



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS DE CERRO LARGO**

CRISTINE THEISEN

**ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA NA REGIÃO DE SAÚDE FRONTEIRA NOROESTE
COMO FORMA DE POLÍTICA PÚBLICA PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**CERRO LARGO
2020**

CRISTINE THEISEN

**ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA NA REGIÃO DE SAÚDE FRONTEIRA NOROESTE
COMO FORMA DE POLÍTICA PÚBLICA PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Desenvolvimento e Políticas Públicas – PPGDPP - da Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Cerro Largo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Ivann Carlos Lago

**CERRO LARGO
2020**

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Theisen, Cristine

Esterilização cirúrgica na região de saúde Fronteira Noroeste como forma de política pública para planejamento familiar / Cristine Theisen. -- 2020. 124f. f.:il.

Orientador: Dr. Ivann Carlos Lago

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas, Cerro Largo, RS, 2020.

I. Lago, Ivann Carlos, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

CRISTINE THEISEN

**ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA NA REGIÃO DE SAÚDE FRONTEIRA NOROESTE
COMO FORMA DE POLÍTICA PÚBLICA**

Dissertação de mestrado, apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Cerro Largo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Ivann Carlos Lago

Esta dissertação de mestrado foi defendida e aprovada pela banca em 11/09/2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Ivann Carlos Lago – UFFS
Presidente-Orientador



Prof.ª Dra. Serli Genz Bolter – UFFS



Prof.ª Dra. Salete Boff - UFFS

Ao meu pai (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão aos meus pais e meu irmão.

Agradeço, especialmente, ao meu marido Erivelton Luis Kunkel, por seu leal companheirismo de todos os dias.

Meu afeto para Lúcia Couto, por segurar meu desejo.

Nomeio a Professora Serli Genz Bolter, por sua amabilidade incentivadora.

E, por fim, meu reconhecimento à atenciosa orientação do Profº Ivann Carlos Lago.

...é sem dúvida inadequado adotar como nosso objetivo básico apenas a maximização da renda ou da riqueza, que é, como observou Aristóteles, 'meramente útil e em proveito de alguma outra coisa'. Pela mesma razão, o crescimento econômico não pode sensatamente ser considerado um fim em si mesmo. O desenvolvimento tem de estar relacionado sobretudo com a melhora da vida que levamos e das liberdades que desfrutamos.

Amartya Sen

RESUMO

O livre exercício ao planejamento familiar no Brasil é garantido na Constituição Federal de 1988 e pela Lei nº 9263/1996, que estabelece, enquanto papel do Estado, a obrigatoriedade de garantir aos homens, mulheres e casais a assistência à concepção e contracepção, promovendo o acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade – dentre elas a esterilização voluntária. Este estudo teve como objetivo geral identificar o acesso ao planejamento familiar através de um de seus dispositivos – a esterilização cirúrgica voluntária – oferecidos aos usuários do SUS, na região de saúde Fronteira Noroeste, pertencente a 14ª CRS/RS, com vistas a pensar possibilidades de aprimoramento do planejamento familiar, enquanto política pública para a saúde, e o desenvolvimento à luz dos marcos legais nacionais e do papel dos governos locais, como promotores de políticas para a área da saúde. Objetivou-se, especificamente, organizar e analisar os dados sobre o acesso à esterilização cirúrgica enquanto elemento integrante da política pública de planejamento familiar na região da 14ª CRS no período de 2010 a 2019, além de identificar alternativas de fortalecimento do acesso à esterilização voluntária pelo SUS. A pesquisa classificou-se como qualitativa, exploratória e descritiva com componente quantitativo. Os dados foram coletados através da pesquisa documental e bibliográfica, sendo a análise e interpretação por meio de análise de conteúdo. Os resultados apontaram que o acesso à contracepção através da esterilização cirúrgica voluntária, na maior parte dos municípios, é limitado, ficando majoritariamente restrito aos usuários do município-sede da região de saúde Fronteira Noroeste. Igualmente, a ampliação do acesso, proporcionada pela legislação brasileira, ficou limitada, ao mesmo município. Tal cenário permite afirmar que esforços aplicados nesta direção ainda não foram capazes de eliminar as desigualdades intrarregionais – comprometendo a integralidade da atenção e a consolidação da regionalização efetiva do sistema de saúde – e, segundo a perspectiva de Amartya Sen, adotada no trabalho, nem as fontes de privação da liberdade, concebidas como entraves à constituição do processo de desenvolvimento.

Palavras-chave: políticas públicas; planejamento familiar; desenvolvimento; esterilização cirúrgica.

ABSTRACT

Free exercise of family planning in Brazil is guaranteed in the Brazilian Federal Constitution of 1988 and by Law 9263/1996, which establishes, as a role of the State, the obligation to guarantee men, women and couples assistance with conception and contraception, promoting equal access to information, means, methods and techniques available for regulation of fertility — among them voluntary sterilization. This study aimed to identify access to family planning through one of its devices — voluntary surgical sterilization — offered to SUS users, in the "Fronteira Noroeste" health region, belonging to the 14th CRS/RS, in order to think about possibilities of improvement of family planning, as a public health policy, and development in the light of national legal frameworks and the role of local governments, as policy promoters for the health area. It specifically aimed to organize and analyze data on access to surgical sterilization as an integral element of public policy on family planning in the 14th CRS region from 2010 to 2019, in addition to identifying alternatives to strengthen access to voluntary sterilization by SUS. The research was classified as qualitative, exploratory and descriptive with a quantitative component. Data were collected through documentary and bibliographic research, with analysis and interpretation through content analysis. The results showed that access to contraception through voluntary surgical sterilization, in most municipalities, is limited, being mostly restricted to users in the host city of the Fronteira Noroeste health region. Likewise, the expansion of access, provided by Brazilian legislation, was limited to the same municipality. This scenario allows us to affirm that efforts applied in this direction have not yet been able to eliminate interregional inequalities — compromising the integrality of care and the consolidation of effective regionalization of the health system — and, according to Amartya Sen's perspective, adopted in the work, nor the sources of deprivation of liberty, conceived as obstacles to the constitution of the development process.

Keywords: public policy; family planning; development; surgical sterilization.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPSIA	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CIPDH	Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento Humano
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRS	Coordenadoria Regional da Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DIU	Dispositivo Intrauterino
DM	Diabete Mellitus

DOU	Diário Oficial da União
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégias de Saúde da Família
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFF	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NR	Nenhum Registro
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OPM	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMSM	Prefeitura Municipal de Santa Maria

PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNDS-2006	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNPF	Política Nacional de Planejamento Familiar
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SES/RS	Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAIH01	Sistema de Captação da Internação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SP	São Paulo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Área de abrangência da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde.....	57
Figura 2 - Mapa dos municípios da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Procedimentos hospitalares e ambulatoriais de esterilização cirúrgica do SUS segundo Região de Saúde (14ª CRS) no período de 2010 a 2019	66
Tabela 2 - Número total de procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica feminina (laqueadura tubária e parto cesariano com laqueadura tubária) do SUS no período de 2010 a 2019, estratificado por município de origem	72
Tabela 3 - Número total de procedimentos hospitalares e ambulatoriais de esterilização cirúrgica masculina (vasectomia ambulatorial e hospitalar) do SUS no período de 2010 a 2019, estratificado por município de origem	77
Tabela 4 - Valor total aprovado de procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica feminina (laqueadura tubária e parto cesariano com laqueadura tubária) do SUS segundo Região de Saúde (14ª CRS) no período de 2010 a 2019	92
Tabela 5 - Valor total aprovado de procedimentos hospitalares e ambulatoriais de esterilização cirúrgica masculina (vasectomia ambulatorial e hospitalar) do SUS segundo Região de Saúde (14ª CRS) no período de 2010 a 2019	92

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Estrutura da dissertação	23
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS: uma breve introdução	24
2.1.1	A saúde como direito e como fator de desenvolvimento	28
2.2	DIREITO SOCIAL À SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO: A CONSOLIDAÇÃO DO COMPROMISSO DO ESTADO E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	31
2.3	MARCOS NORMATIVOS E CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS: o papel relativo ao planejamento familiar	37
2.3.1	O PAISM, direitos reprodutivos e o planejamento familiar	39
2.3.2	Lei nº 9.263/1996: a consolidação do planejamento familiar no contexto brasileiro	43
2.3.3	Os impactos do planejamento familiar	45
2.4	DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO FAMILIAR: relações a partir da perspectiva de Amartya Sen	49
3	PLANEJAMENTO FAMILIAR NA 14ª CRS: prevalência de cirurgias de esterilização cirúrgica e articulações possíveis no contexto das políticas públicas	54
3.1	NOTA METODOLÓGICA	55
3.2	A ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NO SUS: CONDIÇÕES PARA O ACESSO E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	59
3.3	PLANEJAMENTO FAMILIAR: OS MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA NO SUS E SUA PREVALÊNCIA NA 14ª CRS	65
3.3.1	Esterilização cirúrgica do Sistema Único de Saúde na Região de Saúde Fronteira Noroeste	65
3.3.2	Esterilização cirúrgica feminina do SUS na região de saúde Fronteira Noroeste	71
3.3.3	Esterilização cirúrgica masculina na região de saúde Fronteira Noroeste	76
3.3.4	A esterilização cirúrgica voluntária e os valores totais aprovados na 14ª CRS no Sistema Único de Saúde	89
3.3.5	O acesso à esterilização cirúrgica voluntária na 14ª CRS: possíveis obstáculos	95
3.4	DESENVOLVIMENTO, EXPANSÃO DAS LIBERDADES E PLANEJAMENTO FAMILIAR	100
3.5	POLÍTICAS PÚBLICAS E O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA REGIÃO DA 14ª CRS: CAMINHOS POSSÍVEIS	103

4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
	REFERÊNCIAS	111
	ANEXO	124
	ANEXO A - LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	124

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, profundas modificações têm provocado repercussões na existência cultural e social da população mundial. No Brasil a intensidade destas mudanças foi acentuada pela Segunda Guerra Mundial, que intensificou a emergência por um novo contexto sociocultural (PETRINI, 2005; FIDELIS; MOSMANN, 2013). Tais mudanças incidiram sobre a vida familiar, as relações entre homens e mulheres, as formas de conjugalidade, as concepções de feminilidade e de maternidade.

A partir da década de 1960, transformações demográficas e socioeconômicas repercutiram no interior das famílias, estabelecendo questionamentos em relação à participação das mulheres restrita ao espaço privado, ao lugar de mãe, de cuidadora e esposa. Grande parte das mulheres passaram a ter destaque nos espaços públicos: o aumento da participação feminina no mercado de trabalho e na política, a escolarização ampliada, assim como a cisão entre a reprodução e o exercício da sexualidade determinaram nova configuração para a identidade feminina (VENTURI; GODINHO, 2013).

As mudanças sociais produziram impacto na sexualidade e na reprodução. A partir da década de 1960 o Brasil teve rápido declínio nas taxas de fecundidade e, nos últimos anos, tem apresentado taxas abaixo do nível de reposição populacional. Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006), a queda da fecundidade se deu de modo mais acentuado que o previsto, atingindo a marca de 1,8 filho por mulher (BRASIL, 2009b).

No entanto, essa transição da fecundidade ocorreu de forma heterogênea quando comparadas as regiões brasileiras e estratos sociais em virtude das históricas diferenças socioeconômicas e culturais. Com o advento dos métodos contraceptivos, o controle reprodutivo era maior nas regiões de maior escolaridade, assim como nas áreas urbanas e industrializadas, porém, se disseminou rapidamente entre os grupos sociais menos favorecidos. Ainda assim, o início do processo relativo ao padrão de fecundidade se caracterizou por descompassos entre os diferentes grupos sociais quanto ao seu início e velocidade, dada a extensão do território nacional e suas desigualdades socioeconômicas internas. Nas regiões Sul e Sudeste, o controle reprodutivo teve início antes mesmo da década de 1960, ao passo que os estratos populacionais de menor renda e escolaridade das regiões do Norte e Nordeste

passaram ao declínio da fecundidade apenas duas décadas depois (SCHKOLNIK; CHACKIEL, 2004; SILVA, 2019a).

A nova realidade brasileira, com menor taxa de natalidade, é reflexo da combinação dos fatores econômicos, sociais e culturais, associados ao aumento da escolaridade feminina, assim como a ampliação do acesso ao mercado de trabalho, a influência dos processos de urbanização e industrialização, a expansão da sociedade de consumo, entre outros aspectos ligados ao desenvolvimento econômico. Essas mudanças no papel social da mulher permitiram maior autonomia sobre suas vidas, sexualidade e reprodução (SILVA, 2019b). Entre os fatores mencionados, a educação tem papel central na formação familiar e no comportamento reprodutivo, e está associada a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, ao emprego de métodos contraceptivos para reduzir a família ou para postergar a maternidade, ou ainda, ao estabelecimento de padrões de seletividade conjugal na constituição das uniões. As transformações decorridas no comportamento reprodutivo da população sofreram influência da ampliação do acesso à escolarização no país – especialmente para o público feminino (ITABORAÍ, 2015; OLIVEIRA; VIEIRA; MARCONDES, 2015; SILVA, 2019a).

A regulação da fecundidade passa de aspiração, marcada desde os anos 1960, à conquista. Considerando o contexto de ruptura com o papel social anteriormente conferido às mulheres brasileiras de dona de casa e responsável pelas tarefas domésticas, agora as mulheres passam a ocupar cargos formais no mercado de trabalho, alcançaram maior acesso à própria renda e aos direitos trabalhistas.

Tendo ampliadas suas aspirações de cidadania, juntamente com a aspiração de regular e praticar a anticoncepção frente à dissociação entre vida sexual e maternidade, estabeleceram uma conjuntura que conduziu à necessidade de políticas de acesso a métodos contraceptivos. A ausência de política que abranja o planejamento familiar, somada ao despreparo dos serviços públicos de saúde para o atendimento desta demanda, implica na necessidade de desenvolvimento de políticas públicas específicas e voltadas à saúde da mulher.

A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) resultou deste processo de transformações, sendo influenciado pelo movimento da Reforma Sanitária, pelos movimentos sociais e pela sociedade civil. A partir desse ponto histórico, os princípios norteadores priorizados para a saúde da mulher passaram por transformações, englobando então a prevenção e a assistência em

planejamento familiar (OSIS, 1998; COSTA, 2009; VENTURI; GODINHO, 2013; CARCERERI et al., 2016).

No entanto, Ventura (2011) indica que persistem pendências no campo da saúde e no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, concebidos como conjunto amplo de direitos humanos e sociais que precisam interagir, não se restringindo apenas a assistência sexual e reprodutiva. A mortalidade materna é uma destas pendências, acometendo principalmente, mulheres de baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade, e considerada evitável em 90% dos casos (VENTURA, 2011; CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) apesar dos grandes avanços na tarefa do planejamento familiar no mundo, mais de 120 milhões de mulheres pretendem evitar a gravidez. Apesar disso, suas necessidades seguem desatendidas, entre outros motivos em razão de serviços e equipamentos que não estão disponíveis de modo universal ou ainda devido a opções limitadas (OMS, 2007).

Apesar disso, persiste de forma global a necessidade para contracepção não atendida, o que indica uma ruptura entre o desejo de planejamento de uma gravidez e efetivamente a possibilidade de praticar este ato (OMS, 2007; UNFPA,2012). Caetano (2014) aponta para que no nível municipal, é observada ausência de incentivo ao estabelecimento de serviços de planejamento familiar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o que demarca a restrição do acesso à esterilização cirúrgica voluntária – um dos métodos de contracepção.

Deste modo, apesar das opções de contraceptivos disponíveis, cerca de metade das gestações no mundo não são planejadas, acarretando em abortamentos inseguros, complicações maternas e fetais, além de riscos sociais por falta de planejamento familiar (SOARES, 2018; MANSOUR et al., 2011). A busca por métodos contraceptivos seguros, bem como sua disponibilização no sistema de saúde público e privado de forma igualitária, são direitos assegurados pela legislação brasileira (SOARES, 2018).

Nesta perspectiva, Ventura (2004) aponta que o acesso a serviços de saúde e às ações de planejamento familiar se configuram como componente fundamental ao incremento da saúde sexual e reprodutiva, em especial a população feminina, tendo em vista o potencial de incidir sobre a prevenção de uma gravidez indesejada, assim como sobre os agravos relacionados a abortamentos inseguros, as mortes maternas e as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Para o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), o planejamento familiar voluntário é apontado como responsável por mulheres mais saudáveis, com maior escolarização e ocupando lugares de maior poder nas famílias e em seu contexto comunitário (UNFPA, 2012). Além de se demonstrarem economicamente mais produtivas, a possibilidade de decisão dos pais acerca do número de filhos que desejam ter, assim como o espaçamento entre as gestações indica a presença de filhos com a tendência de gozarem de melhor saúde, melhor desempenho escolar e de melhores rendimentos salariais na fase adulta. Conjugado a outras medidas de desenvolvimento social e econômico, o planejamento familiar voluntário apresenta o potencial de propagar efeitos favoráveis ao desenvolvimento humano e bem-estar das nações.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990, dispõe que ao Estado cabe a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que vislumbrem reduzir riscos de doenças e outros agravos, além de definir condições de acesso universal e igualitário para viabilização de ações de proteção, promoção e recuperação da saúde das pessoas (BRASIL, 1990a). Conforme Teixeira (2011), o princípio de integralidade do SUS diz respeito a estas ações, de modo que através da integração entre os serviços e políticas sejam oferecidos mecanismos para o enfrentamento dos problemas e atendimento das necessidades de saúde.

Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS), concebendo a saúde da mulher como prioridade, apontou como diretriz a garantia de seus direitos humanos e a redução da morbimortalidade, visando consolidar avanços e melhorias focados, dentre outros, na atenção obstétrica e na disponibilização de alternativas de contracepção a fim de evitar possíveis impactos negativos na saúde materna (BRASIL, 2011b). No entanto, no âmbito dos municípios as ações em planejamento familiar permanecem marcadas pela indisponibilidade de métodos contraceptivos nos serviços públicos de saúde, delimitando ações isoladas e distantes de um patamar considerado satisfatório, mantendo divergências entre as práticas e a normatização do Estado e, ainda, a disponibilidade de acesso aos métodos contraceptivos nos serviços de saúde (CAETANO, 2014; OSIS et al., 2006; UNFPA, 2012).

Em conjunto, tais proposições atentam ao compromisso com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, para que seja possível uma saúde pública condizente com seus preceitos e que possa resultar na concretização de direitos sociais e de cidadania (SCHEFFER, 2014). A implantação e implementação de políticas públicas,

direcionadas à consolidação de direitos das mulheres, firmou relevantes avanços nas últimas décadas, porém, persiste um longo trajeto que demanda que, entre outros aspectos, trata da exclusão social e cultural e dos impasses relativos ao acesso à saúde e à educação (VENTURI; GODINHO, 2013).

A escolha do tema apresenta estreita relação com a trajetória profissional de psicóloga. Nesta, destaco o Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM-UFSM) – setores de Pediatria e de Pré-natal das Mulheres com Gestação de Alto Risco – e o Ambulatório de Aconselhamento em Planejamento Familiar da Prefeitura Municipal de Santa Maria - (PMSM), no que tange: aos problemas das famílias relativos à subsistência dos filhos frente as adversidades sociais e econômicas da vida; à gravidez indesejada, relatos de desejo ou de tentativa de realização de aborto e ao grande número de crianças abandonadas pelos pais – seja o abandono material, afetivo, ou o abandono de fato – em muitas situações o abandono tardio. Em termos gerais, tratam-se de situações indicadas em outros estudos nas quais se faz presente a incapacidade de assumir a maternidade e/ou paternidade, quer seja por motivos psicológicos, econômicos, sociais ou afetivos e, em todos os casos, afetando objetivamente a saúde física e/ou mental dos envolvidos, bem como o desenvolvimento das crianças (ARAÚJO; DI BELLA, 2014; BUNHOLA, 2019; HEILBORN, 2013; NORT, 2002).

Discrepâncias e defasagens entre os fluxos das regiões em planejamento familiar têm sido apontadas na literatura, indicando a necessidade de implementação de programas e ações regionais na área de direitos reprodutivos, considerando que estas são ações que não tido prioridade entre as demais (OSIS et al., 2006). Recorrentes estudos, como o de Osis et al. (2006), de Osis et al. (2009) e o de Caetano (2014) têm inferido as fragilidades e entraves nos municípios e regiões na execução e efetividade da Política Nacional de Planejamento Familiar (PNPF), cujo papel é central na contribuição da promoção de saúde das famílias e nas mudanças sociais e econômicas do país, incidindo sobre o incremento da qualidade de vida das pessoas, assim como da sociedade. Daí a importância deste estudo em identificar o panorama de acesso regional aos métodos cirúrgicos ofertados pelo SUS, e a partir dos resultados encontrados possibilitar a articulação de possíveis ações e estratégias a serem empregadas pelo Estado no desenvolvimento das políticas públicas voltadas ao projeto parental. Portanto, o tema que se pretende abordar situa-se dentro da linha

de pesquisa do Mestrado denominada “Estado, Sociedade e Políticas de Desenvolvimento”.

Dada sua magnitude e a necessidade de destacar dados epidemiológicos que possam contribuir no aprimoramento de políticas públicas de saúde em planejamento familiar, o presente trabalho ancora-se na articulação da saúde da população com o desenvolvimento, o crescimento econômico aliado ao desenvolvimento e equidade social. Frente a conjuntura explanada, formula-se a seguinte questão de pesquisa: Qual o acesso às cirurgias de esterilização voluntária na Região de Saúde Fronteira Noroeste através do SUS, no âmbito de possibilidades das políticas públicas em planejamento familiar?

O objetivo da presente pesquisa, em termos mais gerais, é identificar o acesso ao planejamento familiar através de um de seus dispositivos – a esterilização cirúrgica voluntária - oferecidos aos usuários do SUS, na região de saúde Fronteira Noroeste, pertencente a 14ª CRS/RS, com vistas a pensar possibilidades de aprimoramento do planejamento familiar, enquanto política pública para a saúde, e o desenvolvimento à luz dos marcos legais nacionais e do papel dos governos locais, como promotores de políticas para a área da saúde.

Objetiva-se, especificamente, organizar e analisar os dados sobre o acesso à esterilização cirúrgica enquanto elemento integrante da política pública de planejamento familiar na região da 14ª CRS (Fronteira Noroeste) no período de 2010 a 2019, além de identificar alternativas de fortalecimento do acesso à esterilização cirúrgica, enquanto procedimento voluntário pelo SUS.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com componente quantitativo. Foram empregados os procedimentos técnicos de pesquisa documental e bibliográfica. O estudo em questão abrangeu a Região de Saúde Fronteira Noroeste, pertencente à 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados através da pesquisa documental e bibliográfica, sendo a análise e interpretação de dados por meio de análise de conteúdo.

