

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ASSISTÊNCIA AO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: DESAFIOS DE INTEGRAÇÃO, COORDENAÇÃO E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

Family Health Strategy and Reproductive Planning Assistance: challenges in integration, coordination, and continuity of care

Keila Cristina Santana Silva¹, Claudia Bonan², Andreza Rodrigues Nakano³

RESUMO

Objetivos: Refletir sobre oportunidades e limites que a Estratégia Saúde da Família proporciona para aprimoramento da assistência ao planejamento reprodutivo (PR), considerando que esse modelo de atenção básica pretende ser uma estratégia para reorganização do sistema de saúde, promovendo integração e coordenação dos serviços e continuidade dos cuidados. **Métodos:** Estudo de caso qualitativo, utilizando dois procedimentos investigativos: análise descritiva da assistência ao PR em uma unidade de Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro e reconstrução da trajetória contraceptiva de 48 mulheres participantes do programa de PR. **Resultados:** Os problemas identificados na assistência ao planejamento reprodutivo se referem à ausência de formação de vínculo com o serviço, à falta de continuidade no atendimento das demandas, à forma de realização da prática educativa e ao não seguimento da clientela. Essas questões demonstram que a ESF ainda enfrenta problemas semelhantes aos encontrados nas unidades tradicionais e que não se restringem ao PR, como: falhas de integração, coordenação da rede e continuidade de cuidados. **Conclusões:** No caso estudado, a ESF não representou um fortalecimento à assistência ao PR. A ESF não cumpre o papel de ser pivô de uma rede assistencial integrada, que proporciona cuidados coordenados e integrados em saúde, e isso se reflete diretamente no desempenho da assistência ao PR.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento Familiar; Programa Saúde da Família; Mulheres.

ABSTRACT

Objectives: To reflect upon the opportunities and limitations in the Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família - ESF) for offering improved care in reproductive planning (RP), inasmuch as this model is intended as a primary strategy for reorganizing the healthcare system, promoting integration and coordination of services, and continuity of care. **Methods:** A qualitative case study using two investigative procedures: descriptive analysis of RP assistance in a Family Health facility in the city of Rio de Janeiro and a reconstruction of the contraceptive trajectory of 48 women participating in the RP program. **Results:** The problems identified within the RP service were a lack of personal relationship with the service, lack of continuity in meeting the needs of clients, low participation in educational programs, lack of coordination of care, and failure to follow-up with clients. These issues demonstrate that the ESF still faces problems similar to those found in traditional facilities (e.g., failures of integration, network coordination, and continuity of care) and which are not restricted to RP. **Conclusions:** In the case studied, the ESF does not represent an enhancement to RP assistance. As reflected directly in the execution of RP care, the ESF does not fulfill the role of being the pivot of an integrated health care network that provides coordinated and integrated healthcare.

KEYWORDS: Family Planning; Family Health Program; Women.

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: keilasantana@hotmail.com.

² Doutora em Sociologia. Professora no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

³ Doutora em Ciências. Pós-Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

INTRODUÇÃO

A assistência ao planejamento reprodutivo tem sido tema muito discutido no Brasil nas últimas três décadas. A participação da sociedade nesses debates (movimentos de mulheres e de reforma sanitária, profissionais da área de saúde coletiva, núcleos de estudos de gênero) contribuiu para que a questão da assistência à contracepção fosse situada no marco dos direitos sexuais e reprodutivos e tratada como ação de promoção à saúde, em uma perspectiva integral, superando a ótica do controle demográfico, que caracterizou a ação de entidades privadas de planejamento familiar, nas décadas de 1960 e 1970.

