

Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde

Provision of voluntary surgical sterilization in the Campinas Metropolitan Area, São Paulo State, Brazil: perceptions of public health services managers and professionals

Maria José Duarte Osis ¹
 Luiz Eduardo Campos de Carvalho ²
 José Guilherme Cecatti ^{1,2}
 Silvana Ferreira Bento ¹
 Karla Simônia de Pádua ¹

Abstract

This study describes the perceptions of public health services managers and professionals concerning provision of voluntary surgical sterilization in the Campinas Metropolitan Area, São Paulo State, Brazil. The study adopted a qualitative approach in four municipalities (counties), where semi-structured interviews were conducted with 26 health professionals and health services managers involved in the provision of surgical sterilization. The interviewees identified difficulties in scheduling visits at Outpatient Family Clinics or Reference Centers (APF/CR), and the number of available surgeries in the accredited hospitals was insufficient. They emphasized the lack of physical infrastructure and human resources for conducting family planning activities in the primary health units as well as in the APF/CR. They also criticized the legal criteria for authorizing surgical sterilization, and mentioned adaptations to make them more appropriate to the each municipality's situation. According to the health services managers and professionals, despite the efforts, meeting the demand for surgical sterilization in the Campinas Metropolitan Area was jeopardized by its centralization in the APF/CR, which in practice had to cover the gap in family planning activities in each municipality's primary care units.

Tubal Sterilization; Vasectomy; Family Planning

Introdução

A esterilização cirúrgica voluntária nos serviços públicos de saúde no Brasil, até 1996, acontecia em um cenário de suposta clandestinidade, pois não existia regulamentação específica para sua prática ¹. Nesse contexto, existiram várias distorções, principalmente em relação à laqueadura, tais como a realização concomitante e indiscriminada de cesarianas, a cobrança “por fora”, e mulheres laqueadas muito jovens ^{1,2,3,4,5}, o que resultava em maior risco de arrependimento, uma vez que, em geral, as mulheres não eram adequadamente informadas e nem tinham acesso a alternativas contraceptivas. Por outro lado, a utilização da vasectomia como forma de contracepção também não era prevista no Sistema Único de Saúde (SUS), o que levava à sua realização em hospitais públicos mediante o uso de códigos de outras cirurgias ¹.

A realização da esterilização cirúrgica como método anticoncepcional foi regulamentada através da Portaria nº. 144 ⁶ do Ministério da Saúde, referente ao artigo 6º, parágrafo único da Lei nº. 9.263 ⁷, que regula o parágrafo 7º do Artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Desde então, os serviços públicos de saúde devem oferecer, entre outros métodos anticoncepcionais, a laqueadura tubária e a vasectomia, mediante o cumprimento de alguns requisitos. A pessoa que solicita deve ter capacidade civil plena e ser maior de 25 anos

¹ Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas, Campinas, Brasil.

² Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

Correspondência

M. J. D. Osis
 Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas.
 C. P. 6181, Campinas, SP
 13083-971, Brasil.
 mjosis@cemicamp.org.br

ou ter, pelo menos, dois filhos vivos. A cirurgia só pode ser realizada depois de decorridos, no mínimo, sessenta dias a partir da solicitação; durante esse período devem ser providas sessões de orientação, incluindo aconselhamento por uma equipe multidisciplinar, para desencorajar a esterilização precoce. Ela não pode ser realizada no momento de um parto ou aborto, exceto quando houver necessidade comprovada em virtude de cesarianas sucessivas anteriores ⁶.

Desde a regulamentação da esterilização cirúrgica, alguns estudos têm evidenciado as condições em que está sendo atendida a demanda nos serviços públicos de saúde de determinadas localidades. Luiz & Citelli ⁸ observaram, na Região Metropolitana de São Paulo, em 1999, que, nos serviços públicos de saúde que ofereciam a esterilização, apesar de excelente qualidade técnica, existia significativa distância entre as determinações legais e os procedimentos adotados. Encontraram-se obstáculos ao cumprimento da lei, como a falta de insumos adequados, clientelismo eleitoral, resistência dos profissionais de saúde em aceitarem os critérios legais, especialmente a idade mínima, considerada muito jovem e de risco para o arrependimento pós-esterilização. Em Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, em 1998, também se detectou discordância dos profissionais de saúde quanto aos critérios legais para autorizar a esterilização e ao fato de a laqueadura não poder ser realizada no momento do parto ⁹. Essa postura também foi observada por Potter et al. ¹⁰ em três diferentes regiões do Brasil, ressaltando-se que essa restrição pode resultar em frustração para as mulheres e, muitas vezes, em gravidezes indesejadas.