Evidenciando o caráter de relevância da política de planejamento familiar enquanto ação de governo, busca-se examinar seu desenvolvimento em termos do acesso à esterilização cirúrgica pelo SUS na 14ª Coordenadoria Regional de Saúde e as possibilidades de aprimoramento regional das políticas públicas no âmbito do planejamento familiar, promovendo saúde, integralidade da atenção e cidadania, em

conformidade com as disposições desta política pública e pactuações referentes ao enfrentamento desta problemática.

1.1 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação está contemplada por introdução, referencial teórico, nota metodológica, apresentação e análise dos resultados e considerações finais. A primeira parte apresenta a introdução ao tema; seguida pelo Capítulo 2, onde é apresentada a revisão da teórica da literatura e, contempla os princípios e os conceitos correlatos ao tema da pesquisa.

Já na terceira parte, o Capítulo 3, são desenvolvidos primeiramente os esclarecimentos metodológicos relativos à pesquisa, abrangendo a caracterização do estudo, o local da pesquisa, os aspectos éticos, a coleta dos dados e sua sistematização, análise e interpretação dos dados. A seguir, o capítulo dedica-se a expor e analisar os resultados, dividindo-se em: “A esterilização cirúrgica voluntária no SUS: condições para o acesso e os sistemas de informação de serviços de saúde”, “Planejamento familiar: os métodos de esterilização cirúrgica no SUS e sua prevalência na 14ª CRS” – subdivido em “Esterilização cirúrgica do Sistema Único de Saúde na região de saúde Fronteira Noroeste”, “Esterilização cirúrgica feminina do SUS na região de saúde Fronteira Noroeste”, “Esterilização cirúrgica masculina na região de saúde Fronteira Noroeste”, “A esterilização cirúrgica voluntária e os valores totais aprovados na 14ª CRS no Sistema Único de Saúde” e “O acesso à esterilização cirúrgica voluntária na 14ª CRS: possíveis obstáculos”. Finalizando o capítulo, desenvolve-se “Políticas públicas e o planejamento familiar na região da 14ª CRS: caminhos possíveis”.

Finalmente, são apresentadas as considerações finais seguidas das referências empregadas para a realização da dissertação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No presente capítulo será apresentada uma introdução acerca da definição de políticas públicas, assim como de políticas públicas de saúde e sua relação com o desenvolvimento. Será contextualizado o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e de planejamento familiar no país, situando-as a partir de marcos históricos internacionais. Em seguida, trata-se de problemas decorrentes de necessidades não atendidas em planejamento familiar e os impactos do acesso ao mesmo. Por fim, introduz-se alguns princípios da perspectiva de Amartya Sen do desenvolvimento como liberdade, estabelecendo algumas relações ao exercício do planejamento familiar.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA INTRODUÇÃO

O termo política, costumeiramente tratado fora de seu sentido originário, advinda do grego *polis* (“cidade-estado”), é designada como a arte de governar e gerir o que é público, e relacionada ao poder (SCHEEFER, 2014). Sua origem, segundo Friede (2007), deriva do grego *politikós*, referente a tudo que provém do Estado ou diz respeito a ele. Segundo Bobbio (2002), refere-se às relações, e às questões civis e sociais, enfim, ao que se sucede na “cidade-estado”.

Sinteticamente, para Friede (2007) uma das correntes teóricas entende a política como a ciência do Estado, e a outra como a ciência do poder – sendo a primeira a mais proeminente. Assim, a arte de governar corresponderia à política, ou seja, ao processo de executar o poder através do Estado. Conforme o autor, os fenômenos políticos relativos ao Estado abrangem ainda os agrupamentos sociais, o que aprofunda a complexidade da definição de política.

Segundo Friede (2007) a definição de Estado passou por transformações históricas. Apesar de variações conceituais, segundo Lucchese (2004), o Estado se trata de um meio de organização política da sociedade, com surgimento a partir do século XIII na Europa. Friede (2007), se refere ao Estado como todo conjunto de pessoas estabelecidas em um determinado território provido de um poder soberano exercido sobre a população.

Considerando que as dificuldades em torno da definição de política pública sejam marcadas pela divergência e diversidade de concepções de pesquisadores da área, traz-se a abordagem de alguns estudiosos. Embora o termo “políticas públicas”

esteja presente em várias áreas do conhecimento, Scheeffer (2014) afirma que ele ganhou evidência na Ciência Política a partir da metade século XX, respaldando, de modo geral, políticos e todos aqueles agentes envolvidos com a promoção de melhorias na vida da população.

Segundo Bosco (2007), pode-se designá-la como resultante de uma autoridade investida de poder público e de legitimidade governamental, ou como um agrupamento de práticas e normas advindas de um ou de vários atores públicos, podendo se constituir simultaneamente em um programa de ação, em uma resolução política ou em uma mobilização em torno do alcance de determinados objetivos.

Uma questão divergente na conceituação de política pública é concernente ao fato de se tratar de ação exclusiva do Estado ou não. Conforme Scheeffer (2014), alguns teóricos preveem a exclusividade dos atores estatais na implantação de políticas públicas, a partir da abordagem estatista. Outros, a entendem como ação não exclusiva do Estado, de acordo com a abordagem multicêntrica, que segundo o autor é um enfoque pertinente, já que considera o termo “pública” referente a um problema da esfera pública, que pode ter sua origem ligada a vários agentes – não necessariamente exclusivo do ator estatal. Desta forma, infere que o âmago das políticas públicas diz respeito ao fato de tratarem de um problema público e de uma possível resposta a este. Questões consideradas relevantes ao coletivo pelos atores políticos, que retratam uma situação inadequada para parcela expressiva da sociedade, caracterizam um problema público que pode gerar uma atuação em direção a minimizá-la ou solucioná-la.

Para Lucchese (2004) as políticas públicas se traduzem como agrupamento de disposições e procedimentos que regulam as ações do governo de interesse público. Essas ações expressam a orientação política do Estado e apresentam variações condizentes com a ótica governamental sobre o papel do Estado na sociedade, juntamente com a intensidade de atuação dos grupos sociais e formas de organização da sociedade.

As políticas públicas são inferidas por Mota (2014) como o modo pelo qual o Estado atua para amenizar os conflitos e desigualdades sociais, sendo desenhadas a partir do relacionamento e dos interesses existentes entre os diversos segmentos da sociedade. Nesse processo, os atores políticos possuem importante participação para a focalização e destinação de recursos públicos para determinada política pública.

Nas sociedades capitalistas, a implementação de políticas públicas também está sujeita a interferência dos cenários de crise ou estabilidade.

O papel do Estado é considerado central enquanto formulador de políticas de desenvolvimento, de modo que a própria fundamentação das políticas públicas consiste na materialização de direitos através de prestações positivas do Estado,

[...] sendo o desenvolvimento nacional a principal política pública, conformando e harmonizando todas as demais. O desenvolvimento econômico e social, com a eliminação das desigualdades, pode ser considerado como a síntese dos objetivos históricos nacionais (BERCOVICI, 2006, p. 144).

No entanto, o processo de formação das políticas públicas é fruto de complexa interação de fatores políticos, econômicos e ideológicos. Bercovici (2006) ressalta que as políticas econômicas, em seus resultados, dependem também de opções institucionais e viabilidade política. Analisando o caso do Brasil, o processo de desenvolvimento, considerando as políticas de longo prazo voltadas à melhoria das condições sociais da população, se mostra intensamente calcado em decisões políticas (BERCOVICI, 2006).

Em relação a atuação do Estado, seu plano delineia a expressão política geral do mesmo, indo muito além de um programa: trata-se de um ato de direção política, constituindo-se na manifestação da vontade estatal. Desse modo, quando a manutenção do *status quo* econômico e social designam os interesses dominantes, o desenvolvimento se torna esvaziado. As opções que irão compor o planejamento, que dá unidade à atuação do Estado, são orientadas fortemente por valores políticos e ideológicos, cujo fundamento central é a busca de meios que possibilitem modificar a conjuntura social e econômica que se apresenta em dado momento.

O papel do Estado, segundo Ames (2003), precisa ser remodelado para a promoção do desenvolvimento, assim como seu instrumental precisa ser readequado, dada a insuficiência das formas tradicionais face às necessidades do Estado Social, forma de Estado caracterizado por gestão da ordem social e econômica voltado ao objetivo de bem-estar e integração social progressivos (LUCCHESE, 2004). Deste modo, tanto o direito administrativo quanto a Administração Pública no Brasil não estão direcionados à efetivação de políticas e princípios constitucionais, e sim para o resguardo de direitos individuais em face do Estado (BERCOVICI, 2006).

Na maioria dos atuais países desenvolvidos, segundo Castro e Oliveira (2014), o processo histórico de desenvolvimento foi alavancado pela presença marcante do

Estado por longos períodos, o que trouxe diversas influências em vários aspectos sociais, econômicos e de mercado. O surgimento de consistentes estruturas de proteção social é um destes elementos, que provocou transformações marcantes da economia, do mercado e da sociedade (CASTRO; OLIVEIRA, 2014). No decorrer deste processo, e em meio a um campo de forças e disputas de variados segmentos da sociedade, Castro e Oliveira (2014) referem que, em torno de um projeto de desenvolvimento, as Constituições e outras instituições foram se organizando e demarcando direitos e deveres da população, e desta forma configurando as políticas públicas como um dos mecanismos centrais na materialização dos direitos sociais.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) representa um marco em direção à criação e estruturação de políticas públicas e da efetivação dos objetivos pactuados. A saúde consolidou-se como um direito social com previsão constitucional no artigo 6º, paralelamente a outros direitos como o direito à educação, à segurança, à moradia, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, à proteção à infância e à maternidade, a assistência aos desamparados. Conforme destaca seu artigo 196, a CF/88 conduziu ao processo de responsabilização do Estado em proporcionar seu acesso a toda população (BRASIL, 2007a, art. 196):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A partir da previsão constitucional do artigo 197, as ações e serviços de saúde são de relevância pública, competindo ao Poder Público ordenar sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 1998). Desse modo, o campo de ação social do Estado passou a ser integrado pelas políticas públicas em saúde, destinadas à promoção da melhoria das condições de saúde da população. Dentre outras políticas sociais, as políticas públicas em saúde se apresentam com a incumbência de desenvolver e estruturar funções públicas governamentais que promovam ações e estratégias em prol da proteção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e comunidades, a partir do conceito ampliado de saúde, que considera a qualidade de vida como aspecto fundamental (BRASIL, 2010).

2.1.1 A saúde como direito e como fator de desenvolvimento

As principais relações entre desenvolvimento e políticas públicas são discutidas pela literatura, e apontam a dinamicidade dos elementos que as caracterizam, como um fator que imprime complexidade à tarefa de defini-las. Apesar da dificuldade referida, é norteadora a ideia segundo a qual a economia não abarca todos os aspectos do desenvolvimento de uma nação, definindo-se como um processo muito mais amplo, abrangendo aspectos referentes às instituições, relações sociais, dinâmicas territoriais e ambientais. Durante longo período o desenvolvimento econômico dos países era inferido a partir do nível de renda *per capita*, concepção superada dando lugar àquela segundo a qual o desenvolvimento deve contemplar as dimensões de acesso à educação, saúde, emprego, saneamento, distribuição de renda, entre outras variáveis (CASTRO; PELEGRINI; WINKLER, 2015).

Conforme Rotta, Lago e Rossini (2017), as políticas sociais não correspondem fundamentalmente a necessidades de reprodução do capital, e sim a necessidades humanas, resultado de um processo de construção histórica. Neste sentido, os autores ressaltam que a concepção de desenvolvimento é tida como fenômeno multidimensional, no qual estão implicadas modificações “da estrutura produtiva, das relações sociais, das instituições, da organização política, das bases culturais e da própria relação dos seres humanos com a natureza” (ROTTA; LAGO; ROSSINI, 2017, p.498).

Castro e Oliveira (2014), por sua vez, definem a expressão desenvolvimento como as possibilidades de uma sociedade específica efetivar suas potencialidades transpondo obstáculos, contextualizadas suas particularidades territoriais e históricas. Partindo da concepção na qual políticas públicas se traduzem como ações de políticas e de programas, promovidos pelo Estado, no enfrentamento de problemas coletivamente relevantes por meio da oferta de bens e serviços, podemos constatar que engendram uma cadeia de amplas influências em vários fatores do desenvolvimento. Nesse sentido, podemos citar as dimensões econômica, social, territorial, ambiental, político-institucional, sendo que os resultados dos processos de desenvolvimento podem advir dos arranjos de políticas públicas. As conexões entre as mesmas, agregada à qualidade, cobertura e proporção das políticas públicas implementadas, além do investimento público envolvido, podem contingenciar o ritmo de crescimento econômico e de incremento da produtividade.

Na dimensão social, além de outras políticas públicas de garantia de renda e regulação, circunscreve-se a oferta de bens e serviços na área da política de saúde. O contexto latino-americano tem concebido o desenvolvimento em articulação com a busca de bem-estar para a coletividade como elemento norteador na elaboração de seus projetos políticos. Neste panorama, as políticas públicas sociais apresentam função de destaque na agenda de debates sobre o desenvolvimento (MADEIRA, 2014).

Segundo Gadelha e Costa (2007), o campo da saúde tem sido concebido como elemento constitutivo e indutor de desenvolvimento, de modo que sua relevância tem obtido reconhecimento em várias áreas do conhecimento que têm explicitado as relações entre as condições de saúde e a capacidade de desenvolvimento econômico da população. Os autores destacam o impacto do setor da saúde na capacidade de desenvolvimento humano, e o potencial desse setor em dinamizar a economia, e constata a necessidade de articulação entre o setor saúde com uma política nacional de desenvolvimento.

No caso do Brasil, Sousa (2014) infere que a implementação de políticas sociais na área da saúde, contornadas no processo constituinte de 1988, foi elemento propulsor de melhoria do bem-estar da população e de crescimento econômico. A estratégia de desenvolvimento vigente no país se encontra ancorada na busca de crescimento econômico e articulada a inclusão social. Segundo Castro e Oliveira (2014, p.45):

O crescente aumento dos investimentos em políticas sociais, aliado à ação reguladora do Estado, proporciona a diminuição da desigualdade, que a seu turno promove o aumento da demanda interna, estimulando a economia. Assim, estabeleceu-se no país um círculo vicioso em que a justiça social promove o crescimento econômico e vice-versa.

Segundo Castro, Pelegrini e Winkler (2015) a saúde é considerada, simultaneamente, um determinante, uma medida e um resultado do progresso, sendo fator inerente ao desenvolvimento social e econômico do país. Nesse sentido, os sistemas de saúde têm um desafio central, qual seja, assegurar a distribuição equitativa de cuidados com vistas a garantir a saúde da população.

Conforme o MS, a promoção da melhoria das condições de vida da população não corresponde a um gasto público, e sim a um investimento que não é oneroso, como fazem crer determinados segmentos da sociedade. Tal conceito emerge como consenso na literatura científica. Neste contexto, alguns conjuntos de doenças e de

problemas em saúde apresentam impacto negativo no desenvolvimento macroeconômico dos países de média e baixa renda, sendo responsáveis por um custo econômico expressivo para seus sistemas de saúde e para a sociedade. São custos que se processam direta e indiretamente, podendo eles serem referentes a medicamentos e/ou a internações, por exemplo, ou ainda a improdutividade ou aposentadorias precoces, em decorrência de uma patologia que diminui ou inviabiliza o potencial produtivo de um indivíduo. Frente a esse cenário projeta-se crescimento de custos na ausência de operacionalização de intervenções resolutivas, que do contrário, poderiam representar benefícios econômicos para o país (BRASIL, 2006).

Na esfera da prevenção e do gerenciamento de problemas de saúde diversos, um sistema de saúde estruturado a partir de um modelo de tratamento voltado a casos agudos e episódicos, não é capaz de corresponder resolutivamente a vários tipos de problemas de saúde, produzindo desalinhamento entre a necessidade dos usuários do sistema e os serviços por ele prestados.

Mudanças de paradigmas apresentam potencial para gerenciar obstáculos, e viabilizar atendimento para as diferentes necessidades dos usuários do sistema de saúde, maximizando resultados, ainda que diante de recursos escassos. De acordo com a OMS (2003), a integração entre serviços e sistema de saúde se converte em resultados favoráveis à saúde dos usuários, menor desperdício e maior eficiência. Sob esta ótica, a fragmentação dos serviços e do sistema de saúde deve ser evitada, inclusive no que se refere à coordenação do financiamento em todos os âmbitos do sistema de saúde.

Nesta linha, o setor saúde é apresentado como investimento, sendo indicada a sua inclusão nos planos e programas de desenvolvimento dos países (CASTRO; PELEGRINI; WINKLER, 2015). Para Morel (2004), o grande desafio para os países em desenvolvimento deve ser o investimento em saúde, este considerado condição para o desenvolvimento econômico e social. O autor indica como necessária a organização de sistemas de pesquisas em saúde respaldadas em prioridades sanitárias, assim como a garantia da inclusão dos achados nas ações, atividades e políticas de saúde.

Castro, Pelegrini e Winkler (2015) apontam para a necessidade de elaboração e estruturação de políticas públicas convergentes, voltadas para a criação de condições de vida, saúde e bem-estar para a população. O investimento na garantia

da qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades corresponde, portanto, a investimento no desenvolvimento de um país (BRASIL, 2006).

2.2 DIREITO SOCIAL À SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO: A CONSOLIDAÇÃO DO COMPROMISSO DO ESTADO E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O direito à saúde se configurou como propósito social mundial de maior relevância a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978 em Alma-Ata. Segundo Souza e Costa (2010) a partir desse encontro foi estabelecida, por meio da elaboração de um documento – a Declaração de Alma-Ata – a ideia da promoção de políticas de saúde a partir da participação do Estado, e enquanto direito elementar da população, com ênfase para os cuidados primários. Além disso, ficou evidenciada a necessidade de integrar diferentes setores sociais e econômicos para alcançar essa meta, objetivando o bem-estar físico, social e mental da população.

No Brasil, um conjunto de iniciativas gradativamente estabelecem a configuração de elementos que irão compor as concepções da Reforma Sanitária. Na esfera do Estado, os secretários municipais de saúde passaram a se mobilizar, de modo que em 1978 ocorreu o primeiro Encontro de Secretários Municipais de Saúde das capitais do Nordeste, marcando uma série de encontros subsequentes. Iniciava-se, a partir deste momento, a elaboração da proposta da Reforma Sanitária, que ressaltava a participação dos usuários, a unificação dos serviços de saúde, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção prestada. A partir de uma ideia incipiente sobre a importância da Reforma Sanitária, observa-se seu desenvolvimento para a transformação em uma proposição mais concreta (PAIM, 2008).

A legitimidade destas formulações emergiu em movimentos sociais também da classe trabalhadora. Em 1978, a paralisação de operários da Saab Scania e da Ford de São Bernardo do Campo (SP) foi motivada, entre outros aspectos, pela reivindicação de melhoria da assistência médica (PAIM, 2008).

No 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, ocorrido em 1979, foi lançado um documento apresentado por Sérgio Arouca elaborado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)¹, fundado na XXVIII Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência em 1976 realizada na UnB (Brasília), contendo as diretrizes gerais de uma proposição para a transformação e democratização da situação da saúde brasileira (VAN STRALEN, 2016). Este se tornou um marco na fundação do SUS, orientado pelo ideal democrático de saúde para o país, dividido em quatro eixos: o direito universal, inalienável e comum a todos; à promoção das condições de preservação da saúde; o caráter socioeconômico global das condições citadas, envolvendo emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e manutenção de níveis ambientais aceitáveis; responsabilidade parcial das ações médicas na promoção ativa da saúde da população; caráter social deste direito e da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado, pela efetiva implementação das condições descritas (ALMEIDA, 2016).

Na década de 1980, o Brasil atravessava um momento no qual se intensificaram as reivindicações por medidas que direcionassem à redemocratização do país, destacando-se as manifestações da população por eleições presidenciais diretas. Tal momento histórico de clamor coletivo por transformações políticas foi protagonizado principalmente por atores sociais como os intelectuais, os trabalhadores da saúde, os movimentos sindicais e estudantis, além de lideranças políticas. Na área da saúde, as expectativas da população por atenção democrática, abrangente e igualitária, rompendo com o modelo assistencial privatista, elitista e antipopular que chegara a seu esgotamento, e nesse contexto, os anos seguintes também foram marcados por acentuadas desigualdades, índices elevados de desemprego e de miserabilidade, profundas dificuldades no acesso à saúde, resultando em um descontentamento geral da população (SOUZA; COSTA, 2010).

¹O CEBES editou a Revista Saúde em Debate e publicou livros, além de promover reuniões juntamente com a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), proporcionando uma conjuntura de debates a respeito da saúde. Tal movimento composto por ideias e pessoas pensando criticamente a situação da saúde constituíram um elemento fundamental do movimento sanitário brasileiro enquanto um movimento social organizado, de modo que gradativamente uma proposta de transformação é construída. Já no editorial do número 2 da Revista Saúde em Debate (1977), é mencionado o princípio segundo o qual a saúde é um direito de todos os brasileiros, indicando a necessidade de uma prestação de serviços de saúde a partir de uma perspectiva nova. No editorial seguinte da revista (1977), a expressão Reforma Sanitária é referida três vezes, apontando a democratização do setor da saúde e a unificação dos serviços de saúde – públicos e sem fins lucrativos -, ampliando o acesso aos mesmos à população (PAIM, 2008).

A Reforma Sanitária já não se tratava apenas de uma ideia sobre a necessidade de uma reformulação da atenção à saúde, e sim de um conjunto de propostas voltadas à organização de um sistema democrático na área da saúde, cujo desenvolvimento ampliou-se com a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e a mobilização nacional pelas Diretas já. Tais marcos culminaram no delineamento do Programa de Governo de Tancredo Neves, que incluía a proposta de uma reviravolta na área da saúde. Neste contexto, o histórico do CEBES revela estreita conexão com a Reforma Sanitária Brasileira, sendo identificado não restritamente a uma entidade, mas a um movimento que reuniu profissionais da saúde, intelectuais, organizações pautadas no referencial ético da saúde enquanto um direito universal, possível através de uma reestruturação do sistema de saúde. Em suma, os movimentos sociais, o movimento de gestão direta dos serviços, o movimento intelectual, os movimentos populares e o movimento político construíram as condições necessárias para a Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

Diante do cenário descrito, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que foi caracterizada por forte participação popular e por oportunizar, pela primeira vez na história do país, a participação dos usuários dos serviços de saúde nas deliberações da conferência, tornando-se marco para a saúde brasileira (AROUCA, 1986). Os temas centrais da 8ª CNS foram a criação de um Sistema Nacional de Saúde e o financiamento para o setor e a saúde enquanto um direito de todo cidadão e um dever do Estado. Além de desempenhar importante papel na difusão do movimento da Reforma Sanitária, a 8ª CNS apontou a necessidade de ampliar o conceito de saúde e de reformular a legislação – culminando na separação total da “Saúde” da “Previdência”. Como resultado, ocorreu a criação do Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS) que posteriormente se transformou no atual SUS.

