

Referenciamento regional em Planejamento Familiar no estado de São Paulo^I

Regional referencing in Family Planning in the State of São Paulo, Brazil

Regina Figueiredo^{II}, Anna Volochko^{III}, Silvia Helena Bastos de Paula^{IV}

Resumo

Discutem-se aspectos da integralidade das ações de Planejamento Familiar em São Paulo e a realidade do referenciamento em Planejamento Familiar no estado de São Paulo, avaliando a Atenção Básica de Média e de Alta Complexidade, identificando as principais variáveis que facilitam e dificultam sua viabilidade. O estudo foi realizado entre março e dezembro de 2006, utilizando triangulação metodológica, com levantamento e análise quantitativa de indicadores de saúde de 2003^V, propostos na Programação Pactuada Integrada e no Pacto de Atenção Básica e registrados através do Sistema de Internações Ambulatoriais e do sistema de registro de Autorização de Internações Hospitalares e análise qualitativa de informações, obtidas por meio de entrevistas anotadas, realizadas com gestores e responsáveis pela área de Saúde da Mulher, em municípios e regionais de 5 DIR – Diretorias Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (atuais DRS). Conclui-se que as regionais de saúde e os municípios de São Paulo não possuem uma cultura de avaliação e uso de indicadores em seu planejamento de ações, desenvolvendo o item de planejamento familiar no PDR e na PPI como meros processos burocráticos da gestão.

Palavras-chave: Laqueaduras; Anticoncepção; Planejamento familiar; Referenciamento regional; Gestão de saúde.

Abstract

This article discuss aspects of the integrality care of the Family Planning actions in the São Paulo state, and the reality of process of regional referral health-care and articulate the referral of the care offered to women, evaluating primary, medium and high complexity health care, identifying the principal variables that facilitate and difficult their viability. assessing in primary care, the Middle and High Complexity. The study was conducted between March and December 2006, using methodological triangulation, with inquire and quantitative analysis of health indicators 2003 proposed in the Agreed Integrated Programming (PPI) and Primary Health Care Pact and registered through the Ambulatory Information System and Authorization of Hospitalization System and analyze qualitative information obtained through recorded interviews conducted with managers and responsible for Health area Women in local and regional 5 DIR - regional Health Directorates of State São Paulo (current DRS). We conclude that the regional health and the municipalities of São Paulo state do not have a culture of evaluation and use indicators in their action planning, developing that item and kind of care in family planning in their Developing Regional Plans (PDR) and the PPI as mere bureaucratic processes of the management of health system.

Keywords: Contraception; Family planning; Tubal sterilization; Referencing regional; Health management.

^I Resultados referentes à linha de cuidado de planejamento familiar do Projeto "Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP", realizado pelo Convênio Fapesp, CNPq e PP SUS, nº 05/58542-7.

^{II} Regina Figueiredo (reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br) é socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{III} Anna Volochko (volochko@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciência pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Membro do Grupo Técnico de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo.

^{IV} Silvia Helena Bastos (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciências e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^V Ano utilizado devido à indisponibilidade total de dados digitados nos sistemas de informação estaduais e nacionais quanto aos anos 2004 e 2005.



Introdução

A integralidade das ações de Planejamento Familiar no Brasil está orientada pelo Ministério da Saúde, desde a construção do Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM)¹³, em 1983. Tais iniciativas visam à concretização do direito constitucional de acesso a contraceptivos³, que, a partir de 1996, passa a incluir, também, o acesso a esterilizações cirúrgicas masculinas e femininas, em 2006, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴, a PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia em Saúde de 1996² apontou que 50,8% das mulheres brasileiras entre 15 e 49 anos sexualmente ativas utilizavam algum tipo de contraceptivo, o que no seguimento de pesquisa, feito em 2006¹⁴, saltou para 77%; e que 50% dos nascimentos do país ainda ocorriam de forma não planejada², em 1996, dado que está próximo aos 46% encontrado em 2006¹⁵.

Procurando ampliar e otimizar a oferta de métodos contraceptivos no país, em 2004, o

Ministério da Saúde realizou uma readequação na dispensa desses insumos, iniciando seu envio diretamente aos municípios que tivessem coordenações de Saúde da Mulher e/ou de Atenção Básica, seguindo a proposta de descentralização das ações de SUS previstas na NOB 01/96 e promovendo uma municipalização autárquica¹⁸. A expectativa foi dar atribuição à gerência municipal de todos os mecanismos de promoção ao Planejamento Familiar, utilizando insumos do Ministério da Saúde, definida pela Portaria 2023 de 2004¹⁸. Essa reformulação na política de Planejamento Familiar teve por base a análise das distorções no perfil de uso de contraceptivos, decorrentes da pouca disponibilidade de métodos no SUS. Dessa forma, com o Ministério da Saúde assumindo crescentemente a compra quase da totalidade desses insumos, procura-se exonerar ao máximo as secretarias estaduais e municipais desse ônus, política que permanece até os dias atuais.

Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde estabeleceu uma política de incentivo à formação de uma rede de referenciamento estadual¹, principalmente, para a realização de serviços de maior complexidade, como a oferta de laqueaduras e vasectomias. Tal organização em forma de rede está prevista no estado de São Paulo, pela PPI – Programação Pactuada e Integrada, referendada desde 2005 por gestores municipais com a articulação da esfera estadual, visando à garantia da universalidade do acesso aos serviços entre populações de cidades paulistas de diferentes portes. Por meio do Programa de Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS, que reconhece que é necessária a organização e o rompimento de obstáculos, para que haja aprofundamento do processo recente de cooperação e integração entre as ações e serviços operados pelas três esferas “únicas” de gestão municipal, estadual e federal⁹.

Em 2004, o Ministério da Saúde adquiriu os compostos “kits básicos” de contraceptivos para envio a todos os municípios, contendo as opções de maior utilização no país: pílulas anticoncepcionais orais e injetáveis hormonais. Além deste, foram enviados a municípios com mais de 100.000 habitantes “kits complementares”, compostos por DIU, diafragma e contracepção de emergência¹⁰. No decorrer de 2004 foram também realizadas 38.276 laqueaduras e 14.201 vasectomias na rede pública nacional, em 567 instituições de saúde habilitadas pelo SUS¹¹.

Em 2006, o Ministério da Saúde distribuiu contraceptivos hormonais para 1.388 municípios com mais de 100 mil habitantes e/ou com pelo menos cinco equipes de Saúde da Família: com aproximadamente 11.000.000 cartelas de pílulas combinadas, 1.500.000 minipílulas; 350.000 pílulas de emergência e mais de 430.000 ampolas de injetável hormonal mensal. Para os demais municípios também foi iniciada a licitação para o abastecimento com 25.000.000 de cartelas de pílulas combinadas, 1.200.000 minipílulas,

200.000 pílulas de emergência, 800.000 ampolas de injetável mensal e 250.000 de injetáveis trimestrais, além de 12.000 diafragmas e 176.000 DIUs. A meta do governo federal procurou atender 40.000.000 de usuários das unidades básicas de saúde e das equipes do Programa Saúde da Família, e buscou ampliar em 50% o número de serviços de saúde credenciados para a realização de laqueaduras tubárias e vasectomias, aumentando o acesso à esterilização cirúrgica voluntária¹⁰.