Berquó & Cavenaghi ¹, analisando dados de seis cidades brasileiras, consideraram que o atendimento às solicitações de esterilização cirúrgica não estava completamente adequado à *Portaria nº. 144* ⁶, desconhecida por muitos gestores e profissionais de saúde. Além disso, ao analisar o tempo de espera entre a solicitação e a cirurgia, perceberam-se indícios de diferenças de gênero no atendimento, a favor dos homens que desejavam se submeter à vasectomia. Mais frequentemente que as mulheres, eles conseguiam fazer a cirurgia antes que se passassem os necessários sessenta dias de carência. Outro recente estudo em quatro capitais brasileiras apontou várias dificuldades para prover a esterilização cirúrgica ¹¹.

Na Região Metropolitana de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil, em recente estudo populacional e com gestores e profissionais de saúde envolvidos no atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica, observou-se que a maioria das mulheres laqueadas, tanto antes, quanto após a regulamentação legal, procurou inicialmente

consultórios particulares e convênios para a realização da cirurgia; referiu não ter passado por equipe multidisciplinar e que não lhe foi oferecido outro método anticoncepcional. Situações semelhantes foram relatadas pelas mulheres em relação aos companheiros que haviam submetido-se à vasectomia. Em 8 dos 19 municípios da Região Metropolitana de Campinas, havia serviços que realizavam a esterilização cirúrgica e, desde 1998, tinham sido realizadas 4.774 laqueaduras e 5.575 vasectomias. O tempo de espera pelas cirurgias variou de 3 a 18 meses para a laqueadura e de 2 a 10 meses para a vasectomia ¹².

Neste artigo são apresentados resultados da segunda etapa do estudo supracitado ¹², cujo objetivo é descrever a percepção de gestores municipais e profissionais de saúde sobre a situação do atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica voluntária em municípios da Região Metropolitana de Campinas.

Sujeitos e método

Como parte de um estudo descritivo realizado na Região Metropolitana de Campinas ¹², desenvolveu-se um componente qualitativo, para o qual foram selecionados propositalmente ¹³ quatro municípios dessa região: dois em que gestores e profissionais de saúde haviam referido, na primeira etapa do estudo, que se cumpriam integralmente os critérios legais para atender as solicitações de esterilização cirúrgica (municípios I e II) e outros dois em que se explicitaram adaptações dos critérios (municípios III e IV). Essa abordagem qualitativa foi desenvolvida para aprofundar e esclarecer alguns aspectos evidenciados na etapa quantitativa do estudo, com base na perspectiva dos profissionais e dos gestores de saúde envolvidos no atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas.

Especificamente, foi enfocada a perspectiva dos profissionais e gestores sobre como o atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica se inseria no contexto da atenção ao planejamento familiar de modo geral em cada município, a adequação ou não desse atendimento à *Lei de Planejamento Familiar* ⁷ e as principais dificuldades enfrentadas no dia-a-dia dos serviços, para prover a esterilização cirúrgica. Foram realizadas 26 entrevistas semi-estruturadas, incluindo, em cada localidade, coordenador(a) de saúde da mulher/planejamento familiar, gerentes de unidades básicas de saúde (UBS), ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência, responsáveis pelos serviços que realizavam as esterilizações e profissionais que atuavam no

processo de avaliação e orientação (psicólogas, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos). A Tabela 1 apresenta uma descrição detalhada dos profissionais entrevistados em cada município.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos entrevistados, agendadas conforme a sua conveniência e conduzidas por uma pesquisadora, membro da equipe que desenvolveu o estudo. Em média, duraram meia hora e foram realizadas a partir de roteiros específicos, de acordo com o papel de cada entrevistado no processo de atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica em cada município. Foram gravadas e transcritas na íntegra; o texto correspondente a cada uma foi inserido em arquivo informatizado, utilizando-se o programa The Ethnograph V. 5.08s (Qualis Research Associates, Salt Lake City, Estados Unidos).

Para a análise dos dados, foram seguidas as orientações de Minayo¹⁴, identificando-se nas falas dos entrevistados as unidades de significado relacionadas com os objetivos do estudo. Com base nessas unidades de significado e nos objetivos do estudo, foram propostas categorias de análise, assinaladas nos textos de cada entrevista, agrupando-se posteriormente os conjuntos

de segmentos de texto semelhantes em todas as entrevistas. Em seguida, foram preparados quadros descritivos para cada município, para apresentar as principais idéias relacionadas a cada categoria de análise.

Neste artigo são apresentados resultados referentes às seguintes categorias: atendimento em planejamento familiar no município, fluxo de atendimento às solicitações de esterilização, tempo de espera, critérios legais, momento em que eram realizadas as cirurgias de esterilização, demanda e dificuldades, opinião sobre os critérios legais. A interpretação dos resultados obtidos foi feita com base no contexto do que já se tem estudado e publicado acerca da organização e oferta de ações em planejamento familiar no Brasil.