O elemento mais importante, porém, como fruto da 8ª conferência, foi que seu relatório serviu de embasamento da elaboração da nova CF/88 (MORAES, 2010), representando a ferramenta que influenciou o processo de responsabilização do Estado em proporcionar o acesso ao direito de saúde a toda população, com competências distribuídas em todos os níveis (federal, estadual e municipal). “Assim ela nasce: no instante em que a discussão sobre a formulação do sistema de saúde no Brasil infelizmente quase foi tratada como uma simples reforma administrativa” (AROUCA, 1986).

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (BRASIL, 2007a, p.35).

Com a conquista da saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecida na CF/88, se inaugura uma nova perspectiva nas relações entre desenvolvimento, saúde, liberdade e determinação social, deflagrada por um processo de transição democrática (SOUZA; COSTA, 2010; TEMPORÃO; PENELLO, 2013). De acordo com Temporão e Penello (2013), a relação entre saúde, democracia e cidadania se estruturou no cenário de luta pela redemocratização no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, sendo sua máxima “saúde é democracia e democracia é saúde”.

A definição de saúde passa por uma mudança de paradigma, partindo do conceito formulado pela OMS, qual seja, que a saúde não se restringe à ausência de doença:

(...) é um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes; que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...) (AROUCA, 1986).

De acordo com Arouca (1986), tal conceituação de saúde se refere diretamente à definição de democracia, não havendo possibilidades de melhora no âmbito da saúde da população sem a melhoria da qualidade de vida em geral, o que, por sua vez, também não é viável tanto na vigência de um modelo econômico concentrador de renda e excludente como em um modelo político autoritário.

O SUS se tornou o sistema de saúde oficial do Estado brasileiro, formalizado pela CF/88 e pelas Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, resultado de uma política social e universalista. E se consolidou por meio de seus princípios doutrinários e organizativos, sendo eles a universalidade, a equidade e a integralidade, obtidas através da regionalização e hierarquização da rede de atenção à saúde (RAS), descentralização político-administrativa com direção única em cada

esfera de governo e participação da comunidade por meio do controle social, dispostos no artigo 198 da CF/88² (BRASIL, 2011b). Sincronicamente, os preceitos citados atentam ao comprometimento com a efetivação de direitos sociais (SCHEEFFER, 2014). Através das políticas públicas de saúde, que o direito de cidadania à saúde, firmado na CF/88, é materializado na prática, por meio da oferta de serviços de saúde à população.

Com a regulamentação do SUS e sua implementação em 1990, a população passou a ter acesso ao atendimento de saúde necessário, anteriormente limitado a serviços de saúde e restrito apenas a alguns cidadãos. Neste sentido, conforme Souza e Costa (2010), a criação do SUS foi caracterizada como o maior movimento histórico de inclusão social do Brasil, designando o compromisso do Estado perante seus cidadãos – a saúde como direito de todos e dever do Estado: o direito à saúde, enquanto direito social.

É também através da promulgação oficial da CF/88, que se estabelece o reconhecimento oficial e a garantia da contracepção e do direito de escolha reprodutiva enquanto um direito do cidadão.

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, art.226, § 7º).

Até o ano de 1996, a realização de esterilização cirúrgica era considerada prática ilegal, apesar da inexistência de uma lei que a proibisse expressamente. Embora ilegal, se difundiu rapidamente no país a partir de 1970, sendo considerada lesão corporal grave, motivo pelo qual sua ocorrência passou a se dar de forma velada no momento do parto cesáreo (ARAÚJO; DI BELLA, 2014). Tal prática acabou por culminar em uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI)³ em 1991, trazendo à tona a necessidade de regulamentação legislativa sobre o tema (CAVENHAGHI, 1997).

² O artigo 198 da CF/88 estabelece um desenho geral de um sistema único de saúde, propondo o atendimento integral através de uma rede regionalizada e hierarquizada, além da direção única em cada esfera de governo – federal, estadual, no Distrito Federal e municipal – e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

³ Segundo Ventura (2009), denúncias indicavam a ocorrência de esterilizações cirúrgicas em massa, realizadas por governos, com financiamento por parte de organismos internacionais – com interesses relativos ao controle demográfico no Brasil – e facilitadas por políticos interessados em votos. Evidências indicavam que estas ações assistenciais apresentavam como público-alvo as parcelas mais pobres da população, com destaque para as mulheres negras. As denúncias foram confirmadas, e a CPI acabou constatando que as mulheres se submetiam à esterilização cirúrgica, muitas vezes

Ventura (2009) explicita que, em 1996, apenas oito anos após a CF/88 ter garantido o direito ao planejamento familiar (art. 226, § 7), desvinculando o acesso aos serviços de qualquer tipo de política de controle demográfico, um projeto de lei que o regulamenta foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República, estabelecendo que:

(...) as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura (BRASIL, 2002, p.7).

Tal projeto legislativo resultou na Lei nº 9.263/1996 – Lei do Planejamento Familiar, que assegurou aos cidadãos a garantia sobre seus direitos sexuais e reprodutivos na participação livre referente à opção pelo método contraceptivo mais apropriado para cada situação (BRASIL, 1996a). O planejamento familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na CF/88: o direito de ter ou não filhos/as, garantindo a assistência à contracepção e também à concepção, em casos de infertilidade (BRASIL, 2002).

Resumidamente, a referida legislação, dentre outras deliberações, define o planejamento familiar e proíbe o controle demográfico; incumbe o Estado do dever de prestar informação em planejamento familiar; estabelece condições e impõe proibições relativas à esterilização cirúrgica. Em 1999, a Portaria nº 48 é lançada, objetivando estipular regras de funcionamento e mecanismos de fiscalização para a execução de ações de planejamento familiar pelo SUS. Deste modo, o Governo Federal passou a se responsabilizar pelo fornecimento de métodos contraceptivos para Estados e Municípios (ALVES, 2010).

realizada durante a cesariana inadequadamente e, por vezes, sem consentimento das mulheres. Em muitos casos, a laqueadura era realizada dada a ausência da disponibilidade de outras alternativas anticonceptivas.

2.3 MARCOS NORMATIVOS E CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS: O PAPEL RELATIVO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, a comunidade internacional através da Organização das Nações Unidas (ONU), vem firmando uma série de convenções internacionais, com estatutos comuns de cooperação mútua, os chamados direitos humanos (BRASIL, 2013b). Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos correspondem a direitos humanos, já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais.

Durante as primeiras Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento Humano (CIPDH), sob a organização da ONU, as primeiras discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos foram desencadeadas. Contudo, somente na 5ª Conferência, realizada no Cairo em 1994, que os direitos sexuais e reprodutivos foram reconhecidos como direitos humanos. Assim, entre os marcos internacionais no que se refere a este âmbito, destaca-se a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida em 1994, onde o resultado principal foi o abandono da necessidade de limitar o crescimento populacional para combater a pobreza e as desigualdades, através da priorização do incremento da qualidade de vida e do respeito aos direitos sexuais e reprodutivos (CARCERERI et al., 2016). A CIPD considerou no debate a população e o desenvolvimento, as questões sobre a mulher – desigualdades de gênero – meio ambiente e os direitos humanos (PIOVESAN, 2006).

Na CPID, os direitos reprodutivos foram conceituados como:

Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (NACIONES UNIDAS, 1995 apud BRASIL, 2013b, p.13).

E a saúde reprodutiva definiu-se como:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros,

permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva (NACIONES UNIDAS, 1995 apud BRASIL, 2013b, p.13).

Segundo Ventura (2004) o Plano de Ação do Cairo englobou casais, adolescentes, mulheres solteiras, homens e pessoas idosas. Até este momento, aqueles que estivessem excluídos de uma estrutura de casal não eram contemplados nas políticas públicas relacionadas à sexualidade e à reprodução.

Outra conferência que merece destaque é a IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Pequim em 1995, que reafirmou os acordos estabelecidos no Cairo e avançou na definição dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. Também foi central o tema do grave problema de saúde pública representado pelos abortamentos clandestinos (VENTURA, 2004).

Em ambas as Conferências Internacionais, os documentos elaborados reiteram o dever dos Estados na promoção da saúde sexual e reprodutiva, como integrante do direito à saúde e de outros direitos individuais e sociais essenciais (VENTURA, 2004). No Brasil, o MS lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (PNDSDR) em 2005 (BRASIL, 2005), entre suas diretrizes e ações:

(...) a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações (grifo nosso) (BRASIL, 2013b, p.21).

Em 2007, o governo federal brasileiro lançou o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) em busca de aliar o crescimento econômico ao desenvolvimento e a equidade social. No campo da saúde, o MS lançou, na proposta do PAC o Programa Mais Saúde: Direito de Todos⁴, que tem por objetivo numa perspectiva

⁴Com a elaboração do programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, a política de desenvolvimento do governo federal englobou, dentre outras, ações de promoção da saúde, reconhecendo na saúde, além de um direito de cidadania, sua contribuição para o desenvolvimento econômico do País.

abrangente, aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS: universalidade, equidade e integralidade. O programa contempla 73 medidas e 165 metas. Entre as medidas do eixo promoção da saúde, encontra-se a expansão das ações de planejamento familiar (BRASIL, 2013b).

Assim, a saúde sexual e reprodutiva foi gradativamente se introduzindo na pauta governamental brasileira, nas políticas e conquistas legais, passando a ser uma demanda social crescente. Entretanto, a mera existência de regulamentos e disposições normativas não assegura sua efetivação, sendo um desafio transformá-los em uma realidade no planejamento e na oferta nos serviços de atenção à saúde.

2.3.1 O PAISM, direitos reprodutivos e o planejamento familiar

A saúde da mulher brasileira foi incluída nas políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, com enfoque limitado a gestação e ao parto, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe, dentro de uma perspectiva reducionista. A mulher tinha acesso a cuidados de saúde durante o período gestacional e puerperal, e passava as demais fases da vida sem assistência. Frente a isso, um movimento organizado de mulheres apontou que as desigualdades nas relações sociais, entre homens e mulheres, desencadeavam problemas de saúde, particularmente para a população feminina.

Posteriormente, as evidências comprovaram que comportamentos baseados em padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte. Baseados nesses argumentos, as mulheres reivindicaram sua condição, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos da vida. Em resposta a esse movimento, o MS, em 1984 elaborou uma proposta específica para atendê-las: o PAISM, marcado por um rompimento com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2004).

Com o advento do programa, é estabelecida uma ruptura com as propostas conceituais vigentes até então. A partir dessa ruptura as políticas públicas para as mulheres brasileiras passa a abranger todos os ciclos da vida da mulher, com perspectiva ampliada, sem se restringir a gestação e ao parto. Desse modo, passam a fazer parte do rol de possibilidades a atenção ginecológica, a prevenção do câncer

de colo uterino e de mamas, o planejamento familiar, o diagnóstico e o tratamento de DSTs, entre outras (BRASIL, 2004).

Cabe situar que o PAISM estava inserido em contexto de lutas e reivindicações por reformulações mais amplas no sistema de saúde, marcado pela atuação de movimentos sociais e da sociedade civil, que reivindicavam o restabelecimento da democracia (MANDÚ, 2002; OSIS, 1998). Ainda que a responsabilidade masculina frente a regulação da fecundidade não tenha sido apresentada enfaticamente, foi a primeira vez que o planejamento familiar foi incluído em um programa proposto e implantado pelo Estado brasileiro (OSIS, 1998).

Muitos movimentos participaram e contribuíram para as modificações expressas, introduzindo na agenda política brasileira o debate sobre as desigualdades marcantes nas relações entre homens e mulheres, além de questões relacionadas à saúde reprodutiva e sexualidade, anticoncepção, prevenção de DSTs. Somente a partir do PAISM, as mulheres passam a ser priorizadas e tais desigualdades são apontadas como desencadeadoras de problemas de saúde, que atingem de modo peculiar as mulheres, embasando a ideia segundo a qual as especificidades dos diversos grupos populacionais precisam ser levadas em conta no planejamento das ofertas em saúde (CARCERERI et al., 2016).

A incorporação do enfoque de gênero nas políticas públicas representa importante avanço na área dos direitos sexuais e reprodutivos, com destaque para o planejamento familiar. A busca por particularidades na atenção à saúde das mulheres se torna a marca deste modo renovado de promoção de saúde, que passa a considerar aspectos culturais, socioeconômicos e afetivos, extrapolando as demandas restritas à gestação e ao parto (CARCERERI et al., 2016).

A integralidade do cuidado – um dos princípios do SUS – aponta para o conceito ampliado de saúde, que envolve olhares e saberes diferenciados da equipe e comunidade. Para Mandú (2002), um dos méritos da PAISM foi oficializar como princípio fundamental, de organização da atenção à mulher, a concepção de integralidade, contemplando desde a adolescência à terceira idade em suas necessidades de saúde. Neste contexto, a atenção integral à saúde da mulher não se restringe a ações pontuais voltadas apenas aos agravos e doenças, ou atendimentos separados e fragmentados por etapas de vida. A atenção direcionada a esse público precisa ser planejada ao atendimento das necessidades apresentadas, levando em

conta o processo saúde-doença em sua totalidade, seus elementos sociais, culturais, políticos e econômicos (CARCERERI et al., 2016).

No campo da saúde, a necessidade do investimento na prevenção e promoção é evidente. Além dos elevados custos financeiros envolvidos em um modelo centrado na doença e da reconhecida a ineficiência do modelo fundamentado restritamente no conhecimento biológico, se torna indiscutível a importância de fomentar a prevenção primária, de modo que ações de promoção e proteção apontam para melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde (BRASIL, 2010; PAIM, 2008). Assim, o documento base da PAISM preconizou a atenção integral, concebendo que todo e qualquer contato da mulher com os serviços de saúde deveria ser aproveitado em prol da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (OSIS, 1998).

É necessário ressaltar que o aprimoramento das condições de saúde da mulher está relacionado não apenas a aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais, mas igualmente a outros fatores fundamentais, como o planejamento, a execução e o monitoramento adequado das ações realizadas em todos os níveis de atenção, onde os atendimentos estejam conectados às demandas apresentadas pela mulher atendida (CARCERERI et al., 2016).

Osis (1998) enfatiza que o PAISM foi um programa pioneiro, quando considerado, inclusive, o contexto mundial no que tange o conceito de integralidade e ao abranger a proposta de atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, e não mais a adoção de ações isoladas na área de planejamento familiar. Embora não tenha empregado diretamente a expressão saúde reprodutiva⁵, a construção do PAISM foi um passo decisivo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, expressão que se consolidou nos diversos foros internacionais de luta.

De um programa de governo, o PAISM passa a uma política nacional em 2004 – a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) – e, considera a diversidade dos municípios e estados, seus níveis de desenvolvimento, assim como a organização dos sistemas locais de saúde. A PNAISM é uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos entes federados e dos diferentes atores dessa construção, sem deixar de enfatizar a importância do protagonismo das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social (IFF; FIOCRUZ,

⁵ O termo “saúde reprodutiva” passou a ser conhecido internacionalmente somente no final dos anos 80 (OSIS, 1998).

2017). Na PNAISM, novamente são compreendidas ações de planejamento familiar, devendo ser disponibilizadas informações e métodos contraceptivos. Entre os métodos está a esterilização feminina ou laqueadura tubária⁶. A PNAISM também concede enfoque em buscar incitar a participação e inclusão de homens nas ações, até então ocupando lugar coadjuvante nas medidas contraceptivas e nas políticas voltadas para essa área (CAVALCANTI, 2017).

No entanto, em 2008 foi lançada uma política pública voltada ao público masculino, durante longo período mantido à margem de políticas públicas de saúde: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), apresentada como uma das políticas prioritárias do governo à época. A PNAISH destaca o fato de que, contrariamente ao que acontece com as mulheres, que são as principais usuárias do SUS, os homens ingressam no sistema de saúde por meio da atenção especializada, por agravos decorrentes de morbidades e pelo retardamento da procura por serviços de saúde (BRASIL, 2009b). Estudos evidenciam que os homens são mais vulneráveis às doenças quando comparados às mulheres, principalmente em relação as doenças graves e crônicas, ainda, morrem mais cedo, fatos explicados, entre outros, pela negligência na busca por serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002).

A PNAISH reafirma a necessidade de conscientizar homens do direito e do dever de participar do planejamento reprodutivo, onde a paternidade não deve ser vista apenas como obrigação legal, mas como direito de participar de todo o processo de tornar-se pai. Processo esse que o que engloba desde a decisão de ter ou não filhos, de como ou quando tê-los, de acompanhar a gestação o parto e o pós-parto da parceira, assim como participar da educação da criança (BRASIL, 2009c). Conforme a PNAISH, aos homens também devem ser disponibilizadas informações e métodos contraceptivos, entre eles a esterilização masculina – a vasectomia⁷ – que está disponível no SUS na atenção primária à saúde (APS).

⁶ A esterilização feminina é um método contraceptivo cirúrgico, definitivo, que pode ser realizado na mulher por meio da ligadura das trompas (laqueadura ou ligadura tubária). Na mulher, consiste em evitar a fecundação mediante impedimento de encontro dos gametas, devido à obstrução das trompas. A laqueadura tubária apresenta taxa de falha de 0,5%. Pode ser feita por minilaparotomia, laparoscopia, colpotomia. A laparotomia só é indicada quando associada a outro procedimento cirúrgico maior. Todos os procedimentos precisam de ambiente de centro cirúrgico. Na laqueadura tubária são raras as complicações, podendo ocorrer: hemorragia, infecção, perfuração uterina, lesão vesical, esgarçamento das trompas e embolia pulmonar (BRASIL, 2002).

⁷ A esterilização masculina é um método contraceptivo cirúrgico, definitivo, que pode ser realizado no homem através da ligadura dos canais deferentes (vasectomia). A vasectomia consiste em impedir a

2.3.2 Lei nº 9.263/1996: a consolidação do planejamento familiar no contexto brasileiro

A Lei nº 9.263 – Lei do Planejamento Familiar – foi assinada no ano de 1996, no entanto, somente em 2001 que as ações de assistência em planejamento familiar foram inseridas entre as ações a serem implementadas nos municípios, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001). Segundo Araújo (2004), a Lei do Planejamento Familiar consolidou o PAISM, atestando que o planejamento familiar é integrado por ações de atenção ao casal, homens e mulheres.

Enquanto os direitos reprodutivos se sustentam no reconhecimento do direito básico dos casais e dos indivíduos em decidir de forma livre e responsável o número e o intervalo entre os filhos, bem como de receber orientação sobre os recursos de assim praticá-lo sem coação ou violência, o planejamento familiar corresponde à política pública que, alçando mão de ações preventivas e de orientação, considera a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos como um todo (BRASIL, 2016a). Nesta perspectiva, as ações de planejamento familiar passam a ter centralidade na APS conforme estabelecido pela NOAS-SUS/2001.

Dentre os núcleos centrais destas ações, está o acesso ampliado ao método de esterilização cirúrgica voluntária e a disponibilidade ampliada de métodos anticoncepcionais. Apesar disso, persistem obstáculos para implementação de serviços de planejamento familiar na rede de atenção que correspondam às demandas da população e, que contemplem o aconselhamento e o acompanhamento com continuidade dos casais e usuárias, bem como o próprio acesso aos métodos de contracepção.

Segundo o artigo 10 da Lei nº 9.263/1996, somente é permitida a esterilização voluntária sob as seguintes condições⁸:

presença dos espermatozoides no ejaculado, por meio da obstrução dos canais deferentes. A eficácia da vasectomia é alta, onde a taxa de falha é de 0,1 a 0,15%. A vasectomia sem bisturi é um procedimento ambulatorial pouco invasivo, realizado com anestesia local, de imediata recuperação e liberação do paciente, com uma taxa de complicações baixa, sendo possível acontecer: orquiepididimite (dor e edema, sem febre), epididimite congestiva, hematoma, infecção (BRASIL, 2002). De acordo com a Portaria Nº 1.319, de 5 de junho de 2007, a previsão de tempo para a realização da vasectomia, corresponde a aproximadamente 30 minutos, não sendo necessário o afastamento das atividades laborais no pós-operatório, dada a simplicidade do procedimento. A portaria supracitada incluiu o procedimento vasectomia no Rol de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, o que possibilitou realizá-la nas modalidades de atendimento Hospitalar e Hospital Dia, objetivando a ampliação do acesso a este procedimento (CAVALCANTI, 2017).

⁸ As condições descritas passaram a vigorar com a redação expressa a partir da Portaria nº48, de 11 de fevereiro de 1999 (BRASIL, 1999).

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce.

II – em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

III - a esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia.

IV - será obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Parágrafo Único – É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42o dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.

A Lei 9263/1996 introduziu no rol de opções contraceptivas da rede pública de saúde a laqueadura tubária e a vasectomia, determinando os critérios supracitados para sua realização. Democratizou o acesso as alternativas de anticoncepção e de concepção, normatizando inclusive na rede assistencial privada tais práticas (BRASIL, 2002).

Com o lançamento da PNPf, em 2007, pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, reafirma que é dever do Estado assegurar o provimento de métodos contraceptivos no sistema público de saúde. Dentre o conjunto de medidas da política, podemos citar a ampliação da distribuição gratuita de métodos para prevenção da gravidez – como o aumento do número de preservativos e dos dispositivos intrauterinos (DIU) distribuídos em todo o país – além da redução do preço das pílulas anticoncepcionais na Farmácia Popular em até 90%. O conjunto de ações também contou com a disponibilização de uma nova modalidade de vasectomia – realizada em atendimento ambulatorial, com duração de 15 minutos e sem a necessidade de internação – com o intuito de ampliar a participação masculina no planejamento familiar. A distribuição de preservativos masculinos nas escolas também integrou as medidas, reforçando as ações de planejamento familiar (BRASIL, 2009a).

Apesar dos avanços no âmbito do planejamento familiar, persistem obstáculos que precisam ser enfrentados, e aspectos que necessitam ser aprimorados e ampliados, considerando o pressuposto segundo o qual as particularidades de vida

influenciam de forma direta a produção social da saúde. Para Casarin e Siqueira (2014) ainda persistem barreiras de acesso as ações e serviços de planejamento familiar, como a indisponibilidade de serviços vinculados aos SUS – entre eles a vasectomia – ou então relacionadas aos serviços de atenção básica (AB), restringindo ou inviabilizando sua efetivação. Mesmo depois de implantada toda a política de Planejamento Familiar, no Brasil a disponibilidade de métodos contraceptivos na rede pública de saúde segue reduzida ou prejudicada, desfavorecendo o exercício efetivo dos direitos reprodutivos.

A atual concepção dos direitos sexuais e reprodutivos, para Ventura (2011), não se restringe a assistência voltada à saúde sexual e reprodutiva. A saúde trata-se, acima de tudo, de um direito social e de uma questão de cidadania, de modo que a assistência à saúde sexual e reprodutiva contempla uma série de direitos – humanos, sociais, entre outros direitos – que devem se inter-relacionar em prol de seu pleno exercício.

2.3.3 Os impactos do planejamento familiar

Garantido pela CF/88 e também pela Lei nº 9.263/1996, o planejamento familiar constitui um conjunto de ações que amparam as pessoas que tem a intenção de ter filhos e também aquelas que pretendem adiar o aumento da família. Além de possibilitar o respaldo necessário a sua estruturação, também abrange a assistência a formação da família de casais com problemas relativos à infertilidade.