Do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), anunciado em 1983, à Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, de 2005, muito se avançou no que diz respeito às políticas na área da saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, estudos mostram persistência de problemas e limitações na assistência ao planejamento reprodutivo (PR) no Sistema Único de Saúde (SUS), como irregularidade na oferta de contraceptivos, dificuldades no acesso à esterilização cirúrgica voluntária, reduzida oferta de assistência à infertilidade, pouca participação de adolescentes e do público masculino, necessidade de maior capacitação dos profissionais, deficiências na articulação da assistência ao PR com outras ações e programas de saúde.¹⁻⁹

A assistência ao PR engloba um conjunto de ações cujo lócus preferencial é a Atenção Básica (AB), sendo inerentemente ações de promoção, prevenção e cuidados primários de saúde.¹⁰ Muitas dificuldades observadas na implementação da assistência ao PR – melhoria do acesso, da qualidade ou da integração com outras ações de saúde – fazem parte de um contexto maior e remetem aos desafios da AB no Brasil, que enfrenta importantes impasses quanto à sua integração ao conjunto da rede assistencial e ao seu papel de coordenar as ações e serviços e promover a continuidade dos cuidados.¹¹⁻¹³

A Estratégia Saúde Família (ESF) representa uma resposta aos desafios de reestruturação da AB, visando à ampliação da cobertura, à elevação da qualificação dos processos de trabalho e à melhoria do desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para as necessidades de saúde da população, em todos os municípios brasileiros.¹⁴ A *integração da rede assistencial, a coordenação dos programas e ações de saúde e a continuidade dos cuidados* são princípios centrais do modelo teórico-lógico da ESF.^{10,11,15} A premissa deste estudo é a de que a concretização desses princípios é fundamental para o aprimoramento das ações de assistência ao PR e a superação de dificuldades que persistem.

Neste artigo, são apresentados resultados de um estudo sobre a assistência ao PR na ESF no município do Rio de Janeiro, que refletiu sobre as oportunidades que esse modelo de atenção poderia proporcionar para o aprimoramento dessa assistência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso, que utilizou dois procedimentos investigativos: descrição da assistência ao PR em uma unidade de saúde da família (USF) e reconstrução da trajetória contraceptiva de mulheres inscritas no programa de “planejamento familiar” da USF.

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

Para fins analíticos, prioriza-se o termo “planejamento reprodutivo”, por incorporar um leque mais amplo de sujeitos, inclusive aqueles que vivem ou se preparam para viver sua vida sexual fora do contexto de formação de uma família.⁸ Entretanto, o termo “planejamento familiar” (PF) é mais difundido nos serviços e, algumas vezes, será aqui utilizado para fazer referência ao programa de assistência à regulação da fecundidade.

Foram realizadas visitas à USF, entre julho e outubro de 2010, com observação de aspectos da infraestrutura, processos assistenciais e atividades educativas relacionadas ao PR. Foram tomados depoimentos de profissionais de saúde, para conhecer como organizavam as ações de PR, como eram percebidas as condições de trabalho e que visões tinham sobre a clientela. As informações coletadas foram registradas em notas de campo.

Para a reconstrução das trajetórias contraceptivas, realizaram-se entrevistas com mulheres, utilizando questionário misto de dados objetivos e questões abertas, para captar suas percepções e experiências em distintos momentos, antes e depois de participarem do PF da unidade. Foram incluídas mulheres que se inscreveram no programa entre janeiro de 2009 e julho de 2010 e tinham, pelo menos, 18 anos completos. Menores de idade foram excluídos, pelas dificuldades de obtenção de autorização dos responsáveis.

As mulheres elegíveis foram identificadas por meio do livro de registro do PF, contatadas por telefone e, em caso de aceite, entrevistadas em locais escolhidos por elas. Foram realizadas 48 entrevistas, após as quais se interrompeu a coleta pela saturação dos relatos. Para garantir anonimato às participantes, os nomes citados no artigo são fictícios.

O material reunido ao longo das visitas e das en-

trevistas foi objeto de repetidas leituras, que permitiram reconstituir analiticamente as condições e processos de trabalho de assistência ao PR e analisar as trajetórias contraceptivas das mulheres e o papel dos serviços de saúde em atender a suas necessidades. A análise dos dados foi feita, em sua primeira parte, evidenciando as frequências, se constituindo uma análise descritiva e contemplou os aspectos objetivos do questionário. A seguir, tomando por base as práticas contraceptivas dessas mulheres desde sua primeira relação sexual, se procedeu à análise das trajetórias.¹⁶

O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC/RJ), pelo Parecer nº 128A/2010.