A participação das pessoas na pesquisa foi voluntária, mediante assinatura de *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Eliminou-se das transcrições das entrevistas e da descrição dos resultados qualquer informação que pudesse identificar os participantes. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Parecer nº. 253/2004).

Tabela 1

Entrevistas semi-estruturadas realizadas nos quatro municípios escolhidos propositalmente.

Município	Pessoas entrevistadas	n
I	Coordenador da área de saúde da mulher	1
	Coordenadora do ambulatório de planejamento familiar da Prefeitura	1
	Psicóloga	2
	Enfermeira	1
	Assistente social	2
	Urologista	2
	Ginecologista	1
II	Coordenadora da área de saúde da mulher e coordenadora do centro de referência em planejamento familiar	1
	Auxiliar de enfermagem	1
	Urologista	2
	Ginecologista	2
	Gerente de UBS	1
III	Coordenador da saúde da mulher	1
	Enfermeira	1
	Auxiliar de enfermagem	1
	Psicóloga	1
	Assistente social	1
IV	Enfermeiras do Programa Saúde da Família	3
	Ginecologista	1

UBS: unidade básica de saúde.

Resultados

Os municípios I, II e III contavam com mais de 100 mil habitantes e com serviços em que se realizavam as esterilizações cirúrgicas. O município IV era o de menor população e encaminhava as pessoas que demandavam a esterilização cirúrgica para outras cidades. As características relativas à esterilização cirúrgica em cada município estão resumidas na Tabela 2 e são descritas a seguir.

Atendimento em planejamento familiar nos municípios

Nos municípios I, II e III, o atendimento em planejamento familiar era feito nas UBS, por equipes de saúde da família e/ou diretamente em

ambulatório de planejamento familiar ou centro de referência. Nos municípios I e II, foi referido que, na falta de algum método anticoncepcional, as UBS e equipes de saúde da família encaminhavam as pessoas para o ambulatório de planejamento familiar ou centro de referência. Em um desses municípios, existia também um serviço em hospital universitário, onde, além das UBS e do ambulatório de planejamento familiar, as pessoas também podiam ter acesso direto para solicitar métodos anticoncepcionais. No município IV, as solicitações de métodos anticoncepcionais eram feitas junto às equipes de saúde da família ou diretamente em um centro de referência onde havia médico ginecologista para prescrever os métodos.

Tabela 2

Principais características do atendimento à esterilização cirúrgica nos municípios.

Características	Municípios			
	I	II	III	IV
Atendimento em planejamento familiar nos municípios				
Realizado nas UBS	Sim	Sim	Sim	Não
Diretamente nos ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência	Sim	Sim	Sim	Sim
Fluxo de atendimento às solicitações de esterilização				
Solicitações feitas nas UBS e referenciadas aos ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência	Sim	Sim	Sim	NA *
Solicitação direta nos ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência	Sim	Sim	Sim	NA *
Ação educativa feita por equipe multidisciplinar	Sim	Sim	Sim	NA **
Encaminhamento para realização das cirurgias em serviços credenciados do próprio município	Sim	Sim	Sim	NA *
Tempo médio de espera para cirurgia (meses)				
Laqueadura	4 ***	12	18-24	NA *
Vasectomia	7 ***	8	6-8	NA *
Critérios estabelecidos pela Lei n.º. 9.263				
Seguidos na sua totalidade	Não	Não	Não	Não #
Seguidos parcialmente ou com modificações	Sim	Sim	Sim	Não #
Momento em que eram realizadas as cirurgias de esterilização				
Fora do parto ou puerpério	Sim	Sim	Sim	NA *
No parto: no caso de cesarianas sucessivas ou risco materno	Sim	Sim	Sim	NA *
Demanda e dificuldades				
Demanda reprimida por vasectomia	Sim	Sim	Não	Não sabem
Falta de recursos humanos	Sim	Sim	Não	Sim
Falta de infra-estrutura	Sim	Sim	Não	Sim

UBS: unidade básica de saúde; NA: não se aplica.

* O município encaminha todos os candidatos para outro município;

** Ação educativa individualizada feita pelo ginecologista antes de encaminhar para outro município;

*** Maior tempo de espera se refere ao tempo para marcação de consulta na UBS, a fim de conseguir encaminhamento para ambulatório de planejamento familiar ou centro de referência: aproximadamente 12 meses;

Candidatos encaminhados independentemente de critérios.

