal.

As orientações contidas neste Manual precisam ser ampliadas para abranger as mudanças sociais, comportamentais e estruturais pelas quais a sociedade brasileira passou. As orientações não podem se restringir mais ao que ter e não ter nas UBS, ao peso dado para a contracepção e às formas convencionais de concepção.

Um dado positivo encontrado é a presença do (a) enfermeiro (a), em 61% das UBS pesquisadas, cumprindo carga horária de 40h, considerando que a Lei do Exercício Profissional (Lei nº7.498, de 25/06/1986)³⁴ regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8/06/1987, enuncia “compete ao enfermeiro realizar a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”, e aqui se inclui o planejamento familiar.

Discussão que precisa ser retomada com urgência pelos conselhos de classe, pelos gestores e pelos profissionais, a fim de se alavancar e fortalecer a atuação do (a) enfermeiro (a) nas UBS.

A pesquisa mostrou que em muitas unidades de saúde os enfermeiros não se sentem à vontade para prescrever os anticoncepcionais. A organização do Planejamento Familiar se daria inicialmente pela entrada das pessoas na UBS. Ao obter 43% na resposta livre demanda, pode-se perceber que as UBS não estão preparadas para organizar os grupos e agendar as atividades educativas. Continuam agindo da maneira mais prática e conveniente, demonstrando a fragilidade da SES em orientar o serviço .

Novamente, citando o Manual Para o Gestor- Planejamento Familiar (2002)³¹, o fluxograma para a entrada dos usuários (as) na UBS, deveria seguir a rotina, primeiramente, de educação em grupo, seguida da consulta de enfermagem e depois a consulta médica.

Grande procura pela pílula oral combinada e pelos métodos injetáveis mostra a tendência de preferência das mulheres por estes métodos, no Distrito Federal, considerados muito práticos, e certamente reforçados pela inconsistência das atividades educativas que tem como uma das funções discorrer sobre todos os métodos anticoncepcionais, promovendo a livre escolha da mulher/ homem/casal.

Prado e Santos,³⁴ na cidade de Aracaju (SE), procuraram verificar os principais métodos contraceptivos usados por mulheres do setor público e privado, com enfoque

secundário para orientações de uso e uma das conclusões do trabalho demonstrou que os grupos envolvidos na pesquisa (público e privado) apresentaram diferenças socioeconômicas, grau de escolaridade, idade, estado civil, e foi importante esta caracterização, pois a literatura aponta que sociedades mais escolarizadas e com melhor nível econômico, tem melhor conhecimento sobre a anticoncepção e acesso a um mix variado de contraceptivos.

Ainda segundo as autoras, citando Potter, Trussell, Moreaul, em um contexto de vulnerabilidade de recursos, é essencial reconhecer a natureza e extensão destas disparidades, e promover políticas de saúde reprodutiva que visem abordar estas desigualdades sociais.

Esta tendência aponta para a necessidade de se discutir e disseminar a inserção no cenário reprodutivo das mulheres, de outros métodos não hormonais, como o DIU, o diafragma e os preservativos.

Em relação ao uso do DIU, a pesquisa mostrou que em nenhuma UBS se inseria o DIU, mesmo naquelas em que havia a presença do médico, mas, a alegação da não inserção recaía sobre a indisponibilidade do insumo na UBS, ainda que 89% dos entrevistados afirmaram ter na unidade de saúde consultório com privacidade e 96% que havia mesa para exame ginecológico

O Ministério da Saúde, por meio do Manual Para o Gestor³¹, recomenda que o processo de seleção dos métodos contraceptivos leve em consideração as necessidades e preferências dos usuários, mas é importante que a UBS disponibilize todos os métodos recomendados e aprovados pelo Ministério da Saúde, de modo a garantir a livre escolha.

A colocação do DIU deixa de ser um procedimento simples e passa a ter um fluxo específico, o que não se justifica, pois a inserção do DIU é um procedimento totalmente praticável no nível primário da atenção. Este fluxo atual atua como desencorajador para as mulheres colocarem o DIU, mesmo sendo o insumo distribuído gratuitamente.³²

O fato de no Brasil a inserção do DIU ser um ato privativo do médico, limita a difusão do método. Retoma, neste ponto, a necessária discussão sobre a atuação do enfermeiro (a) nos programas de saúde pública, estabelecendo as rotinas de trabalho, para os programas de saúde públicos.

É do interesse do Ministério da Saúde difundir e viabilizar o uso do DIU, promovendo uma escolha contraceptiva não hormonal, e também, com isto, desestimular as laqueaduras precoces.

Quanto ao uso do diafragma, em, apenas uma UBS havia orientação às mulheres para o uso e nenhum entrevistado disse ter recebido o método no ano anterior à pesquisa, mesmo sendo distribuído pelo Ministério da Saúde à Secretaria Estadual de Saúde, que por sua vez tem a função de redistribuir para as regiões administrativas.

Não é objeto desse estudo aprofundar o uso do diafragma, no Brasil, mas é consenso nas UBS pesquisadas que o método não é procurado pelas mulheres. Seria viável um estudo neste sentido, para se entender o desinteresse por este método, no Brasil e apontar caminhos para a retomada do seu uso.

Estudo de Kalckmann et al.³⁵, realizado no período entre 1989 e 1991, em cinco serviços públicos de Osasco, já demonstrava as dificuldades de se incorporar no cotidiano das mulheres o uso do diafragma. Entre as dificuldades mais comuns, estavam as queixas de “estar com o método dentro” na hora da relação sexual e a resistência dos parceiros, como também o uso discrepante das orientações recebidas pelos profissionais. Os autores apontaram para a necessidade de educação continuada, tanto para os profissionais e usuárias, nas unidades que pretendiam oferecer o diafragma.

Situação que não se apresentou diferente, no momento da pesquisa, no conjunto de ações ofertadas para o planejamento familiar, no Distrito Federal.

Por outro lado, a laqueadura vem perdendo força, mediante a disseminação de informações e acesso a outros métodos contraceptivos, inclusive a vasectomia.

A maioria dos profissionais entrevistados disse não saber os impedimentos para a realização da laqueadura e vasectomia, demonstrando distanciamento do processo organizacional da unidade de saúde.

A pesquisa demonstrou que a laqueadura está ocorrendo em mulheres na faixa de 30 a 39 anos, ou seja, mais tardiamente, em comparação com as décadas anteriores.

A vasectomia passa a fazer parte do elenco de oferta em contracepção, com tendência de aumento de procedimentos, como mostra os dados do DATASUS/MS.

O preservativo masculino aparece também como um dos métodos mais procurados nas UBS, o que é uma boa notícia, visto que, proporciona à mulher a oportunidade de usar

mais um método não hormonal, e estimular o homem a participar do planejamento reprodutivo.

De acordo com Madureira e Trentini³⁶ o uso do preservativo masculino pode suscitar atitudes diversificadas por parte dos homens, nas relações heterossexuais, segundo a análise secundária feita de um coorte da tese de doutorado desenvolvida anteriormente, que tinha como mote compreender o poder nas relações heterossexuais a partir da perspectiva do homem. No estudo original participaram 10 homens do oeste catarinense que viviam relações afetivo-sexuais duradouras e tinham filhos.