A ausência de assistência em planejamento familiar pode incorrer em graves problemas sociais, entre os quais podemos mencionar a elevação de taxas de mortalidade infantil e materna; a prática recorrente do aborto inseguro; condições físicas, emocionais e econômicas prejudicadas para o desenvolvimento das crianças. No Brasil, as garantias constitucionais e legais nesse âmbito não têm obtido a devida atenção, deixando a população desassistida de apoio para a prática de um projeto parental orientado e responsável (BUNHOLA, 2019).

Para o UNFPA (2012) – agência de desenvolvimento internacional da ONU incumbida de abordar as questões populacionais – a pesquisa realizada sobre avaliação de custo confirma que o planejamento familiar é um investimento em saúde pública com custo-benefício positivo. Segundo Nort (2002) os países que direcionam investimentos em políticas públicas na área do planejamento familiar, apresentam queda na disseminação do vírus da imunodeficiência humana (HIV); redução da

mortalidade infantil e materna, do número de abortos clandestinos e das mortes a eles relacionadas; redução de gravidez indesejada e, por consequência, um menor número de crianças abandonadas, enfim, proporcionando melhoria na qualidade de vida da população.

Considerando que a gravidez indesejada é caracterizada como indicador de falha ocorrido no controle do processo reprodutivo, comumente é utilizada para mensurar a demanda não atendida por anticoncepção, definida como: “(...) a falta de informações e de acesso a todos os métodos contraceptivos, a falha de métodos e a não-disponibilidade, na rede pública de saúde, de todos os anticoncepcionais (...)” (BRASIL, 2006, p.137). Quando se está diante de acesso limitado ao planejamento familiar, há o risco da ocorrência de gravidez indesejada, cujas altas taxas, muitas vezes, levam as mulheres recorrer ao aborto. Na América Latina e no Caribe, onde o acesso a métodos de contracepção segue difícil em algumas regiões, e onde o aborto é proibido na maior parte dos países, as taxas e a proporção de abortos clandestinos são as maiores do mundo (UNFPA, 2012).

Conforme Carvalho, Leal e Lima (2018), a mortalidade materna no Brasil se refere a um indicador⁹, atualmente com números desfavoráveis em relação à mortalidade infantil, alvo de intensos investimentos durante muitos anos em busca de redução nesse índice. As autoras relacionam a permanência de altos índices de mortalidade materna com o cuidado inadequado dispendido, a discriminação e a falta de valorização e lugar para a mulher na sociedade. Tal situação é consequência das diferenças regionais e sociais que determinam a variação entre as regiões mais ricas e mais empobrecidas que gira em torno de 40 e 70 óbitos por 100 mil nascidos vivos¹⁰, por vezes superando a média do país que corresponde a 60 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Quando comparado aos países desenvolvidos, a autora infere uma posição desconfortável para o Brasil, já que apresentam o indicador de mortalidade materna 6 a 10 vezes inferior ao brasileiro. A mortalidade materna tem sido considerada um fenômeno persistente, cujos altos índices nacionais não apresentam justificativa aceitável – já que no Brasil praticamente todas as causas são evitáveis, enquanto nos países desenvolvidos preponderam as causas menos evitáveis ou não

⁹ Os indicadores de saúde caracterizam-se como parâmetros aceitos universalmente, empregados para a condução do planejamento de ações programáticas, avaliação e acompanhamento do estado de saúde populacional assistida por algum programa específico (BRASIL, 2011a).

¹⁰ Atingindo em alguns estados valores mais elevados que 100 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

evitáveis, em geral relacionadas a doenças pré-existentes (CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018).

A conjuntura explicitada apresenta como implicações a repercussão social e econômica no SUS e na saúde pública em geral, expressa também nos índices e custos de internações hospitalares decorrentes de complicações relacionadas ao parto e a gestação, que abarcam as complicações do aborto inseguro – fenômeno considerado uma das principais causas de mortalidade materna no país. Segundo Carvalho, Leal e Lima (2018) o aborto como causa de mortalidade materna deve estar subnotificado, já que as mulheres omitem a prática em razão da ilegalidade. Ainda assim, corresponde a quarta causa de mortalidade materna, posicionado após a hipertensão arterial sistêmica (HAS), hemorragias e infecções. De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2010, aproximadamente uma em cada cinco mulheres alfabetizadas, aos 40 anos e residentes nas áreas urbanas do Brasil, já realizou ao menos um aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

A questão do aborto se destaca como grave problema de saúde pública, apontado nos índices de morte obstétrica e no impacto que representa à população, incluindo o impacto de ordem econômica. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) indicam que o valor médio de uma internação hospitalar via SUS no RS em 2012 correspondia à 1.175,96 reais, alterando-se em 2019 para 1.436,73 reais (DATASUS, 2019a). Corroborando com os dados de um estudo sobre mortalidade materna, divulgado pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (DF) e pelo DATASUS, que revelam que em todo DF o número de internações por abortos gira em torno de, aproximadamente, 3.000 por ano (CODEPLAN, 2015).

Dados da OMS estimam que, baseado no valor do dólar de 2006, o custo médio do governo para cada caso de abortamento inseguro foi de 130 dólares na América Latina e de 114 dólares na África. Contudo, o sistema de saúde de um país arca não apenas com os custos diretos de assistência médica pós-procedimento, mas também com os custos financeiros indiretos acarretados pelo abortamento inseguro. As complicações menores ocasionadas por um abortamento inseguro assistidas na APS, o tratamento da infertilidade posterior ao abortamento, os gastos diretos dos indivíduos e de seus grupos familiares destinados ao tratamento de complicações decorrentes do abortamento, geram custos significativos que oneram os sistemas de saúde, em especial, dos países com recursos escassos. Os custos indiretos anuais

as sociedades, em razão da morbidade e mortalidade da mulher, estão relacionadas a desagregação familiar, diminuição da produtividade e outros problemas crônicos decorrentes do abortamento inseguro (OMS, 2013).

No Brasil o foco central inicial do programa de planejamento familiar foi o controle da fecundidade. As demandas de saúde pública que deram origem aos programas estabelecidos pela atuação governamental, no âmbito do planejamento familiar, passaram a contemplar outros elementos, entre os quais é possível citar a redução da incidência de abortos inseguros, da mortalidade materna e infantil, a saúde reprodutiva da mulher, mas também a consideração do contexto social político econômico das famílias (SANTOS; FREITAS, 2011).

Segundo a OMS (2018) a promoção do planejamento familiar concomitantemente ao acesso dos casais a métodos anticoncepcionais, é fundamental para alcançar saúde e bem-estar, assim como para o desenvolvimento das comunidades. Além disso, ao mesmo tempo que pode incidir sobre a gravidez indesejada, também se relaciona com a redução da necessidade de realização de abortos inseguros e com a prevenção dos riscos à saúde das mulheres frente a uma gravidez precoce ou tardia.

De acordo com o UNFPA (2012) quanto maior o uso de contraceptivos menores são as taxas de abortos inseguros. O emprego do planejamento familiar pode contribuir na prevenção dos motivos que levam a óbitos maternos, representando menor número de gestações não planejadas e por consequência menos abortos.

Segundo o UNFPA (2012) os resultados da abordagem do planejamento familiar, respaldada nos direitos humanos e nas particularidades circunstanciais da vida de cada mulher, indicaram que muitas tiveram a possibilidade de constituir família mais tarde e conceber menos filhos, o que oportunizou o término dos estudos, o acesso a maiores salários e conseqüentemente driblar a condição de pobreza. Outros resultados apontaram para melhoria da saúde materna e infantil, ampliação do acesso à escolarização, inclusão e capacitação dos jovens para a participação nas suas comunidades e economias.

Em territórios nos quais o direito ao planejamento familiar foi apoiado e o acesso ampliado, a população apresentou melhoria na saúde, diminuição da pobreza e aumento da renda. Contudo, diversas localidades ainda se encontram desassistidas neste sentido – falta de acesso à informação ou propriamente à contracepção, sendo mais extremos os desafios nos países em desenvolvimento. Para o UNFPA (2012), o

planejamento familiar é fundamental para atender uma série de objetivos da comunidade internacional, devendo ser incluído nas iniciativas presentes e futuras de desenvolvimento.

2.4 DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO FAMILIAR: RELAÇÕES A PARTIR DA PERSPECTIVA DE AMARTYA SEN

A CF/88 em seu art. 226, determina o livre exercício do planejamento familiar. A constituição de um núcleo familiar comporta a liberdade para a escolha da família que se deseja formar e para o planejamento de sua composição. Neste campo, é vedada interferência na decisão do casal quanto ao planejamento familiar, porém, pode demandar de auxílio do poder público.

No Brasil, a configuração do convívio familiar de casal com filhos, deixou de retratar a maioria absoluta da população em 2010. A mudança, caracterizada pela redução da parcela de pessoas convivendo nesta formação, é uma das mais marcantes transformações das famílias brasileiras nas últimas décadas (OLIVEIRA; VIEIRA; MARCONDES, 2015). O projeto de filiação pode ser incluído pelo casal no planejamento da família, embora a procriação não seja necessariamente um dos objetivos ou das funções da família, sendo apenas uma possibilidade de composição da mesma. Assim, todos têm perante a lei o direito assegurado de formar família em consonância com o projeto que melhor satisfaça seus objetivos e necessidades individuais, sendo que para tanto é preciso que se disponha de um conjunto de disponibilidades econômicas e oportunidades sociais, materializadas em serviços de educação e saúde – concepções que serão desenvolvidas a seguir – que ofereçam assistência em planejamento familiar no sistema público de saúde (COSTA; SANTIAGO, 2014).

De acordo com Costa (2019), o pressuposto de que as disparidades nas condições de vida dos indivíduos se devem exclusivamente a diferenciação relativa ao esforço individual tem sido largamente confrontada, mediante a sustentação de que possibilidades de mobilidade social seguem sendo consideravelmente correlatas a condições de raça, cor, gênero, entre outras variáveis. A influência de tais condições na constituição de desigualdades sociais, nas sociedades latino-americanas, é particularmente significativa.

As desigualdades socioeconômicas são fundamentais no sentido de indicar assimetrias nas condições de vida concretas. Em comparação a parcela da população

menos favorecida, os indivíduos mais abastados dispõem de assistência médica privilegiada e maior expectativa de vida, melhores condições habitacionais e de bem-estar e maior acesso ao lazer. Além disso, as dimensões das desigualdades sociais, usualmente desprezadas – as desigualdades socioecológicas e assimetrias de poder – são cruciais no estabelecimento das condições de vida discrepantes dos distintos estratos sociais.

Para Costa (2019), as desigualdades de poder determinam diferentes possibilidades dos indivíduos de influenciar decisões que podem definir e/ou ter impacto em suas trajetórias, tendo estreita ligação com as desigualdades econômicas. Dessa forma se concretiza a distribuição desigual de direitos políticos e sociais, relacionados a prevalência dos direitos de cidadania e proteção social.

As desigualdades socioecológicas correspondem as discrepantes condições de acesso aos bens ambientais – como a água potável, ar isento de poluição, entre outros fatores – e a desigual proteção contra riscos ambientais e outros perigos provocados pela ação humana, com impacto negativo relevante a saúde de gerações (COSTA, 2019).

A constituição de vasto estado de bem-estar, com oferta qualificada e acesso a serviços públicos de saúde e educação, favorecem significativamente a redução de repercussões das disparidades socioeconômicas sobre as condições de vida – ainda que coexistam padrões de renda discrepantes. Contrariamente, Estados com baixo investimento em políticas sociais produzem tênue impacto na redução das desigualdades nas condições de vida de sua população (COSTA, 2019).

No que se refere ao conceito de desenvolvimento, este vem sendo ampliado em sua extensão, nos últimos quarenta anos no mínimo. Durante a 2ª metade do século XX, o crescimento econômico e o desenvolvimento foram tratados a partir de uma perspectiva quase que exclusivamente econômica, relação que se tornou insuficiente para avaliar o desenvolvimento de uma nação ou região, questão que passa a ser examinada a partir de uma ótica mais diversificada. Outros debates e relações começam a se destacar e, a partir dos anos 1970, várias noções passam a adotar a definição de desenvolvimento, das quais inclusive derivam novas expressões ligadas ao mesmo, como “desenvolvimento humano” (PINHEIRO, 2012).

As novas considerações a respeito do processo de desenvolvimento, ampliaram a reflexão, para a ideia de que outras condições precisam ser desenvolvidas a fim de que as pessoas tenham a possibilidade de exercer sua

liberdade, decidir e participar de forma ativa na vida social, política, econômica, cultural (ROTTA, 2007).

De acordo com Rotta (2007) as novas ponderações e ideias sobre o desenvolvimento são determinantes na elaboração de nova função das políticas sociais, frente as dinâmicas de desenvolvimento. Essas novas funções deixam claro que, as manifestações da questão social devem ser examinadas considerando a totalidade das relações sociais. Ademais, evidenciam as limitações das tentativas de analisar o desenvolvimento apenas sob a ótica do Produto Interno Bruto (PIB) e da renda *per capita*, sendo necessárias metodologias que considerem os indicadores sociais em patamares assemelhados. Além disso, os gastos “sociais” são incorporados e compreendidos como de caráter primordial para a atividade econômica e para o alcance do desenvolvimento humano como finalidade a ser atingida. Também tornam claro que alcançar um novo padrão de desenvolvimento passa pelo compromisso dos diferentes agentes econômicos, políticos e sociais. E, finalmente, que há um intenso potencial para a elaboração de alternativas nos territórios locais.

Nesta perspectiva, a abordagem de Amartya Sen se distingue das concepções tradicionais sobre o desenvolvimento, delimitadas na ideia do desenvolvimento enquanto ao incremento do produto nacional e da renda individual: para o autor, o aspecto econômico é apenas uma das facetas, um meio para tal (PINHEIRO, 2012).

Sen, economista e filósofo indiano, desenvolve suas concepções a partir da abordagem das capacidades humanas, ou o que seria equivalente, do desenvolvimento como liberdade. Segundo Sen (2010), o desenvolvimento de um país ou de uma região é concebido como a expansão das liberdades que os seus cidadãos podem desfrutar. Sob outra ótica, o aumento da renda é atrelado a melhorias dos indicadores sociais, ressignificando a ideia de crescimento econômico em direção a percepção das pessoas a partir de sua integralidade (ANDRADE, SALES; 2013). Neste sentido, a renda não é um fim em si mesmo, mas um importante meio para que os indivíduos possam alcançar determinadas condições de vida que considerem prioritárias.

O desenvolvimento tem como seu fim o alcance por parte das pessoas de seus objetivos, sua qualidade de vida, sendo atrelado à potência das pessoas de atingirem a vida que desejam racionalmente (PINHEIRO, 2012). A liberdade é concebida como poder e autodeterminação do agente, condição dos indivíduos que ocupam o centro desta abordagem, sendo através dela que estes lidam com as privações que os

assolam (SEN, 2010). Nada mais é que a capacidade de agir livre das pessoas, orientadas por suas motivações e anseios. É por intermédio da ampliação das liberdades das pessoas que a condição de agente é promovida. Em contraponto, tal condição pode ser restringida por diversos fatores como a privação de direitos básicos – o acesso à saúde, educação, moradia digna – a pobreza, a fome, a marginalização social, a insegurança econômica e social, a falta de oportunidades e a violação de liberdades políticas (SEN, 2010). Deste modo, um aspecto central do desenvolvimento consiste no enfrentamento de tais problemas, considerados por Pinheiro (2012) como fontes de privação de liberdade que se diferenciam em dois tipos: as liberdades substantivas¹¹ e as instrumentais.

As liberdades substantivas das pessoas dizem respeito àquelas liberdades que desejamos como fins, enquanto as liberdades instrumentais correspondem aos meios, os instrumentos para alcançar os fins que almejamos. As liberdades instrumentais se distinguem em: liberdades políticas (relativas às escolhas referentes à esfera política); facilidades econômicas (relativas ao poder de uso de recursos econômicos e de acesso a renda); oportunidades sociais (provimento de serviços de educação, saúde e outros serviços sociais); garantias de transparência (inclui o direito à informação, remetendo a confiança nas interações sociais) e proteção social (relativos aos arranjos sociais para proteção dos indivíduos em situação de vulnerabilidade) (SEN, 2010). De acordo com o autor, cada uma destas liberdades completa uma à outra, contribuindo para fomentar a capacidade geral do indivíduo, compreendida aqui, como as liberdades substantivas que cada um apresenta para conduzir sua vida de acordo com seus objetivos e aquilo que valoriza, e que optou por valorizar (SEN, 2010). Considerando a abordagem de Sen (2010), o planejamento familiar, consolidado como direito constitucional a partir da CF/88, apresenta estreita conexão com a autonomia e a liberdade das pessoas (ANDRADE; SALES, 2013).

O acesso e o emprego do planejamento familiar vêm ao encontro das ideias de Sen (2010), de ampliar as liberdades de escolha que as pessoas podem usufruir, sua autonomia no gerenciamento da própria vida, proporcionando mais liberdade para a

¹¹Quanto à concepção de liberdade substantiva, cabe um esclarecimento inicial relativo às facetas possíveis sobre a ideia de liberdade. Por um lado, temos a liberdade enquanto permissibilidade, autorização frente à lei, ou seja, a liberdade formal. Por outro, temos a outra faceta da liberdade, correspondente à possibilidade substancial ou substantiva, à capacidade de fazer e realizar o ato, ou seja, a liberdade real (COSTA; SANTIAGO, 2014).

tomada de decisões refletidas de seu projeto parental. Conforme discorre o autor, uma liberdade pode reforçar outra, de modo que oportunidades materializadas através de serviços de educação – inclusive abrangendo educação sobre saúde sexual e reprodutiva – e de saúde podem possibilitar a participação econômica, assim como a participação econômica pode gerar outras formas de liberdade, e assim sucessivamente. As políticas públicas, para o autor, podem operar através da “promoção dessas liberdades distintas, mas inter-relacionadas”, criando um contexto que viabilize a expansão das capacidades das pessoas no qual as oportunidades podem ser aumentadas (SEN, 2010, p. 25).

O direito de optar pelo número de filhos desejados e o espaçamento entre as gestações está associado diretamente a concretização de outros direitos humanos essenciais, entre os quais, o direito à saúde e à vida, o direito à segurança pessoal, o direito à educação e o direito a usufruir do conhecimento e descobertas científicas (UNFPA, 2012). Conforme o UNFPA (2012), as políticas públicas intersetoriais precisam convergir umas com as outras, e se fortalecer mutuamente, já que se considera que uma rede de fatores inter-relacionados origina necessidades não atendidas em planejamento familiar, em um contexto local específico. Intervenções que enfrentem fatores sociais implicados em restringir o emprego de anticoncepção são necessárias, como esforços voltados a priorizar investimentos em outros programas de desenvolvimento de capital humano, como o ensino. Nesta perspectiva, liberdades de tipos diferentes podem interagir e se fortalecerem entre si (SEN, 2010). Conforme versa o autor, as liberdades instrumentais têm conexões entre si, contribuindo para o aumento da liberdade humana (SEN, 2010) e, neste caso, favorecer o desenvolvimento, ao mesmo tempo que, à medida que são privadas de liberdade, podem prejudicá-lo (PINHEIRO, 2012).

3 PLANEJAMENTO FAMILIAR NA 14ª CRS: PREVALÊNCIA DE CIRURGIAS DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA E ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O presente capítulo apresenta a descrição e a análise dos resultados da pesquisa, inicialmente expondo os esclarecimentos metodológicos. Os dados apresentam um panorama da prevalência de cirurgias de esterilização feminina e masculina na região de saúde Fronteira Noroeste no período de dez anos (2010-2019) e, a partir dos dados coletados foi possível descrever o acesso à política de planejamento. A fonte secundária destes dados foi o SIH/SUS e o SIA/SUS, uma base de dados com finalidade originalmente administrativa disponível para consulta no endereço eletrônico do DATASUS (CANDIAGO; ABREU, 2007).

Considerando as diferenças regionais do país, os dados permitiram traçar um panorama da realidade regional, possibilitando a proposição de ações ou a identificação de possibilidades de aprimoramento da oferta de políticas públicas de planejamento familiar na região demarcada. Buscou-se expor alguns conceitos de Sen (2010) que compõem a abordagem do desenvolvimento como liberdade, explicitando questões importantes direcionadas ao diálogo sobre as políticas públicas e o planejamento familiar, articulado a possíveis ações em termos de políticas públicas voltadas a ampliação das condições de planejamento familiar e à expansão das liberdades das pessoas.

Para proceder com a análise do acesso às ações de planejamento familiar – especificamente a realização de esterilização cirúrgica masculina e feminina – a partir dos dados de AIH processadas e pagas, alguns esclarecimentos conceituais são necessários. Tais esclarecimentos dizem respeito às regulamentações para o acesso aos serviços e ao registro administrativo dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, que torna possível aceder aos tratamentos e procedimentos clínicos e cirúrgicos no sistema público de saúde brasileiro, consistindo na fonte de dados de pesquisa. Ainda é necessário destacar o Sistema Cartão Nacional de Saúde, instrumento de informatização que organiza a RAS e de gestão do SUS, identificando o usuário do SUS baseado em sua vinculação territorial – composta pelo domicílio residencial do seu titular – e constitui ação estratégica para a formulação de políticas públicas de saúde.

3.1 NOTA METODOLÓGICA

Na presente seção, serão esclarecidos os procedimentos metodológicos empregados para a realização da pesquisa, a partir dos objetivos traçados. É apresentada a caracterização do estudo, o local da pesquisa, os aspectos éticos, a coleta dos dados e sua sistematização, análise e interpretação.

Para Polit e Beck (2011), pesquisa pode ser definida como o procedimento sistemático que tem por objetivo obter respostas a perguntas e problemas propostos, através de métodos e técnicas ordenadas, aprimorando ou ampliando um corpo de conhecimentos. Trata-se de um processo que perpassa diversas fases, que abrangem desde a elaboração de um problema à apresentação dos resultados (GIL, 2010).

Ancorada no objetivo de identificar o acesso a esterilização voluntária na 14ª CRS, no âmbito da política pública de planejamento familiar, esta pesquisa foi classificada como qualitativa, exploratória e descritiva com componente quantitativo, além de bibliográfica e documental.

No que se refere à abordagem, a pesquisa é qualitativa, na qual a intenção é visualizar e compreender a realidade e os fenômenos sob olhar integralizado (POLIT; BECK, 2011). Glazier e Powell (2011) afirmam que a melhor compreensão do significado da pesquisa qualitativa se dá pela definição do que ela não é, ou seja, ela não é um conjunto de procedimentos que depende fortemente de análise estatística para suas inferências. Para Silveira e Córdova (2009), a pesquisa qualitativa se ocupa da compreensão de um grupo social ou item específico.