Fluxo de atendimento às solicitações de esterilização

Nos três municípios maiores, o fluxo a ser seguido pelos casais que desejavam realizar a esterilização era similar: procuravam uma UBS, que os encaminhava para o ambulatório de planejamento familiar ou centro de referência, ou podiam ir diretamente a esses locais, onde passavam por vários procedimentos até serem submetidos à cirurgia desejada. No município IV, os solicitantes, depois de passar pelo centro de referência, eram encaminhados para outra cidade para tentar conseguir realizar a esterilização.

Nos ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência, de uma maneira geral, os solicitantes passavam, inicialmente, por uma ação educativa, quando se falava de direitos sexuais e reprodutivos, da *Lei de Planejamento Familiar*, do direito da população a ter acesso aos serviços, de todos os métodos anticoncepcionais existentes, daqueles que estavam disponíveis no município, dos procedimentos pré e pós-operatórios para a esterilização e sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Essa ação educativa era realizada em grupo, exceto no município IV, onde era individual, realizada por ginecologista, por ocasião da consulta. As ações educativas em grupo eram voltadas para casais, sendo ministradas por diversos profissionais das equipes que atuavam nos ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência: enfermeira, assistente social ou psicóloga (município I), ginecologista, enfermeira ou auxiliar de enfermagem (município III) e auxiliar de enfermagem (município II).

Os profissionais entrevistados referiram que o objetivo da ação educativa era não apenas informar sobre os diversos métodos anticoncepcionais existentes, especificamente a laqueadura e a vasectomia, mas também fazer refletir sobre a utilização de um método irreversível. A percepção dos profissionais era de que, não raramente, havia mudança de opção: homens que pediam a vasectomia em vez de a mulher fazer a laqueadura, e vice-versa.

Tempo médio de espera para cirurgia

Nos três municípios que realizavam as cirurgias de esterilização, havia diferença quanto ao tempo de espera. No município III, desde que as pessoas manifestavam o desejo de esterilizar-se, a espera era de 6 a 8 meses, para a vasectomia, e de 18 a 24 meses, para a laqueadura. No município II, esperava-se cerca de um ano para ser vasectomizado, enquanto, para laqueadura, esse tempo era de oito meses. De forma semelhante, no município

I, a maior espera também era para a vasectomia – cerca de sete meses, enquanto demorava cerca de quatro meses até uma mulher ser laqueada. Neste município, porém, a maior demora ocorria para as pessoas conseguirem uma consulta no ambulatório de planejamento familiar, a partir do encaminhamento das UBS: podia chegar a até um ano.

Critérios estabelecidos pela Lei n.º. 9.263

No município IV, os solicitantes, em geral, eram diretamente encaminhados para outro município, independentemente de qualquer critério. Nos demais municípios, os gestores municipais entrevistados afirmaram que eram seguidos integralmente os critérios da *Lei n.º. 9.263*. Entretanto, quando se analisaram os relatos dos profissionais de saúde, observou-se que, em todas as cidades, existia ou já havia existido alguma adaptação dos critérios legais.

No município III, o critério da idade, 25 anos, era aplicado ao casal, independente de quem solicitava a esterilização. Além disso, também foi mencionada a existência de outros critérios: presença do casal à ação educativa e estabilidade conjugal (sem especificação de tempo). Os profissionais do centro de referência do município II disseram usar os critérios da Lei, porém, no seu entender, havia exceções, como, por exemplo, no caso de existir indicação médica por alto risco de vida durante a gravidez. Além disso, em um dos hospitais que realizavam as cirurgias, até 2001 os critérios utilizados para realizar laqueadura não eram exatamente os estabelecidos na lei: exigia-se idade mínima de 28 anos e três filhos, ou 30 anos e dois filhos. A partir de 2001, esse serviço começou a seguir os critérios legais porque a população passou a conhecer a Lei através da mídia e começou a exigir esse direito. Detectaram-se divergências nas entrevistas dos profissionais desse serviço, pois alguns ainda mencionaram os critérios antigos, distintos dos que constam na Lei.

Já no município I, segundo os profissionais do ambulatório de planejamento familiar, eram seguidos os critérios legais; apenas em situações extremas eles não eram considerados, como, por exemplo, no caso de um casal sem filhos, mas com grave problema genético. No serviço universitário, que também dava acesso à ligadura tubária nesse município, embora os critérios legais fossem amplamente conhecidos, foi mencionado que ainda se decidia pela realização da cirurgia com base em critérios próprios: 30 anos e dois filhos vivos, independentemente do sexo, e, pelo menos, cinco anos de união conjugal estável.

Momento em que eram realizadas as cirurgias de esterilização

Nos três municípios em que se realizava laqueadura, foi dito que ela ocorria fora do parto, conforme estabelecido na Lei. A exceção ocorria quando havia antecedente de duas ou mais cesáreas; nesse caso, a laqueadura era realizada no momento da próxima cesariana.