RESULTADOS

A assistência ao Planejamento Reprodutivo na ESF

Segundo relatos dos profissionais, a unidade foi fundada em 1999, conta com três equipes de saúde da família (compostas por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde cada) e duas equipes de saúde bucal. Oferece consultas médicas e de enfermagem pré-agendadas, vinculadas a programas, como hipertensão, diabetes e puericultura, e também atendimentos por livre demanda. A gestão da unidade está sob responsabilidade de uma Organização Social (OS), por meio de contrato firmado com a SMSDC/RJ, que se ocupa da administração e execução de atividades, como compra de materiais, pagamento e contratação de profissionais.

Os fluxos e rotinas estabelecidos para as atividades de PF são aqueles planejados pela Secretaria de Saúde, porém os profissionais relatam que, por motivos diversos, muitas vezes, os processos assistenciais não estão em conformidade com a política desenhada. A assistência ao PR prevê dois momentos: o trabalho educativo em grupo, que é a porta de entrada no programa, e as consultas individuais. Os grupos educativos de PF são realizados semanalmente e moderados por profissionais de enfermagem e ACS. Os usuários devem participar de três encontros, quando se considera que lhes foram oferecidas as informações necessárias às decisões reprodutivas e contraceptivas. Ao final dessa atividade, devem ser encaminhados para consulta médica ou de enfermagem, para abordagem clínica e prescrição do método escolhido ou encaminhamento para esterilização cirúrgica ou outro método não disponível na unidade.

A unidade está programada para dispensar diretamente métodos hormonais (pílula e injetáveis), métodos de barreira (preservativo masculino, preservativo feminino

e geleia espermicida) e contracepção de emergência. Os usuários que solicitam outros métodos, como diafragma e DIU, são referenciados para outras unidades. As solicitações por métodos cirúrgicos são encaminhadas à central de regulação. As demandas referentes à infertilidade usualmente são encaminhadas com guia de referência à consulta com ginecologista, em unidade de maior complexidade.

Por meio da observação direta das rotinas da unidade, pode-se inferir que o modelo preconizado de trabalho de assistência ao PR conhecido e descrito pelos profissionais está longe de ser uma realidade. A consulta médica ou de enfermagem articulada à assistência ao PR não é rotineira; a prescrição dos métodos contraceptivos ou encaminhamentos para procedimentos específicos são feitos imediatamente após a atividade educativa, geralmente por enfermeira, sem nenhuma anamnese ou abordagem individualizada mais ampla; trata-se de mero procedimento de dispensação de receitas, com as quais as mulheres se dirigem à farmácia para retirar o insumo. Não há monitoramento de outras ações de saúde reprodutiva realizadas pelos usuários (preventivo ginecológico, rastreamento de DST), nem verificação de histórico de gestações de risco ou de abortamento. Os programas de saúde pouco se comunicam: no contexto do PR, pouca atenção é dedicada às patologias pré-existentes e à participação dos usuários em outros programas, como hipertensão e diabetes.

A dinâmica de assistência à contracepção também apresentava debilidade. O abastecimento e dispensação dos métodos programados eram irregulares e não havia rotina de seguimento dos usuários inscritos no PF, monitoramento da regularidade do uso do método, das interrupções, dos efeitos indesejados, do não retorno à unidade para obtenção ou de outras dificuldades com o método. Da mesma forma, não havia rotina de acompanhamento ou verificação das demandas referenciadas, nos casos de DIU, diafragma, esterilização cirúrgica ou infertilidade.

Apesar de aberto à participação de toda a população, o público do PF era predominantemente feminino e adulto, não existindo estratégias específicas para captar homens e adolescentes.

