



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MÁRCIO JUNIOR VENTURA MARTINS

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SÃO PAULO
2020

MÁRCIO JUNIOR VENTURA MARTINS

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO EM UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: VERA DIB ZAMBON

SÃO PAULO
2020

Resumo

Na população adscrita pela USF Cidade Aracy Equipe 2 em São Carlos há um problema relacionado a alta taxa de gestações indesejadas, gestações na adolescência e falta de acesso a métodos contraceptivos não hormonais. A literatura traz indicações importantes de que o acesso ao direito a Planejamento Reprodutivo é fundamental no enfrentamento da desigualdade social, e no empoderamento da mulher, auxiliando em sua emancipação tanto no núcleo familiar inicial, quanto em relacionamentos abusivos. O objetivo deste projeto é a organização do acesso ao planejamento reprodutivo colaborando para evitar a gravidez indesejada. no território da USF. Como ações espera-se capacitar a equipe para identificar mulheres mais vulneráveis com necessidade de acesso ao Planejamento Reprodutivo, e manter de forma perene a oferta de todos métodos previstos pela legislação atual, com destaque ao DIU como método eficaz, de baixo custo, e seguro para diversos grupos.

Palavra-chave

Gravidez não Planejada. Planejamento Familiar. Sexualidade. Gravidez na Adolescência.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Meu trabalho junto ao Programa Mais Médicos Para o Brasil (PMMB), se deu no contexto da estratégia de saúde da família no bairro periférico da Cidade Aracy, na USF Aracy 2.

Trata-se de uma equipe marcada, pela presença de uma experiente enfermeira especializada em atenção primária, com larga experiência tanto no cuidado quanto na gestão de diversos equipamentos de saúde. Associado a isso, há um histórico de difícil fixação de médicos nesta equipe, que em cinco anos recebeu cinco médicos diferentes, sendo os dois últimos vinculados ao PMMB.

A dificuldade de fixação de profissionais tem determinantes diversos, alguns de esfera estrutural do sistema de Saúde, que leva a pouca valorização do profissional especializado em Saúde de Família e Comunidade, que sempre teve sua estabilidade garantida por concursos públicos, cada vez mais raros desde a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 que limitou o crescimento do gasto público.

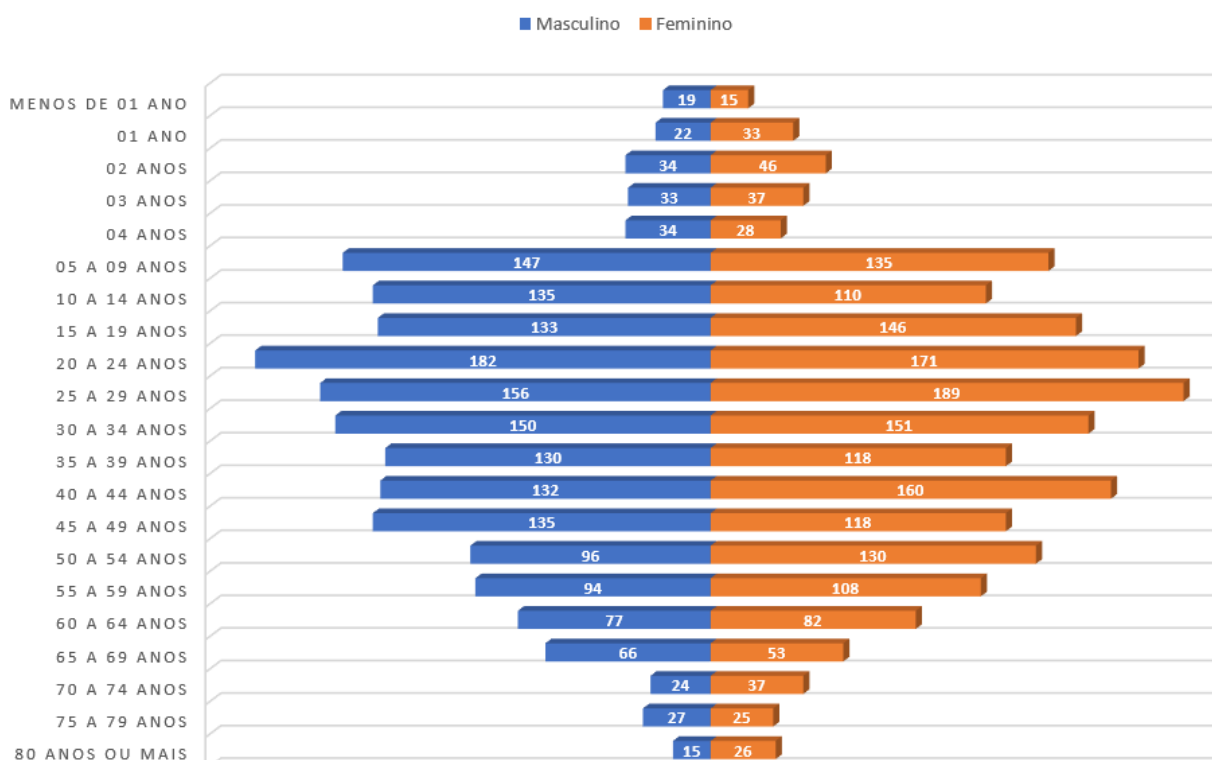
Há também aqueles determinantes de caráter local, dentro dos quais destaco a grande vulnerabilidade social da população adscrita à equipe, e a questão do afastamento geográfico em relação ao centro da cidade.