No ambulatório de planejamento familiar do município I, foi referido que, quando uma gestante, com antecedente de cesáreas sucessivas, passava pelo processo de solicitar a laqueadura, ela era encaminhada ao serviço credenciado para o parto já com a autorização para fazer a laqueadura. Mesmo assim, a decisão pela esterilização simultânea ao parto seria do médico responsável no momento. Se a grávida não tivesse antecedente de cesáreas sucessivas, ela deveria retornar ao ambulatório de planejamento familiar após o parto para obter autorização para posterior laqueadura. Se a solicitante apresentasse alto "risco social" no caso de uma nova gravidez, independente do número de cesáreas anteriores, o ambulatório também a encaminharia para o serviço credenciado com o pedido de que a laqueadura fosse feita no momento do parto. Nos outros municípios em que também se realizavam laqueaduras, adotavam-se procedimentos semelhantes em relação às mulheres grávidas que solicitavam a esterilização cirúrgica.

No que se refere à vasectomia, apenas no município II foram dadas informações mais detalhadas quanto ao momento da sua realização: em geral, todos os homens que cumpriam os critérios legais passavam pelo processo de avaliação e orientação no centro de referência e recebiam um número para aguardar sua vez de fazer a vasectomia, não importando se a mulher estava grávida ou não no momento da solicitação. A exceção ocorria se a companheira/esposa desse homem estivesse grávida do primeiro filho do casal no momento da solicitação de vasectomia: nesse caso, independente da ordem desse homem na fila de espera, ele só seria submetido à vasectomia depois que a criança nascesse.

Demanda e dificuldades

Os entrevistados nos municípios I e II referiram grande demanda reprimida, sobretudo em relação à vasectomia. Os profissionais do ambulatório de planejamento familiar ou centro de referência atribuíram o fato, principalmente, ao número insuficiente de cirurgias que podiam ser feitas semanalmente. Porém, os profissionais dos serviços credenciados para realizar as cirurgias

nesses municípios afirmaram que não haveria dificuldades para ampliar esse número se houvesse gestões nesse sentido por parte das respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

No município II, foi mencionado que o processo para obter a esterilização era longo porque havia lentidão tanto para fazer os exames solicitados, quanto para encaminhar os resultados ao centro de referência, condição necessária para autorizar a esterilização cirúrgica. Relatou-se que a demora em fazer a vasectomia, por vezes, resultava em uma nova gravidez.

Já no município I, a demanda reprimida foi relacionada à falta de estrutura física e de recursos humanos no ambulatório de planejamento familiar, o que resultava em uma fila de espera de cerca de 2.600 pessoas, que aguardavam chegar o dia da consulta para então iniciar o processo de esterilização. Os profissionais desse ambulatório mencionaram que os profissionais das UBS e equipes de saúde da família talvez não conhecessem, de fato, a *Lei de Planejamento Familiar* e, por isso, não faziam uma primeira triagem das solicitações de esterilização. Além disso, também pensavam que as UBS e equipes de saúde da família não conseguiam desenvolver ações efetivas em planejamento familiar, de forma a orientar adequadamente as pessoas. Consideravam que isso se devia, provavelmente, à grande rotatividade de profissionais na rede básica de saúde. As UBS enfrentavam, ainda, falta periódica de alguns métodos anticoncepcionais, especialmente injetáveis, além de carência de material educativo em planejamento familiar.

Dificuldades semelhantes foram apontadas pelos profissionais entrevistados no município II, os quais relataram também que as UBS não faziam o encaminhamento adequado das mulheres durante o pré-natal. Muitas chegavam ao centro de referência apenas no oitavo ou nono mês de gestação, quando já não havia mais tempo para cumprir a exigência legal de, no mínimo, sessenta dias entre a solicitação e a cirurgia de esterilização. Os profissionais do serviço credenciado no município para fazer as laqueaduras também enfatizaram que não existiam ações adequadas e suficientes de planejamento familiar no município, pois as mulheres chegavam para ser operadas sem orientação sobre alternativas contraceptivas. Em adição, muitas vezes os exames pré-operatórios ainda não estavam prontos ou não haviam sido solicitados pelo centro de referência quando as mulheres chegavam ao hospital para agendar a cirurgia. Nesses casos, algumas vezes, o médico do hospital solicitava os exames, outras vezes mandava a mulher de volta ao centro de referência, retardando mais ainda o processo.