As trajetórias contraceptivas das mulheres

As mulheres entrevistadas tinham entre 18 e 43 anos de idade. Mais da metade delas (56%) tinha, no máximo, 25 anos, pertencendo às faixas etárias que concentram as maiores taxas específicas de fecundidade e apresentam maior percentual de utilização de métodos reversíveis, como pílula, injetáveis e preservativos.¹⁷ Dois terços das entrevistadas eram casadas ou viviam em união estável;

exceto uma, todas tinham vida sexual ativa. A amostra se caracteriza por baixa escolaridade e baixa renda: a maioria das mulheres possuía, no máximo, oito anos de estudo (60%) e 88% delas declararam renda familiar de, no má-

ximo, dois salários mínimos. Um pouco mais da metade das mulheres trabalhava no momento da entrevista (56%), mas menos da metade possuía carteira assinada (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados socioeconômicos (n=48).

Dados socioeconômicos (n=48)	N absoluto	%	
Idade (anos)	18-25	27	56
	26-35	18	38
	36 ou mais	03	6
Escolaridade (anos de estudo)	1-4	05	10
	5-8	24	50
	9-11	18	38
	12 ou mais	01	02
Estado Civil	Solteira	17	35
	Casada ou unida	30	63
	Separada	01	2
Renda Familiar (salários mínimos*)	Não sabem	02	4
	Sem renda	02	4
	Até 2	40	84
	3 ou mais	04	8
Situação Ocupacional	Desempregadas	21	44
	Empregadas	27	56
Total	48	100	

Fonte: dados da pesquisa.

Grande parte das mulheres havia começado sua vida sexual ainda na menoridade (82%), sendo que uma quantidade expressiva iniciou-se até os 14 anos. Na ocasião da primeira relação, somente treze entrevistadas referiram ter utilizado contracepção. Quarenta e cinco mulheres tiveram experiência de gestação e 42 tinham filhos vivos. Uma em cada cinco mulheres havia tido experiência de abortamento, mas, em muitas entrevistas, não foi possível elucidar se os abortos foram espontâneos ou induzidos. Ainda nesse universo, 22% referiram história de gravidez de risco, associando-a a problemas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, descolamento prematuro de placenta, doenças cardíacas, febre reumática e mioma (Tabela 2).

A experiência das mulheres com contracepção começa

muito antes da participação no grupo de PF da unidade. Um grande número delas (87%) já havia utilizado métodos modernos ou tradicionais antes de se inscreverem no programa, e muitas dessas tinham experiência com três ou quatro métodos. Os mais citados foram pílulas contraceptivas, injetáveis hormonais, preservativos, tabelinha e coito interrompido.

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

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

Dados sexuais e reprodutivos (n=48)		N absoluto	%
Primeira relação sexual (Idade em anos)	Não vivenciou	01	2
	Até 14	18	38
	15-17	21	44
	18 ou mais	08	16
Vivência de gravidez	Nenhuma	03	6
	1-2	26	54
	3-4	14	29
	5 ou mais	05	11
Filhos Vivos*	0	03	6
	1-2	26	58
	3 ou mais	16	36
Abortamento*	Sim	09	20
	Não	36	80
Gestação de risco*	Sim	10	22
	Não	35	78
Total		45	100

*n=45

Fonte: dados da pesquisa.

Na ocasião da iniciação sexual, a obtenção de conhecimentos e informações sobre controle da fecundidade, as decisões sobre contracepção e as estratégias de aquisição dos métodos se deram em múltiplas redes de interação, que não exclusivamente os serviços de saúde. Mulheres do círculo de convivência mais íntimo – mães, avós, irmãs, amigas e vizinhas – apareceram, com frequência, como fontes de informação, parceiras para diálogo e reflexão com vistas à tomada de decisões e facilitadoras da obtenção de métodos contraceptivos. Médicos de serviços públicos e privados também foram citados nos percursos que fizeram em busca de orientação para contracepção no início de suas vidas sexuais, não como interlocutores centrais.

Algumas mulheres referiram ter participado de grupos de PF em outras unidades da rede municipal de saúde, antes de se inscreverem no programa da unidade. Porém, em geral, as histórias de contato com serviços e profissionais de saúde não se caracterizaram por estabelecimento de vínculos e continuidade dos cuidados. Em expressiva

maioria (65%), as mulheres mais comumente se abasteciam de métodos hormonais e preservativos nas farmácias e não no serviço de saúde.