Em 2007, o Ministério da Saúde implementou o “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, que também procurou focar a oferta de métodos anticoncepcionais, com a intenção de promover não apenas o Planejamento Familiar, mas a redução de gestações não planejadas e abortos¹².

O uso de contraceptivos predomina pela retirada no sistema público de saúde, mas dados nacionais também apontam grande aquisição em farmácias e drogarias, o que faz com que prevaleça o uso de métodos de alta eficácia, como a esterilização cirúrgica feminina, que em 1996 chegava a 27,3% das mulheres entre 15 e 49 anos² e, em 2006, a 29%¹⁴, método mais utilizado em ambos os levantamentos.

Segundo Vieira e colegas²⁰, a esterilização feminina aumentou de 25,5% para 41,9% entre 1986 e 1996, embora no estado de São Paulo não tenha havido aumento significativo, uma vez que em 1986 atingia 31,4% e, em 1996², 33,6%. A esterilização masculina aumentou 5,3 vezes no Brasil e em São Paulo 2,5 neste mesmo período, quando também não se observou mudança significativa de uso do DIU e de diafragmas, embora a pílula anticoncepcional¹⁵ permaneça como o mais utilizado, em 2006, em 25% das vezes.

Apenas de 2007 para 2008 o número de laqueaduras saltou de 58.397 para 61.747 casos, registrando, em 2006¹¹, diminuição da idade de realização dessas cirurgias¹¹. No mesmo período o número de vasectomias caiu de 37.245 para

34.617¹¹, que, em 2006, atingiu 5% dos usos de práticas contraceptivas. Esses dados demonstram que o planejamento familiar através da opção por métodos irreversíveis ainda é uma realidade no Brasil e recai predominantemente sobre as mulheres, embora o Ministério da Saúde tenha aumentado em 2008 o valor repassado para pagamento de vasectomias de R\$ 28,00 para R\$ 113,18, autorizando sua realização em ambulatórios – apesar de 69,57% ainda fossem realizados mediante internação hospitalar¹⁶.

Este artigo procura apresentar a realidade do referenciamento em Planejamento Familiar no estado de São Paulo de 2003 a 2006, avaliando a Atenção Básica, a Média e de Alta Complexidade, identificando as principais variáveis que facilitam e dificultam sua viabilidade.

Método

Apresenta-se análise da linha de planejamento familiar do projeto do Projeto “Referenciamento Regional: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP”, realizado pelo Convênio Fapesp, CNPq e PP SUS), nº 05/58542-7¹⁹, realizado entre março e dezembro de 2006, utilizando triangulação metodológica: (1) com levantamento e análise quantitativa de indicadores de saúde de 2003^{vi}, propostos na PPI e no Pacto de Atenção Básica e registrados por meio do Sistema de Internações Ambulatoriais (SAI) e do sistema de registro de Autorização de Internações Hospitalares (AIH), juntamente à análise da quantidade e perfil dos serviços que realizam a dispensa de contraceptivos (unidades de saúde) e cirurgias de esterilização (hospitais e clínicas); e (2) com levantamento e análise qualitativa de informações, obtidas por meio de entrevistas anotadas, realizadas com gestores e responsáveis

pela área de Saúde da Mulher, em municípios e regionais de 5 DIR – Diretorias Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (atuais DRS).

As regionais selecionadas foram escolhidas de forma a representar características de todas as regiões do estado de São Paulo, definidas por 5 escores criados especialmente para o projeto para retratar graus de desenvolvimento social e econômico, baseados no Índice de Responsabilidade Social (IPRS), desenvolvido pela Fundação SEADE, que calcula as dimensões de **riqueza, longevidade e escolaridade** de cada região.

De acordo com padrões decrescentes do ponto de vista de estruturação da Saúde e nível socioeconômico, foram delimitados:

- Grupo 1: regionais com “elevados níveis de esforço gestor para referenciamento e de oferta de serviços e com melhores condições de vida e de riqueza regional”, representado na pesquisa pela DRS Campinas;
- Grupo 2: regionais com “elevados níveis de esforço gestor para referenciamento regional e de oferta de serviços e com condições medianas de vida e de riqueza regional”, representado no estudo pela DRS Piracicaba;
- Grupo 3: regionais com “elevado nível de esforço gestor para referenciamento e mediana oferta de serviços de saúde e condição de vida e de riqueza regional”, representado no estudo pela DRS São José do Rio Preto;
- Grupo 4: regionais com “níveis médios de esforço gestor para referenciamento e mediana oferta de serviços de saúde e baixos níveis de condição de vida e riqueza regional”, representado pela DRS Mogi da Cruzes;
- Grupo 5: regionais com “baixos níveis de esforço gestor para referenciamento e baixa oferta de serviços de saúde e mediano nível de condições de vida e de riqueza regional”, representado no estudo pela DRS São José dos Campos.

^{vi} Ano utilizado devido à indisponibilidade total de dados digitados nos sistemas de informação estaduais e nacionais referente aos anos 2004 e 2005.

Quadro 1 - Resumo de Critérios de Classificação de Regionais de Saúde

	esforço gestor para referenciamento	oferta de serviços	condições de vida e de riqueza regional
G1	elevado	elevada	melhores
G2	elevado	elevada	medianas
G3	elevado	mediana	medianas
G4	médio	mediana	baixos
G5	baixo	baixa	medianos

Assim, as DIRs classificadas e estudadas foram divididas, conforme quadro 2:

Quadro 2 – Divisão de Regionais de Saúde por Escore de Estrutura de Saúde e Nível Socioeconômico

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
1 - S Paulo	7 - Araraquara	8 - Assis	3 - M. das Cruzes	6 - Araçatuba
2 - S André	10 - Bauru	9 - Barretos	4 - F. Rocha	16 - P. Prudente
12 - Campinas	11 - Botucatu	13 - Franca	19 - Santos	21 - S. José Campos
5 - Osasco	14 - Marília	18 - Ribeirão Preto	23 - Sorocaba	
	15 - Piracicaba	22 - S. J. Rio Preto	24 - Taubaté	
	20 - S. João B. Vista		17 - Registro	

OBS - Em negrito as DRS pesquisadas que representam cada grupo.

Na fase quantitativa, como não há registro da dispensa de métodos contraceptivos mais usados (hormonais e injetáveis orais e preservativos), foram realizados o levantamento e a análise da medição e dispensa de diafragmas e DIUs no SUS, proporcionalizando esses procedimentos por parâmetro de população-alvo indicada na PPI: mulheres em idade fértil (de 10 e 49 anos), e pela realização de vasectomias e de laqueaduras, proporcionalizando-as populacionalmente, por mulheres de 25 a 49 anos. Esses dados também foram observados e comparados às expectativas de cobertura de Planejamento Familiar indicadas pelo Ministério da Saúde: atenção de 45% das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e meta de cobertura de 60% desta população¹⁰.

Qualitativamente, as entrevistas feitas também abordaram as facilidades e dificuldades referidas para o sistema de referenciamento para a média e alta complexidade na atenção em Planejamento Familiar.