No município III, não se referiu demanda reprimida em relação à vasectomia; segundo os entrevistados, o número de solicitações não era grande, embora estivesse crescendo nos últimos anos, e a cirurgia era feita em nível ambulatorial. Em relação à laqueadura, relatou-se que, até 2005, as mulheres chegavam a esperar cerca de dois anos (referido por um dos entrevistados), em virtude do pequeno número de cirurgias de esterilização autorizadas mensalmente (no máximo cinco, entre laqueaduras e vasectomias), e porque o hospital credenciado estava em reformas, diminuindo ainda mais o número possível de cirurgias realizadas semanalmente. Por ocasião da pesquisa, porém, relatou-se que isso fora solucionado e que havia apenas cerca de vinte mulheres na fila de espera.

No município IV, foram referidas dificuldades para saber como encaminhar as pessoas que solicitavam esterilização cirúrgica a outros municípios, já que não existia um protocolo de atendimento. Os profissionais entrevistados também referiram que não se faziam vasectomias no município porque a rede de saúde não dispunha dos materiais necessários.

Opinião sobre os critérios legais

Em dois dos três municípios em que se realizava a esterilização, os gestores e profissionais entrevistados consideravam que os critérios legais para autorizar as cirurgias eram adequados à realidade brasileira. No município II, houve restrições ao critério de idade, por considerá-lo muito permissivo e passível de favorecer o arrependimento pós-esterilização. Contudo, especificamente os profissionais do centro de referência desse município entendiam que a existência dos critérios era benéfica para todos – população e profissionais. Isto porque, uma vez que os critérios estavam bem definidos, não havia o que discutir: a população podia saber quais eram os seus direitos e os profissionais sabiam o que deveriam atender.

De modo geral, nos três municípios em que se realizavam laqueaduras foi criticado o impedimento, estabelecido pela *Lei de Planejamento Familiar*, de realizar a esterilização no momento do parto quando a mulher não tiver múltiplas cesáreas anteriores. Na opinião dos entrevistados, isso acaba por penalizar a mulher que só teve partos vaginais, que seria obrigada a retornar ao hospital para uma nova cirurgia. Além disso, essa situação, algumas vezes, acabava resultando em nova gravidez de mulheres que não usavam ou usavam inadequadamente um método anticoncepcional depois do parto, enquanto esperavam para poder fazer a laqueadura. Embora os entrevistados reconhecessem que essa norma visa a

diminuir o número de cesáreas realizadas apenas para fazer laqueadura, enfatizaram que a restrição acaba prejudicando muitas mulheres.

Discussão

Os resultados apresentados indicam que, apesar de importantes avanços, o atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas ainda sofre distorções e enfrenta dificuldades para prover um atendimento adequado ao que estabelece a *Lei nº. 9.263*. Segundo os relatos dos provedores e profissionais de saúde entrevistados, o atendimento é centralizado e o acesso das pessoas, com frequência, encontra-se limitado pelas dificuldades dos municípios em organizarem as ações de planejamento familiar na rede básica de saúde. Essa situação é semelhante à já observada por outros autores, em outras localidades^{1,8,9,11}. Ao mesmo tempo, esses resultados aprofundam e esclarecem alguns aspectos destacados quando se procedeu a um levantamento quantitativo na mesma região acerca das condições em que estava sendo atendida a demanda pela esterilização cirúrgica¹².

Percebe-se que, a partir da regulamentação legal da esterilização cirúrgica, e na esteira das disposições gerais da *Lei de Planejamento Familiar*, em vigor desde 1996, os municípios procuraram se organizar para implementar ações em planejamento familiar, principalmente por meio da criação de ambulatório de planejamento familiar ou centro de referência. Entretanto, os resultados apresentados parecem indicar que esses locais encontram-se sobrecarregados e não conseguem atender à demanda pela esterilização cirúrgica, tampouco suprem as deficiências evidentes nas ações em planejamento familiar na rede básica. Na prática, os ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência acabam centralizando o atendimento em planejamento familiar, embora não tenham condições de fazê-lo a contento, pois, principalmente, faltam recursos humanos e espaço físico adequado. Isso contribui para a existência da grande demanda reprimida pela esterilização cirúrgica, mencionada em parte dos municípios. Esses achados trazem novamente à discussão as grandes deficiências da atenção ao planejamento familiar no Brasil: falta de opções contraceptivas disponíveis na rede básica de saúde e despreparo dos profissionais das UBS e equipes de saúde da família para proverem essa atenção^{1,8,9,11,12,15,16}.

Por sua vez, os entrevistados referiram dificuldades quanto ao número de cirurgias que poderiam ser realizadas pelos hospitais creden-

ciados em cada município. As perspectivas foram contraditórias, uma vez que os profissionais dos serviços credenciados afirmavam a possibilidade de realizar mais cirurgias, enquanto os profissionais dos ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência argumentavam que isso não era possível. Parecem existir impasses administrativos na contratação desses serviços, que podem estar relacionados à falta de priorização do atendimento em planejamento familiar dentre as ações básicas de saúde. Não se pode deixar de considerar, no entanto, que também existem limitações impostas pelo próprio SUS no que diz respeito aos limites de internações e cirurgias.