Quanto aos objetivos, o estudo é exploratório e descritivo. As pesquisas exploratórias têm como objetivo “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (GIL, 2010, p.27). Segundo o autor, o propósito é obter familiaridade mais ampla com o problema, tornando-o mais explícito ou formulando hipóteses, configurando a primeira etapa de uma investigação mais abrangente (MARCONI; LAKATOS, 2003; GIL, 2010).

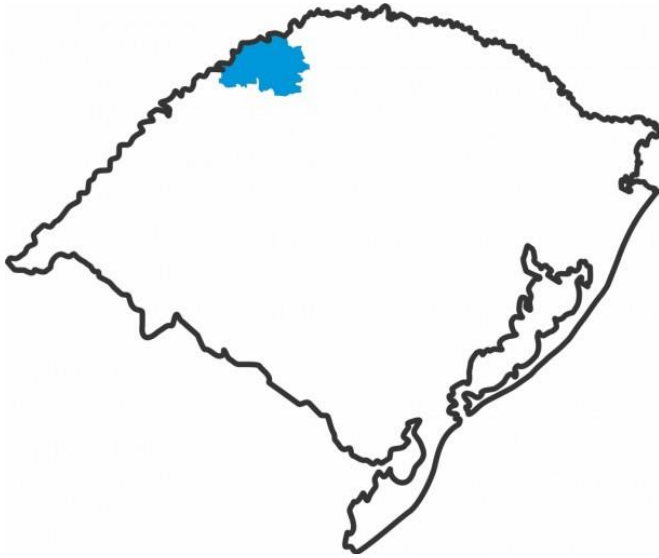
O estudo descritivo possibilita descrever com exatidão as características de uma determinada realidade ou de um grupo; outros deste tipo “propõem estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade” (GIL, 2010, p.28). Segundo Marconi e Lakatos (2003), os estudos podem ser exploratórios e descritivos concomitantemente.

Em relação aos procedimentos técnicos empregados, optamos pela pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. Segundo Cellard (2008) a pesquisa documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos e conceitos buscando identificar informações factuais nos documentos a partir de questões de interesse. De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a pesquisa documental é caracterizada por apresentar documentos como fonte de coleta de dados, sejam eles escritos ou não. Os documentos escritos são geralmente considerados fonte extremamente fidedigna de dados, podendo ser de alcance municipal, regional, estadual ou nacional.

Na pesquisa bibliográfica, o estudo desenvolvido se embasa em livros, revistas, artigos científicos, estudos e estatísticas formuladas e divulgadas por diversas instituições públicas bem como órgãos governamentais, dentre eles o MS, e organizações não governamentais, além de estudos realizados por pesquisadores de outras universidades e centros de pesquisa.

Compondo o aspecto quantitativo, foram utilizados dados secundários sobre esterilização voluntária originados no DATASUS, responsável por disponibilizar informações que podem ser utilizadas para subsidiar análises objetivas e planejar ações em saúde. Os dados secundários foram extraídos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), correspondentes as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) por local de residência dos procedimentos de esterilizações masculinas e femininas, na Região de Saúde Fronteira Noroeste, pertencente à 14ª CRS, durante o período de 2010 a 2019. Foi verificado na respectiva região o acesso aos procedimentos citados, componentes da PNPf. Também foram acessados no SIH/SUS e SIA/SUS os valores totais aprovados, em reais, dos procedimentos de esterilização cirúrgica feminina e masculina nos últimos dez anos. Na Figura 1 pode ser vista a localização da região de saúde no mapa do RS.

Figura 1 - Área de abrangência da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde



Fonte: SES/RS, [20...].

A regionalização é um dos princípios norteadores do SUS, orientador da descentralização das ações e serviços de saúde. A descentralização é quem define quais serviços devem ser ofertados a partir da composição de regiões de saúde. Nessa lógica, cada região constituída nos estados deve assegurar a integralidade no atendimento por meio da parceria entre os municípios que a compõe (BRASIL, 1990a).

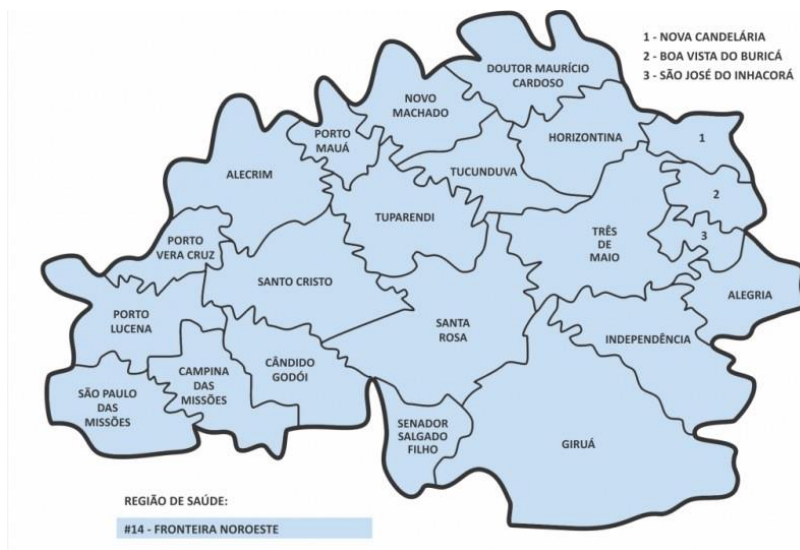
O RS teve seu sistema de saúde organizado em coordenadorias regionais de saúde (CRS) a partir de 1999. As CRS passaram a ter a responsabilidade pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, através de um vínculo permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e prestadores de serviço, com o objetivo de estruturar os sistemas locais e regionais de saúde.

Essa descentralização político-administrativa do SUS no RS foi efetivada com a formação de 19 CRS, sendo que cada uma das CRS possui um município-sede, que conta com os serviços de saúde de maior complexidade. As macrorregiões de saúde – divididas em sete – têm um município polo e são formadas pelas CRS mais próximas, obedecendo a critérios de regionalização, hierarquização e complexidade dos serviços de saúde oferecidos (SES/RS, 2002).

A população estimada da região de saúde Fronteira Noroeste em 2018 era de 224.705 habitantes (IBGE, 2018), sendo composta pelos seguintes municípios: Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campina das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo

Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva e Tuparendi (FEE, 2017), conforme Figura 2.

Figura 2 - Mapa dos municípios da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde



Fonte: SES/RS, [20...].

Deste modo, a partir da análise documental no banco de dados do DATASUS, nos últimos dez anos, os dados da região permitiram a identificação da disponibilidade destes instrumentos componentes das políticas de planejamento familiar na região e a efetividade do acesso a tais serviços assegurados em lei.

No DATASUS foram coletadas informações do SIH/SUS e do SIA/SUS, na seção sobre assistência à saúde, onde foram acessados dados relativos a produção hospitalar e ambulatorial, a partir de dados processados e pagos de AIH, por local de residência, a partir de 2010. Foram obtidos dados referentes a realização de laqueadura tubária e vasectomia na Região de Saúde Fronteira Noroeste do RS, e mais especificamente, os procedimentos realizados em cada município que compõe a região, além dos valores totais em reais referentes aos procedimentos. Os dados de secundários foram apresentados em tabelas, relacionados a frequência das variáveis levantadas.

A identificação sobre a assistência na região para a contracepção por meio deste dispositivo, enquanto elemento integrante das ações que compõem a assistência integral à saúde, foi verificada a partir de seu registro de ocorrência na base de dados, sendo dimensionada a ocorrência de esterilizações cirúrgicas. Uma

vez dimensionada a oferta, identificando casos processados, foi possível identificar a existência de serviço credenciado no município ou região para ofertar a cirurgia¹² a população.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo, que para Moraes (1999, p.7), presta-se a “descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos”, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajudando a reinterpretar as mensagens e fornecendo informações complementares ao leitor da mensagem. A análise de conteúdo parte de determinados pressupostos que constituem o sustentáculo para identificar seu sentido, que nem sempre é manifesto e cujo significado não é único, podendo ser enfatizado a partir de diferenciadas perspectivas. Quanto a suas etapas, a categorização se deu a partir de categorias previamente estabelecidas, sendo a descrição dos dados realizados a partir da organização de diferentes tabelas, apresentando as categorias e computando as frequências relativas as mesmas compondo o tratamento dos dados e, finalmente, a interpretação dos resultados obtidos, cujo movimento interpretativo se relaciona a vertente na qual a fundamentação teórica emerge embasada nos dados e categorias de análise (GIL, 2010; MORAES, 1999).

Para o desenvolvimento do estudo, foram utilizados apenas dados de domínio público provenientes de fontes secundárias, o que torna sem efeito a necessidade de envio para apreciação das questões éticas da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com a Resolução CNS nº 466/ 2012 (BRASIL, 2013a).

3.2 A ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA NO SUS: CONDIÇÕES PARA O ACESSO E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A CF/88 estabeleceu o direito ao planejamento familiar, ancorado no princípio da paternidade responsável, regulamentado pela Lei nº 9.263 em 1996 (BRASIL, 1996a). A esterilização cirúrgica feminina e masculina voluntária compõe, entre outras, o conjunto de ações voltadas a propiciar o exercício do planejamento familiar (VIEIRA, 1998). No SUS, o planejamento familiar é uma das áreas de atuação

¹² Cabe ressaltar que a inexistência de registro de AIH de esterilização cirúrgica em dado município em determinado ano não significa, necessariamente, a ausência de um serviço credenciado para tal.

prioritárias da APS, que implica a oferta de informações e acompanhamento, além da disponibilização de técnicas de concepção e anticoncepção, dentre as quais se encontra a opção pela laqueadura tubária e vasectomia (BRASIL, 2013b).

A laqueadura tubária, ou anticoncepção cirúrgica voluntária, consiste em um método cirúrgico de esterilização feminina, com finalidade exclusivamente contraceptiva. O procedimento requer a internação da mulher, e envolve maior mobilização de recursos materiais e humanos e, além de onerosa para os serviços de saúde, pode oferecer riscos à saúde das mulheres (BRASIL, 2013b).

A Portaria nº 48/1999 do MS, veda a esterilização cirúrgica em mulheres durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia pós-parto ou pós-aborto. A cirurgia é permitida apenas nos casos de comprovada necessidade, como sucessivas cesarianas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base¹³ e, a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Em tais situações, é necessário que um relatório escrito assinado por dois médicos deve justifique a indicação. Sendo assim, as esterilizações tubárias realizadas em hospital público ou particular afiliado ao SUS, no parto ou no período de 42 dias após o parto ocorrem somente quando atendem a tais condições (BRASIL, 1999).

A AIH de parto cesariano com laqueadura tubária, até o ano de 2007, era chamada de cesariana com laqueadura tubária em paciente com cesarianas sucessivas. A partir da Portaria 2.848/2007, foram alteradas algumas designações e especificações de procedimentos hospitalares e ambulatoriais do SUS, passando a ser denominada como “parto cesariano com laqueadura tubária”. Esta é a terminologia empregada neste estudo.

A vasectomia, ou contracepção cirúrgica voluntária masculina, é um procedimento ambulatorial que não requer a internação, sendo realizado com

¹³ Doenças de bases ou doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças de longa duração e com uma progressão geralmente lenta, levando décadas para se estabelecer na vida da pessoa; apresentam fatores de risco em comum, podendo justamente por isso contar com uma estratégia comum de prevenção. Demandam contínua atenção e mobilização de esforços de vários equipamentos das políticas públicas e de pessoas em geral. As doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, as neoplasias e o diabetes mellitus (DM) integram tal conjunto de patologias, seguindo critérios empregados pela OMS. Consistem em sério problema de saúde pública, cuja emergência é intimamente atrelada às condições de vida da população acometida. Impactam acentuadamente os países de média e baixa renda, sendo agravadas proporcionalmente quanto menores suas possibilidades de assegurar políticas públicas capazes de alterar os determinantes sociais de saúde. Os padrões de ocorrência das patologias de base apresentam também diversidades regionais relativas às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

anestesia local. O tempo de previsão para realização do procedimento é de aproximadamente 30 minutos e o afastamento da rotina laboral no pós-operatório não é necessário – o que evidencia a simplicidade da vasectomia (BRASIL, 2007b).

A busca no DATASUS pelos dados correspondentes aos procedimentos ambulatoriais de vasectomia também foi realizada, considerando que a Portaria 1.319/2007 redefiniu o procedimento na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS, unificando códigos e especificações dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares. A vasectomia foi incluída no elenco de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, o que representou o fim do limite mensal de vasectomias nos estados e a possibilidade de ser realizada nas modalidades de atendimento hospitalar e hospital dia – sendo, conforme a respectiva modalidade, caracterizada como vasectomia hospitalar ou ambulatorial (BRASIL, 2007b; CAETANO, 2018).

O processamento da informação respectivo aos registros dos atendimentos e procedimentos realizados na rede do SUS, se dá por meio dos Sistemas de Informação de Serviços de Saúde (SIS). A WHO (2004) define SIS como sistema que reúne a coleta de dados e seu processamento, a elaboração de relatórios, assim como o uso das informações necessárias para a melhoria da saúde. O propósito principal dos SIS, é eleger os dados pertinentes a esses serviços e convertê-los na informação necessária para o processo de decisões.

No que se refere ao processamento da informação na rede do SUS, os sistemas que registram o atendimento dos pacientes internados são o Sistema de Captação da Internação (SISAIH01) e o SIH/SUS. O primeiro é alimentado pelo estabelecimento de saúde no qual se dá o atendimento ao paciente, propiciando o lançamento dos dados da internação na AIH. O segundo sistema, é quem processa os registros referentes ao atendimento do paciente internado, consiste no conjunto de dados que será remetido ao MS – para a composição do banco de dados nacional, a partir do qual são divulgadas as informações. Os gestores locais utilizam SIH/SUS para o processamento da produção dos estabelecimentos de saúde sob sua competência e para o suporte no controle, avaliação e auditoria dos mesmos (BRASIL, 2012). O SIH constitui, portanto, instrumento de informação fundamental para a orientação do gestor na tomada de decisões que dizem respeito ao planejamento de ações de saúde, inclusive para a vigilância em saúde (BRASIL, 2012).

Já o SIA foi implantado em âmbito nacional na década de 1990, com o intuito de registrar os atendimentos ambulatoriais. Desde então, vem sendo aperfeiçoado

para gerar informações correspondentes ao atendimento ambulatorial e para possibilitar efetivamente aos gestores estaduais e municipais o acompanhamento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial (BRASIL, 2016b). Dessa forma, podemos afirmar que é o sistema que possibilita o processamento das informações referentes ao atendimento ambulatorial, registradas tanto por parte dos prestadores públicos como pelos privados conveniados ou contratados pelo SUS.

Além das informações oriundas do SIA/SUS serem empregadas como importante ferramenta de gestão para o monitoramento dos processos acima citados, eles também subsidiam a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS). Tais dados permitem a análise dos gastos relativos à assistência ambulatorial, embasando a avaliação das ações de saúde, tanto quantitativa quanto qualitativamente (BRASIL, 2016b).

No caso das cirurgias eletivas – aquelas que podem ser programadas, não havendo necessidade de uma intervenção imediata (CARVALHO; GIANINI, 2008) – o fluxo de entrada no sistema de saúde ocorre através da consulta com o profissional assistente de algum estabelecimento de saúde ambulatorial da rede SUS, pública ou complementar. O laudo é emitido pelo médico, odontólogo ou enfermeiro obstetra que solicita a internação, sendo este o documento que irá embasar o pedido do respectivo profissional da AIH. Portanto, para a solicitação da AIH, o laudo para solicitação de AIH precisa ser providenciado, abrangendo as devidas informações sobre o paciente (exames, diagnóstico) e a justificativa da internação.

O paciente pode ser internado à medida que é gerada a AIH, sendo que, ao final do tratamento, são registradas as informações sobre o atendimento prestado, em conformidade com a Tabela Nacional de Procedimentos SUS, que determina os valores de pagamento – diárias, medicação, exames, materiais e insumos necessários ao tratamento, serviços médicos e hospitalares (BRASIL, 2012).

A AIH, portanto, refere-se ao registro administrativo dos tratamentos e procedimentos clínicos, constituindo o pilar do SIH. O SIH é o instrumento utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços, sendo decisão do gestor local a autorização da AIH, tanto nos casos de urgência como nos eletivos, cabe ao gestor o estabelecimento das condições e o local para a autorização e emissão do número de AIH (BRASIL, 2012).

Como o sistema público de saúde opera de modo referenciado, também é de competência do gestor local a pactuação com os municípios de sua região de saúde quando o próprio município não dispõe dos serviços de saúde em todas as suas especialidades. Considerando a regionalização um dos pilares do SUS, a integração das ações e serviços de saúde dos municípios de determinada região se impõe como forma organizativa, constituindo as redes regionais de atenção à saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2011c).

Sendo o Cartão Nacional do SUS (CNS) um instrumento central para a organização das RAS e para o acesso aos serviços de saúde, seguem algumas considerações sobre o mesmo. Atendendo a um propósito histórico da área da saúde no Brasil, o CNS foi enunciado em 1996 pela Norma Operacional Básica (NOB), que redefiniu o modelo de gestão do SUS. A partir dessa data, o CNS passou a ser ferramenta essencial para a viabilização da integralidade na atenção à saúde da população e para a regulamentação da relação entre as esferas de gestão do sistema público de saúde no país (BRASIL, 1996b).

Consolidado como o instrumento para a identificação da clientela do SUS, o CNS evidenciou a vinculação do usuário a um gestor¹⁴ e a um conjunto de serviços claramente definido, devendo atender ao preceito constitucional de cobertura integral de atenção à saúde da população. O cartão é individual e possui uma numeração nacional, que identifica o usuário do SUS com seu respectivo sistema municipal ou estadual, adicionando-o ao sistema nacional (BRASIL, 2000).

Dessa forma, o Sistema Cartão Nacional de Saúde consiste em um mecanismo de informatização da RAS e de gestão do SUS, sendo esta uma ação estratégica para a elaboração de políticas de saúde. Tendo a pretensão de organizar a RAS, estruturadas de forma intermunicipal e interestadual, facilitando o acesso dos usuários aos serviços e ações de saúde que necessitem no decorrer de suas vidas (BRASIL, 2011c).

Fundamentalmente o CNS proporciona, além da identificação do usuário do SUS, o acompanhamento de todos os atendimentos realizados pelo sistema de

¹⁴ Segundo a NOB 96, gestão é definida como o exercício e a responsabilidade de administrar um sistema de saúde – seja ele municipal, estadual ou federal – exercendo, entre outras, as atribuições de articulação, coordenação, planejamento, acompanhamento, avaliação e auditoria. Deste modo, conforme a NOB, os gestores do SUS são os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o MS (BRASIL, 1996b).

saúde, independentemente de onde estes ocorram. Também tem a função de viabilizar o cadastramento dos usuários dos serviços de saúde, dispondo de validade nacional e base de vinculação no território composta pelo domicílio residencial do seu titular. Para a solicitação ou atualização do documento, o usuário deve procurar a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de seu respectivo município de residência, apresentando documentação que o identifique com seu comprovante de residência, que sempre deve ser atualizada nas situações em que ocorrer mudança de endereço residencial (BRASIL, 2011c).

Os procedimentos e fluxos descritos convergem com a competência do governo municipal com a saúde, por intermédio de sua SMS, que detém a maior parcela de responsabilidade sobre a saúde pública de sua população. Desde 2006, com o Pacto pela Saúde, a gestão municipal assumiu a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde ofertados em seu território, conferindo grande responsabilização aos municípios no que diz respeito à saúde de todos seus munícipes (BRASIL, 1996b; BRASIL, 2011c).

Nessa lógica, a porta de entrada dos usuários no SUS são, de forma preferencial, os serviços AB, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF) a que os usuários são vinculados. Para que utilize os serviços do SUS, o usuário deve fazer o cadastramento na UBS com maior proximidade de sua residência, através da apresentação de documentação que confirme sua identidade e que comprove seu endereço residencial atual. A partir deste primeiro atendimento, o usuário será encaminhado aos tratamentos e procedimentos indicados de maior complexidade, como aqueles realizados em hospitais, centros ou serviços especializados (BRASIL, 2011c).

Portanto, já que o sistema público de saúde opera de modo referenciado, quando não se encontra disponível algum serviço no município de determinada especialidade, que se faz necessária para garantir a integralidade no atendimento de sua população, o gestor local procede com o encaminhamento à localidade que oferta o serviço (BRASIL, 2007c; (BRASIL, 2011c). Para que isso seja operacionalizado, a referência de atenção à saúde é pactuada entre os municípios.

Conforme Kuschnir et al. (2011) o funcionamento da rede e a definição da rede assistencial é responsabilidade do gestor do sistema em cada um dos níveis de assistência. Assim sendo, as definições devidas para que seja constituída a RAS precisam ser realizadas previamente pelos gestores nas respectivas instâncias

deliberativas, e por estes pactuadas e garantidas. Dessa forma, nos casos em que o município não conta com a oferta de todos os serviços de saúde, o gestor local estabelece a pactuação com cidades de sua região de saúde, o que também passa por negociação com o gestor estadual, responsável pela implementação de políticas nacionais e estaduais e pela coorganização do atendimento à saúde em seu território (BRASIL, 2007c; BRASIL, 2011c). Tal composição dos sistemas de saúde propicia a formação de redes regionais de atendimento que apresentam a capacidade de ampliação do acesso, com qualidade e menor custo, pois, uma região de saúde se constitui, justamente, nesta base territorial e populacional voltada ao planejamento das RAS (BRASIL, 1996b; KUSCHNIR et al., 2011).

Nesse contexto, o Sistema Cartão Nacional de Saúde consiste no suporte necessário para que os atendimentos voltados à atenção à saúde da população, em conformidade com o preceito constitucional de cobertura integral, aconteçam de modo ordenado, organizado e com resolutividade (BRASIL, 2011c).

3.3 PLANEJAMENTO FAMILIAR: OS MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA NO SUS E SUA PREVALÊNCIA NA 14ª CRS

Os dados secundários possibilitaram a descrição de do panorama da prevalência das cirurgias de esterilização cirúrgica na região de saúde Fronteira Noroeste. Em levantamento realizado no DATASUS, foi possível identificar as cirurgias de esterilização voluntária feminina e masculina em toda área de abrangência da região delimitada, realizadas nos últimos dez anos.

3.3.1 Esterilização cirúrgica do Sistema Único de Saúde na Região de Saúde Fronteira Noroeste

Na Tabela 1 estão apresentados os dados referentes aos procedimentos hospitalares do SUS referentes à realização das cirurgias de esterilização cirúrgica masculina e feminina na 14ª CRS/RS, no período de 2010 a 2019.

Tabela 1 - Procedimentos hospitalares e ambulatoriais de esterilização cirúrgica do SUS segundo Região de Saúde (14ª CRS) no período de 2010 a 2019

Procedimento (AIH aprovadas)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Vasectomia Hospitalar	18	NR	NR	NR	NR	NR	2	NR	1	1	22
Vasectomia Ambulatorial	NR	16	19	27	45	31	45	39	38	59	319
Laqueadura Tubária	2	1	2	1	5	23	18	16	16	22	106
Parto Cesariano com Laqueadura Tubária	NR	NR	NR	NR	1	NR	NR	NR	NR	1	2
Total	20	17	21	28	51	54	65	55	55	83	449

*NR = nenhum registro encontrado.