Segundo o estudo, o uso do preservativo masculino, no relacionamento conjugal, pode ser intermitente, coincidindo com os intervalos no uso do anticoncepcional usado pela mulher, ou contínuo, caso a mulher não possa usar um método hormonal. Todas as situações têm como pano de fundo a prevenção da gravidez.

Ainda, segundo as autoras, foram apontadas as dificuldades apresentadas pelos homens em colocar o preservativo nas relações conjugais, pois poderia evocar infidelidade e desconfiança da parte deles.

As autoras consideram que poderia haver maior negociação sexual quanto ao uso do preservativo, dado a maior liberdade sexual que o homem possui e às diferenças nas relações de poder, mas para isto, o homem deveria apresentar habilidade e assertividade para afirmar seu desejo de usar o preservativo, que volta o foco da atenção para a comunicação entre o casal.

A palavra, negociação, entre os casais, poderia ser transformada em diálogo e acordo entre homem e mulher, subtendendo-se, na relação, cumplicidade e respeito um pelo outro.

Em outro estudo realizado por Almeida³⁷, na cidade do Rio de Janeiro, com 27 homens de camadas populares, foi encontrada uma forte relação entre o não uso do preservativo pelo casal e a fidelidade. O uso do preservativo se restringiria a situações especiais.

Portanto, o estudo evidencia fortemente que a introdução do preservativo nos relacionamentos conjugais, antes não usado regularmente, poderia abalar a confiança mútua do casal.

Hernández-Girón et al.³⁸, realizaram pesquisa na Cidade do México, em que homens com parceiras regulares indicaram o uso do preservativo para prevenção da gravidez (86,7%) e para a prevenção de DST (12,1%) como principais motivos para o uso do preservativo na última relação.

Mesmo em um número considerável de adolescentes, como mostrou Fonseca³⁹, o uso do preservativo se restringiu à primeira relação sexual. Estes jovens haviam nascido após a eclosão da epidemia de AIDS, quando já havia ações sobre prevenção, diagnóstico e tratamento, amplamente divulgadas, portanto, levantam questionamentos sobre as relações de poder e gênero nas relações heterossexuais.

Quanto ao preservativo feminino, na época dessa pesquisa, não estava disponível nas UBS, posto que o Ministério da Saúde passou a adquiri-lo em 2012, por meio do Departamento DST/AIDS e Hepatites Virais, o que não impede que estados e municípios adquiram o preservativo, por conta própria.

Segundo Kalckmann et al.⁴⁰, avaliando a continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde, em 16 unidades de saúde da região metropolitana de São Paulo, com um total de 2.469 mulheres, indicaram que as mulheres em todos os serviços abordados, estão dispostas a conhecer novas alternativas que evitem uma gravidez não desejada e não provoquem efeitos colaterais, e buscam também a proteção contra as DST/AIDS (dupla proteção), desde que os preservativos estejam disponíveis nos serviços de saúde, como o que vem acontecendo em todo o mundo.

As taxas de continuidade de uso detectadas no estudo citado, apresentam tendência de queda após o terceiro mês de uso, (36,5% no terceiro mês, 27,3% no sexto mês e 14,4% ao final de 12 meses de observação), e foram similares as observações para outros métodos, como apontou Ferraz sobre a continuidade de uso dos contraceptivos pelas mulheres do Nordeste.

É importante assinalar que a prática contraceptiva não se mostrou associada ao uso do preservativo feminino, e chamou a atenção a menor adesão entre as mulheres que adotavam métodos de baixa eficácia, o que reforça a necessidade de maior orientação, como afirma Kalckmann, e também a sensibilização e capacitação dos profissionais, a reestruturação dos serviços, especialmente das UBS, propiciando condições para que

aspectos afetivos e sexuais venham a ser discutidos, de maneira a viabilizar o uso do preservativo feminino, caso seja o desejo da mulher.

As atividades educativas nos serviços influenciam diretamente a continuidade do uso, como relataram Barbosa et al.⁴¹, salientando, ainda, que naqueles serviços em que as atividades educativas incluíam a participação de pares, apresentaram proporções de uso maiores.

A oferta, até então limitada, passa por reestruturação, no âmbito do Ministério da Saúde, o que possibilitará novas inserções no modelo de atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva feminina.

Quanto à contracepção de emergência, é alarmante o fato de a pílula estar presente em apenas sete UBS, sendo que a SES / DF recebe quantitativo suficiente do Ministério da Saúde, para disponibilizá-la em todas as UBS.

Apenas dois profissionais afirmaram que a pílula anticoncepcional de emergência é dispensada na ausência do médico, situação que compromete o direito da mulher ao cuidado em saúde sexual e saúde reprodutiva e ao acesso ao planejamento familiar, e particularmente neste caso, podendo levar a situações extremas como gravidez não planejada e a abortamentos inseguros.

As dificuldades para a disponibilização da contracepção de emergência na Atenção Básica, são a desinformação, a falta de materiais técnicos e de treinamento de pessoal, constituindo-se nos principais entraves, incluindo a restrição que alguns serviços ainda fazem para casos de não violência e, a dispensa para adolescentes. O potencial de enfermagem é mal aproveitado, pois não dispensam a pílula de emergência, na metade dos municípios estudados, na contramão da legislação que autoriza os enfermeiros a prescreverem os contraceptivos.⁴²

Entretanto, para os outros métodos a pesquisa indica que a rotina de seguimento de entrega dos métodos, dispensa a consulta médica, o que pode ser fortalecedor nos serviços e saúde.

As dificuldades encontradas pelos profissionais para trabalharem o planejamento familiar, são praticamente as mesmas encontradas em vários estudos que abordam o tema, e que foram usados no presente trabalho, em diferentes cidades do país, em diferentes anos, e recaem basicamente nas dimensões assistencial e organizacional do programa.

Além do que, os protocolos legitimam as ações, ao mesmo tempo em que conferem a elas um caráter técnico. Os dados coletados apresentaram contradições entre as UBS e suscitam preocupações, pois se percebe que há desconexão entre os serviços de saúde e a informação, e principalmente, falta de orientação técnica da SES para os serviços.

A SES/DF, não apresentou nenhum protocolo para o uso dos anticoncepcionais, quando solicitados, ainda que as UBS , trabalhem com a dispensação , fornecimento e armazenamento dos contraceptivos.

Quanto às atividades educativas, elas estão contempladas em quase todas as UBS pesquisadas, mesmo que de maneira heterogênea. Há UBS que formam grupos de usuários/as ,outras orientam de maneira individual, e há ainda as que não respeitam as faixas etárias na formação dos grupos.

O Manual Para O Gestor³² recomenda a metodologia participativa, com a abordagem pedagógica centrada no sujeito, e sugere que o atendimento inicial seja em grupo , formando grupos específicos para adultos e adolescentes, com no máximo 20 pessoas por grupo.

A orientação individual ou ao casal está preconizada no Manual, quando há necessidade , ou quando a UBS, não tem usuários (as) suficientes para promover a educação em grupo.

Não foi objeto do presente estudo, abordar os temas tratados na educação em saúde sexual e saúde reprodutiva.