Resultados

– Indicadores Quantitativos

Embora a maioria das ações envolvidas no Planejamento Familiar ocorra na esfera da Atenção Básica – como atividades educativas para orientar a escolha de método contraceptivo, distribuição de preservativos, contraceptivos reversíveis e da opção de emergência –, a integralidade nessa linha de cuidados implica o acesso da população a níveis crescentes de complexidade, de

modo que incluam o acesso a vasectomias (realizadas em ambulatórios especializados da rede e/ou credenciados) e laqueaduras tubárias (feitas em hospitais).

Quanto aos métodos contraceptivos reversíveis, não está instituído, em nível federal e estadual e na quase totalidade dos municípios, um sistema de registro de dispensa, o que inclui preservativos. Existem apenas dados sobre colocação e entrega de diafragmas e DIUs. Por este motivo, neste estudo, apenas esses dois últimos métodos foram analisados, bem como os registros de realização de esterilizações cirúrgicas masculina e feminina.

a) Distribuição de Diafragmas

Como esperado, devido ao histórico de políticas de pouca promoção ao uso e distribuição do diafragma no país, a dispensa de diafragmas foi muito pequena, praticamente desprezível em todas as DIR estudadas. A maior percentagem de uso ocorreu na Direção Regional de Saúde – DIR Mogi, onde 0,03% das mulheres em idade fértil (consideradas de 10 a 49 anos) receberam

o método. Esse percentual teve interferência do elevado desempenho do município de Guarulhos, que distribuiu 201 diafragmas em 2003.

Nas DIR Campinas (representante do denominado G1 – grupo 1 de regionais) e DIR Piracicaba (G2 – grupo 2), apenas 0,01% das mulheres em idade fértil receberam esse método, apesar de ter sido em Leme (município da DIR Piracicaba), a observação de maior distribuição proporcional de diafragmas neste último grupo: 0,19% maior, inclusive, que qualquer proporção de uso deste método observada na PNAD – Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares de 1996.

Na DIR Campinas (G1), 12/42 (28,57%) dos municípios da regional distribuíram diafragmas; na DIR Piracicaba (G2) apenas Leme, (1/26 municípios, ou seja, 3,85%); na DIR São José do Rio Preto (G3), apenas os municípios de Catanduva e São José do Rio Preto distribuíram diafragmas, correspondendo a 2/101 municípios (1,98%); na DIR São José dos Campos (G4), somente o município de Caraguatuba, ou seja, 1/12 municípios (9,09%); na DIR Mogi das Cruzes (G5), 4/11 dos municípios (36,37%) registraram esse procedimento (ver Quadro 3):

Quadro 3 – Medição e Distribuição de Diafragmas.

Médias, limites e proporção de municípios acima e abaixo da média da DIR e comentários. DIR selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	G1	G2	G3	G4	G5
	Campinas 42 municípios	Piracicaba 26 municípios	S.J. Rio Preto 101 municípios	S.J. Campos 12 municípios	Mogi das Cruzes 11 municípios
Municípios inferiores à média (%)	88,10	96,15	98,02	91,67	81,82
Municípios superiores à média (%)	11,90	3,85	1,98	8,33	18,18
Média na pop. 10 a 49 anos	0,01	0,01	0,00	0,00	0,03
Limites de % min. e máx.	0,00-0,08	0,00 - 0,19	0,00 -0,01	0,00 - 0,02	0,00-0,05
Municípios abaixo da média	30 mun. <	25 mun. <	99 mun. <	11 mun. <	7 mun. <
Municípios acima da média	Hortolândia >	Leme >	Catanduva >	Caraguatuba >	Guarulhos >

Portanto, observa-se que a distribuição de diafragma é pontual, iniciativa de alguns municípios e não pode ser analisada enquanto ação regional; da mesma forma que não se ordena a partir de critérios socioeconômicos e de estrutura de saúde retratado pelos grupos representados no estudo.

b) Inserções de DIUs

O DIU é um método anticoncepcional, ainda, de utilização restrita no estado de São Paulo (embora bem mais utilizado que o diafragma), apesar de haver grandes variações de uso observadas entre as DIR estudadas. A regional com a maior proporção de inserção de DIU foi a DIR Campinas (G1): 0,23% de inserções em mulheres em idade fértil considerada de 10 a 45 anos. Na DIR Piracicaba (G2), a proporção de inserção foi 0,14%. Na DIR São José dos Campos (G4), 0,12%. A menor proporção (menos da metade das colocações referidas nas regionais citadas anteriormente) foi registrada na DIR Mogi das Cruzes (G3) e na DIR São José do Rio Preto (G5), onde apenas 0,05% das mulheres em idade fértil (10 a 45 anos) inseriram este método no setor público.

Na DIR Mogi das Cruzes, apenas 36,37% (4/11) dos municípios relataram casos de inserção de DIU, tendo o município de Arujá alcançado a proporção de 0,42%.

A proporção de municípios com registro de inserção de DIU foi menor na DIR São José do Rio Preto (9,9%; 10/101 municípios), sendo Mirasolândia o município que mais registrou esta prática: 0,33% de uso nas mulheres de 10 a 49 anos.

Apenas 1/3 (33,33%) dos 12 municípios da DIR São José dos Campos relatam inserção de DIU, ficando o limite superior revelado em Jacaré, com 0,42%.

Na DIR Piracicaba, 50% (13/26) dos municípios não relatou inserção de DIU, apesar de Rarfard ter alcançado uma proporção de uso bastante alta: 2,89%.

Já na DIR Campinas, há inserção de DIU em 57,15% (24/42) dos municípios, tendo Paulínea obtido a maior proporção de uso: 3,82%.

Portanto, observa-se que a colocação de DIUS é uma iniciativa que regionalmente está ligada a crescentes padrões socioeconômicos e de estrutura em saúde, apesar de, na DIR Mogi, que representa o Grupo 5 menos favorecido, haver mais equidade e estar presente em 45,45% dos seus municípios

c) Vasectomias realizadas

As regionais que apresentam maior proporção de vasectomias realizadas entre a população feminina de 25 a 49 anos foram a DIR Mogi das Cruzes (G5) e a DIR São José do Rio Preto (G3): ambas com 0,11%.

A DIR Campinas (G1) e a DIR Piracicaba (G2) apresentaram quase a mesma proporção de vasectomia, respectivamente, 0,7% e 0,8%. Porém, a oferta se concentrou em menos municípios na DIR Piracicaba (11,54% deles), do que na DIR Campinas (16,66%).

Na DIR São José do Rio Preto (G3), 18,82% dos municípios excederam a média da DIR na realização deste procedimento, pois uma maior parcela deles proporcionou acesso a esta cirurgia. A maior proporção de vasectomias ocorreu em Ipiguá: 0,30%.

A DIR José dos Campos (G4) teve a menor proporção de vasectomia. Apesar de seu município-sede (São José dos Campos) ter tido a maior proporção de vasectomia proporcional à sua população de mulheres de 25 a 49 anos: 0,02%.

Na DIR Mogi das Cruzes (G5), 90,91% dos municípios ficaram abaixo da média de realização de vasectomias da região, apesar do município de Itaquaquetuba ser o município estudado que mais se destaca nesta proporção (0,90%), entre todos os municípios de DIR estudadas.