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

As histórias de contato com o PF da unidade em busca de contracepção são caracterizadas por relações pontuais, fragmentadas e marcadas por expectativas de resoluções rápidas e práticas, traduzidas da incompatibilidade com horários de atendimento, ausência dos profissionais de saúde e dificuldades de cumprir as rotinas da atividade educativa, de marcação de consultas para apresentar queixas, dúvidas ou troca dos métodos e de obtenção dos contraceptivos.

Porque é assim, começa duas horas, aí eu saio do trabalho

correndo, peço folga e quando chego aqui é uma coisa totalmente desorganizada, então eu realmente me desinteressei de vir aqui (Juliana).

Entre as mulheres entrevistadas, são muitas as histórias de gestação em função de necessidades não atendidas em contracepção, como contou Carla.

Como eu estava amamentando naquela época eu escolhi a pílula, mas não consegui usar aqui não. Porque eles me diziam que aqui não tinha ginecologista para me avaliar e, quando eu ia, eu não podia pegar, porque o ginecologista não tinha me avaliado e nunca marcaram a consulta pra mim. Fui para outra unidade [por ter engravidado novamente nesse ínterim]. Passei por tudo lá, como eu tava grávida pela segunda vez. E como eu fiz o pré-natal lá, lá eu consegui fazer o planejamento, consegui pegar o remédio, consegui passar pelo ginecologista e fazer meu preventivo (Carla).

As motivações para a procura do PF na unidade foram variadas, sendo mais frequente a troca de método contraceptivo por outro considerado mais seguro ou mais prático (66%). Outras motivações se associaram à busca por laqueadura (15), à facilidade de obtenção do método por proximidade da residência e ao desejo de obter informações e conhecimentos sobre DST e contracepção. A experiência da primeira gravidez ainda na adolescência justificou a busca de duas mulheres.

[Eu fui fazer o PF] porque eu tava tomando esse remédio, mas era comprimido e comprimido é muito ruim, porque às vezes esquecia, e não sei o que... Ai eu pensei, ah eu vou tomar injeção, porque a injeção é todo mês, não preciso ficar tomando todo dia (Elaine).

Entre as mulheres entrevistadas, duas não haviam concluído as três reuniões do grupo educativo. Uma delas, com histórico de abortamento, descobriu nova gravidez durante o período em que frequentava o grupo. A outra desistiu de participar, não adotou contracepção nos meses seguintes e, no momento da entrevista, encontrava-se no sexto mês de gestação. Ambas não foram procuradas pelos profissionais do PF, quando deixaram de comparecer às reuniões.

Entre as 46 mulheres que concluíram a série de três reuniões do grupo educativo, 27 optaram por métodos hormonais (12 pílulas e 15 injetáveis), 14 por laqueadura tubária, 1 por DIU, 1 por diafragma e 1 por vasectomia, e duas mulheres desejavam engravidar.

Das doze mulheres que optaram pelo contraceptivo oral, metade delas mudou de método meses depois, seja

por não ter se adaptado ao contraceptivo, não se lembrar de tomá-lo ou contraindicações informadas por médicos de outros serviços. Dentre as demais, uma retirava a pílula na unidade, e as outras compravam nas farmácias, quando não encontravam o método na unidade, ou preferiam outras formulações não disponíveis nos serviços de saúde.

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

Uma das mulheres que optou por contraceptivo oral era portadora de hipertensão arterial crônica, “sopro cardíaco” e febre reumática, e teve o uso desaconselhado pelo médico que a acompanhava. Sete meses após a participação no grupo, sem obter novas orientações e acesso a alternativas contraceptivas seguras para seu caso, engravidou.

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

Quanto ao método injetável mensal ou trimestral, escolhido por quinze usuárias, as histórias foram semelhantes. Metade das mulheres disse conseguir pegá-lo regularmente na unidade e as demais relataram irregularidade no fornecimento do mesmo.