Uma questão importante apontada pelo Manual do Gestor é a avaliação rotineira das ações de planejamento familiar.

Os dados encontrados mostraram que esta não é uma prática comum desenvolvidas nas UBS.

A avaliação foi realizada por apenas 1/3 das unidades e os resultados colhidos não são representativos , mas deveriam ser utilizados para melhorar e solucionar problemas identificados. Ainda, segundo o Manual, para iniciar o processo de avaliação é preciso definir o seu objetivo, as questões que serão investigadas, a informação que será necessária e as formas de coletar a informação e selecionar indicadores e critérios de avaliação.

O monitoramento poderia levar a novos encaminhamentos, novas estratégias e novas abordagens, ratificando o que funciona e melhorando ou eliminando aquilo que não

atinge os objetivos propostos no escopo da avaliação, portanto, “o principal objetivo do processo da avaliação da assistência em planejamento familiar é oferecer subsídios para a melhoria da qualidade do atendimento.”³²

Uma das dificuldades para a consolidação das ações em planejamento familiar pode estar na ausência efetiva da implantação de um sistema de avaliação, que permita ao gestor federal, a “avaliação focada para a utilização” e que subsidie o processo de tomada de decisões futuras programações.³⁰

Quanto à estrutura física das UBS para receberem os usuários, a situação não é das mais promissoras, em que apareceram deficiências que podem comprometer o atendimento às pessoas.

Nas recomendações do Manual para o Gestor, a infra-estrutura adequada para assistência em planejamento familiar, compreende também a área física, em que as condições satisfatórias de higiene, conforto e ventilação das instalações físicas devem ser asseguradas permanentemente.

Nagahama²⁵ citando Vuori ressalta que na atenção à saúde, a estrutura está claramente afastada do resultado, dado que mesmo as melhores pré-condições podem ser mal usadas, enquanto a excelência profissional pode resultar em benefícios, mesmo em precárias condições de trabalho. O autor infere que apesar de uma boa estrutura não garantir resultado favorável, ela pode prevenir contra a deterioração da qualidade que poderia ocorrer, caso não houvesse padrões mínimos de outras proteções estruturais.

A partir da coleta de dados obtida na pesquisa, pode-se concluir que os serviços de saúde da atenção primária, que são as portas de entrada para o Planejamento Familiar, não contam com ações planejadas e organizadas, para atender as necessidades das pessoas em saúde sexual e saúde reprodutiva.

Podem ser que as dificuldades enfrentadas no Distrito Federal para a organização dos serviços, como logística de distribuição de métodos anticoncepcionais, capacitação de gestores, gerentes e profissionais de saúde, ausência de sistemas de informação, faz com que as UBS trabalhem de maneira a construírem, cada qual a seu modo, as estratégias para atenderem a população.

A pesquisa mostrou que há pouco diálogo entre a SES e as UBS no sentido de promover, fortalecer e garantir a assistência em planejamento familiar.

Não resta dúvida que a população tem conhecimento de onde buscar a assistência em Planejamento Familiar, por meio da divulgação , principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelo boca a boca, porém a pesquisa identificou deficiências no processo de atenção , quais sejam: ausência de avaliação do programa, pouca oferta de grupos educativos, limitação da atuação dos enfermeiros, inexistência de mecanismos formais para encaminhamento para infertilidade, desconhecimento de protocolos e modelo baseado na demanda espontânea.

Os objetivos relacionados à assistência, portanto, vêm sendo alcançados de maneira desigual, desfavorecendo o acesso da população a um serviço igualitário, com garantia de atendimento balizado em protocolos, fluxos, diretrizes, que assegurem minimamente o cuidado das pessoas.

7.1. Limitação do estudo

A presente pesquisa apresentou algumas limitações, como, endereços das UBS inexistentes do cadastrado no CNES, profissionais de saúde que se recusaram a responder o questionário, e questionários respondidos por técnicos de enfermagem.

Embora as questões do roteiro tenham envolvido variáveis subjetivas e difíceis de quantificar sobre os contextos, estrutura e processos de trabalho e estejam sujeitas a vieses ligados à percepção dos entrevistados, isso não comprometeu os resultados do estudo, bem como o fato das entrevistas não terem sido gravadas.

Foi necessária habilidade e paciência da pesquisadora, para encontrar as pessoas responsáveis pelo fornecimento das informações nas visitas às instituições para coleta de dados.

Apesar das limitações apresentadas, parece que no Distrito Federal, há necessidade de revisão das metodologias empregadas trazendo para o campo do concreto os avanços já alcançados na formulação dos conceitos em direitos sexuais e direitos reprodutivos.

8. RECOMENDAÇÕES

Com base nos achados desse estudo foram sugeridas algumas recomendações com vista à melhoria da qualidade das ações descritas. Essas recomendações são apresentadas a seguir, por nível de organização :

Em relação à SES:

- É recomendável que o sistema gerencial inclua na rotina das UBS, que prestam assistência em planejamento familiar, os protocolos para o uso dos contraceptivos, de maneira a reforçar a autonomia dos profissionais de saúde da equipe.
- Destacar a educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, e considerar que estas ações devem estimular homens e mulheres, adultos e adolescentes, ao autoconhecimento e ao auto cuidado, fortalecendo a auto-estima e autodeterminação.
- Retomar a discussão, em nível nacional, do papel do enfermeiro nas unidades básicas de saúde.
- Realizar, em parceria com o MS capacitação e atualização dos profissionais que atuam nos serviços básicos.
- Produzir e ou adquirir em quantidade adequada material didático para as atividades educativas específicas para as ações em planejamento familiar.
- Desenvolver estratégias para melhorar a integração com a atenção secundária e terciária no nível assistencial, organizacional e gerencial.
- Investir na produção de material técnico e didático atualizado para os profissionais e para as atividades de educação em saúde sexual e reprodutiva.

Em relação às UBS:

- Retirar o foco da simples entrega dos contraceptivos e ampliar o leque de ações para o fortalecimento do planejamento familiar.
- Desenvolver estratégias para melhorar a interação entre os profissionais da atenção primária para fortalecer a integralidade do cuidado à saúde.
- Incluir na rotina a emissão de relatórios com análise sócio econômica dos usuários .
- Desenvolver estratégias que fortaleçam os vínculos com a comunidade atendida.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações do planejamento familiar nas Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde da Família no Distrito Federal parecem acontecer de forma não sistematizada comprometendo o acesso das usuárias aos métodos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

O papel gerencial da Secretaria de Saúde do Distrito Federal no processo de coordenação destas ações ainda ocorre fragmentado, pouco articulado com as regiões administrativas, isentando-se do cumprimento das responsabilidades traçadas na Política de Atenção Básica⁶.

Seria fácil listar estas responsabilidades, que cabe ao Distrito Federal, como estado e município, e constatar que poucas ações estão sendo efetivamente implantadas em planejamento familiar, dado a expansão do Programa Saúde da Família, como estratégia prioritária no alcance da saúde dos indivíduos, e ainda considerando o repasse de recursos federais para esta finalidade.