É interessante destacar, também, a situação da demanda pela vasectomia nos municípios pesquisados. Enquanto a prevalência desse método anticoncepcional está em torno de 2% no Brasil e 6% no Estado de São Paulo¹⁷, vários estudos realizados em Campinas e região, desde os anos de 1980, apontavam prevalência em torno de 10%^{18,19}. Os achados do presente estudo indicam que a demanda percebida pelos profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde nessa região, de fato, é expressiva e que os serviços não conseguem dar resolução, implicando demora maior para obter a vasectomia do que a laqueadura.

Quanto aos critérios legais para autorizar a realização da esterilização, as pessoas entrevistadas relataram várias adaptações, assim como já foi observado em outros estudos^{1,8,9,11}. Por outro lado, foram mencionados como sendo exceção algumas situações – por exemplo, risco de vida da mulher ou do feto – que, na verdade, estão previstas na *Lei nº. 9.263*, o que parece indicar que os profissionais nem sempre conhecem em detalhes os parâmetros ali estabelecidos.

Ao mesmo tempo, emergiram críticas a alguns dos critérios legais. Em relação à idade e ao número de filhos, a tendência dos profissionais entrevistados foi considerar que contribuem para o arrependimento pós-esterilização, pois permitem que as cirurgias sejam realizadas em pessoas bem jovens e com poucos filhos²⁰. Mais significativa foi a crítica à proibição da esterilização no momento do parto, que prejudicaria mulheres que só tiveram partos vaginais, bem como aumentaria a possibilidade de gravidez indesejada no intervalo entre o parto e a esterilização. Potter et al.¹⁰ já haviam assinalado que essa exigência legal contraria as expectativas das mulheres e acaba por representar uma relevante discriminação entre aquelas que dependem dos serviços públicos de saúde e as que podem recorrer aos serviços privados para submeter-se à esterilização cirúrgica no momento do parto, realizado principalmente por via abdominal. Esta é uma

questão crítica, que traz ônus para as mulheres e também para os próprios serviços públicos de saúde (retorno em uma nova oportunidade para realização da cirurgia), podendo produzir um efeito perverso em médio prazo: de corroborar a busca pela cesariana visando à esterilização na sua segunda ou terceira ocorrência. Esse aspecto também foi ressaltado em um estudo feito no Município de Campinas em 2001, em que 76% de 245 mulheres laqueadas no parto tinham sido submetidas a uma cesariana, e pouco menos da metade delas (43%) referiu uma justificativa médica para tal ação²⁰.

As dificuldades de acesso à informação sobre os métodos anticoncepcionais em geral e a ausência de alternativas disponíveis na rede básica de saúde têm sido frequentemente apontadas por vários estudos. Isso inviabiliza a escolha livre e informada de métodos anticoncepcionais e contribui para a esterilização cirúrgica precoce, especialmente entre as mulheres^{5,20,21,22,23}. Não se pode deixar de assinalar que essas dificuldades foram reconhecidas pelas pessoas entrevistadas neste estudo, indicando que os ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência são sobrecarregados e acabam tendo que suprir a falta de atividades educativas e de métodos anticoncepcionais nas UBS e por parte das equipes de saúde da família. Dessa forma, complica-se o atendimento às solicitações de esterilização e contribui-se para a existência de demanda reprimida.

Em que pesem as limitações do estudo, por sua abordagem qualitativa focada em apenas uma região, acreditamos que os resultados observados são úteis para pensar sobre o que está ocorrendo em outras partes do país quanto à provisão da esterilização cirúrgica. Sobretudo as dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde para que os serviços ofertem a esterilização de maneira adequada podem ser consideradas como indicadores de uma parte das dificuldades que outras regiões do país possivelmente estão vivenciando. Isso porque a Região Metropolitana de Campinas é umas das regiões em que o SUS apresenta bons indicadores de desempenho quando comparada a outras regiões; ademais, vários dos aspectos que puderam ser vistos em maior profundidade neste estudo são coerentes com abordagens quantitativas realizadas em amostras mais abrangentes^{1,8,10}.

Com base nos resultados aqui discutidos, e no contexto da abordagem quantitativa¹² já realizada na mesma Região Metropolitana de Campinas, é possível pensar que a regulamentação da prática da esterilização cirúrgica nessa região ainda não alcança plenamente o objetivo essencial da *Lei nº. 9.263*, que é situar as opções

contraceptivas no contexto dos direitos reprodutivos. Não obstante entendermos que têm sido feitos esforços para dar atendimento adequado à demanda pela esterilização, eles esbarram na desorganização das ações em planejamento fa-

miliar na rede básica de saúde e na falta de capacitação dos profissionais envolvidos, não só para lidar com os aspectos técnicos de prover atenção nessa área, mas também para reconhecer e tratar dos direitos da população.