Fonte: SIA/SUS e SIH/SUS, [20...]

No período de dez anos que abrange o recorte da pesquisa (2010-2019) foram realizadas 449 cirurgias de esterilização voluntária em toda área de abrangência da região de saúde Fronteira Noroeste, das quais 341 (75,9%) foram vasectomias e as demais 108 (24,05%) foram procedimentos de laqueadura tubária. Considerando a população regional do ano de 2018 que, segundo estimativas do IBGE, nessa mesma região era de 224.705 habitantes, a proporção de cirurgia de esterilização voluntária feminina apresentou crescimento significativo a partir do ano de 2015, mantendo a média anual constante até o final do período analisado.

Já a esterilização voluntária masculina apresentou aumento notável a partir dos anos 2013 e 2014, superando expressivamente o número de cirurgias de esterilização feminina, levando em conta o período de referência como um todo. Contudo, a maioria dos procedimentos, tanto femininos quanto masculinos, ficou concentrada na cidade de Santa Rosa – reconhecida como município-sede da região de saúde Fronteira Noroeste e onde se situa o hospital de referência regional.

É pertinente enfatizar que a vasectomia se caracteriza pela simplicidade em termos da realização do procedimento, dispensando inclusive o afastamento pós-operatório conforme descrito na Portaria nº 1.319/2007. É possível notar nos dados da Tabela 1, que predominam na região, os procedimentos de vasectomia ambulatorial. Apenas no ano de 2010 o número de procedimentos a nível hospitalar correspondeu ao total de vasectomias.

É necessário destacar que apenas em agosto de 2009, o MS equipareu os valores de vasectomia ambulatorial aos de vasectomia hospitalar, elevados para 306,47 reais. Tal equiparação possivelmente tenha ocorrido em razão do nivelamento do valor dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, as vasectomias ambulatoriais passaram a ascender, enquanto a vasectomia hospitalar volta a apresentar registro em quantidade ínfima – apenas em 2016 (dois procedimentos), 2018 e 2019 (um procedimento em cada ano) (CAETANO, 2018).

Sendo a vasectomia um procedimento rápido e de pequeno porte, ela pode ser realizada em ambulatório com anestesia local (BRASIL, 2013b). No entanto, não existem restrições para uma possível internação, considerando que, neste caso, haverá maior mobilização de recursos – materiais e humanos – implicando em ônus maior para o serviço de saúde para a realização do procedimento. Em contraponto, a cirurgia de esterilização cirúrgica feminina é um procedimento cirúrgico doloroso que implica em maior risco para a saúde da mulher, e requer necessariamente internação,

e por consequência, envolve custos maiores para os serviços de saúde. Desse modo, a vasectomia pode ser considerada vantajosa do ponto de vista financeiro, de segurança e simplicidade, em se tratando de um procedimento cirúrgico simples, de pequeno porte e de menor custo aos cofres públicos (BRASIL, 2013b; OMS, 2007).

A vasectomia, além de se caracterizar por ser um procedimento simples e seguro, pode se figurar como alternativa de compartilhamento da responsabilidade reprodutiva e sexual com a parceira, devendo, portanto, ser incentivada conforme as orientações técnicas do MS. Em função da complexidade, alto custo e indisponibilidade de reversão, deve ser precedida do pré-requisito de aconselhamento cuidadoso – também aplicado nos casos de laqueadura tubária – a todos que optam por este método, em conformidade com as determinações da Lei 9.263/1996 (BRASIL, 2013b).

A PNPf foi incluída, com a introdução no SUS, como nova modalidade de vasectomia – como parte do conjunto de ações lançadas pelo MS para assegurar o acesso aos métodos de anticoncepção – realizada em atendimento ambulatorial, dispensando internação e com duração prevista de 15 minutos. A medida objetivou justamente a ampliação da participação masculina no planejamento familiar, representando até 2009 um aumento de 83% no número de vasectomias no Brasil.

Na mesma perspectiva, com o lançamento da PNAISH, em 2008, foi determinado um aumento de 148% no valor pago pelas vasectomias ambulatoriais, com o mesmo objetivo de incentivar a sua realização. De modo geral, estas ações apresentaram como resultado em períodos subsequentes significativo aumento da realização de vasectomias no país, sendo factível supor a relação desta medida com a elevação gradual do número de vasectomias ambulatoriais também na região de saúde Fronteira Noroeste (BRASIL, 2009a).

Conforme o MS, até o segundo semestre de 2009 houve 83% de aumento no número de vasectomias no país (BRASIL, 2009a). Nesta linha, Cavalcanti (2017) descreve o aumento significativo de vasectomias a partir de 2008 – relacionado ao ano de lançamento da PNAISH – correspondente a aproximadamente 350% no ano de 2015 em relação ao ano de 2008. O autor ressalta ainda que, objetivando a ampliação do acesso ao procedimento vasectomia, em 2007 houve a publicação da Portaria nº 1.319, que dispensou a necessidade de internação para realização desta cirurgia.

Quanto às laqueaduras tubárias, na Tabela 1 é possível visualizar um crescimento relevante no número de registros de AIH em 2015, estabelecendo a partir desse ano uma constância na média anual na região de saúde estudada. No que se refere ao período anterior (entre 2010 e 2014), a proporção de registros pode ser considerada ínfima. Ainda é possível verificar que os registros de laqueadura tubária, segundo a Tabela 1, foram expressivos em relação ao parto cesáreo com laqueadura tubária, esta última regulamentada para realização no momento do parto cesáreo, mediante justificativa de indicação médica ou de cesarianas sucessivas prévias.

De acordo com a Lei nº 9263/1996 e a Portaria nº 144/1997, é vedada a esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, além de ser estabelecido um período de embargo à laqueadura tubária correspondente a 42 dias depois do parto ou aborto. Tal restrição à realização de laqueadura tubária nos períodos de parto ou aborto pretende reduzir a incidência de cesárea para procedimento de laqueadura, buscando coibir partos cesáreos desnecessários, usados como mecanismo de obtenção gratuita pelo SUS da laqueadura tubária (CAETANO, 2014).

As AIH dos procedimentos de laqueadura tubária no parto cesáreo juntamente com as AIH de laqueadura tubária, na Tabela 1, correspondem ao total de procedimentos processados e pagos no período de referência, ou seja, contabilizando 108 registros, dos quais 106 (98,14%) foram procedimentos de laqueadura tubária. Em todo período, apenas dois (1,85%) corresponderam ao parto cesariano com laqueadura tubária, sendo factível supor a compatibilidade com a lei, no que diz respeito ao critério acima explicitado, relativo à restrição da realização de esterilização voluntária no SUS nos períodos de parto ou aborto.

Segundo Barbosa et al. (2003), o desejo de laqueadura consiste em uma das principais razões para a solicitação de parto cesáreo. No entanto, a oferta de um programa de planejamento familiar efetivo, com a disponibilização e a possibilidade de acesso a todos os métodos contraceptivos, paralelamente à implantação das Leis e Portarias de planejamento familiar vigentes no Brasil, sugere a possibilidade de rompimento da associação entre cesárea e laqueadura, ou seja, entre a opção de parto cesáreo para obtenção de esterilização gratuita no SUS.

O desejo por cesárea eletiva, para o alcance da laqueadura tubária pelo SUS, é frequente em localidades nas quais o planejamento familiar não está facilmente disponível. Leal et al. (2007) explica que altas taxas de cesariana como forma de

obtenção da laqueadura indicam a necessidade de ampliação do acesso a outros métodos contraceptivos, bem como a necessidade de aprimorar o esclarecimento das mulheres sobre outras maneiras de realização deste procedimento. No intervalo de tempo considerado, entretanto, os dados por região de saúde da 14ª CRS mostram a baixa ocorrência de parto cesariano com laqueadura tubária, inferior a 2%, o que parece apontar o cumprimento da Lei do Planejamento Familiar neste aspecto, qual seja a restrição para realização de laqueadura durante o período de parto, que pretende a redução da incidência de cesárea para procedimento de laqueadura, levando em consideração que o parto cesariano, sem indicação clínica, constitui risco à saúde da mulher e do recém-nascido.

A Lei nº 9.263/1996, considerada um marco do ponto de vista dos direitos reprodutivos, representou a garantia do direito de controlar a fecundidade de modo seguro com o respaldo do Estado. Desde a sua regulamentação, houve um aumento gradativo nos registros de laqueaduras tubárias e vasectomias no país (ALVARENGA; SCHOR, 1998; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003; COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006). Ainda que os registros de esterilizações indicassem tal crescimento, em outros dois estudos realizados por OSIS et al. (2006) e OSIS et al. (2009) verificaram a existência de uma demanda reprimida pela esterilização cirúrgica, considerado o entendimento de gestores e profissionais.

A esterilização feminina é um método de contracepção muito empregado mundialmente, cerca de uma em cada três mulheres que utilizam a contracepção opta pela esterilização (UNFPA, 2012). No Brasil, a PNDS-2006, indica que somente dois métodos respondem por mais de dois terços da contracepção — a pílula e a esterilização feminina. Segundo a PNDS-2006, entre as mulheres unidas – aquelas que se descrevem em união, seja casada ou em união consensual – a esterilização feminina é o método mais prevalente (BRASIL, 2009b). Entre as Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e a de 2006 foi possível observar aumento da utilização de pílulas anticoncepcionais, paralelamente a redução da esterilização feminina e ao crescimento do emprego de outros métodos, em especial a participação masculina, através da vasectomia e do uso de preservativo (BEMFAM, 1997; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Na região de saúde Fronteira Noroeste, é possível inferir na Tabela 1, o aumento expressivo da realização de vasectomias, no conjunto do período considerado pelo estudo. As vasectomias ambulatoriais e hospitalares realizadas pelo

SUS juntas, foram responsáveis pela elevação de 333,3%, indicando que o número de vasectomias teve crescimento substancial na região.

3.3.2 Esterilização cirúrgica feminina do SUS na região de saúde Fronteira Noroeste

No que se refere à esterilização cirúrgica feminina, apesar da manutenção da média anual constante nos últimos cinco anos do período estudado, é possível afirmar que a realização do procedimento de laqueadura tubária vem acontecendo de modo heterogêneo por local de residência nos últimos dez anos. A partir dos procedimentos hospitalares identificados por meio das AIH aprovadas configurou o seguinte cenário:

Tabela 2 - Número total de procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica feminina (laqueadura tubária e parto cesariano com laqueadura tubária) do SUS no período de 2010 a 2019, estratificado por município de origem

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Alecrim	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Alegria	NR	NR	NR	NR	1	NR	NR	NR	NR	NR	1
Boa Vista do Buricá	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Campina das Missões	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Cândido Godói	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1	1
Doutor Maurício Cardoso	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Girúá	NR	NR	NR	NR	2	1	2	NR	NR	NR	5
Horizontina	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Independência	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1	NR	2	3
Nova Candelária	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Novo Machado	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Porto Lucena	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Porto Mauá	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Porto Vera Cruz	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Santa Rosa	2	1	1	NR	1	22	16	15	14	18	90
Santo Cristo	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
São Paulo das Missões	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
São José do Inhacorá	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1	NR	1
Senador Salgado Filho	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Três de Maio	NR	NR	1	1	2	NR	NR	NR	1	2	7
Tucunduva	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Tuparendi	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Total	2	1	2	1	6	23	18	16	16	23	108

*NR = nenhum registro encontrado.

Fonte: SIH/SUS, [20...

Na Tabela 2, pode-se observar que do total de 22 municípios que compõem a região de saúde, em apenas em sete municípios (31,81%) existem registros de procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica feminina no SIH nos últimos dez anos. Ainda, cabe destacar que dos 108 registros de procedimentos encontrados no SIH, 90 são de moradores do município de Santa Rosa, correspondendo a 83,33% dos procedimentos de toda a região de saúde.

Quanto aos demais municípios, apenas um (0,92%) registro foi identificado no município de Alegria, no ano de 2014, um (0,92%) em Cândido Godói em 2019, cinco (4,62%) em Giruá (dois em 2014, um em 2015 e dois em 2016), três (2,77%) em Independência (um em 2017 e dois em 2019), um (0,92%) em São José do Inhacorá e sete (6,48%) em Três de Maio. Juntos, os municípios citados, representaram 16,63% dos registros de esterilização cirúrgica feminina na 14ª CRS. A partir desse cenário, portanto, é possível inferir o acesso à prática de esterilização cirúrgica feminina pelo SUS na região de saúde como um todo, no entanto, a maior parte das laqueaduras tubárias foi realizada por usuárias residentes do município-sede da região, sendo ínfimos os registros detectados nos demais municípios.

Um estudo realizado por Caetano (2014), buscou dimensionar a rede de municípios com serviços credenciados e a demanda frustrada por esterilização cirúrgica feminina no Brasil entre os anos de 2006 e 2013. Os resultados apontaram que a rede de municípios habilitados a ofertar a esterilização feminina pelo SUS em 2006, era significativamente limitada, gerando demanda frustrada pelo procedimento. Já no período entre 2007-2013 houve aumento no número de laqueaduras tubárias realizadas no SUS diretamente associada a ampliação no número de municípios credenciados para a realização do procedimento, e no período já foi possível verificar a presença de registros do procedimento de esterilização feminina pelo SUS em todas as regiões brasileiras. Contudo, ainda persistiram diferenças regionais e estaduais expressivas na realização de laqueadura tubária em serviços do SUS, e no caso dos dados de Caetano (2014), o autor identifica ainda diferenças intrarregionais no acesso aos procedimentos.

Caetano (2014) sinaliza a dimensão restritiva não prevista na legislação que regulamenta a obtenção da esterilização cirúrgica feminina, segundo a qual as próprias condições para o acesso à laqueadura tubária no âmbito do SUS representariam obstáculos. Estes estariam relacionados a critérios mais restritivos que os da portaria regulatória, como, por exemplo, a demora entre a solicitação e a

realização do procedimento e a cobertura territorial limitada de serviços médicos do SUS credenciados para oferecer a esterilização cirúrgica feminina.

Diferenças regionais relativas ao planejamento familiar entre regiões mais desenvolvidas e menos desenvolvidas foram destacadas no Relatório sobre a Situação da População Mundial do UNFPA (2012). Segundo esse relatório, embora as taxas de nascimento têm apresentado lentamente decréscimo no mundo todo, significativas discrepâncias perduram entre as áreas mais desenvolvidas e menos desenvolvidas. Nas regiões em desenvolvimento, evidencia-se o acesso restrito e discrepante às alternativas contraceptivas para evitar uma gravidez indesejada. Já, em quase a totalidade dos países menos desenvolvidos, persiste a falta de acesso a métodos de planejamento familiar voluntário.

Outros fatores relacionados a escolarização e a condição econômica das mulheres são apontados pelo relatório do UNFPA (2012), entre eles, que mulheres escolarizadas e em situação econômica favorável, em sua maioria, empregam o planejamento familiar. Contrariamente, os índices de contracepção são os mais baixos nas regiões mais empobrecidas, onde também o crescimento de seu uso é mais lento, sendo identificada estreita conexão entre a utilização de planejamento familiar, o local de residência e a condição socioeconômica. O nível de escolaridade, também se relaciona ao emprego de métodos contraceptivos e ao planejamento quanto ao tamanho desejado das famílias.

Em outra análise, o UNFPA (2012) constatou que a chance de ocorrer uma gravidez na adolescência é maior em jovens pobres, residentes em áreas rurais e sem escolaridade. Tal associação possivelmente se justifica pelo fato de que mulheres com escolarização elevada casam menos frequentemente ou em idade mais tardia; ao maior acesso e ao uso mais eficaz da contracepção; além de possuírem maior esclarecimento sobre os custos socioeconômicos de uma gestação indesejada. Ainda que a influência exercida pelo nível de escolaridade seja mais evidente no período da adolescência, os seus efeitos sobre o planejamento familiar referente ao tamanho desejado da família, como a utilização de contracepção, também operam na fase adulta.

Nesta perspectiva Oliveira, Vieira e Marcondes (2015) afirmam que mulheres com níveis de escolarização mais elevados têm a tendência de conceber filhos com idade média superior às demais mulheres, situação que se sobressaiu a partir dos anos 1980. Segundo as autoras, a partir de 2010 outro fator que se associa a

diferenciação da idade médias no nascimento dos filhos é o fator renda mais alta. Ao desvendar mudanças demográficas transcorridas no Brasil, enfatizam a adoção de um comportamento típico das mulheres mais escolarizadas, no qual a concepção dos filhos tornou-se opção, que foi acompanhada da transição rural-urbana, e pela intensificação da participação feminina no mercado de trabalho, além da escolarização da mulher.

De acordo com o UNFPA (2012), o local de residência também se associa ao uso do planejamento familiar, tendo efeitos sobre o seu emprego. Em diversos países são realizados esforços para proporcionar o acesso ao planejamento familiar às populações residentes em regiões rurais, que por sua vez, também apresentam menor acesso ao ensino – condição correlata ao emprego de método de planejamento familiar e ao desejo por famílias menores.

O Relatório sobre a Situação da População Mundial do UNFPA (2012) traz a abordagem de experiências exitosas de outros países no que tange ao planejamento familiar, no sentido de reduzir os impactos da mortalidade materna e reforçar a implantação de programas para a segurança em insumos na área da saúde reprodutiva. Nestas experiências destacam-se estratégias como o reforço do sistema de saúde para a segurança em insumos; reforço na capacidade de recursos humanos através da implementação e de monitoramento de relatórios e; intensificação no comprometimento financeiro e político para garantir a segurança em insumos na área da saúde reprodutiva. O aumento da prevalência no uso de contraceptivos e o aumento da oferta de instalações de serviços de planejamento familiar, constituíram fatores determinantes do êxito dos esforços voltados ao cumprimento dos direitos individuais ao planejamento familiar, assim como a melhoria de acesso dos indivíduos aos serviços de planejamento familiar e a métodos contraceptivos.

Considerando a cidadania enquanto o exercício dos direitos político-civis, coletivos e sociais, a relação entre cidadania e saúde implica na materialidade do acesso a tais condições. Em muitos âmbitos da área da saúde, tais direitos de cidadania não têm se legitimado, o que instiga a indagação sobre caminhos possíveis para a efetivação do exercício de cidadania em direção à obtenção e preservação da saúde. O fortalecimento da participação popular e a promoção do engajamento e da autonomia individual e comunitária têm sido destacados, tendo os profissionais da saúde papel relevante no esclarecimento e na instrumentalização da população quanto a seus direitos e deveres (FIGUEIREDO et al., 2009). Caccia-Bava, Paulics e

Spink (2002) expõe que o estímulo a instâncias de participação popular são instrumentos para fomentar a democratização da tomada de decisões governamentais, além da perspectiva de contribuir para a continuidade das políticas públicas. Quanto aos usuários do SUS, questiona-se se os mesmos detêm conhecimento de seus direitos, a ponto de estarem instrumentalizados para exigir e participar da construção e aprimoramento das políticas públicas na área da saúde em seu território.

Conforme o UNFPA (2012), não apenas um número reduzido de profissionais é treinado para realizar a esterilização masculina, como muitos homens e mulheres – se não a maioria – desconhecem o método e não ouviram falar a respeito. Nesse caso, o amplo desconhecimento dos métodos de esterilização tanto masculinos quanto femininos na rede SUS, suscita o questionamento quanto a como é possível cobrar do direito à saúde – como questão de cidadania – quem talvez desconheça esse direito. Além disso, questiona-se ao que se deve o desconhecimento de uma alternativa contraceptiva do SUS assegurada na legislação brasileira desde 1996.

De fato, os papéis dos técnicos especializados em determinada área da saúde e dos parlamentares que representam a nação distingue-se do papel dos cidadãos. Mas, Cavalcanti (2011) ressalta a tarefa da população de se manter vigilante e interessada, acompanhando os encaminhamentos, ações e diligências, da melhor forma possível, no campo de ação das políticas públicas.

3.3.3 Esterilização cirúrgica masculina na região de saúde Fronteira Noroeste

Na Tabela 3 são apresentados os números de procedimentos de esterilização voluntária masculina do SUS na 14^a CRS/RS, estratificado por local de residência, nos últimos dez anos, sendo possível identificar o seguinte panorama:

Tabela 3 - Número total de procedimentos hospitalares e ambulatoriais de esterilização cirúrgica masculina (vasectomia ambulatorial e hospitalar) do SUS no período de 2010 a 2019, estratificado por município de origem

Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Alecrim	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Alegria	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Boa Vista do Buricá	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Campina das Missões	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Cândido Godói	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1	NR	NR	NR	1
Doutor Maurício Cardoso	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Giruí	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Horizontina	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Independência	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Nova Candelária	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Novo Machado	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Porto Lucena	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Porto Mauá	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Porto Vera Cruz	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Santa Rosa	18	16	19	27	45	31	46	39	39	60	340
Santo Cristo	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
São Paulo das Missões	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
São José do Inhacorá	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Senador Salgado Filho	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Três de Maio	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Tucunduva	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Tuparendi	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0
Total	18	16	19	27	45	31	47	39	39	60	341

*NR = nenhum registro encontrado.

Fonte: SIA/SUS e SIH/SUS, [20...]

A partir da observação das Tabelas 1, 2 e 3, é possível inferir que o número de vasectomias no período estudado, na região de saúde Fronteira Noroeste, é elevado quando comparado ao número de procedimentos de laqueaduras tubárias. Das cirurgias de esterilização de homens e mulheres, 75,9% foram vasectomias ambulatoriais e hospitalares e as 24,1% restantes laqueaduras tubárias.

Os dados encontrados são corroborados pelos achados da literatura, que indicam as vantagens da vasectomia em relação à laqueadura, fato que justifica esse procedimento ter se tornado uma escolha mais frequente das famílias. A decisão pelo método contraceptivo mais adequado é do casal. Quando a esterilização cirúrgica é uma alternativa ponderada, no intuito de não ter mais filhos, ambos os métodos – vasectomia e laqueadura – devem ser considerados. No entanto, segundo a OMS (2007), caso as duas opções sejam viáveis para o casal, a vasectomia é o procedimento preferível, por se tratar de cirurgia simples e de fácil de execução, que oferta maior segurança e menos custo em relação à esterilização feminina.

Os resultados dessa pesquisa indicam cenário atípico no contexto das esterilizações masculinas e femininas. Em contraponto aos achados desse estudo, dados mundiais apontam para maior probabilidade de as mulheres realizarem a esterilização. A UNFPA (2012) apontou que em 14 países 5%, no mínimo, de homens fizeram a vasectomia. Apenas em um número restrito de países prepondera a esterilização masculina em relação à feminina, com destaque para o Canadá e o Reino Unido, nos quais a probabilidade de um homem se submeter a esterilização é o dobro, quando comparada a probabilidade das mulheres realizarem o mesmo procedimento. Entre os países em desenvolvimento, o Nepal é um dos poucos que apresenta taxas expressivas de vasectomia.