Espera-se com este estudo contribuir com a reflexão sobre as práticas vivenciadas nas unidades básicas de saúde, quando se trata da assistência básica aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, trazendo para a realidade das pessoas ações como a divulgação da assistência em planejamento familiar, a logística de distribuição dos insumos, funções e rotinas sistematizadas no serviço, sistemas de informação válidos, avaliação da assistência prestada e o foco educativo em saúde sexual e reprodutiva.

É fundamental que os gestores e profissionais de saúde incorporem na gestão dos serviços de saúde, a integralidade da atenção à saúde, e neste contexto, devem ser incluídas as ações em planejamento familiar, para que os indivíduos possam usufruir com segurança sua sexualidade.

Não basta que as unidades de saúde apresentem boa estrutura física, se os aspectos assistencial e organizacional não se complementam. Para a implementação das políticas de planejamento familiar é necessário planejamento e estratégias que fortaleçam as ações, considerando as realidades e necessidades locais.

Estudos futuros podem ser necessários com o objetivo de discutir a atuação dos enfermeiros (as) no campo da saúde sexual e reprodutiva, nas UBS, e discutir qual a importância do planejamento familiar no âmbito da gestão em saúde.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves JED. As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil. Textos para Discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Rio de Janeiro, 2006; 21.
1. Brasil. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde; 1984.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
3. Brasil. Lei n 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 jan 1996 ; Seção 1.
4. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-am Enfermagem. 2005; 13(6): 102.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. Série Pactos pela Saúde 2006, V.4. Brasília, DF; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/2001. Portaria GM/MS nº95/2001. Brasília 2001; 28p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, DF; 2004.
8. **Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006. Portaria GM/MS nº 399 2006. Brasília 2006;**
9. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos: uma prioridade de governo. Brasília, DF; 2005.
11. Ventura M. Direitos Reprodutivos no Brasil. UNFPA, 2004.
12. Pedro JM. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. Rev. Bras. Hist. 2003; 23(45): 239-260.

13. Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006: Pesquisa Nacional Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006. Brasília, DF.
14. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2006; 6 (1): 75-84.
15. Schor N, Ferreira AF, Machado VL, França AP, Pirotta KCM, Alvarenga AT, Siqueira AAF. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. Cad Saúde Pública. 2000; 16(2):377-384.
16. Brasil. Ministério da Saúde. PNDS1996: Pesquisa Nacional De Demografia e Saúde da Criança e da Mulher1996.Brasília, DF.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Plano de Ação 2008-2011. Brasília, DF.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Portaria MS nº 1.459/2001. Brasília 2011; 14p.
19. 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(11) :2481-2490.
20. Osis MJD, Carvalho LEC, Ceccatti 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; 25:625-34.
21. Estrada F, Girón CH, Walker D, Campero L, Prado BH, Maternowska C. Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaria de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. Salud public Méx. 2008; 50(6).
22. Samrsla M, Nunes JC, Kalume C, Cunha ACR, Garrafa V. Expectativa de mulheres à espera de reprodução assistida em hospital público do DF- estudo bioético. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53(1).
23. Sen A K. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro: Record; 2001.
24. Nagahana EEI. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(2).
25. 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 Matern Infant. 2010; 10(1).

26. Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(4).
27. Calixto L. Estudo de caso sobre custos ambientais: ênfase nos procedimentos metodológicos. *RAM – REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO MACKENZIE* 2009; 10(2) : 87-109.
28. Beuren IM . Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade. São Paulo: Editora Atlas; 2006.
29. Hartz ZMA, Silva, LMV. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador; EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz 2005; 275.
30. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud. Fam. Plann.* 1990; 21: 61-91.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento Familiar: manual para o gestor. Brasília, DF; 2002.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico - Assistência em Planejamento Familiar. Brasília, DF; 2002.
33. Brasil. Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986. *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá providências* . Brasília: Diário Oficial da União. 26 jun 1986; Seção I - fls . 9.273 a 9.275
34. Kalckmann S, Lago TG; Barbosa RM; Villela W, Goldmam S. O diafragma como método contraceptivo: a experiência de usuárias de serviços públicos de saúde. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(4).
35. Madureira VSF, Trentini M. Da utilização do preservativo à prevenção de DST/AIDS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(6).
36. Almeida CCL. Risco e Saúde Reprodutiva: a percepção dos homens de camadas populares. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(3): 797-805.
37. Hernández-Girón C, Valdez AC, Quiterio-Trenado M, Peruga A, Hernadéz-Avila M. Características de comportamento sexual em hombres de la Ciudad de Mexico. *Salud Pública Mex*. 1999; 41(2): 95-100.
38. Fonseca AD. A concepção de sexualidade na vivência de jovens: bases para o cuidado de enfermagem [tese]. Florianópolis (SC): UFSC; 2004.
39. Kalckmann S, Farias N, Carvalheiro JR. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema único de Saúde, em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Rev. bras. Epidemiol*. 2009 ;12(2).

40. Barbosa RM, Kalckmann S, Berquó E, Stein Z. Notes on the female condom through the public health sector: Experience from South Africa. *AIDS Care* 2000; 12(5): 589-601.
41. Figueiredo R, Bastos S, Soares MA, Telles JL, Miranda M. Distribuição da Contracepção de Emergência na Atenção Básica de São Paulo: caracterização de oferta em PSF e UBS dos municípios do estado. *BIS* . 2007; 42.

11. ANEXOS

ANEXO I: Número de unidades básicas de saúde do distrito federal com equipes de saúde de família cadastradas no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (fevereiro 2012)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	CNES (06/02/2012)	ESF	REGIÃO ADMINISTRATIVA
CENTRO DE SAUDE DA ESTRUTURAL	779374	PFS-EQ 01 - CS DA ESTRUTURAL PFS-EQ 06-CS DA ESTRUTURAL PFS-EQ 03 CS DA ESTRUTURAL PFS-EQ 05-CS DA ESTRUTURAL PFS-EQ 02-CS DA ESTRUTURAL PFS-EQ 04-CS DA ESTRUTURAL	Guará
CSC 08 CEILANDIA	0011045	ESF 21 - CSC 08 ESF 19 - CSC 08 ESF 17 - CSC 08	Ceilândia
CSC 12 CEILANDIA	2617293	ESF 30 - CSC 12	Ceilândia
CSP 04 ESTANCIA DE PLANALTINA	6216013	PSF- EQUIPE 34 - M. DARMAS PSF- EQUIPE 33 - M. DARMAS PSF-EQUIPE 31 - M. DARMAS	Planaltina
CSP 05 ARAPOANGA PLANALTINA	6216021	PSF - EQUIPE18 – ARAPOANGA PSR- EQUIPE 19 – ARAPOANGA	Planaltina

		PSF - EQUIPE 22 – ARAPOANGA	
CSPA 02 ITAPOA	6268269	ESF - EQUIPE 12 CSPA 02 ITAPOA ESF - EQUIPE 10 CSPA 02 ITAPOA ESF - EQUIPE 13 CSPA 02 ITAPOA ESF - EQUIPE 11 CSPA 02 ITAPOA	Paranoá
CSRE 02 RECANTO DAS EMAS	0011134	PACS - EQUIPE 09 - CSRE02 PACS - EQUIPE 11 - CSRE02 PACS - EQUIPE 13 - CSRE02	Recanto das Emas
CSSA 01 SAMAMBAIA	0010642	PSF EQUIPE 16 - CSSA 01 PSF EQUIPE 43 - CSSA 01 PSF EQUIPE 15 – CSSA PSF EQUIPE 18 - CSSA 01 PSF EQUIPE 21 – CSSA PSF EQUIPE 17 - CSSA 01 PSF EQUIPE 22 - CSSA 01 PSF EQUIPE 20 – CSSA PSF EQUIPE 19 - CSSA 01	Samambaia
CSSA 02 SAMAMBAIA	0010774	PSF EQUIPE 28 - CSSA 02 PSF EQUIPE 30 -	