Resumo

A presente pesquisa descreve a percepção de gestores e profissionais de serviços públicos de saúde de municípios da Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, acerca do atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica voluntária. Trata-se de estudo qualitativo, em quatro municípios, onde se realizaram entrevistas semi-estruturadas com 26 gestores e profissionais de saúde envolvidos no atendimento às solicitações de esterilização cirúrgica. Apontaram-se dificuldades para agendamento de consultas nos ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência e número insuficiente de cirurgias que podiam ser agendadas semanalmente nos hospitais credenciados. Enfatizou-se a falta de estrutura física e recursos humanos tanto nas unidades básicas de saúde, quanto nos ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência. Houve críticas aos critérios legais para autorizar a esterilização, bem como se mencionaram adaptações para torná-los mais adequados à situação de cada município. Gestores e profissionais de saúde entendiam que, apesar dos esforços empenhados, o atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas estava prejudicado pela centralização em ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência, que, na prática, tinham que suprir as deficiências da oferta de ações de planejamento familiar em geral na rede básica de cada município.

Esterilização Tubária; Vasectomia; Planejamento Familiar

Colaboradores

L. E. C. Carvalho, M. J. D. Osis, S. F. Bento participaram ativamente do desenho do estudo e de todas as suas etapas. J. G. Cecatti e K. S. Pádua colaboraram na análise dos dados. Todos os autores participaram da redação do artigo, bem como da sua revisão.

Agradecimentos

Projeto de pesquisa apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP, processo nº. 04/03811-0) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS, processo A 45099)

Referências

1. Berquó E, Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação sobre esterilização voluntária. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2:S441-53.
2. Hardy E, Bahamondes L, Osís MJD, Costa RG, Faúndes A. Risk factors for tubal ligation, detectable before surgery. *Contraception* 1996; 54:159-62.
3. Pinotti JA, Díaz A, Díaz MM, Hardy E, Faúndes A. Identificação de fatores associados à insatisfação após a esterilização cirúrgica. *Rev Ginecol Obstet* 1986; 9:304-9.
4. Vieira EM, Badiani R, Fabbro ALD, Rodrigues Júnior AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2001; 36:263-70.
5. Vieira EM. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudoeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Rev Saúde Pública* 1994; 28:440-8.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº. 144, de 20 de novembro de 1997. *Diário Oficial da União* 1997; 24 nov.
7. Senado Federal. Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Brasília: *Diário Oficial da União* 1996; 15 jan.
8. Luiz OL, Citelli MT. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços, 1999. http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr21-olinda.html (acessado em 12/Dez/2006).
9. Vieira E, Ford NJ. Provision of female sterilization in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1201-10.
10. Potter JE, Perpétuo IH, Berquó E, Hopkins K, Leal OF, Carvalho Formiga M, et al. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. *Contraception* 2003; 67:385-90.
11. Osís MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Souza MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2481-90.
12. Carvalho LEC, Osís MJD, Cecatti JG, Bento SF, Manfrinati MB. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após a regulamentação. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2906-16.
13. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd Ed. London: Sage Publications; 1990.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 5^a Ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998.
15. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6:75-84.
16. Costa AM. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 319-55.
17. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. *Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar, Brasil: 1986*. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; 1987.
18. Cecatti JG, Faúndes A. O impacto das altas taxas de cesárea sobre a fecundidade de uma população. Um estudo de coorte retrospectiva em Campinas, Brasil, 1995. Campinas: Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas; 1996.
19. Duarte GA, Alvarenga AT, Osís MJD, Faúndes A, Sousa MH. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:207-16.
20. Fernandes AMS, Bedone AJ, Leme LCP, Yamada EM. Laqueadura intraparto e de intervalo. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52:323-7.
21. Hardy E, Osís MJD, Faúndes A, Alves G, Pinotti JA. A laqueadura tubária precoce e durante a cesárea: dimensões atuais e fatores que a determinam. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1993; 4:70-6.
22. Osís MJD, Faúndes A, Sousa MH, Duarte GA, Bailey P. Fertility and reproductive history of sterilized and non-sterilized women in Campinas, São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1399-404.
23. Vieira EM. O arrependimento após a esterilização feminina. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 Suppl 1:S59-68.

Recebido em 26/Fev/2008

Versão final reapresentada em 28/Ago/2008

Aprovado em 03/Set/2008