Quadro 4 – Inserção de DIU

Médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média da DIR e comentários. DIR selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	G1	G2	G3	G4	G5
	Campinas	Piracicaba	S.J. Rio Preto	S.J.Campos	Mogi das Cruzes
	42 municípios	26 municípios	101 municípios	12 municípios	11 municípios
Municípios inferiores à média (%)	71,43	76,92	93,07	75,00	54,55
Municípios superiores à média (%)	28,57	23,08	6,93	25,00	45,45
Média na pop. 10 a 49 anos	0,23	0,14	0,05	0,12	0,05
Limites de % min. e máx.	0,00-3,82	0,00-2,98	0,00-0,33	0,00-0,42	0,00-0,45
Municípios abaixo da média	18 mun. <	13 mun. <	91 mun. <	8 mun. <	7 mun. <
Municípios acima da média	Paulínia >	Rafard >	Mirassolândia >	Jacareí >	Arujá >

Quadro 5 – Realização de vasectomias.

Médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média da DIR e comentários. DIR selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	G1	G2	G3	G4	G5
	Campinas	Piracicaba	S.J. Rio Preto	S.J.Campos	Mogi das Cruzes
	42 municípios	26 municípios	101 municípios	12 municípios	11 municípios
Municípios inferiores à média (%)	88,1	82,31	82,08	83,33	90,91
Municípios superiores à média (%)	11,9	7,69	17,82	16,67	9,09
Média na pop. 25 a 49 anos	0,07	0,08	0,11	0,00	0,11
Limites de % min. e máx.	0,00-0,44	0-0,70	0,00-0,30	0,00-0,02	0,00-0,90
Municípios abaixo da média	35 mun. <	23 mun. <	78 mun. <	9 mun. <	7 mun. <
Municípios acima da média	Jundiaí >	Leme >	Ipiguá >	São José dos Campos >	Itaquaquecetuba >

Nas DIR com maior número de vasectomias, DIR São José do Rio Preto (G3) e DIR Mogi (G5), foram observadas as maiores proporções de laqueaduras.

Assim, observou-se que a distribuição da realização de vasectomias não pode ser analisada enquanto ação regional porque está concentrada em municípios específicos que recebem encaminhamento para a sua realização (como Ipi-guá na DIR Piracicaba) e não se ordena a partir de critérios socioeconômicos e de estrutura de saúde retratado pelos grupos representados no estudo, observa-se uma realização maior no G5, seguido pelo G3, G2, G1 e G4.

d) Laqueaduras tubárias realizadas

A DIR Campinas (G1) teve a maior proporção de laqueaduras na população de mulheres de 25 a 49 anos: 0,21%. Nesta regional, 9 municípios (21,42%) não registraram casos de mulheres esterilizadas em 2003 e 80,95% deles realizaram este procedimento abaixo da média da DIR. Em Sumaré houve a maior proporção de laqueaduras entre as DIR estudadas: 0,78%.

A DIR Piracicaba (G2) apresenta metade da proporção (0,10%) de laqueaduras realizadas. Metade de seus municípios não teve registro de realização de laqueaduras. Leme foi o município com maior proporção: 0,67%.

Na DIR São José do Rio Preto (G3) houve 0,06% de laqueaduras e não houve registro de laqueaduras em 82 de seus 101 municípios. Contudo, a segunda maior proporção de laqueaduras registradas dentre os municípios das DIR estudadas ocorreu em um município desta DIR, Guapiaçu: 0,7%.

Na DIR São José dos Campos (G4) foi registrada uma proporção de 0,08% laqueaduras em mulheres entre 25 e 49 anos. Em 8 municípios (75%) não houve esterilizações. Ilhabela foi onde

se alcançou a maior proporção desta cirurgia: 0,44%.

Na DIR Mogi das Cruzes ocorreu a menor proporção de laqueaduras (0,05%), um quarto da proporção realizada na DIR Campinas. Dos municípios da DIR Mogi das Cruzes, 72,73% tiveram proporções menores na realização de laqueadura que a média desta DIR, sendo que a maior proporção ocorreu em Itaquaquecetuba: 0,26%.

Observa-se, portanto, que a realização de laqueaduras, apesar de concentrada em alguns municípios, pontualmente se ordena a partir de critérios socioeconômicos e de estrutura de saúde retratados pelos grupos representados no estudo: quanto maior o padrão da regional, maior a quantidade de laqueaduras realizadas, ou seja, há mais no G1, seguido por G2, G4, G3 e G5.

A taxa de partos por cesariana registrada pelo SINASC, no estado de São Paulo, alcançou 51,02% no total de partos de nascidos vivos em 2006. Das DIR em estudo, apenas a DIR São José dos Campos (G4) teve média abaixo da estadual: 48,79. A DIR Mogi das Cruzes teve a mesma taxa de cesáreas que o estado (51,02). A DIR Campinas (G1) teve taxa de 53,65; a DIR Piracicaba (G2) de 54,00; e a DIR São José do Rio Preto (G3) de 68,00 – todas maiores que a média do estado.

As taxas de cesariana são importantes na análise das políticas de Planejamento Familiar porque estão, em muitos casos, ligadas à escolha ou necessidade de realização de laqueadura tubária, que se dão, muitas vezes, em procedimentos imediatamente consecutivos.

A taxa de cesareanas média em partos SUS registrados oscilou de 32,23, na DIR Mogi das Cruzes, a 39,75 na DIR São José do Rio Preto – regional, esta última, onde 70% dos municípios tiveram taxa abaixo da média da DIR. Também na DIR Campinas, a maioria dos municípios (64,29%) teve taxa de cesárea abaixo da média.

Quadro 6 – Realização de Laqueaduras.

Médias, limites, proporção de municípios acima e abaixo da média da DIR e comentários.
DIR selecionadas. Estado de São Paulo. 2003.

	G1	G2	G3	G4	G5
	Campinas 42 municípios	Piracicaba 26 municípios	S.J. Rio Preto 101 municípios	S.J.Campos 12 municípios	Mogi das Cruzes 11 municípios
Municípios inferiores à média (%)	80,95	84,62	85,15	75,00	72,73
Municípios superiores à média (%)	19,05	15,38	14,85	25,00	27,27
Média na pop. 25 a 49 anos	0,21	0,10	0,06	0,08	0,05
Limites de % min. e máx.	0,00-0,78	0-0,67	0,00-0,70	0,00-0,44	0,00-0,26
Municípios abaixo da média	9 mun. <	13 mun. <	82 mun. <	8 mun. <	4 mun. <
Municípios acima da média	Sumaré >	Leme >	Guapiaçu >	Ilhabela >	Itaquaquecetuba >

Já na DIR Mogi das Cruzes, a maioria dos municípios (54,55%) teve taxa de cesárea acima da média da DIR, o mesmo ocorrendo na DIR Piracicaba (58,33%) e na DIR São José dos Campos (58,33%).

Nos partos ocorridos fora do SUS, a média da taxa de cesárea foi muito alta em todas as DIR: desde 63,93 na DIR Campinas; 67,70 na DIR São José dos Campos; 70,73 na DIR Mogi das Cruzes; 78,51 na DIR Piracicaba; atingindo seu auge na DIR São José do Rio Preto: 94,37.