Anderson et al. (2012), em um estudo realizado nos Estados Unidos, constatou que a prevalência da vasectomia é mais alta entre os homens que apresentam graus de escolaridade e de renda mais elevados, ao passo que a laqueadura tubária prepondera entre mulheres com níveis inferiores de escolaridade e renda. Nesta perspectiva, a PNDS-2006 também ressaltou que a participação masculina na contracepção através da esterilização é um comportamento associado a segmentos mais elevados da escala social (BRASIL, 2009b).

As possíveis desigualdades regionais na oferta de procedimentos de esterilização voluntária pelo SUS, podem ser observadas na Tabela 2, no período de 2015 a 2019, ficando ainda mais visíveis na Tabela 3. Verifica-se, que do total de 22

municípios que compõe a região de saúde, em apenas dois (9,09%) foram encontrados registros de procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica masculina no SIA e no SIH nos últimos dez anos. Ainda cabe destacar que, dos 341 registros de procedimentos encontrados no SIA e SIH, 340 (99,7%) são de moradores do município de Santa Rosa, sendo apenas um (0,29%) registro no município de Cândido Godói, em 2016. Percebe-se, por conseguinte, que há o acesso à prática de esterilização cirúrgica masculina pelo SUS, considerando a região de saúde como um todo. Porém, do mesmo modo que a maior parte das laqueaduras tubárias foi realizada por residentes do município-sede da região, quase do mesmo modo ocorreu com as vasectomias que, praticamente em sua totalidade, foram realizadas pelos usuários residentes no município-sede.

Os problemas na região de saúde relativos ao acesso desigual e a provisão da esterilização cirúrgica no contexto dos direitos reprodutivos, ainda requerem medidas concretas para correção de distorções. Conforme Kuschnir et al. (2011), os serviços de saúde encontram-se integrados em uma rede que, opera de forma ordenada e articulada no território, sendo as demandas que se apresentam deverão ser atendidas conjuntamente com demais serviços e equipamentos de saúde de menor ou maior complexidade.

Possivelmente o potencial de expansão de acesso à vasectomia, como também à laqueadura tubária, passa por maior integração entre as políticas e a articulação entre a própria rede regional de saúde. O fortalecimento e a interiorização das redes especializadas de atenção à saúde são mecanismos apontados no sentido da concretização do SUS e do acesso à saúde nas diferentes áreas de atenção. Levando em conta a extrema desigualdade brasileira, demarcada pela discrepância entre as regiões e no interior das mesmas, o planejamento local na área da saúde requer que sejam consideradas as diferenças na distribuição dessas redes e as desvantagens que as localidades apresentam. Neste sentido, o planejamento pressupõe que variáveis econômicas e sociais sejam observadas pelos gestores, pressupondo políticas combinadas de desenvolvimento social e econômico (KUSCHNIR et al., 2011).

O UNFPA (2012) indica que as pesquisas podem auxiliar na identificação das necessidades de planejamento familiar nos países, observando as suas dimensões de acesso. Quando homens e mulheres têm ao alcance vasta gama de informações e serviços de planejamento familiar, um número maior de casais faz a opção pela

vasectomia como método contraceptivo preferencial. O UNFPA, em seu relatório, acrescenta que a reduzida opção pelo procedimento é uma resposta ao escasso acesso a informações apropriadas e às preocupações relativas aos possíveis efeitos sobre a atividade e o prazer sexual. Levando em consideração a opção preferencial pelo procedimento de vasectomia, comparativamente à laqueadura tubária, possivelmente a região de saúde Fronteira Noroeste tem ofertado ampla escala de informações em planejamento familiar aos casais no período de referência.

Quanto ao aumento do número de procedimentos ao longo do período, foi observado acentuado crescimento entre os anos de 2012 e 2014 e entre 2018 e 2019. Neste sentido, os resultados da PNDS-2006 mostraram que as mudanças da anticoncepção ocorridas no Brasil entre 1996 e 2006 também indicaram aumento da esterilização masculina – o que parece corroborar com a tendência de modificação do ponto de vista da participação dos homens, no que se refere à contracepção, apontando para o compartilhamento da responsabilidade pelo controle da fecundidade (BRASIL, 2009b).

No entanto, analisando a ocorrência do procedimento nos diferentes municípios que compõe a região de saúde Fronteira Noroeste, conforme as Tabelas 2 e 3, supõem-se que haja uma possível situação de desigualdade entre os municípios em relação a oferta de procedimentos de esterilização cirúrgica voluntária. Faz-se aqui necessário ressaltar que a inexistência de registro de AIH de esterilização cirúrgica, em dado município, em determinado ano não significa, necessariamente, a ausência de serviço credenciado para tal.

Diante dessa conjuntura, de uma possível desigualdade na oferta de acesso aos procedimentos de esterilização voluntária, vale salientar o fluxo dos usuários para a realização dos procedimentos eletivos e o processamento da informação dos atendimentos na rede do SUS. Nesse contexto, o SIH/SUS apresenta como pilar a AIH, que se trata de um instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços SUS, tendo como característica a proposição de pagamento por valores fixos dos procedimentos médico-hospitalares, no que se referem aos materiais e procedimentos utilizados, além dos custos com os profissionais de saúde e a estrutura de hotelaria envolvida (BRASIL, 2017).

A solicitação da AIH é necessária para que o paciente possa ser internado. Igualmente é necessária para liberação de recursos financeiros pelo SUS correspondente aos serviços prestados, e para isso, torna-se essencial o laudo

preenchido pelo médico que solicitou a internação, contendo além dos dados de anamnese, do exame físico e dos exames complementares a justificativa para a internação com os dados de identificação do paciente – incluindo seu CNS e município de residência, conforme Anexo A.

Dentre as informações de identificação que compõe a AIH, está o município de internação, assim como o de residência do paciente. Dessa forma, os procedimentos de esterilização cirúrgica feminina e masculina identificados no SIH/SUS e SIA/SUS se referem àqueles com AIH aprovadas, segundo o município de residência do usuário, cujo acesso ao fluxo de serviços estabelecidos e pactuados ocorre através do município em que residir.

Tendo em vista que o CNS articula o usuário aos serviços e ações de saúde com base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do titular do cartão, o acesso aos mesmos se dará a partir desta vinculação e através dos estabelecimentos de saúde mais próximos disponíveis em seu local de moradia. Como a porta de entrada do sistema de saúde pública é, preferencialmente, o sistema de AB, a partir deste primeiro atendimento se procede o encaminhamento para os serviços de maior complexidade que, no caso da laqueadura tubária e vasectomia, classificam-se como procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012).

Mediante tal fluxo, no qual se insere a esterilização cirúrgica voluntária, a autorização da AIH é uma decisão do gestor local, assim como compete a ele o estabelecimento do local para sua autorização (BRASIL, 2012). Neste sentido, a realização de laqueadura tubária e vasectomia pressupõem, além dos requisitos legais, primeiramente um serviço autorizado no município ou em município da região de saúde para sua efetivação, compondo assim, um fluxo para atender a esta demanda¹⁵.

Como os problemas de saúde abrangem tecnologias de distintas complexidades (AB, média e alta complexidade) e seus custos, a organização dos serviços é premissa básica para que os municípios possam ofertar, de forma adequada, as ações necessárias, implicando a definição das unidades de saúde que

¹⁵ A partir de 2006, o registro das habilitações no sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para que seja possível que os estabelecimentos realizem os procedimentos de Planejamento Familiar/Esterilização Cirúrgica (Laqueadura Tubária e Vasectomia) pelo SIH/SUS é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2017).

a compõem. Determinados serviços presumem equipamentos sofisticados, caros ou recursos humanos especializados, portanto, o volume de atendimentos destas unidades precisa ser razoável para que não se tornem ociosas, onerando de modo crescente o sistema de saúde. Baseada nessa lógica é que se justifica a necessidade da maior concentração geográfica e da ampliação da cobertura populacional destes serviços de saúde, o que se ancora na necessidade de impedir a ociosidade, mas também em outras duas questões, que se referem a economia de escala e a qualidade dos serviços prestados (KUSCHNIR et al., 2011).

A economia de escala, trata-se da otimização de recursos, onde devem ser levados em conta a infraestrutura e os gastos envolvidos, incluindo os custos com pessoal, que são custos que se mantém, não tendo variação proporcionalmente aos atendimentos realizados ou ao volume da produção. Assim, a otimização dos recursos disponíveis se faz necessária para um centro cirúrgico, assim como para manter uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com leitos reduzidos, por exemplo, significa um custo muito mais elevado do que manter uma UTI com um número maior de leitos, mediante as mesmas condições e preservadas todas as outras variáveis.

Em relação a qualidade, o volume de produção está associado a melhoria do desempenho dos serviços de saúde de maior complexidade. Nesta linha, uma produção mínima em um serviço de referência mais complexo está relacionada com a manutenção da experiência da equipe especializada¹⁶.

A concentração geográfica e ampliação da cobertura populacional de serviços de saúde de maior complexidade, são mecanismos definidos para que sejam assegurados o acesso e o emprego apropriado para todos, de forma a otimizar os recursos e infraestrutura disponível no território delimitado. Assim, as unidades de saúde mais complexas devem ter populações e territórios mais abrangentes, ressaltando que a concepção da rede implica em responsabilização e articulação conjunta entre os seus integrantes (KUSCHNIR et al., 2011). Nesta perspectiva, considerando as concepções relativas à regionalização, abrangendo a economia de escala e a qualidade dos serviços de saúde, a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica possivelmente se encontra em estreita ligação com o planejamento e a efetividade da articulação regional, buscando a ação territorializada, em conformidade

¹⁶ Segundo Kuschnir et al. (2011), não é aleatoriamente que um serviço de saúde deve apresentar produção mínima para que seja possível que seja habilitado a ser um centro formador de recursos humanos. Tal critério possibilita que possa realizar o treinamento de profissionais.

com o desenho das políticas públicas em saúde, com vistas a melhorar a saúde e garantir a cidadania da população.

Vale ressaltar que as agendas de saúde são um relevante instrumento da gestão participativa, pois, é através dele que cada esfera de governo estabelece os pontos prioritários da política de saúde. Sendo, posteriormente remetida e aprovada pelo Conselho de Saúde, fruto de negociação e consenso entre os órgãos gestores, corresponde a etapa inicial do planejamento da gestão da saúde (LUCCHESI, 2004). Segundo a autora, alguns questionamentos concernem ao cenário brasileiro, tais como: os cidadãos têm acesso aos serviços de saúde necessários ou persistem significativos obstáculos e desigualdades de acesso? As demandas da população e especificidades locais têm sido levadas em conta no planejamento e estruturação das ações e serviços de saúde? Os recursos disponíveis – humanos e de infraestrutura – têm apresentado o devido aproveitamento, estão sendo utilizados adequadamente para enfrentar os problemas de saúde e barreiras de acesso locais? É possível observar melhoria na equidade e na qualidade do atendimento em saúde do cidadão? São indagações que, para Lucchese (2004), embora atravessadas por inúmeros fatores que incidem sobre as políticas públicas de saúde, precisam estar presentes nos processos decisórios da gestão de todas as localidades do país, instigando o diálogo e a negociação para a efetividade da política de saúde como também para que sejam alcançados os objetivos voltados ao desenvolvimento social.

De acordo com Caetano (2014), considerando o contexto brasileiro, cabe destacar que o provimento da contracepção foi integrado à política de saúde dentro do panorama da descentralização do sistema público enquanto princípio organizativo do SUS, segundo o qual os serviços prestados são organizados em níveis crescentes de complexidade e estruturados em unidades geográficas, as regiões de saúde, e estas, por sua vez, devem assegurar o atendimento integral por meio do estabelecimento de parceria entre os municípios que as integram (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Em outros termos, Arretche (1999) indica que a descentralização passou a delegar, gradativamente, as instâncias estaduais e municipais parcela expressiva de atribuições de gestão.

Desse modo, assim como outras áreas da saúde, Caetano (2014) explicita que a provisão de alternativas contraceptivas sofre determinadas interferências como a falta de continuidade administrativa advindas das alterações frequentes de gestores, não somente após a eleição e, especialmente, a ausência de estratégias de incentivo

para a organização de serviços paralelamente a sanções nos casos de não adesão às regulamentações estabelecidas. Para Arretche (1999), considerando o cenário brasileiro – definido por profundas desigualdades de cunho social, econômico, político e respectivas a capacidade de administração dos governos – é insuficiente apenas a transferência de responsabilidade das políticas sociais da esfera federal aos estados e municípios, para que espontaneamente assumam as competências de gestão.

Como grande parcela dos municípios brasileiros apresenta fraca tradição administrativa e reduzida capacidade econômica, além da dependência significativa de transferências fiscais, programas de descentralização projetados para reduzir custos são determinantes na tomada de decisão da gestão local. Portanto, para Caetano (2014), além da regulamentação das políticas públicas que são construídas centralmente, mecanismos de incentivo procuram estimular a estruturação e o incremento de serviços locais de cunho essencial. O autor destaca que as regulamentações que incluíram a provisão da esterilização cirúrgica voluntária no sistema público de saúde não estabeleceram tais incentivos aos gestores municipais para a estruturação de serviços de planejamento familiar, cuja organização fica na dependência das providências tomadas pela gestão estadual e, principalmente, pela gestão municipal. Nesta lógica, simplesmente as determinações da lei não bastam. A criação de estímulos para que a lei se materialize no nível local através da oferta e do acesso a um serviço de planejamento familiar desta natureza, se torna essencial.

Em um estudo de Osis et al. (2009), realizado na Região Metropolitana de Campinas¹⁷, estado de São Paulo (SP), investigou o atendimento a demanda pela esterilização cirúrgica voluntária no contexto da atenção ao planejamento familiar no SUS, em cada município da região, e os possíveis entraves para provê-la. Os resultados indicam dificuldades para prover atendimento adequado a esterilização cirúrgica, conforme estabelecido na Lei nº. 9.263, tendo o atendimento centralizado em ambulatórios de planejamento familiar ou centros de referência. Os autores identificaram que o acesso das pessoas é frequentemente limitado, em razão de dificuldades dos municípios para organizar as ações de planejamento familiar na rede básica de saúde. O caso de Campinas é semelhante à situação observada em outras localidades. Os autores indicam que seus resultados podem ser úteis para examinar

¹⁷ A Região Metropolitana de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil abrange 19 municípios, caracterizando-se pelo SUS apresentar bons indicadores de saúde comparativamente a outras regiões brasileiras.

as condições em outras regiões do país, quanto à provisão da esterilização cirúrgica e podem ser considerados como indicadores das dificuldades possivelmente enfrentadas em outros locais. Tal afirmação se dá devido à Região Metropolitana de Campinas/SP ter os melhores indicadores de atenção à saúde no Brasil. Diante de poucos estudos em outras regiões brasileiras, torna-se possível inferir que as dificuldades identificadas relativas à oferta de esterilização cirúrgica, de modo geral, ainda requerem medidas que revejam desvios e distorções.

No cenário encontrado na região de saúde Fronteira Noroeste, entre os municípios que compõe a região, um se destaca pelo número de procedimentos realizados. Justamente este é o município que tem uma APS fortalecida, que conta com profissionais da equipe mínima e também de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuando em conjunto nas ESF, onde todos contribuem para o planejamento familiar dos usuários. Não só a APS é fortalecida em Santa Rosa, como também é lá que está o hospital de referência regional, o que de certa forma pode contribuir para os números. Trata-se do maior município da região, o município-sede da 14ª CRS, que dispõe de profissionais e infraestrutura em saúde mais desenvolvida e que, pelos resultados obtidos, é onde possivelmente circula amplo leque de informações em planejamento familiar – já que a vasectomia se destaca como método preferencial em relação à esterilização cirúrgica feminina.

De acordo com o UNFPA (2012), prepondera uma carência de serviços e de informações abrangentes e de qualidade em saúde reprodutiva, especialmente nas áreas rurais. Aqueles que vivem em áreas rurais são particularmente suscetíveis às vulnerabilidades dos sistemas de saúde, que podem proporcionar um alcance de serviços inferior aqueles à disposição nos municípios com porte diferenciado.

Para além das questões de acesso, o gênero considerado como elemento das relações sociais, sendo uma construção histórica e social, delimita campos de atuação para homens e mulheres, dando suporte à formulação de leis e seus modos de aplicação (BRASIL, 2004). As relações de gênero têm repercussão em leis, políticas e práticas sociais e do mesmo modo que distintas populações são acometidas por diversos graus e tipos de risco, mulheres e homens estão submetidos a diferentes padrões em termos de saúde e adoecimento em razão da organização social das relações de gênero. Posto isto, na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde é fundamental a inclusão desta perspectiva, no sentido da

promoção da melhoria das condições de vida, de acesso à saúde e dos direitos de cidadania (BRASIL, 2004).

Barreiras culturais impedem o acesso e emprego do planejamento familiar, e, portanto, precisam ser consideradas. A contracepção masculina é, culturalmente, encarada pelos próprios homens sob uma ótica preconceituosa. Persiste uma aceitabilidade cultural reduzida da esterilização masculina, somada a preocupações com possíveis prejuízos no desempenho sexual, o que é apontado como fator que interfere na prevalência desse método (GROMATZKY; LUCON; BAUTZER, 2005; BRASIL, 2013b).

Fatores sociais e culturais estão em jogo quando os homens consolidam sua opção pela vasectomia. Em diversos territórios, esta alternativa contraceptiva não é devidamente compreendida, sendo encarada como ameaça à atividade sexual (UNFPA, 2012). Sendo assim, além dos obstáculos de acesso aos serviços de vasectomia, a reduzida ocorrência do método é reflexo do restrito acesso à informação apropriada (UNFPA, 2012). Contudo, Casarin e Siqueira (2014) analisam que, comumente nos municípios o procedimento não é oferecido pelo SUS aos seus usuários. Desta maneira, ainda que o acesso à informação fosse ampliado, de modo que tais aspectos socioculturais referentes a esterilização cirúrgica masculina fossem trabalhados, caso os serviços de saúde não estiverem organizados para atender a demanda pelo procedimento, isoladamente os esforços neste sentido não terão êxito.

Outro estudo de Caetano (2018), que procurou analisar a prática de vasectomia pelo SUS e sua distribuição regional em São Paulo e no Brasil, constatou que a prática de vasectomia no sistema público de saúde foi específica por região do país. O autor verificou forte concentração do número de vasectomias pelo SUS na Grande São Paulo e nos grandes municípios do estado, sendo que a concentração identificada não foi influenciada por fluxos intermunicipais de pacientes. De acordo com Caetano (2018), a expressiva concentração espacial pode se ancorar, dentre outros fatores, na presença de infraestrutura, de profissionais e também de centros de saúde especializados tanto na capital, como nas grandes cidades do estado. Na região de saúde Fronteira Noroeste, foi observada concentração de procedimentos de esterilização cirúrgica no município-sede da 14ª CRS.

Considerando que os dados de esterilização cirúrgica foram coletados por meio do SIH/SUS disponível no site do DATASUS, segundo o local de residência do usuário, tendo em vista os serviços de AB como a porta de entrada e o CNS como

instrumento de vinculação do usuário a sua cidade de domicílio, parece improvável que tal concentração seja devido a um fluxo intermunicipal de pacientes. Caso este fluxo estivesse pactuado entre os municípios, e o acesso aos procedimentos acontecesse no município-sede, os dados lançados no SIH – gerados a partir da AIH do paciente, cuja autorização é de competência do gestor local – identificariam o município de residência dos registros contabilizados. No entanto, a ausência de registro de esterilização cirúrgica na maior parte dos municípios durante o período de dez anos torna factíveis duas possibilidades: a inexistência de serviço credenciado em grande parte dos municípios ou, em última instância, um fluxo pactuado e um serviço credenciado, que, na prática, não tem se efetivado em acesso dos usuários aos procedimentos pelo SUS na maior parte dos municípios da 14ª CRS.

Nessa perspectiva, a pesquisa de Osis et al. (2009) encontrou dificuldade dos profissionais da APS em encaminhar as pessoas que solicitavam esterilização a outros municípios, pois não existia protocolo específico para esse atendimento. No estudo desenvolvido em uma CRS do RS, os resultados apontaram que, nos municípios estudados, a esterilização cirúrgica ainda não é ofertada pelo SUS, o que configura uma barreira de acesso e inviabiliza a procura por esta alternativa de planejamento familiar.

Tendo em vista o cumprimento da Lei nº 9263/1996, a organização e adequação dos municípios são necessárias, considerando que em grande parte deles não há a oferta deste dispositivo componente da política de planejamento familiar. Conforme Osis et al. (2009), parecem vigorar impasses administrativos na contratação desses serviços, que podem estar ligados à falta de priorização do atendimento em planejamento familiar dentre as ações básicas de saúde. Carvalho et al. (2007), em um estudo abrangendo os municípios da Região Metropolitana de Campinas/SP, indicaram que a ausência de estímulos para implantação, em nível municipal, de serviços de planejamento familiar no âmbito do SUS, tende a limitar o acesso à esterilização cirúrgica territorialmente.

Apesar de ter havido aumento significativo no número de hospitais credenciados para realização de laqueadura tubária a partir da regulamentação da Lei nº 9.263/1996, Amorim, Cavenaghi e Alves (2008) referem que os serviços se mantiveram mais concentrados em grandes centros urbanos, e que o aumento do número de hospitais credenciados não se relaciona de forma direta à ampliação do número de municípios com hospital credenciado. O estudo de Caetano (2014)

demonstra que ocorreu aumento no número de municípios brasileiros com registro de AIH de laqueadura tubária, assim como crescimento relevante na quantidade de procedimentos no país, porém, a rede de municípios com registro de AIH de laqueadura tubária foi considerada restrita e extremamente variável conforme o estado.

Caetano (2014), ao examinar a distribuição intrarregional e intraestadual de municípios que apresentam AIH de laqueaduras tubárias, concluiu que predominam os hospitais de municípios médios, de capitais ou de regiões metropolitanas, considerando a capacidade hospitalar requerida para realização destes procedimentos cirúrgicos. Contudo, evidencia que o aspecto de maior relevância no credenciamento de serviços aptos a esta finalidade, advém de mobilização e disposição política e operacional dos gestores estaduais e municipais da saúde, assim como os recursos em infraestrutura e em profissionais qualificados.

A partir da Lei nº 9.263/1996, que regula o parágrafo 7º do Artigo 226 da CF/88, os serviços públicos de saúde devem oferecer, entre outros métodos anticoncepcionais, a vasectomia e a laqueadura tubária, diante do cumprimento de alguns requisitos. Assim sendo, a falta de serviço credenciado ou a existência de um fluxo pactuado e um serviço credenciado, que na prática não se materializa na oferta de acesso, têm gerado descompasso entre a demanda e a oferta no SUS, entre a legislação e o acesso aos procedimentos (CAETANO, 2014; OSIS et al., 2009).