Com relação a população vinculada a USF Aracy 2, destaca-se uma população jovem, marcada por vínculos de emprego precários e famílias de organização diversa, destacando-se as monoparentais, em sua maioria marcadas pelo abandono paterno.

Abaixo destaco a pirâmide etária da população adscrita:

TABELA 01

DISTRIBUIÇÃO ÉTARIA - USF ARACY EQUIPE 2



Fonte: PEC/e-SUS AB, março/2020

Podemos observar uma pirâmide etária de bases estreitas e início alargado (atente que os

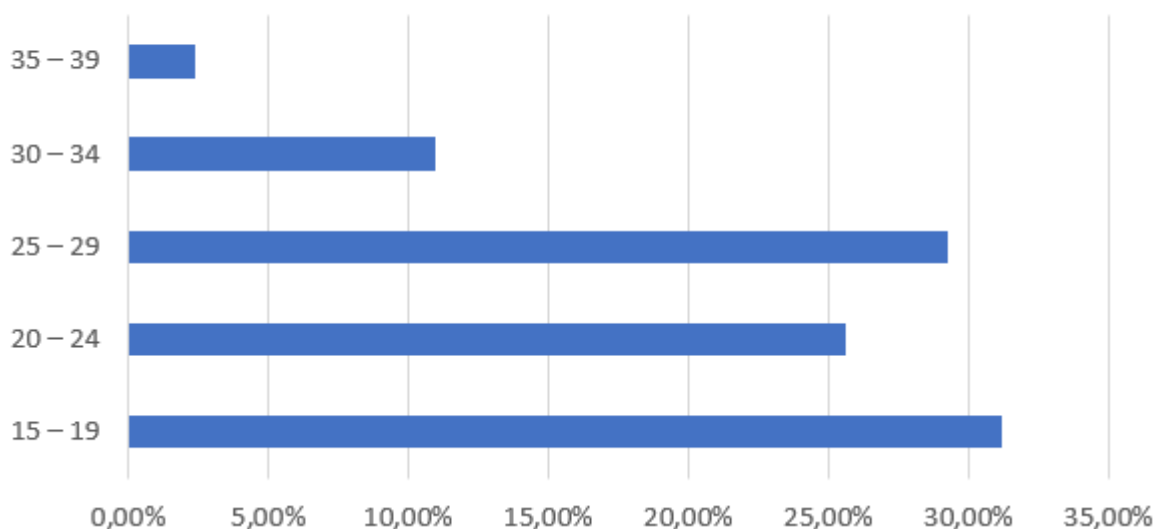
dados de até 4 anos não estão agrupados, o que dá impressão de estreitamento inicial), que é comparável àquela vista em regiões que ainda não enfrentaram a transição demográfica. Dentre as diversas determinantes dessa observação, chama atenção a relação estreita entre acesso ao Planejamento Reprodutivo e a fecundidade das mulheres. O Fundo das Nações Unidas destaca em sua publicação “Poder de Escolha: direitos reprodutivos e transição demográfica (2018), que em todas as culturas a partir do momento que as mulheres passaram a acessar de forma universal o direito ao planejamento reprodutivo, houve considerável retração da fecundidade com reflexos em melhora de indicadores sociais e econômicos.