Somente na DIR São José dos Campos, a maioria dos municípios (75%) apresentou taxas abaixo da média da DIR. Na DIR Campinas, essa proporção foi bem menor (59,51%) e, nas demais, apresentou taxas acima dos valores da DIR, de 54%, 55%, 60% e 67%, respectivamente, em Mogi das Cruzes, Piracicaba e São José do Rio Preto.

Os maiores diferenciais entre municípios, com relação às taxas de cesarianas foram encontrados na DIR Piracicaba e na DIR São José do Rio Preto, onde provavelmente algumas cesarianas foram cobradas do SUS como partos

vaginais, uma vez que o total de partos registrados em alguns municípios excede 100% (isso ocorreu em Mombuca, DIR de Piracicaba, e em Rubineia, na DIR São José do Rio Preto). Certamente, nenhum desses diferenciais é explicado por indicações clínicas fundamentadas. É oportuno mencionar que a Organização Mundial de Saúde aceita como taxa de cesárea generosa e bem fundamentada clinicamente uma proporção de 10% a 15% dos partos.

Assim, verifica-se que a realização de laqueaduras não está necessariamente ligada a regionais com maior proporção de cesarianas, uma vez que a realização destas últimas apresenta padrão decrescente de realização, conforme o nível socioeconômico e de estrutura de saúde (G3 > G2 > G1 > G5 > G4).

– Levantamento qualitativo com gestores

Com relação à estrutura dos serviços necessários para referenciamento da Atenção em Planejamento Familiar, todas as regionais estudadas

relatam dificuldades relativas à falta de infraestrutura de serviços e à falta de vontade política de superar tal situação, apesar de se observar que as áreas da Saúde da Mulher e Saúde da Criança são as mais priorizadas pelos municípios.

Essa falta é observada desde a Atenção Básica:

“tem nas unidades, mas de uma maneira ainda meio capenga, faltam métodos [planejamento familiar], a disponibilidade de métodos adequados, distribuição de métodos e o próprio material, os municípios se queixam...” (Gestor Regional).

Também foram citadas dificuldades do referenciamento: problemas na dispensação dos métodos contraceptivos, inclusive falta de registro e controle de dispensa do mesmos.

“Planejamento Familiar é nosso maior nó, nó no registro, nó no controle, não temos uma planilha e nada que produza esse segmento que você falou de SIS Pré-Natal. Não temos planejamento familiar, é um zero enorme, temos uma dificuldade de dispensação de métodos na rede por um controle que a gente está na briga para organização com as redes de farmácias, com os responsáveis (...) pelas unidades de saúde, porque não são todas as unidades de saúde que têm um método na mão; quando esse método chega na mão, se não tem um controle satisfatório para ele ter uma dispensa... assim que some” (Informante Municipal).

A insuficiência na organização dos procedimentos relacionados ao Planejamento Familiar (clínico e cirúrgico) aparece em vários depoimentos; também a realização abusiva de cesarianas que ocupam leitos hospitalares desnecessariamente;

a falta de contrarreferência como ação fundamental⁷; e a rotatividade das equipes municipais de saúde que dificulta a continuidade de orientações em serviços, pois vários profissionais não são do município e não estão capacitados para atuar no sistema local.

Há tentativas de descentralização da demanda por contraceptivos, como foi observado em Piracicaba, que criou 19 pontos descentralizados, mas de forma geral há observação que a dificuldade se dá na Atenção Básica, mas também estão situadas na referência para média e alta complexidade:

“a dificuldade é justamente (...) faltam serviços, faltam serviços e assim, organização desses serviços e assim a própria vontade política (...) dos municípios, existe um descaso mesmo (...) com a saúde..” (Gestor Regional).

Além da falta de serviços, a falta de comunicação entre esferas de gestão também foi observada:

“Existe um pensamento... distribuição (de métodos), voltando à história, por exemplo, contracepção tem, preservativo e anticoncepcional ainda têm, mas DIU eu estou andando atrás, ligando pro Ministério, e falam que tem. Mas quem distribui esse DIU? Onde é que a gente vai buscar pra distribuir para os municípios? Quais são os municípios que vão ter acesso a esse DIU? Aqui na DIR eu não estou conseguindo ter resposta. (Gestor Regional)

Em todas as regionais pesquisadas, os leitos disponibilizados para a realização de cirurgias de laqueaduras e vasectomias foi considerado **insuficiente**. A oferta para a realização de cirurgias em Planejamento Familiar é composta por:

Quadro 7 – Infraestrutura para Referenciamento Regional em Planejamento Familiar

	G1	G2	G3	G4	G5
	Campinas 42 municípios	Piracicaba 26 municípios	S.J. Rio Preto 101 municípios	S.J.Campos 12 municípios	Mogi das Cruzes 11 municípios
Laqueadura	CAISM-UNICAMP; POLICLÍNICA II- MUNICIPAL; Maternidade de Campinas- Conveniada		Hospital de Base (Rio Preto) Hospital Padre Albino (Catanduva)		Hospital Padre Bento; Hospital Municipal de Itaquaquecetuba
Vasectomia			Hospital de Base (Rio Preto)		Guarulhos faz no padre bento
Aborto	CAISM-UNICAMP; Maternidade de Campinas- Conveniada; Hospital Celso Pierrô PUCCAMP- Conveniada		Hospital de Base (Rio Preto)		Hospital Padre Bento - Mogi das Cruzes; Santa Casa de Mogi das Cruzes (Guararema faz no Hospital Luzia P. Melo)
Infertilidade	CAISM-UNICAMP		Hospital de Base (Rio Preto)		Hospital Pérola Byington - S. Paulo (Guararema faz no Hospital Luzia P. Melo)

Para aumentar a oferta de vagas desses serviços, observam-se casos, como ocorre em Piracicaba, de contratação de serviços particulares para realização de laqueaduras e vasectomias, que não estão cadastrados pelo Ministério da Saúde para servir de referenciamento regional:

“ampliamos no programa saúde da mulher, dentro do planejamento familiar, a realização das vasectomias, são realizadas 60 vasectomias por mês na mesma instituição do CESM e um outro serviço contratado para realizá-la, reduzindo a indicação de mulheres que precisam ser submetidas à laqueadura e não vão ser operadas” (Gestor Municipal)

Também, buscando dar conta da demanda reprimida ocorrem tentativas de restrição, por

meio da adoção de estratégias ilegais para a restrição de demanda para esterilização cirúrgica em alguns serviços, como a seleção de laqueadura e vasectomia apenas para casais.

Os problemas de atenção à demanda por esterilizações são atribuídos, também, à falta de recursos financeiros e de custeio das referências, que estão abaixo da necessidade, uma vez que a população observada para o cálculo do teto de gasto está defasada, ao mesmo tempo em que há dificuldade de credenciamento de novos serviços no SUS para a realização desses procedimentos. Por esse motivo, apontam processos macropolíticos envolvidos no referenciamento, como a necessidade de definição de uma nova política diferenciada de custeio para a atenção à saúde de populações flutuantes de longa

permanência, como, por exemplo, os boias-frias; uma vez que há dificuldade dos municípios maiores e com mais infraestrutura na região em atender aos municípios que não possuem infraestrutura e, conseqüentemente, há necessidade de investimentos nesses menores, permitindo que desenvolvam seus sistemas de saúde locais, como observado em São José dos Campos, Mogi e Campinas.