		CSSA 02 PSF EQUIPE 32 - CSSA 02 PSF EQUIPE 31 - CSSA 02 PSF EQUIPE 33 - CSSA 02 PSF EQUIPE 27 - CSSA 02 PSF EQUIPE 29 - CSSA 02	
CSSA 03 SAMAMBAIA	0010677	PSF EQUIPE 07 PSF EQUIPE 10	Samambaia
CSSA 04 SAMAMBAIA	0010685	PSF EQUIPE 44 - CSSA 04 PSF EQUIPE 39 - CSSA 04 PSF EQUIPE 38 - CSSA 04 PSF EQUIPE 40 - CSSA 04 PSF EQUIPE 37 - CSSA 04 PSF EQUIPE 36 - CSSA 04	Samambaia
ESF 402 EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA	6551513	ESF EQUIPE 12 QD 604/605	Recanto das Emas
PSF EQUIPE 01 PSR PADDF	0011630	PSF EQUIPE 01 PSR - PAD-DF	Paranoá
PSU ARAPOANGA	5050340	PSF - EQUIPE 27 - ARAPOANGA	Planaltina
PSU AREAL QS 08	3742822	PFS - EQ. 01 PSU AREAL QS 08	Taguatinga
PFS 02 - PSU CONDOMINIO PRIVE	3144658	PFS 02 - PSU CONDOMINIO PRIVE	Ceilândia

PSU BRAZLANDIA 01	3144658	PFS-EQUIPE 06- PSU BRAZLANDIA	Brazlândia
PSU ITAPUA	3286959	PSU EQUIPE 08 – ITAPUA PSU EQUIPE 07 – ITAPUA	Paranoá
PSU POSTO URBANO N 01	3742873	PFS-EQ.23 UBS POSTO URB 1 PFS-EQ 10-UBS POSTO URB 1	São Sebastião
PSU POSTO URBANO N 02	3212068	PFS-EQUIPE 11- UBS POSTO URB 2 PFS-EQUIPE 19- UBS POSTO URB 2	São Sebastião
PSU QUADRA 18	3286975	UBS EQUIPE 06 - QUADRA 18 PA	Paranoá
PSU RECANTO DAS EMAS 01	3144623	PFS-EQ 04-PSU R. DAS EMAS 01	Recanto das Emas
PSU RIACHO FUNDO I QN 01	3781437	PFS-EQ. 02 UBS R.FUNDO I	Riacho Fundo I
PSU RIACHO FUNDO II	2660199	EQUIPE 02 - PSF RF II EQUIPE 08 PSF - RF II	Riacho Fundo II
PSU SAMAMBAIA QUADRA 317	3742857	PSF EQ 06 PSU SAMAMBAIA QD 317	Samambaia
PSU SANTA MARIA 01	3144593	PFS-EQ 04-PSU SANTA MARIA 01 PFS-EQ 08 - PSU SANTA MARIA 01	Santa Maria
PSU SANTA MARIA 02	3144607	PFS-EQ 05-PSU SANTA MARIA 02 PFS-EQ 09 - PSU	Santa Maria

		SANTA MARIA 02	
PSU SANTA MARIA 03	0011053	PFS-EQ 03PSU SANTA MARIA 03	Santa Maria
PSU 2 RIACHO FUNDO II	3410196	PFS EQ 01 PSU-RF II	Riacho Fundo II
UBS BOSQUE 02	3212025	PFS-EQUIPE 13-UBS BOSQUE 2	São Sebastião
UBS JOAO CANDIDO	3286932	PFS-EQUIPE 22-UBS JOAO CANDIDO	São Sebastião
UBS MINI CHACARAS	6770665	ESF MINI-CHACARAS EQUIPE 05	Sobradinho
UBS MORRO AZUL	3212033	PFS-EQUIPE 08-UBS MORRO AZUL	São Sebastião
UBS QUADRA 115 RE	3331245	PFS-EQ 05-UBS QUADRA 115 RE	Recanto das Emas
UBS RIACHO FUNDO II QN 14 C	3742881	PFS - EQ. 03 UBS RF II QN 14 C PFS - EQ. 06 UBS RF II QN 14C	Riacho Fundo II
UBS RIACHO FUNDO II QN 15 D	3742830	PFS - EQ. 04 UBS RF II QN 15 D PFS - EQ. 07 UBS RF II QN 15D	Riacho Fundo II
UBS SAO FRANCISCO SS	3212017	PFS-EQUIPE 12-UBS SAO FRANC SS	São Sebastião
UBS SETOR TRADICIONAL	3254887	PFS-EQ 21-UBS-ST TRADICIONAL	São Sebastião
UBS SITIO DO GAMA	3144569	PFS-EQ. 01 - UBS SITIO DO GAMA	Santa Maria
UBS VILA BOA	3254909	PFS-EQUIPE 18-UBS VILA BOA	São Sebastião
UBS VILA ESTRUTURAL	3513564	PFS-EQ 07-UBS V.ESTR. QD 15	Guará

QUADRA 15			
UBS VILA NOVA I	3212076	PFS-EQUIPE 09- UBS VILA NOVA	São Sebastião
CSC 09 CEILANDIA	0011053	ESF 16 - CSC 09	Ceilândia
CSF 04 RIACHO FUNDO II	5038669	EQUIPE 11 PSF - RF II	Riacho Fundo II
PSR DVO	2673894	PFS - EQUIPE 01 PSR DVO	Gama

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde /MS

ANEXO II: Questionário estruturado sobre as ações e serviços em Planejamento Familiar nas Unidades Básicas de Saúde com Equipe de Saúde da Família, no Distrito Federal, destinado ao profissional responsável pela Equipe de Saúde da Família.

Região Administrativa: _____

Data: _____

Unidade Básica de Saúde: _____

ESF: _____

Endereço: _____

Profissão do respondente: _____

APRESENTAÇÃO

Mestranda: Vanusa Baeta Figueiredo Peres.

O presente instrumento de avaliação em Planejamento Familiar faz parte da pesquisa de mestrado em Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. A pesquisa se intitula *Avaliação das ações e serviços do Planejamento Familiar, nas Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde da Família, no Distrito Federal, Brasil*, com orientação do Professor Doutor Marcos Augusto Bastos Dias do Instituto Fernandes Figueira/MS. Desde 2009, trabalho como técnica na Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em especial com o Planejamento Familiar e com a incorporação de novos medicamentos e tecnologias que possam beneficiar a saúde sexual e a saúde reprodutiva das mulheres. Espera-se com este trabalho trazer à esfera federal reflexões sobre a atenção em Planejamento Familiar, no Brasil, de maneira a continuar a garantir e ampliar as condições necessárias para a efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos da população.

PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário é composto por três dimensões: assistencial, organizacional e estrutural.

- a) O questionário será conduzido por um entrevistador treinado e capacitado.
- b) As respostas devem ser assinaladas com um X.
- c) Usar caneta esferográfica azul ou preta.
- d) Algumas questões exigem mais de uma resposta.
- e) A participação dos servidores na pesquisa deve ser voluntária.
- f) Os respondentes devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, que será apresentado no momento da pesquisa.
- g) Os nomes dos servidores não serão divulgados.

Os dados serão tabulados e analisados de forma a permitir prevalências e estimativas de parâmetros como médias, proporções e desvio padrão das diversas variáveis relacionadas à implantação das ações do PF.

A consolidação dos dados será feita em uma planilha Excel.

Brasília, _____ de _____ de 2012

DIMENSÃO ASSISTENCIAL

Número de UBS com Equipes de Saúde de Família que cumprem os critérios de inclusão da pesquisa: 45

1) Como se dá a entrada no Programa de Planejamento Familiar?

1. () grupos de inscrição mistos e periódicos
2. () livre demanda
3. () não há ações próprias para o Planejamento Familiar
3. () não sabe

2) Qual(is) o(s) método(s) reversível/irreversível(eis) mais solicitado(s) ? Assinale pelo menos duas opções.

1. () pílula oral
2. () DIU
3. () injetáveis
4. () laqueadura
5. () preservativo masculino
6. () diafragma
7. () pílula de emergência
8. () vasectomia
9. () outros métodos

3) Existe alguma dificuldade no programa do Planejamento Familiar?

1. () sim
2. () não

4) Se sim, quais?

1. () falta dos métodos
2. () falta do médico/a
3. () falta de enfermeiros/as
4. () falta das atividades educativas
5. () não sabe

5) Em relação à pílula de emergência , o método está disponível na unidade?

1. () não 2.() sim

6) Se não, por que?

1. () a SES não envia, apesar da solicitação
2. () a unidade não solicita
3. () por falta de profissionais capacitados
4. () por questões éticas e religiosas
5. () não sabe

7)Os profissionais de saúde fornecem a pílula de emergência na ausência do médico?

- 1.() não 2.() sim

8) Há atividades educativas na unidade?

- 1.() não 2.() sim

9) Se sim, são realizadas em qual intervalo de tempo?

1. () semanalmente
2. () quinzenalmente
3. () mensalmente

3. () de 6 em 6 meses

10) Todas as pessoas inscritas passam pelas atividades educativas?

1. () não 2. () sim

11) Há orientação individual para adultos e adolescentes?

1. () não 2. () sim

12) Os grupos são formados respeitando a faixa etária?

1. () não 2. () sim

13) Os grupos são formados por:

1. () menos de 20 pessoas
2. () 20 pessoas
3. () mais de 20 pessoas
4. () não sabe

15) Para as retiradas subsequentes dos métodos é necessária a participação nas atividades educativas?

1. () não 1. () sim

16) Nos casos de indicação de laqueadura, onde o procedimento é realizado?

1. () no próprio município
2. () em outro município
3. () não se consegue realizar

4. () não sabe

17) A indicação da laqueadura ocorre com maior frequência em qual faixa etária?

1. () 19 a 24 anos
2. () 24 a 29 anos
3. () 29 a 34 anos
4. () 34 a 39 anos
5. () 44 a 49 anos
6. () acima de 49 anos

18) Da indicação à realização do procedimento, o tempo médio de espera é:

1. () um mês
2. () de dois a seis meses
3. () de sete meses a um ano
4. () mais de um ano
5. () não sabe

19) Caso haja obstáculos para a realização da laqueadura, assinale-o(s).

1. () leitos insuficientes;
2. () falta de indicação médica
3. () obstáculos impostos pela Lei n 9.263
4. () falta de vontade do gestor
5. () não sabe

20) Nos casos de indicação de vasectomia, onde o procedimento é realizado?

1. () no próprio município
2. () em outro município

3. () não consegue realizar

4. () não sabe

21) A indicação da vasectomia ocorre com maior frequência em qual faixa etária?

1. () 19 a 24 anos

2. () 24 a 29 anos

3. () 29 a 34 anos

4. () 34 a 39 anos

5. () 44 a 49 anos

6. () acima de 49 anos

22) Da indicação à realização do procedimento, o tempo médio de espera é:

1. () um mês

2. () de dois a seis meses

3. () de sete meses a um ano

4. () mais de um ano

5. () não sabe

23) Caso haja obstáculos para a realização da vasectomia, assinale-o(s).

1. () leitos insuficientes

2. () falta de indicação médica

3. () obstáculos impostos pela Lei n 9.263

4. () falta de vontade do gestor

5. () não sabe

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

1) Existe coordenação do PF na unidade?

1. () não 2. () sim

2) Qual profissional coordena o programa?

1. () enfermeiro/a
2. () médico/a
3. () técnico de enfermagem
4. () psicólogo/a
5. () assistente social
6. () outro profissional
7. () a equipe multiprofissional

3) Qual é a rotina para seguimento da distribuição dos métodos às/aos usuários?

1. () os usuários passam por outra consulta médica para retiradas subsequentes
2. () os profissionais de enfermagem têm autonomia para trabalhar nos programas de saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde.
3. () não há rotina estabelecida , ora há entrega, ora não há
4. () não sabe

4) Há produção mensal de balancetes para controle de estoques dos anticoncepcionais?

1. () não 2. () sim

5) Há registros dos grupos educativos?

1. () não 2.() sim

7) Há monitoramento da procura dos métodos?

1.() não 2.() sim

8) Os dados são consolidados e transformados em dados estatísticos?

1. () não 2. () sim

9) Se consolidados, quem utiliza os dados?

1. () a própria UBS
2. () os dados são enviados para a SES

11) Qual a forma de divulgação das ações em PF na unidade ?

1. () folhetos/ informes
2. () boca a boca
3. () palestras
4. () não há divulgação
5. () não sabe

12) Fora da unidade de saúde, a divulgação ocorre :

1. () pelos agentes comunitários de saúde -ACS
2. () pelo Programa Saúde na Escola
3. () por palestras feitas pelos profissionais da unidade em centros comunitários, clubes,e associações
4. () nas maternidades através de cartazes , folhetos e pelos próprios profissionais de saúde.

5. () não sabe

13) A UBS recebe material educativo para o público?

1. () não 2.() sim'

14) Se não , por que?

1. () falta de orientação e organização dos fluxos de trabalho

2. () a unidade não solicita à SES

3. () não sabe

15) Há protocolos de PF elaborados pela SES?

1. () não 2.() sim

16) Os protocolos abordam encaminhamentos para casos de diabetes, pressão alta, e outras patologias?

1.() não 2.() sim

17) Os protocolos abordam encaminhamentos para casos de infertilidade?

1.() não 2.() sim

18) Na unidade é feita avaliação do Programa de Planejamento Familiar?

1. () não 2.() sim

19) Se sim, qual profissional é responsável?