A equipe consegue sentir isso de forma muito sensível no segmento das famílias mais vulneráveis atendidas. É recorrente que, principalmente adolescentes até 19 anos enfrentem uma primeira gestação que trará impactos para todo seu desenvolvimento pessoal, tornando-as mais dependentes de suas famílias ou de seus parceiros por um longo período, que provavelmente será postergado ainda por uma segunda gestação ainda na faixa dos primeiros 20 anos de vida.

Ao longo do ano de 2019, segundo dados registrados no PEC/e-SUS, a equipe acompanhou 82 gestantes, distribuídas com as seguintes faixas etárias:

TABELA 2

Distribuição (%) de Gestantes por Grupo Etário - USF Aracy 2 (2019)

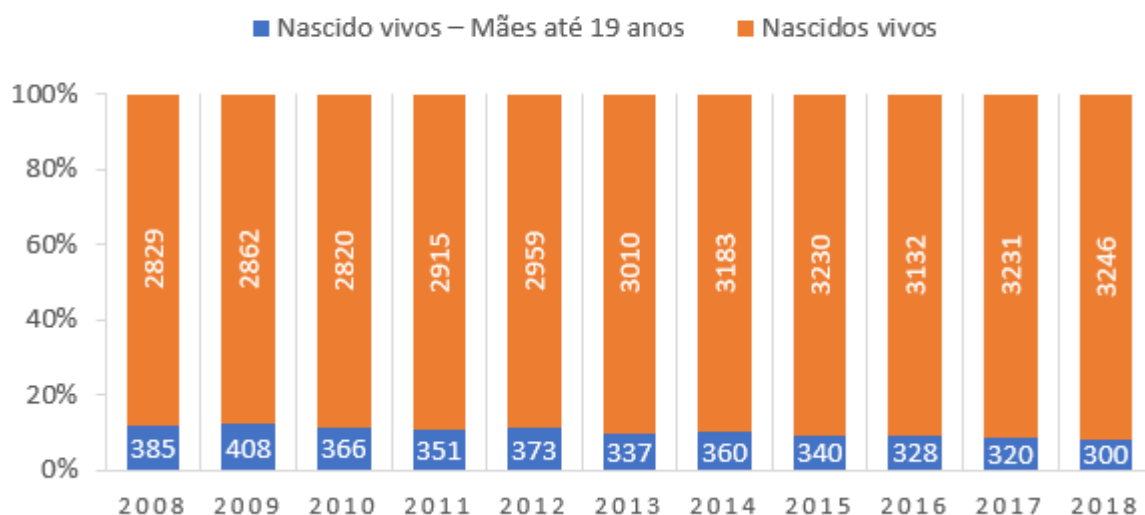


Fonte: Cadastro de pacientes – PEC/ESUS

Abaixo podemos comparar com dados para todo município de São Carlos, tratando da razão de nascidos vivos de mães com até 19 anos:

TABELA - 3

RELAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM MÃES DE ATÉ 19 ANOS: SÃO CARLOS



Legenda - Em branco temos números absolutos de cada categoria representada. O eixo vertical marcado com porcentagens ajuda a entender a relação proporcional nas categorias comparadas.

Fonte: TABNET/SUS

Evidencia-se a concentração relativa de gestantes jovens em nossa população adstrita, o que tende a perpetuar o ciclo de pobreza e dependência dessas mulheres: afastam-se dos estudos, não ingressam no mundo do trabalho e tornam-se dependentes dos parceiros (quando presentes) ou mantêm-se dependentes dos pais aumentando a vulnerabilidade familiar com a inclusão de um novo escopo de necessidades específicas de saúde.

No contexto local, o enfrentamento desta questão esbarra em aspectos culturais, religiosos e de organização do sistema de saúde. Há muita dificuldade em conseguir espaços para discutir questões ligadas à sexualidade dos jovens, e ainda que a escola consiga tratar do assunto, muitas das vezes os mais vulneráveis não estarão incluídos. Além disso, enfrenta-se uma irregularidade na disponibilidade de contraceptivos hormonais, e até mesmo de preservativos, nas farmácias e USFs da cidade, fato que acaba abrindo janelas de oportunidade para ocorrência de gestações indesejadas.

Ao propor o enfrentamento de forma direta a este tema em uma reunião de equipe, uma questão principal foi levantada, que dizia respeito a série de decepções que alguns agentes de saúde acumulam de diversos anos em que administração municipal, e até mesmo projetos oriundos nas universidades chegavam com propostas de mudança e melhoria, mas em algum momento foram abandonados, gerando frustração nos profissionais e pacientes.