Assim, a regional se tornar um “satélite” girando em torno da infraestrutura da capital. Também refere a dificuldade de montar equipes com quadros comprometidos com o desenvolvimento da proposta de descentralização.

“eu percebo é que, por estar muito próxima de São Paulo, é uma região meio que de uns anos para cá... eu, quatro anos, foi uma região meio esquecida, até do ponto de vista da DIR ...” (Gestor Municipal).

De qualquer forma, quanto aos procedimentos gerenciais no referenciamento, foram apontadas a falta de controle e registro de evasão e invasão de usuários vindos de outras cidades (ou até de outras regiões) para municípios-sede da regional, além do sub-registro de dados de atendimento e referência. Por este motivo, observam-se várias iniciativas e esforços de organização desses municípios.

“Os esforços são enormes porque eu trabalho aqui a dezesseis anos e à medida que a gente vai avançando, principalmente com a gestão plena, o município vai se apropriando. (...) o Município que fica com toda essa responsabilidade, é na sua porta que as necessidades vêm. Então, você tem que se organizar para racionalizar e planejar de acordo” (Informante de Município que oferece Referência).

Essa organização também aparece em alguns municípios menores e não sedes, que enviam demanda aos maiores:

*“Aqui (...) a gente tem trabalhado muito com dados. Estamos tentando ver a avaliação, o monitoramento, referenciamento que a gente utiliza muito, que é a **programação pactuada integrada** que a gente avalia a capacidade e potencial dos nossos equipamentos e o que a programação pode produzir. E em cima de indicadores o que está faltando. Então temos indicadores que trabalham com uma população de 1 milhão e duzentos e são previstos 21 mil nascidos vivos, e a gente faz os parâmetros e procura ver onde tem...”* (Informante de Município que oferece maior volume de Referências).

Esses esforços se contrapõem ao desconhecimento, muitas vezes, do PDR – Plano de Desenvolvimento Regional estabelecido, declarando não ter tido acesso à informação, mesmo reconhecendo o papel da DIR nas melhorias do sistema de referenciamento.

“Eu acho que... existe bastante dificuldade ainda, mas quem já está na rede há mais de 20 anos percebe no SUS, graças a Deus, uma grande melhora e sempre a DIR... nós tentando melhorar esse fluxo e melhorar esse referenciamento, só que não está muito definido, por exemplo, se tenho um caso de CA de colo(...)” (Gestor Municipal).

Mas, de forma geral, os municípios que têm informação acreditam que a pactuação regional tem melhorado muito o sistema de referenciamento, pois tem forçado a realização dos atendimentos. Neste sentido, a DIR tem sido apontada como fundamental na medida em que estimula a participação dos gestores de municípios e hospitais na discussão de fluxos de atendimento e de referenciamento.

Os mecanismos e instrumentos de referência têm forçado que, apesar dos encaminhamentos embasados em contatos pessoais e outras articulações informais ainda ocorrerem, como na

Quadro 8 – Síntese dos processos de referência nas DIR estudadas

DIR	Inclusão no PDR	Forma de organização	Instrumentos para Referenciamento Hospitalar	Instrumentos para Referenciamento outros serviços	Contra-referência	Estratégias Utilizadas no Referenciamento
III – Mogí das Cruzes	Sim*	Divisão em microrregiões para encaminhamentos	Guia formal e informal (receituário médico) - Procura direta	Guia formal e informal por contatos pessoais	Não funciona	- Desenvolvem cursos de capacitação para gestão de serviços
XII – Campinas		Centros também já especificados para cada serviço.	Guias formais, não padronizadas. A central de vagas é utilizada apenas como exceção, em urgências onde não se consegue transferência já prevista.	Guias formais	Funciona apenas dentro de Campinas	- Desenvolvimento de parcerias entre municípios - Esforços próprios para organização e acompanhamento de demanda
XV – Piracicaba	Sim	DIR é dividida em microrregionais. O município de Piracicaba divide a população entre serviços dos dois lados do rio.	Guias formais para internação hospitalar ou encaminhamento em guia médica	- Encaminhamento em guia médica - Município de Piracicaba tem referenciamento organizado com guias próprias dentro do município.	Praticamente não funciona Apenas o município de Piracicaba organiza contrarreferência de seus casos.	Esforço para credenciamento de pequenos serviços; reuniões periódicas nas microrregionais - Acompanhamento de indicadores de mortalidade, materno e infantil, demanda para “racionalizar” seus fluxos. Com relação ao Planejamento Familiar,
XXI – São José dos Campos	Sim	- Referência para o litoral e para municípios do alto da Serra - Município de São José dos Campos fez divisão para referenciamento interno.	Há Central de Vagas munic. em SJC para encaminhamentos de seus próprios serviços	- Formal por guias de várias prefeituras encaminhadas por UBS e PSF para - Ambulatórios e Centros de Especialidade.	Guias via pacientes – raramente voltam	Reuniões mensais desta linha de cuidado - Ampliação de participação de comitês de MM; - Acompanhamento de municípios e indicadores.
XXII – São José do Rio Preto	Sim	Microrregiões	Guia formal e informal por - Contatos pessoais - Convênios locais entre prefeituras e serviços extrarregionais	Guia formal e informal - Contatos pessoais- informais - Convênios locais entre prefeituras e serviços extrarregionais	Não funciona - Retorno do familiar ou do próprio paciente, sem o controle adequado dos serviços. Reclamação sobre a “apropriação” da referência com a paciente encaminhada sem dar retorno para o serviço que encaminhou	- DIR avalia funcionamento de referências

* OBS: Da DIR de São José dos Campos.

DIR de Mogi das Cruzes, que declarou que, por sua proximidade com a capital, pequenos municípios encaminham casos de maneira informal para serviços da zona leste e para o Hospital Pérola Byington, de São Paulo. Também há casos de demanda espontânea que se registram em endereços inventados para “burlar” o referenciamento formal, e estes ocorrem cada vez mais vezes, via mecanismos que vêm sendo criados para a regulação desse fluxo.

“Nós temos a nova central de vagas do município que faz contato com a central de vagas da DIR, nós disponibilizamos ônibus, vans, para levar esses pacientes até lá, então, é formal” (Informante Regional).

As mudanças são citadas como empecilhos ao sistema de referenciamento, como influenciando na continuidade de acordos de atendimento referenciado:

“Nós temos um município, nós temos uma região aqui muito pobre, sabe?, a região de Bragança Paulista, então, não são todos os municípios que possuem um serviço mesmo, tem município com 5.000 habitantes, então ele tem troca entre um município e outro, então o município oferece uma cirurgia de vasectomia para paciente do município; o outro tem um aparelho que esse município não tem, então eles fazem troca, então eles não fazem uma PPI, então acabam sendo uma referência naquele município” (Informante Regional).

“Planejamento familiar não teve pactuação, só em alguns municípios, agora alguns ainda estão começando a fazer o planejamento onde não estava pactuado” (Informante Regional).

A dificuldade de repasse interno das prefeituras das discussões mensais realizadas na DIR ocorre de maneira declarada na DIR de São José dos Campos, porém, este processo de comunicação parece deficitário na maioria das DIRS.