1. () o responsável pela ESF
2. () o diretor ou gerente da UBS
3. () não há um profissional designado
4. () não sabe

20) A avaliação inclui escuta ao cliente?

1. () não
2. () sim

21) A avaliação é feita em qual intervalo de tempo?

1. () de seis em seis meses
2. () anualmente
3. () mais de um ano
4. () não sabe

DIMENSÃO ESTRUTURAL

1) Quantas equipes de estratégia da saúde da família há na UBS?

1. () uma
2. () duas
3. () mais de duas
4. () não sabe

2) Qual o número de profissionais que atuam no PF?

1. () um
2. () dois a quatro
3. () quatro a seis
5. () todos os profissionais da equipe

3) Quais profissionais receberam capacitação para trabalhar com o planejamento familiar?

1. () médico
2. () enfermeiro
3. () psicólogo
4. () assistente social
5. () ACS
6. () auxiliar de enfermagem
7. () outro
8. () não sabe

4) Quais profissionais trabalham as ações educativas do programa?

1. () médico

2. () enfermeiro
3. () psicólogo
4. () assistente social
5. () ACS
6. () auxiliar de enfermagem
7. () outro
8. () não sabe

5) Quais profissionais trabalham o aspecto clínico?

1. () médico
2. () enfermeiro
3. () psicólogo
4. () assistente social
5. () ACS
6. () auxiliar de enfermagem
7. () outro
8. () não sabe

6) Quais métodos anticoncepcionais foram recebidos no último ano?

1. () pílula oral combinada
2. () injetável mensal
3. () injetável trimestral
4. () pílula de emergência
5. () DIU
6. () diafragma
7. () minipílula
8. () outros

7) Caso a unidade de saúde não tenha recebido alguns dos métodos, seria por:

1. () falta de solicitação
2. () a SES não envia , apesar da solicitação
4. () não sabe

8) Foi suficiente o quantitativo de anticoncepcionais recebidos para atender a demanda?

1. () é suficiente
2. () é insuficiente
3. () está em excesso
4. () não recebe
5. () não sabe

9) Esta UBS possui sala de espera com assentos suficientes para a clientela?

1. () não
2. () sim

10) Se não, por que?

1. () não há espaço físico
2. () não foi requisitado pela unidade
3. () não há recurso
4. () não sabe
5. () outro

11) Esta UBS possui consultório com privacidade?

1. () não
2. () sim

12) Se não, por que?

1. () não há espaço físico
2. () não foi requisitado pela unidade
3. () não há recurso
4. () não sabe
5. () outro

13) Esta UBS possui mesa para exame ginecológico?

1. () não 2. () sim

14) Se não, por que?

1. () não há espaço físico
2. () não foi requisitada pela unidade
3. () não há recurso
4. () não sabe
5. () outro

15) Esta UBS realiza procedimentos de inserção do DIU?

1. () não 2. () sim

16) Se não, por que?

1. () não há espaço físico
2. () não há profissionais capacitados
3. () não há DIU
4. () não há procura
5. () há encaminhamento para um centro de referência
6. () não sabe

14) Esta UBS realiza procedimentos de orientações para medição e inserção do diafragma?

1. () não 2. () sim

15) Se não, por que?

1. () não há espaço físico
2. () não há profissionais capacitados
3. () não há diafragma
4. () não há procura
5. () há encaminhamento para um centro de referência
6. () não sabe

16) Há suprimento adequado de equipamentos e instrumentos de trabalho, como, balança, aparelho de pressão, espéculo vaginal, estetoscópio, e outros?

1. () não 2. () sim

17) Se não, por que:

1. () a SES não envia
2. () a unidade não solicita
4. () não sabe

20) Há material educativo em PF destinado aos usuários?

1. () não 2. () sim

21) Se não, porque:

1. () a SES não envia
2. () a unidade não solicita
3. () não sabe

22) Há material pedagógico para as atividades educativas?

0. () não 1. () sim

23) Se sim, quais?

1. () álbuns seriados
2. () folhetos sobre métodos anticoncepcionais
3. () cartazes
4. () modelos pélvicos femininos e masculinos ou figuras ilustrativas
5. () mostra de métodos anticoncepcionais
6. () filmes

24) Se não, porque:

1. () a SES não envia
2. () a unidade não solicita
3. () não sabe

25) Há espaço físico com ventilação, iluminação e lugar para as pessoas se acomodarem sentadas para as atividades educativas?

1. () não 2. () sim

26) Há espaço isento de umidade, com ventilação e com iluminação natural para armazenamento dos métodos anticoncepcionais?

1. () não

2. () sim

ANEXO III: Matriz de descrição do grau de implementação das ações programáticas de Planejamento Familiar nas Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde de Família no Distrito Federal, segundo a dimensão estrutural, organizacional e assistencial. Brasil, 2012.

DIMENSÃO ESTRUTURAL

1. Recursos humanos
2. Estrutura física
3. Insumos contraceptivos/ Referências laqueaduras, vasectomias, infertilidade
4. Material educativo e informativo
5. Equipamentos /Instrumental
6. Material de consumo

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

1. Instrumentos de registro dos métodos (entrada/saída)
2. Planilha de inscrição no programa de Planejamento familiar
3. Monitoramento das ações/ Avaliação e planejamento
4. Estatísticas do programa
5. Disseminação das informações relacionadas ao Planejamento Familiar
6. Protocolos e fluxos

DIMENSÃO ASSISTENCIAL

1. Consulta médica /ginecológica
2. Consulta de enfermagem
3. Atendimento pelo agente comunitário de saúde/ auxiliar de enfermagem
4. Formação dos grupos educativos e a atividade educativa
5. Atendimento pelas ESF
6. Atendimento para contracepção de emergência

7. Consulta clínica para os homens voltada para a saúde reprodutiva
6. Consulta clínica específica para adolescentes
9. Fornecimento dos métodos reversíveis /irreversíveis