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

A laqueadura tubária foi o método escolhido por 14 usuárias. Quando participaram do grupo, seis dessas mulheres estavam grávidas e oito não eram gestantes. Entre as gestantes, somente três conseguiram realizar a laqueadura, no momento do parto. As outras três não conseguiram o procedimento. Meses após o parto, voltaram a utilizar seus métodos anteriores e não retornaram à ESF para novas orientações em PR ou nova tentativa de laqueadura.

Porque eu já fiz o planejamento aqui, eu já queria ligar, mas tava meio com medo, mas aí queria botar o DIU, mas como aconteceu tudo o que aconteceu, aí eu falei não, não quero mais ter filho. Ai eu consegui, já tinha os papéis do planejamento e fui no hospital do Andaraí e aí me ligaram

mesmo [...] Tive de fazer cesária de urgência, com a cesária eu já liguei logo (Isabele).

Entre as oito mulheres que requisitaram a laqueadura e não estavam grávidas somente uma conseguiu realizá-la. Sem respostas do referenciamento da unidade, ela fez uso de sua rede de conhecimento pessoal em um hospital público. As outras cumpriram as rotinas e fluxos estabelecidos para esterilização cirúrgica e não tiveram êxito. Suas falas são marcadas por queixas da ausência de informações claras sobre os procedimentos burocráticos e o longo tempo de espera, resultando em desistências, busca de outras estratégias para atender às necessidades contraceptivas ou gravidez.

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

A vasectomia foi o método de escolha de uma das entrevistadas. Ela tinha três filhos e relatou complicações na última gestação, quando descobriu hipertensão arterial. Ela e seu marido haviam participado do PF sete meses antes da entrevista, e ainda aguardavam a realização do procedimento, agendado para o final daquele mês.

O DIU apareceu pouco na fala das mulheres e foi possível perceber desconhecimento e receio no que se refere ao método, como o medo da esterilidade. Somente uma usuária optou pelo DIU, após participar do PF. Ela fora encaminhada para um centro municipal de saúde há 10 meses e, até o momento da entrevista, aguardava o procedimento. A entrevistada que optou pelo diafragma não encontrou meios de obter o método e continuou com o uso do preservativo masculino.

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

Nas narrativas das trajetórias contraceptivas, eram frequentes histórias de gravidez de risco e doenças crônico-degenerativas combinadas ao uso de contraceptivos. Durante as entrevistas, não foram exploradas as circunstâncias do aborto, se ele ocorrera espontaneamente ou fora induzido, mas duas entrevistadas, entre as nove que tiveram essa experiência, mencionaram terem sido hospitalizadas por essa causa e receberam orientação, na alta, para buscar o PF. As entrevistadas demonstram que a aborda-

gem a essas experiências reprodutivas é desconsiderada quando chegam ao serviço de saúde, seja pelas questões éticas que suscitam ou pela descoordenação da assistência.

Seja no plano das atividades coletivas ou dos cuidados individuais, esses assuntos não são tratados sistematicamente nos contatos que as mulheres estabelecem com os serviços de saúde em busca de PR. Dentre as oportunidades de acesso ao serviço de PR, há o acolhimento mãe-bebê, que prevê consultas à mulher e ao filho nas primeiras semanas de puerpério, porém somente metade daquelas atendidas nessa ação recebeu orientação sobre contracepção.

Em face do exposto, constata-se que uma das possíveis causas de não formação de vínculo é reflexo dessa assistência fragmentada e da forma como acontece o processo de trabalho na unidade, uma vez que ele não favorece a consolidação de uma relação entre profissionais e usuários.

DISCUSSÃO

No universo de 48 mulheres participantes da pesquisa, encontramos histórias contraceptivas diversificadas e um conjunto heterogêneo de expectativas, necessidades e contextos de vida. Entretanto, no que diz respeito às relações que as mulheres estabelecem com os serviços de saúde, as trajetórias contraceptivas apresentam similaridades: o contato é intermitente, fragmentado e caracterizado pela ausência de vínculo. A participação no grupo de PF da USF estudada não representou uma experiência distinta dos outros serviços de saúde e, para a maioria delas, a assistência recebida se revelou pouco efetiva no atendimento das necessidades relacionadas à regulação da fecundidade. As atividades educativas, de aconselhamento e assistência clínica ao PR, quando os profissionais devem exercitar a escuta e considerar a expectativa dos indivíduos, são desarticuladas, intermitentes e falhas, se distanciando bastante do modelo de assistência à saúde reprodutiva preconizado pelo Ministério da Saúde.¹⁰