Para contornar essa situação, a pactuação inicial foi de tratar o problema com o máximo possível de independência de outras instâncias. Esse movimento, apesar de limitar inicialmente o possível alcance da proposta terá um efeito de melhora da autoestima global da equipe, com uma retomada na possibilidade de acreditar nas ações possíveis dentro do

território.

Dessa forma, o objetivo geral é organizar o acesso ao Planejamento Reprodutivo na Unidade de Saúde da Família.

E os os objetivos específicos são:

- Oferecer de forma perene aconselhamento relacionado a Planejamento Reprodutivo em todas instâncias de contato com a equipe de saúde, para todas mulheres em situação de risco e vulnerabilidade.
- Atualizações técnicas periódicas aos profissionais da equipe relacionados a contracepção, seus riscos e potenciais benefícios.
- Reduzir no médio e longo prazo o número de gestações indesejadas e em adolescentes menores de idade.

ESTUDO DA LITERATURA

Inicialmente o termo “direitos reprodutivos” foi introduzido pelo Primeiro Encontro internacional de Saúde da Mulher (Amsterdã,1984). A definição mais contemporânea de direitos sexuais e direitos reprodutivos deriva de duas conferências promovidas pela ONU: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994, Cairo), e a IV Conferência mundial sobre a Mulher (1995, Pequim), que gerou a Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, que diz em seu Parágrafo 96:

"Os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências" (ONU, 1995).

Em se tratando da normativa brasileira, evoluiu-se de um conjunto de práticas de caráter dissociado, de interesse quase exclusivo na redução da natalidade para controle da pobreza, para o esboço de uma estrutura governamental que abraçou um arcabouço teórico trazido por movimentos sociais, principalmente Feministas que foi o PAISM de 1984. Este programa, infelizmente, encontrou dificuldades de caráter político-financeiro para sua pela implantação, mas foi importante base para a atribuição constitucional da responsabilidade do estado para com o, então chamado, planejamento familiar, nos seguintes termos:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

O que levou a elaboração da Lei n.9263 de 1996 (BRASIL, 1996), que trata do planejamento familiar e estabelece:

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996).

Então, em 2005 a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos incorporou em suas diretrizes um conjunto de ações que visam não só aumentar a disponibilidade de métodos contraceptivos, mas também otimizar ações de educação em saúde e capacitação de profissionais para temas relacionados a atenção de questões reprodutivas e sexuais (BRASIL, 2013)

Mesmo com esse conjunto de políticas públicas com quase 45 anos de história, a ocorrência de gestações não planejadas ainda chama atenção no país. Conceitualmente, Gestação não planejada é aquela inoportuna ou indesejada no momento da concepção (FEBRASGO, 2016). E no escopo da saúde pública ela relaciona-se a desfechos indesejados para mães e crianças, com aumento da vulnerabilidade associado a: início tardio e realização inadequada do pré-natal, manutenção de etilismo e tabagismo, aumento da incidência de prematuridade e abortamento, baixo peso do RN e redução da chance de aleitamento (FEBRASGO,

2016). Encontra-se também aumento da incidência transtorno depressivo nas mães, redução das oportunidades relacionadas a trabalho, o que leva a um menor desenvolvimento econômico das famílias (FEBRASGO, 2016).

Como resposta a esta problemática, a oferta de contracepção de longa duração para grupos vulneráveis torne-se uma opção vantajosa. Esta estratégia reduz o risco de eventos de necessidade de contracepção não atendidos, seja por questão econômica, ou por falta de acesso ao sistema de saúde. Dentre as opções disponíveis no SUS, destaca-se o DIU de cobre para atender esta demanda.

Cabe chamar atenção para uma desinformação que está presente no Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (BRASIL, 2013).

O DIU deve ser usado com cuidado e com acompanhamento rigoroso da menarca até 19 anos de idade, em jovens nulíparas. Há preocupações pelo risco de expulsão e de infecções em mulheres muito jovens (DIAZ; PETTA; ALDRIGHI, 2005). O DIU não é indicado para as adolescentes que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois nessas situações existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Com relação a este ponto, Machado (2018), em artigo para a FEBRASGO elenca forte conjunto de evidência que demonstra a segurança, tolerabilidade e eficácia do uso do DIU em mulheres jovens e nulíparas.