ANEXO IV: MODELO TEÓRICO - LÓGICO

ASPECTOS DO CONTEXTO	OBJETIVOS	INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADO	IMPACTO
ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS EM PF NAS UBS COM ESF	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar as ações e serviços referentes ao PF. - Garantir o acesso igualitário de mulheres e homens ao PF. - Garantir o acesso dos adolescentes ao PF. - Garantira distribuição dos contraceptivos reversíveis ofertados pelo SUS. - Garantira escolha do método irreversível tanto para homens e mulheres. - Garantir a informação qualificada sobre PFa toda população em idade fértil. - Melhorar a qualidade da consulta médica ou de enfermagem em PF - Garantir à mulher, ao homem ou ao casal a escolha livre e informada dos contraceptivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos - Métodos contraceptivos - Material educativo e informativo produzido pelo Ministério e Secretarias de Saúde. - Protocolos e fluxos para uso de anticoncepcionais. -Aumento dos procedimentos médicos para laqueadura, vasectomia, Encaminhamento das infertilidades e dos portadores de HIV que desejam ter filhos. - Instrumentos de Avaliação e Monitoramento do PFno DF 	<ul style="list-style-type: none"> -Ações educativas sobre a saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo a participação dos homens e dos adolescentes -Promoção da articulação com áreas afins (saúde do homem, saúde do adolescente, DST/AIDS, Atenção Básica ou Primária)e movimentos sociais - Divulgação nas unidades de saúde e maternidades dos métodos contraceptivos disponíveis. - Utilização de protocolos de anticoncepcionais e de rotinas fluxos de atendimento - Treinamento das equipes de ESF em PF. Sensibilização de gestores para 	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgada na mídia impressa e falada , os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas. -Realizada a interação entre áreas afins, através de encontros presenciais ou vídeo conferências - Realizada divulgação nas unidades de saúde e maternidades dos contraceptivos disponíveis, por meio de cartazes e folhetos. - Gestores sensibilizados para importância de aderirem ao PF - Profissionais capacitados para melhorar a qualidade da atenção em PF 	<ul style="list-style-type: none"> - O DF recebe todos os anticoncepcionais hormonais e não hormonais ofertados pelo SUS. -Numero suficiente de Hospitais referência para laqueadura e vasectomia - Numero de laqueaduras realizadas de acordo com a demanda. - Numero de vasectomias realizadas de acordo com a demanda. - 1 UBS com ESF para 12 mil habitantes. - Unidades de saúde recebem material educativo do MS e SES - UBS recebem preservativo masculino - Unidades de 	<ul style="list-style-type: none"> - A população passa a conhecer seus direitos e cobrá-los das instâncias responsáveis. - Redução do número de abortamento. - Redução da gravidez indesejadas -A População em idade fértil tem acesso à assistência clínica em saúde reprodutiva e saúde sexual e às ações educativas. -A População em idade fértil tem acesso aos métodos reversíveis e irreversíveis Envolvimento das ESF com o PF. - Maior

	<p>- Promover o aperfeiçoamento dos profissionais em PF</p>		<p>importância do Planejamento Familiar</p>	<p>Procedimentos de laqueadura e vasectomia encaminhados com fluidez e agilidade. - Casos específicos de HIV/AIDS, e infertilidade, encaminhados oportunamente Monitoramento , avaliação e planejamento sistemáticos envolvendo gestores, coordenadores, e equipes de saúde da família Gerenciamento da distribuição dos métodos anticoncepcionais</p>	<p>saúde trabalham com os protocolos e fluxos.</p>	<p>adesão dos gestores às ações e serviços do PF. - Usuárias que necessitam de tratamento para infertilidade ou são portadores de HIV conseguem encaminhamento. -Aumento do número de profissionais capacitados em PF na rede</p>
--	---	--	---	---	--	---

ANEXO V: Requerimento para Parecer

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Senhor (a) Coordenador (a),

(**Nome, profissão**), residente na (**Rua, nº, bairro, cidade, UF**), (**Vínculo de trabalho**), pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa (**título do projeto**), vem requerer a V.S^a. a revisão ética e científica do projeto de pesquisa mencionado, a ser desenvolvido no(a) (**Unidade de Saúde, Regional de Saúde**), da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, no período de ____/____/____ a ____/____/____.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Brasília, ____ de ____ de ____.

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO VI: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto:

_____.

O objetivo desta pesquisa é: _____

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário (ou entrevista) que o(a) senhor(a) deverá responder no setor de _____ na data combinada com um tempo estimado para sua realização: _____. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário (ou entrevista). Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o (a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição _____ podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a)._____, na instituição_____
telefone: _____, no horário: _____.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ___ de _____ de _____

Obs.:

1) Para projetos de farmacologia clínica incluir a seguinte frase:

O pesquisador deste projeto se compromete em dar o conhecimento ao paciente de todos os eventos adversos ocorridos durante o desenvolvimento desta pesquisa e assegura a manutenção do tratamento farmacológico se constatado o benefício terapêutico do fármaco em estudo.

2) TCLE com mais de uma folha:

Na eventualidade do TCLE apresentar mais de uma folha, deverá constar por escrito que estas deverão ser rubricadas pelo sujeito da pesquisa ou responsável e pelo pesquisador responsável.

ANEXO VII: Termo de Concordância

O (**Nome do Diretor ou Chefe**) do (**Hospital**) do (**Centro de Saúde da SES-DF**) da (**Unidade ou clinica**) está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa (**título da pesquisa**), de responsabilidade do(a) pesquisador(a) (**nome do(a) pesquisador(a) responsável**), para (**finalidade**), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

O estudo envolve (**administração de medicamentos**), (**realização de entrevistas, exames clínicos, exames laboratoriais e outros**) em (**pacientes servidores da SES/DF**). Tem duração de (**semana/mês/ano**), com previsão de início para (**mês/ano**).

Brasília, _____ / _____ / _____

Diretor responsável do Hospital: _____

Assinatura/carimbo

Chefia responsável pela Unidade Clínica: _____

Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: _____.

Assinatura

ANEXO VIII: Unidades de Saúde não localizadas pelo endereço do CNES/MS

- 1) Centro da Saúde da Estrutural - Guará
- 2) UBS Vila Estrutural - Guará
- 3) CSRE 02 - Recanto das Emas
- 4) PSU Riacho Fundo I QN 01- Riacho Fundo
- 5)ESF 402 Equipe da Saúde da Família- Recanto das Emas
- 6)PSF Equipe 01 PSR PADDF- Paranoá
- 7)UBS Quadra 115 RE- Recanto das Emas

ANEXO IX : Unidades de Saúde que se recusaram a responder o questionário na primeira visita

- 1) CSC 12 Ceilândia- Ceilândia
- 2) CSP 04 Estância de Planaltina-Planaltina
- 3) CSP 05 Arapoanga Planaltina-Planaltina
- 4) CSSA 01 Samambaia- Samambaia
- 5) PSU 2 Riacho Fundo II- Riacho Fundo II
- 6) UBS Setor |Tradicional- São Sebastião
- 7) PSU Brazlândia 01- Brazlândia
- 8) PFS 02 Condomínio Prive- Ceilândia
- 9) UBS João Candido- São Sebastião
- 10) PSU Santa Maria 01- Santa Maria
- 11) PSU Santa Maria 03 – Santa Maria |
- 12) PSU Recanto das Emas 01 – Recanto das Emas
- 13) CSSA 02 Samambaia- Samambaia
- 14) CSSA 03 Samambaia- Samambaia

ANEXO X: Unidades de Saúde que receberam as entrevistadoras na segunda visita

- 1) CSC 12 Ceilândia- Ceilândia
- 2) CSSA 01 Samambaia- Samambaia
- 3) PSU 2 Riacho Fundo II- Riacho Fundo II
- 4) UBS Setor |Tradicional- São Sebastião
- 5) PFS 02 Condomínio Prive- Ceilândia
- 6) PSU Santa Maria 01- Santa Maria**
- 7) PSU Santa Maria 03 – Santa Maria
- 8) CSSA 02 Samambaia- Samambaia
- 9) CSSA 03 Samambaia- Samambaia

ANEXO XI: Unidades de Saúde que não receberam as entrevistadoras após o contato telefônico para a segunda visita

- 1) CSP 04 Estancia de Planaltina – Planaltina
- 2) CSP 05 Arapoanga Planaltina – Planaltina
- 3) PSU Brazlândia 01- Brazlândia
- 4) UBS João Cândido – São Sebastião
- 5) PSU Recanto das Emas – Recanto das Emas