Os achados deste estudo de caso são coerentes com aqueles da enquête de Costa et al., realizada entre os anos 2003 e 2004, em uma amostra probabilística de 627 municípios brasileiros.⁶ O quadro encontrado no estudo dessas autoras, de dissociação entre as práticas educativas e a rotina de atenção ao planejamento familiar e de restrições qualitativas e quantitativas de acesso aos métodos contraceptivos, parece não ter sofrido modificações substanciais nos anos mais recentes, a julgar pelos resultados de nosso estudo e de outros mais atuais.⁸⁻⁹

Os princípios diretivos para a organização da rede assistencial – integração, coordenação e continuidade dos

cuidados¹¹ – não são uma realidade, quando se analisa o caso específico desta unidade de saúde, à luz da assistência ao PR. A integração entre os vários níveis locais de assistência, o compartilhamento de informações entre eles e a organização de fluxos, de modo a garantir a continuidade do cuidado, são princípios que visam potencializar a formação de vínculo e colaborar para a resolubilidade da assistência. Ao analisar a assistência ao PR na ESF e escutar as trajetórias contraceptivas das mulheres, é possível observar um comprometimento da integração da rede assistencial. Os grupos operativos compartilham usuários, mas não há interlocução entre eles e as práticas isoladas reforçam a segmentação do usuário.

A falta de articulação e de compartilhamento de informações entre os profissionais e serviços de saúde é, também, o pano de fundo das dificuldades de coordenação de cuidados.¹⁸ Apesar da existência do prontuário individual na unidade, os registros do PR são realizados em instrumentos diferenciados, como livros ou fichas específicas do programa, que não estão frequentemente disponíveis a outros profissionais que atendem às pacientes. No mesmo espaço assistencial, os responsáveis por certos programas ou ações trabalham isoladamente em seus nichos, revelando uma dificuldade de concertar uma abordagem integral às necessidades de saúde das mulheres, mesmo no nível da atenção primária. Nos casos de serviços indisponíveis na unidade, é acionado o sistema de referência mediante encaminhamento, entretanto a ausência de contrarreferência e de seguimento da paciente referenciada concorrem para a descoordenação e a descontinuidade dos cuidados.

Os problemas de continuidade dos cuidados são evidenciados em vários achados, desde falta de seguimento e monitoramento das mulheres inscritas no PR, referenciadas ou não a outros serviços, até a irregularidade na distribuição dos insumos. A descontinuidade da assistência contribui para que grande parte das mulheres tenha poucas expectativas em relação aos serviços, entendendo que somente de maneira parcial e fugaz pode encontrar neles respostas a suas demandas. Em um círculo vicioso, a vinculação aos serviços fica ainda mais comprometida pela percepção das mulheres de sua capacidade de atender às necessidades. Para elas, essa situação impõe desenvolver outras estratégias e buscar alternativas, como obter métodos em farmácias, recorrer eventualmente a serviço privado, aconselhar-se com outras pessoas da rede de relações mais próximas, ou ainda continuar sua “peregrinação” na rede pública de saúde, inscrevendo-se, novamente, em grupos de PF ou procurando consultas ginecológicas em outras unidades.

Conforme enfatizam Giovanella et al., integração, coordenação e continuidade são princípios diretos da or-

ganização da assistência à saúde inter-relacionados e interdependentes, e se manifestam em diversos âmbitos.¹¹ Nesse sentido, vários achados da pesquisa – como a falta de uma abordagem específica à saúde reprodutiva de mulheres com patologias crônicas, o histórico de gestação de risco ou de abortamento, que são bastante representados na amostra estudada – põem em evidência dificuldades e limitações que não se confinam à unidade estudada, mas que revelam problemas maiores enfrentados pela rede de saúde, nos seus vários níveis de gestão.