– Fatores que facilitam a pactuação

Os municípios que sentem mais de perto a necessidade da população e avançam no sentido de firmar pactos de referência.

“Sentimos também a pressão da demanda. E acredito que os municípios são obrigados a sentar e discutir o que você vai fazer de referência...” (Informante de Município que oferece Referência).

“Quanto aos leitos hospitalares tem tido muita pactuação e aí eu posso falar mais assim pelo nosso município. O nosso município tem uma característica, aqui na região são onze municípios e o município (...) é responsável por 50% da população” (Informante de Município que oferece Referência).

*“ (...) a gente utiliza muito que é o **programa pactuação integrada** que a gente avalia a capacidade e potencial dos nossos equipamentos e o que eles podem produzir”* (Informante de Município que oferece Referência).

“A implantação de novas unidades de saúde em pontos estratégicos de grande população que é mais distante do centro, na zona rural mesmo” (Informante Municipal).

De forma geral, a população obedece aos encaminhamentos referenciados pelos serviços, principalmente em Campinas, onde há proximidade de serviços, muitos convênios e grande oferta de serviços.

Há articulação direta entre municípios e serviços e estímulo de participação de diretores de hospital pela DIR, para discussão de dificuldades de fluxo.

O papel das universidades é fundamental no referenciamento, principalmente da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e a PUC de Campinas, que dispõe de um aparato tecnológico utilizado por toda a região para casos de atenção hospitalar mais complexos, inclusive fertilização in vitro e complementa uma série de

serviços com vagas hospitalares e fornecimento de exames.

“E completando a linha do atendimento secundário e terciário, nós temos o encaminhamento para os hospitais terciários e nós temos um trânsito muito fácil com eles com a PUC UNICAMP” (Informante Municipal).

Campinas e seus serviços, principalmente os universitários, são referência para todo o estado de São Paulo (principalmente norte do estado) e outras regiões do país (principalmente Minas Gerais), para casos de atenção mais complexa que demandam tecnologias só encontradas em instituições de grande porte ou com preocupação de “tecnologia” e seus serviços.

“...referenciamento de especialidades na maior parte das vezes... nós já contamos com várias especialidades dentro de nossa rede, uma parte de atenção secundária poderia citar o pré-natal de alto risco, ambulatório de genitoscopia, ginecologia, cuidando da parte de patologia cervical, ambulatório de mastologia e ambulatório de planejamento da família” (Informante Municipal).

Por isso, os municípios menores sofrem com a falta de acesso a serviços, que são centralizados no município de Campinas, que, por vezes, não atende toda a demanda da região. O contato desses com hospitais universitários é direto, utilizado principalmente para exames, que não dão conta da demanda.

– Estratégias para melhorar o encaminhamento

Foram observadas como estratégias para melhoria do encaminhamento a distribuição de materiais educativos, o desenvolvimento de parcerias entre municípios (como a articulação com o comitê de morte-materna, sindicatos, a Pastoral, etc.), além da sensibilização e discussão com hospitais de referência em câncer para encaminhar casos e prevenir problemas.

Discussão

Em 1996, 76,7% das mulheres unidas usavam algum método contraceptivo no Brasil, sendo a esterilização feminina o método mais empregado (40,1%), seguido pela pílula (20,7%), preservativos, (4,4%), coito interrompido (3,1%), abstinência periódica (3%), esterilização masculina (2,6%), injeção (1,2%), DIU (1,1), e diafragma (0,1%). Entre mulheres não unidas predomina o uso de pílula e condão. Este perfil de uso é o mesmo no estado de São Paulo, embora a prevalência da esterilização feminina seja menor (33,6%) e a da pílula maior (27,2%)².

Para métodos contraceptivos reversíveis à população de mulheres em idade fértil é preciso cautela na comparação, uma vez que estes indicadores medem, em geral, casos novos de uso no ano, isto é, incidência, enquanto a PNAD¹⁵ mede a prevalência na idade de 15 a 49 anos, ou seja, o total acumulado de mulheres que está usando determinado método no momento da pesquisa. Para os métodos definitivos, o denominador utilizado será o da população feminina local de 25 a 49 anos, e estes dados se referem à incidência e não refletem a prevalência. Esses indicadores referem-se às mulheres residentes nos municípios e que não necessariamente receberam ou tiveram o procedimento realizado no município de residência.

Apesar de legislação regulando o uso da laqueadura, estudo realizado na região metropolitana de São Paulo em 2000 mostra que, dos 37 serviços que realizavam o procedimento, apenas 16,2% estavam credenciados e que os profissionais de saúde, além de desconhecerem a legislação, consideravam seus critérios muito liberais e questionavam sua proibição no pós-parto imediato⁷.

Outra distorção no uso de contraceptivos é a pequena participação masculina, tanto no uso

de métodos reversíveis (preservativos) quanto na vasectomia.

As ações em Saúde Sexual e Reprodutiva devem iniciar-se na adolescência por meio de atividades educativas nas famílias, comunidades, escolas e unidades básicas de saúde, disseminando conhecimento sobre o impacto da gravidez precoce na adolescência, bem como as estratégias e formas de prevenção.

O acesso à contracepção deve ser universal e todos os métodos, dos naturais e preservativos, até esterilização feminina e masculina, devem estar disponíveis. É preciso cautela na prescrição de contraceptivos hormonais para mulheres negras, dada a maior susceptibilidade deste grupo em desenvolver miomas uterinos e à maior prevalência de hipertensão.

A escolha deve ser precedida de ações educativas participativas sobre prós e contras de cada método e de avaliação para detectar possíveis riscos. Essas atividades devem ocorrer nas unidades básicas de saúde, encaminhando a ambulatório especializado casos em que não haja na unidade profissional habilitado para medir diafragma, inserir DIUs e realizar vasectomias.

O estudo demonstra que a proporção de medição do diafragma não tem distribuição regional e é pontual.

A integralidade está presente em propostas de atenção à saúde de grupos específicos desde o início da década de 1980, como no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)¹³ e no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), sendo instituída, constitucionalmente, como diretriz de organização do SUS. No atual Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)¹⁷, a atenção básica é considerada estratégia fundamental para garantir cuidado integral à saúde da população.

Discute-se, há algum tempo, a necessidade de mudanças na organização da atenção e

gestão institucional da saúde para incorporar a integralidade, entendida, de um lado, como a articulação dos fluxos de acesso aos vários níveis de atenção necessários à resolução de cada linha de cuidado; e, de outro, como a continência dos aspectos subjetivos do cuidado, consubstanciados nas políticas de humanização. Este processo de mudanças vem sendo crescentemente exigido pela implantação e implementação da Programação Pactuada Integrada intermunicipal e destes com o estado. A efetividade do referenciamento regional certamente terá impacto positivo sobre o resultado das ações nessa linha de cuidado.

O Planejamento Familiar deve ser acolhido e acompanhado na Atenção Básica e oportunamente encaminhado a patamares mais complexos de assistência.

A realização de ligadura tubária eletiva implicará o referenciamento a hospitais credenciados, que devem constituir-se em verdadeiras redes de referência, o que implica, necessariamente, pactuações técnico-administrativas, como PDR e PPI.