- ♦ Uma meta-análise de 11 estudos, no início dos anos 70, com 64% de pacientes nulíparas não encontrou diferenças nas taxas de falha de acordo com a paridade.
- ♦ Em revisão sistemática, 2.138 usuárias de DIU apresentaram taxas de expulsão de 6%, sem diferenças significativas com relação à paridade.
- ♦ Estudos prospectivos entre 1981 e 2000, com inserções de DIU e SIU-LNG não relataram perfurações entre nulíparas.
- ♦ Por fim, não se observou aumento do risco de DIP ao comparar-se nulíparas e multíparas em uso de DIU de cobre ou SIU-LNG.

Outro trabalho, elaborado por Gonzaga *et al* (2017), elencou motivos compatíveis com os observados no atual contexto da Atenção Primária em São Carlos, ao observar de forma prospectiva e transversal a incompatibilidade de critérios elencados por Secretarias Municipais de Saúde para inserção de DIU com o que é encontrado de forma sistemática na literatura. Tais critérios, sem respaldo, incluem: inserção apenas por médicos, idade mínima para uso, necessidade de exame de imagem prévio, colocação apenas por médicos, participação de grupo educativo. Destaca-se também a dificuldade de acesso ao material necessário para a colocação, que muitas das vezes não está sempre disponível nos almoxarifados municipais.

AÇÕES

Este projeto terá como ações:

- ♦ Abordar em reuniões de equipe, no espaço de tempo destinado para formação continuada, com uso de metodologias ativas e participação conjunta da Enfermeira a fundamentação teórica para o uso dos diversos métodos contraceptivos, destacando riscos, benefícios, indicações segundo critérios da OMS e taxa de falha.
- ♦ Encorajar e capacitar agentes de saúde para tratarem da questão dos direitos reprodutivos em suas visitas domiciliares periódicas, identificando mulheres em maior vulnerabilidade e compartilhando tais observações periodicamente com a equipe.
- ♦ A Enfermeira seguirá coordenando ações educativas relacionadas ao protocolo municipal de contracepção definitiva (laqueadura/vasectomia). Haverá uma intensificação da articulação para que as ações educativas ocorram na própria comunidade, para facilitar o acesso das pacientes (e não na área central, como ocorre no momento presente).
- ♦ Médico será capacitado para inserção de DIU junto docente da UFSCar que realiza atividade pedagógica junto à unidade. Haverá destinação de espaço fixo na agenda para colocação periódica de DIU, com facilitação de acesso as mulheres interessadas e em vulnerabilidade detectada pelos agentes de saúde. Já há pactuação neste sentido, que foi postergada devido a suspensão das atividades da UFSCar no atual contexto de pandemia.
- ♦ A equipe irá buscar suprir a USF de insumos e em especial junto as diretorias responsáveis dentro da Secretaria Municipal de Saúde o envio regular de DIU, para manter de forma perene a oferta.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com este projeto os seguintes resultados:

- 1 - Qualificar a ação de toda equipe dentro do tema dos Direitos Reprodutivos visando orientações baseadas em evidências em todos os pontos de acesso.
- 2 - Oferecer toda variedade de métodos contraceptivos previstos, respeitando o direito da mulher e a melhor indicação clínica, avaliado caso a caso.
- 3 - Reduzir os índices de gestações indesejadas, e em adolescentes.
- 4 - Fortalecer a discussão quanto ao empoderamento feminino e os direitos da mulher a partir desse tema, para em seguida conseguir melhores resultados na abordagem a questões como dependência financeira, afetiva, psicológica e violência domiciliar.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 1. ed., 1. reimpr. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em 25 Abr. 2020.
2. ONU. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher** - ONU, 1995. Disponível em <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em 25 Abr. 2020.
3. FEBRRASGO. **Contracepção Reversível de Longa Ação** - Febrasgo. Disponível em <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/03-CONTRACEPCAO_REVERSIVEL_DE_LONGA_ACAO.pdf>. Acesso em 25 Abr. 2020.
4. MACHADO, Rogério Bonassi. **Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas** - São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção). 13p. Disponível em <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/16-serie_diu.pdf>. Acesso em 25 Abr. 2020.
5. GONZAGA, Vanderléa Aparecida Silva et al . Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 51, e03270, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100465&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 1 de maio de 2020.