A ESF é proposta como um modelo inovador, que visa à reorganização da AB e da porta de entrada no SUS, e concebida como um elemento-chave para integração e coordenação dos serviços e ações oferecidos.¹⁹ Entretanto, muitos obstáculos precisam ser superados para que, de fato, a ESF possa exercer esse papel: dificuldades de acesso aos serviços básicos, carências no plano da estrutura dos serviços e da composição das equipes, fraca integração com outros serviços da rede e persistente fragmentação do sistema têm sido demonstradas.²⁰

Se a ESF, em tese, facilita o acesso ao serviço, por sua proximidade aos locais de moradia e de convivência dos usuários, essa característica não é suficiente para a criação do vínculo e a continuidade e qualidade do cuidado. Ao acolher o usuário, deve-se fazer com que “as diferentes atividades (diferentes conversas) não apenas se articulem em rede, mas se constituam num autêntico espaço coletivo de conversações”.²¹ Na perspectiva de uma assistência integral, o acolhimento de demandas deve ser acompanhado de um efetivo comprometimento com a resolução dos problemas e atendimento das necessidades, comprometimento este que deve se expressar na cultura do atendimento e nas relações profissionais-usuários, nos modos de organização dos processos de trabalho nos serviços e entre os serviços, e na determinação dos gestores de responderem às necessidades de saúde e orquestrarem a integração da rede de atenção à saúde.²²

Como um estudo de caso limitado a uma única USF, esta pesquisa apresenta limitações, mas seus achados convergem com estudos realizados em outros lugares do Brasil.¹⁻⁶ A expectativa de que a ESF poderia vir a fortalecer a assistência ao PR ainda não pode ser confirmada, uma vez que não foram encontradas diferenças relevantes entre a assistência oferecida em unidades de saúde tradicionais e aquela oferecida na ESF. A proximidade e o vínculo com o serviço, na maioria das vezes citados como o grande diferencial dessa assistência, não trouxeram, até o momento, os resultados esperados, no que tange à assistência ao PR. Em conclusão, no momento atual, o avanço na implementação de programas de saúde específicos, como são os programas de saúde reprodutiva e assistência ao

PR, e a concretização de seu papel em atender às necessidades de saúde das pessoas, em um determinado âmbito, envolvem tarefas e desafios “internos” e “externos”. No primeiro sentido, no que tange ao PR, é necessário aprimorar aspectos da infraestrutura e dos processos de trabalho no cotidiano assistencial, desde a provisão de métodos contraceptivos, até uma maior capacitação dos profissionais de saúde para manejarem os princípios da política de direitos e saúde reprodutiva. No segundo sentido, o avanço da assistência ao PR, de acordo com os princípios preconizados na nossa legislação e propostos pelas políticas ministeriais, depende do enfrentamento dos desafios atuais do SUS e, particularmente, da capacidade de reorganização da assistência básica, concretizando seu papel de porta de entrada para o sistema e dispositivo central na orquestração da integração do sistema e na garantia da coordenação e continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS

- Berquó E, Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(2): 441-453.
- Moura ERF, Silva RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):1023-1032.
- Moura ERF, Silva RM. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev Saúde Pública*. 2005; (39)5:795-801.
- Moura ERF, Silva RM. Qualidade da Assistência em Planejamento Familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(2): 150-156.
- Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22:2481-2490.
- Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. 2006; 6(1):75-84.
- Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:961-970.
- Heilborn ML, Portella AP, Brandão ER, Cabral CS. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(2):269-278.
- Bonan C, Silva KS, Sequeira ALT, Fausto MCR. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. 2010; 10(1):107-118.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 26).
- Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):783-794.
- Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):1493-1497.
- Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Rev Bras Enferm*. 2009; 62: 424-429.
- Brasil. Ministério da Saúde. PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Brasília: Editora MS; 2003.
- Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(2):286-298.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento — pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre neces-

sidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

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

21. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R.; Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/MS/ABRASCO; 2003.

22. Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2001. p.181-93.

Submissão: setembro/2012

Aprovação: abril/2013