Pode-se afirmar que, de uma forma geral, a linha de cuidado do planejamento familiar está muito pouco desenvolvida no SUS de São Paulo, conforme as DIR estudadas. É possível que grande parte das laqueaduras continue sendo feita por ocasião de partos cirúrgicos, haja vista a enorme proporção de cesarianas observadas em todas as regiões. Considera-se que as laqueaduras não são sempre mencionadas devido à exigência legal de um prazo mínimo de 60 dias entre o parto, a realização desta cirurgia, que pode ser feita, inclusive, em arranjos financeiros não previstos pelo SUS.

Parece haver uma relação de mútua exclusão entre laqueaduras e vasectomias, eventualmente indicando que o uso do método depende mais da oferta disponível e menos de escolhas informadas. Sendo que a laqueadura tem demanda

restringida muito mais pelo número de leitos do que pela falta de demanda.

Há carência de estrutura nas DIRs, particularmente em Piracicaba e Mogi das Cruzes, que além disso se exacerbam pela ausência de serviços que servem de apoio às outras DIRs, como hospitais-escola. Isso causa, não apenas, restrição de serviços, mas principalmente de atualização tecnológica que a rede de saúde pública local poderia contar.

A homogeneidade da atenção em Planejamento Familiar está mais presente em grandes cidades com a presença de hospitais universitários que servem como policentros de diferentes especialidades, como se observa em Campinas e São José dos Campos.

A postura política de atuação e entrosamento com associações e fortalecida nessas DIRs também têm comunidades universitárias atuantes, o que faz supor que essa presença provoque uma renovação de mentalidade quanto à participação da sociedade civil e maior organização de outros setores para a cobrança e interlocução com a administração pública municipal e estadual.

Ao mesmo tempo, a importância de hospitais e serviços universitários que acolhem uma grande demanda de atenção do setor público, que têm dependência destes serviços, além de esterilizações cirúrgicas, não garantem uma articulação facilitada. Há total autonomia dessas instituições que acolhem o setor público conforme áreas de investimento e interesses próprios.

Basicamente, o sucesso do sistema de referência é limitado pela rede de vagas e serviços, por mais que as ações de prevenção quanto aos problemas de referência de encaminhamento sejam desenvolvidas.

A integralidade da atenção fica restrita aos municípios-sede das regionais, que por seu

aporte maior de recursos e serviços, possui condições de disponibilizar à população local os diferentes níveis de atenção à Saúde. No entanto, como esses têm redes que servem como referência aos demais municípios e assumem quase toda a responsabilidade pela atenção secundária e terciária, se mostram sobrecarregados e desenvolvendo estratégias para “dar conta” dessa demanda, desenvolvendo atitudes ora receptivas com relação a alguns municípios, ora de restrições de cotas, que têm de ser constantemente negociadas pelas diretorias regionais de saúde do Estado.

Por outro lado, apesar da falta de condições de municípios menores na adoção de medidas preventivas ao encaminhamento, há certa acomodação no envio para os municípios maiores e pouco esforço na criação de mais equipamentos de saúde e promoção de mais autonomia.

Uma reivindicação presente em vários depoimentos foi a tomada de iniciativa do governo estadual na discussão e resolução acerca de uma política para resolver o problema da falta de infraestrutura dos municípios de pequeno porte.

Conclusões

A falta de registro de dispensa de contraceptivos em geral pela Atenção Básica impede a maior análise da qualidade primária de Planejamento Familiar, visto que são desconhecidas as entregas de pílulas, injeções e preservativos. Seria importante a implantação de um sistema de saída que permitisse essa análise.

As estratégias de Planejamento Familiar, além da oferta de laqueaduras, ainda não estão totalmente desenvolvidas no estado, demonstrando uma universalidade não cumprida quanto à oferta de diafragmas e DIUs.

A oferta e o encaminhamento de laqueaduras são definidos pela quantidade de leitos

hospitalares para a sua realização. A oferta de vasectomia não complementa a diversidade de opções de planejamento familiar: vem sendo realizada em maior oferta nos municípios Mogi das Cruzes e São José do Rio Preto, cidades com menor laqueadura, demonstrando não dar acesso a escolhas por parte da população.

Nota-se ainda que grande parte das laqueaduras é realizada no parto por cesariana, o que contribui para a permanência dos altos índices desse método verificados no nosso país.

Dessa forma, conclui-se que as regionais de saúde e os municípios de São Paulo não possuem uma cultura de avaliação e uso de indicadores em seu planejamento de ações, desenvolvendo o item de planejamento familiar no PDR e na PPI como meros processos burocráticos da gestão.

Referências

1. Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. 15 anos de SUS: desafios e perspectivas. In: Conselho Nacional de Secretários e Saúde, organizador. *Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários e Saúde; 2004. p.87-103.
2. Bem-Estar da Família no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.
3. Brasil. Câmara dos Deputados Constituição Federal da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.
4. Brasil. Câmara dos Deputados. Lei 9.263 de Planejamento Familiar. Brasília; 1996.
5. Contandriopoulos A. Saber Preparar uma pesquisa. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar – PNAD – 2006. Brasília; 2007. [acesso em: 29 ago 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoe-rendimento/pnad2006/default.shtm>
7. Luiz OL, Citeli M.T. Esterilização Cirúrgica: lei que fica no papel. *Jorn Rede Feminista Saúde*. 2003; (20):37-40.
8. Maeda ST. Gestão de referência e contrarreferência na atenção ao ciclo gravídico puerperal: a realidade do distrito do Butantã. [Doutorado]. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2002.
9. Ministério da Saúde. Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada. Brasília; 2004.
10. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Mulher. Plano de Ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Ministério da Saúde. DataSUS. [on line]. Acesso em: 22 ago 2016. Disponível em: [\[www.datasus.gov.br\]](http://www.datasus.gov.br).
12. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Versão aprovada em comissão tripartite em 18/03/2004. Brasília; 2004.
13. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Brasília; 1983.
14. Ministério da Saúde. Normas técnicas de planejamento familiar. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
15. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006. [online]. Acesso em: 22 ago 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>.
16. Ministério da Saúde. Tabela diferenciada da tabela unificada do SUS. (online). Brasília; 2015. [acesso em: 24 ago 2016]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dicon/tabela_diferenciada_componentes_cirurgiaseletivas.pdf.
17. Figueiredo R. Paula SHB. Distribuição da contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: avaliação de dispensa em serviços e fluxos estabelecidos. 2012. *Repr. Clim*. 27(2):64-73.
18. Pestana M, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde, 2004.
19. Venancio SI, Nascimento PR, Rosa TEC, Bersusa AA, Mondini L, Saldiva SRDM, Martins PN, Morais MLS, Fefferman M, Fernandes M, Figueiredo RMMD, Bastos SH, Volocho A. Referenciamento: Compatibilizando Universalidade e Integralidade no SUS-SP (Convênio Fapesp – CNPq – SUS nº 05/58542-7). São Paulo: Instituto de Saúde; 2007. (Relatório Técnico de Pesquisa).
20. Vieira EM, Badiani R, Dal Fabbro A, Rodrigues Junior AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no estado de São Paulo. *Rev. Saúde Públ*. 2002; 36(3):263-270.