Convém registrar que, como menciona Caccia-Bava, Paulics e Spink (2002), o gradativo processo de descentralização das políticas públicas – em especial as políticas sociais, dentre elas a de saúde – concederam à gestão local papel central no provimento de bens e serviços públicos à população e, portanto, no processo de desenvolvimento dos municípios e do país. Sobretudo nos municípios de pequeno porte, é onde há defasagem de conhecimento e de mecanismos gerenciais que contribuem para a eficiência da administração pública. Desta forma, tendo em vista as possibilidades de aprimoramento da oferta de políticas públicas de planejamento familiar na região, Demarco (2015) aponta a relevância da qualificação dos gestores públicos brasileiros, proporcionando conscientização dos mesmos sobre as políticas de governo e do panorama socioeconômico, político e cultural que configura o campo da gestão pública no Brasil. Ações de capacitação da força de trabalho, voltadas às incumbências da administração pública contemporânea, com o objetivo de buscar a renovação dos quadros que a compõe, como programas nacionais de formação em

parceria com as universidades públicas, são iniciativas que indicam o esforço de reforçar as capacidades estatais (DEMARCO, 2015).

No que concerne à gestão, portanto, Demarco (2015) ressalta que desenvolver políticas voltadas a qualificação dos gestores das cidades tem um papel importante, levando em conta que o domínio técnico-conceitual da máquina pública pode se transformar diretamente em melhorias na oferta de serviços públicos para a população. Em um contexto de tamanha descentralização administrativa, Veloso et al. (2011) enfatiza que fortificar a capacidade da gestão pública municipal é indispensável para que o desenvolvimento proceda de modo menos desigual, alertando que estas exigências de qualificação têm sido um dos grandes entraves para que as políticas de desenvolvimento sejam capazes de atingir homoganeamente as diversas regiões brasileiras.

Com o processo de descentralização, dentre os entes federados, são os municípios os que passaram pelo rearranjo mais brusco em seu papel, no que se refere ao provimento dos serviços públicos à população. Diante das novas responsabilidades, as demandas de qualificação e profissionalização se acentuaram, considerando o impacto que podem representar para a eficiência administrativa (DEMARCO, 2015; VELOSO et al., 2011). Nesta linha, Motta (2007), analisando a interferência dos fatores tecnológicos, políticos e institucionais na eficiência do gasto público, define-a como a capacidade do governo de converter o dinheiro do orçamento em melhoria da qualidade de vida dos cidadãos – que pode ser representada pelas condições de saúde e educação dos cidadãos.

Na seção seguinte, apresentam-se dados relativos a valores correspondentes aos procedimentos de esterilização cirúrgica do SUS na Região de Saúde Fronteira Noroeste.

3.3.4 A esterilização cirúrgica voluntária e os valores totais aprovados na 14ª CRS no Sistema Único de Saúde

A Tabela 4 apresenta o valor total aprovado, em reais, referente aos procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica feminina do SUS, segundo a Região de Saúde (14ª CRS), no período de 2010 a 2019.

Cabe ressaltar que os valores por procedimento realizado no SUS são instituídos pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS – o padrão de referência de pagamento dos

serviços prestados pelos estabelecimentos conveniados e filantrópicos que atendem a rede pública de saúde.

Um levantamento produzido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), referente aos procedimentos realizados entre 2008 e 2014, aponta dados que revelam a defasagem da tabela de procedimentos do SUS. Nele, foram utilizados os dados do SIH/SUS, ou seja, do próprio MS, para indicar o valor médio pago para cada tipo de procedimento em 2008 e 2014 e estimar o valor atualizado em 2014, empregando a correção através do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Dentre os 1.500 procedimentos hospitalares estudados da tabela, no período de referência, 74% não passaram por atualização de valores conforme a inflação, configurando perda acumulada ao longo do período. Entre procedimentos mais frequentes, a atualização de valores foi consideravelmente inferior ao que seria um reajuste de acordo com índices inflacionários como o IPCA e o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC). A atualização da tabela SUS depende da administração federal, de modo que a ausência de correção pela inflação acentua a defasagem de um pagamento que já não é satisfatório (CFM, 2015). Ainda, segundo o CFM, outro elemento que aponta a necessidade de atualização da tabela SUS – o que seria a mínima medida a ser tomada – é a alta de produtos e serviços essenciais para o funcionamento hospitalar, como os produtos alimentícios, valores de materiais utilizados em serviços de conservação e manutenção, além de gastos com locação, impostos e condomínios de imóveis.

Deste modo, os valores apresentados nas tabelas a seguir são marcados pela defasagem da Tabela SUS em razão da ausência de correção dos valores pagos, o que representa importante impacto nas finanças das empresas e instituições conveniadas ao SUS, acarretando redução do número de hospitais que trabalham com a rede pública de saúde – afirma o primeiro-secretário do CFM (CFM, 2015). Para efeitos de verificação, foi realizada a coleta dos valores gastos nos procedimentos de esterilização cirúrgica, coletados no DATASUS (SIA/SUS e SIH/SUS), para a Região de Saúde Fronteira Noroeste conforme apresentado nas tabelas a seguir¹⁸. A Tabela 4 apresenta os valores totais em reais referentes aos procedimentos hospitalares de

¹⁸Torna-se importante esclarecer que muitos pesquisadores se debruçam no estudo específico das políticas de financiamento da saúde pública brasileira, enquanto os dados aqui presentes buscam restritamente ilustrar os gastos públicos regionais nesta área específica da saúde, compondo algumas articulações com a literatura.

esterilização cirúrgica feminina realizados no SUS na 14ª CRS, no período de 2010 a 2019. Já na Tabela 5, estão apresentados os valores totais aprovados dos procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica masculina realizados no SUS conforme a Região de Saúde – 14ª CRS – no período de 2010 a 2019.

Tabela 4 - Valor total aprovado de procedimentos hospitalares de esterilização cirúrgica feminina (laqueadura tubária e parto cesariano com laqueadura tubária) do SUS segundo Região de Saúde (14ª CRS) no período de 2010 a 2019

Procedimento (AIH aprovadas)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Laqueadura Tubária	678,04	339,02	718,16	339,02	1779,36	7797,46	6126,36	5468,38	5576,32	8014,62	36836,74
Parto Cesariano com Laqueadura Tubária	NR	NR	NR	NR	720,51	NR	NR	NR	NR	642,33	1362,84
Total	678,04	339,02	718,16	339,02	2499,87	7797,46	6126,36	5468,38	5576,32	8656,95	38199,58

*NR = nenhum registro encontrado.

Fonte: SIH/SUS, [20...]

Tabela 5 - Valor total aprovado de procedimentos hospitalares e ambulatoriais de esterilização cirúrgica masculina (vasectomia ambulatorial e hospitalar) do SUS segundo Região de Saúde (14ª CRS) no período de 2010 a 2019

Procedimento (AIH aprovadas)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Vasectomia Hospitalar	5516,46	NR	NR	NR	NR	NR	612,94	NR	306,47	306,47	6742,34
Vasectomia Ambulatorial	NR	4903,52	5822,93	8274,69	13791,15	9500,57	13791,15	11952,33	11645,86	18081,73	97763,93
Total	5516,46	4903,52	5822,93	8274,69	13791,15	9500,57	14404,09	11952,33	11952,33	18388,20	104506,27

*NR = nenhum registro encontrado.

Fonte: SIA/SUS e SIH/SUS, [20...]

Na Tabela 4, podemos observar que, no período de dez anos, houve tendência de crescimento substancial nos valores de esterilização cirúrgica feminina, acentuada entre os anos de 2013 e 2015, sendo também verificado que no ano de 2019, houve o maior valor aprovado para as esterilizações cirúrgicas, correspondente a 8.656,95 reais. Os procedimentos de laqueadura tubária executados em todo o período analisado na região de saúde totalizaram 38.199,58 reais.

Quanto à Tabela 5, percebe-se que também há tendência de aumento nos valores investidos nos procedimentos de esterilização cirúrgica masculina, com destaque o período entre os anos de 2012 e 2016. Do mesmo modo que na Tabela 4, o último ano do período considerado correspondeu ao maior valor gasto – R\$ 18.388,20 – ressaltando, que o valor total aprovado, em ambos os casos, advém da concentração de procedimentos em grande parte no município-sede da região de saúde (14ª CRS), coincidindo a R\$ 104.506,27. Comparativamente, se visualiza que o valor total aprovado de procedimentos de esterilização cirúrgica masculina é significativo em relação ao valor total de esterilização cirúrgica feminina no período estudado, conforme já constatado nos dados apresentados anteriormente.

Um estudo de Marinho et al. (2011) no Recife analisou o custo da provisão para a assistência à saúde em uma unidade de referência de média complexidade, e identificou que um dos grupos de despesas que apresentaram maiores custos foram os medicamentos, representando 36,3% (R\$ 1.762.424,42) do valor correlato a um período anual. Como é possível observar nos dados das Tabelas 4 e 5, que apresentam os valores referentes aos procedimentos de esterilização cirúrgica regionais no decorrer de dez anos – embora sua ocorrência esteja concentrada nos usuários do município-sede – o investimento nesta alternativa de planejamento familiar, situada no nível de média complexidade, corresponde a uma ação do SUS composta por valores relativamente baixos, quando comparado a outras tecnologias de saúde cobertas pelo sistema público. Paradoxalmente, conquistas da saúde brasileira no SUS – como o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), o tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), entre outros – são referenciadas mundialmente e consideradas tecnologias caras. Ainda que o financiamento de saúde no Brasil tenha se mantido de forma predominante no sistema privado de saúde e mesmo existindo incentivos federais para a criação de planos de saúde mais populares, estes ofertam cobertura restrita a doenças de menor custo, sendo que diante de uma intercorrência mais grave, a cobertura não ocorre e o usuário precisa

recorrer ao SUS, onerando-o – já que o ressarcimento também não acontece. Nesta lógica, vantagens são obtidas por alguns atores do setor privado, em detrimento do sistema público, do qual depende grande parte da população brasileira (SALDIVA; VERAS, 2018).

No que compete a custos, segundo dados do SIH/SUS, os valores médios das AIH na região de saúde do estudo no ano de 2018 foram de R\$348,52 para os procedimentos de laqueadura tubária e R\$306,47 para os procedimentos de vasectomia (BRASIL, 2018). Já o tempo médio de permanência no hospital foi de 0,4 dias para laqueaduras e nenhum dia para vasectomias, dados do SIH/SUS para o ano de 2018.

Frente a isso, é factível supor que não há relação direta entre o custo e vagas em leitos hospitalares, com a ausência de maior homogeneidade regional em relação a esse método contraceptivo definitivo. Podemos especular se não há maior número de procedimentos regionalmente, contemplando os demais municípios, por falta de ações e planejamento em saúde pública.

Também é pertinente considerar a economia de escala, onde os gastos com infraestrutura e com recursos humanos são custos que se mantêm, que não têm variação proporcional aos atendimentos realizados, ou seja, ao volume de produção. Daí a necessidade de otimização dos recursos por intermédio de maior concentração geográfica e da ampliação da cobertura populacional dos serviços de saúde por meio das regiões de saúde, estabelecendo uma interação entre as unidades de atendimento componentes e espaços regionais de planejamento e cogestão (KUSCHNIR et al., 2011). Segundo Saldiva e Veras (2018), para o funcionamento apropriado das políticas setoriais do sistema público de saúde do país, dois fatores são necessários: a gestão adequada dos recursos disponíveis e o financiamento suficiente. Ambos requerem aprimoramento no Brasil.

Estimativas que mostram necessidades não atendidas em planejamento familiar apontam para os níveis de investimento necessários com o intuito de viabilizar o direito das pessoas nesse âmbito. No mundo todo, os índices de necessidades não satisfeitas em planejamento familiar passarão por uma ampliação nos anos seguintes. Posta assim a questão, é de se destacar que:

O planejamento familiar tem demonstrado ser uma das intervenções de saúde pública de melhor custo-benefício jamais desenvolvidas. Portanto, qualquer decisão relativa a como investir em planejamento familiar deve contrapor seu custo ao leque de benefícios que ele traz a indivíduos, lares e nações (UNFPA, 2012, p.100).

A identificação dos custos dos serviços de saúde é relevante para o conhecimento das ações e políticas públicas, que necessitam de otimização para que seja possível a redução de gastos e de desperdício, em busca da eficiência do gasto público (MARINHO et al., 2011). Além disso, vale lembrar que, de acordo com Cavalcanti (2011), levando em consideração a qualidade e aplicação apropriada de recursos, o controle social dos gastos públicos consiste em uma tarefa complexa. No entanto, os cidadãos detêm o papel de monitorar os processos e acompanhar os encaminhamentos na esfera das políticas públicas.

3.3.5 O acesso à esterilização cirúrgica voluntária na 14ª CRS: possíveis obstáculos

Conforme a PNDS-2006, a lei do planejamento familiar resultou na ampliação do acesso à cirurgia de esterilização enquanto serviço gratuito. Assim, a democratização do acesso à esterilização caracterizou-se como facilitador no emprego deste método pelas mulheres de baixo poder aquisitivo (BRASIL, 2009b).

No ano de 2007 as ações para a saúde passaram a se inserir na política de desenvolvimento do governo, sendo proposta expansão de metas a várias delas, incluindo o planejamento familiar. Tal expansão compreendeu a ampliação na quantidade de vasectomias, que passou a abranger nova modalidade do procedimento, a partir de então realizado ambulatorialmente (BRASIL, 2007a).

Contudo, cabe ressaltar que as desigualdades regional e territorial são características marcantes no país, sendo que a oferta de bens e serviços persiste de modo desigual na distribuição do território nacional. Também se configuram lacunas assistenciais relevantes, onde a descentralização das ações de saúde procede dissociadamente, mantendo uma situação de oferta, acesso e eficiência discrepante em relação às ações implementadas (BRASIL, 2007a).

De acordo com Albuquerque et al. (2017), territorialmente, a configuração do SUS, demonstra as desigualdades regionais brasileiras. As capitais e poucos polos regionais mantêm uma concentração de equipamentos de alta e média complexidade. Diferentemente do que aconteceu com os serviços de AB, que se expandiu em regiões

mais empobrecidas através do Programa de Saúde da Família (PSF), ao passo que nas cidades mais ricas, em suas periferias, demonstra maiores limitações na sua implementação. A distribuição descrita dos serviços de saúde, no território brasileiro, teve repercussão nas desigualdades geográficas e sociais de acesso aos mesmos, estabelecendo significativas distinções entre a população residente em regiões mais ou menos desenvolvidas economicamente.

Ao mesmo tempo em que a AB se difundiu, aumentou a quantidade de hospitais de pequeno porte em muitos municípios. Neste contexto, os equipamentos de alta e média complexidade mantiveram sua concentração em um número reduzido de municípios, implicando a necessidade de deslocamentos, muitas vezes entre macrorregiões, ou até para outros estados do país (ALBUQUERQUE et al., 2017).

Significativos diferenciais socioeconômicos apontam que, no Brasil, persiste um acesso desigual a contracepção. Mulheres de baixa escolaridade e/ou baixa renda são as que apresentam maior proporção de gestações não planejadas, assim como um maior número de filhos (BRASIL, 2009b). Amorim, Cavenaghi e Alves (2008) referem que há menor controle das mulheres, que detém menor nível de instrução, sobre sua vida reprodutiva. Esse resultado também foi encontrado pela PNDS-2006 que, afirma adicionalmente, que mulheres em piores condições socioeconômicas apresentam maior dificuldade na regulação da fecundidade (BRASIL, 2009b).

Conforme a PNDS-2006, a escolaridade possibilita a ampliação do leque de escolha de métodos contraceptivos, já que viabiliza maior compreensão a respeito das alternativas para a anticoncepção (BRASIL, 2009b). A PNDS-2006 ainda apontou que a escolarização mais elevada se relaciona com melhores “condições de esterilização”, ou seja, que a mulher faz a opção pela esterilização após ter decidido o momento de nascimento dos filhos, com o uso de contraceptivos temporários e, tendo atingido o número de filhos desejados, decide pelo método definitivo (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009b). Portanto, o nível de escolarização, de acordo com estes indicadores, é um indicador importante de condições mais favoráveis de esterilização.

A PNDS-2006 revelou uma mudança, comparativamente ao panorama exposto na PNDS de 1996. Na década entre a aplicação das duas pesquisas, houve redução na prevalência de esterilização feminina e incremento na participação masculina, através da esterilização voluntária e do uso de preservativo. Outros estudos também indicam o crescente aumento do uso de métodos contraceptivos masculinos,

especialmente a vasectomia (AMORIM; CAVENAGHI; ALVES, 2008; YAMAMOTO, 2011).

Também foi observado que no Brasil há maior prevalência de vasectomia associada a maior nível de instrução dos que optam por este método. Mas, os autores sinalizam que a compreensão do crescimento da participação masculina através da vasectomia envolve complexidade, cautelosamente indicando que pode estar associada a mudanças na conduta dos homens, no que se refere ao planejamento e responsabilidade reprodutiva (AMORIM; CAVENAGHI; ALVES, 2008).

Por outro lado, Casarin e Siqueira (2014) avaliam que é preciso considerar que são limitados os tipos de métodos disponíveis para participação masculina na contracepção que exigem exclusivamente a decisão dos homens, e na maioria dos casos, a participação masculina na contracepção ocorre através do apoio às mulheres. Como resultados, as autoras encontraram a procura dos homens pelas ações e serviços de planejamento familiar nos serviços de AB associados a busca por orientação para a saúde sexual e reprodutiva, sinalizando assim participação mais efetiva no planejamento familiar. No entanto, concluem que a indisponibilidade de serviços vinculados aos SUS que realizem a vasectomia, em alguns municípios, configura uma das barreiras de acesso que ainda inviabiliza a concretização de acesso dos homens a este dispositivo da política de planejamento familiar. Nesta perspectiva, Amorim, Cavenaghi e Alves (2008) referem que, simultaneamente a fatores comportamentais, grande parte do emprego de métodos contraceptivos se explica pela provisão destes e pela sua disponibilização à população, além da organização do sistema de saúde para tal.

Neste contexto, o estudo de Osis *et al.* (2006) destacou a ausência de credenciamento dos municípios analisados para realização da esterilização cirúrgica. Inferiram que, no âmbito do planejamento familiar, há uma lacuna de programas voltados à saúde sexual e reprodutiva masculina e atendimento insuficiente da demanda pela esterilização cirúrgica pelo SUS, o que também é apontado por Berquó e Cavenhaghi (2003).

Segundo Rosa *et al.* (2009), a garantia da cobertura universal e integral da atenção à saúde configura-se como a meta central a ser atingida pelo SUS, além de um desafio aos gestores. De outra forma, a reorganização das ações de assistência sob a ótica da qualidade da atenção tem apontado o delineamento partindo do perfil epidemiológico de cada região. Neste sentido, a regionalização da saúde constitui

uma das estratégias fundamentais para o avanço do SUS, ainda que a sua operacionalização esteja enfrentando muitos obstáculos no atendimento de uma adequada distribuição geográfica, técnica, científica e operacional das ações de saúde.

Uma das contribuições para a garantia de acesso a ações e serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade indispensáveis para resolução dos problemas de saúde pode advir da lógica de planejamento integrado, que permita conformar sistemas de saúde constituídos de fluxos e mecanismos de comunicação, potencializando os recursos disponíveis (ROSA et al., 2009).

Apesar do intenso progresso transcorrido, a tarefa do planejamento familiar se mantém inacabada (OMS, 2007; OMS, 2018). As necessidades em planejamento familiar permanecem significativamente desatendidas, seja em função da indisponibilidade de serviços e insumos, seja em razão de opções contraceptivas limitadas. Outras barreiras de acesso se referem à contrariedade do parceiro; a temores de efeitos colaterais e preocupações com a saúde; ausência de conhecimento a respeito das alternativas de contracepção e sua utilização.

Por outro lado, vários milhões estão empregando o planejamento familiar para prevenir a gravidez, porém sem obter êxito, devido a diversos fatores, entre os quais se destacam a falta de orientações claras sobre o uso do método ou sobre seus efeitos colaterais; a falta de acesso a um método adequado a elas; ou ainda em razão de terem acabado os insumos utilizados. Em qualquer uma das situações, se evidencia a necessidade de apoio mais qualificado.

Sanches e Simão-Silva (2016) indicam que, mesmo considerando os avanços nas últimas décadas no Brasil e o fato de ser o foco da APS, as limitações da aplicação do planejamento familiar podem apresentar consequências relevantes para o desenvolvimento familiar. Persistem algumas dificuldades de avançar nessa área, tão importante para a saúde no Brasil, sendo primordial examinar as possibilidades da efetivação desse planejamento. De acordo com os autores, o mínimo avanço em planejamento familiar representa impacto significativo nos seguintes polos: prevenção do nascimento de crianças não desejadas ou, ainda, proporcionar sua concepção em um contexto mais preparado; possibilitar condições para a realização de um projeto parental responsável, destacando a melhoria das condições de saúde da mulher, ao prevenir uma gravidez indesejada ou, projetá-la em uma situação pessoal, social e sanitária mais apropriada.

A OMS (2007) aponta que, no mundo os desafios a serem enfrentados na área da saúde são inúmeros e graves. No entanto, a necessidade de apoio para o controle da própria fertilidade atinge mais vidas, comparativamente a qualquer outro problema de saúde, sendo fundamental para o bem-estar dos seres humanos, em destaque o das mulheres. Na mesma perspectiva, o planejamento familiar foi reconhecido como direito humano básico, definido como modelo empregado voluntariamente pelas pessoas e casais, com base em atitudes e decisões adotadas com responsabilidade, sendo indispensável para promoção da saúde e bem-estar da família e para contribuir de forma eficaz ao desenvolvimento social do país (OMS, 1996).

Segundo o UNFPA (2012), a possibilidade do exercício do planejamento familiar e da saúde reprodutiva, além de consistir em um caminho fundamental para a concretização de outros direitos, promove benefícios econômicos para a população e para os países. Portanto, o incremento do planejamento reprodutivo atinge positivamente a economia a partir de várias maneiras, entre elas melhores índices de saúde, já que as mulheres apresentam uma gravidez mais saudável, número menor de nascimentos de risco e menores índices de mortalidade materna; as crianças apresentam mais saúde durante a primeira infância com menor risco de mortalidade e de doenças no decorrer da vida, melhoria cognitiva, além de reduzidas chances de infecções na infância. As relações entre a saúde reprodutiva e seus resultados econômicos se expressam nos lares através do aumento da expectativa de vida e do aumento da escolaridade. Tais melhorias engendram maior produtividade e investimento no âmbito do ensino, maior presença na força de trabalho e elevação na renda, na poupança e nos investimentos, compondo um conjunto de vantagens econômicas que se traduzem em crescimento e desenvolvimento econômico.

O maior acesso ao planejamento familiar pode aumentar o bem-estar de mulheres, homens, crianças, seus lares e comunidades, por aumentar a expectativa de vida, diminuir a morbidade e melhorar a saúde em termos mais amplos. Ele aumenta as oportunidades de investimento no ensino e em outras formas de capital humano e de participação nos mercados de trabalho, aumentando a produtividade e a renda, a poupança, o investimento e a acumulação de riqueza... Isto leva a melhorias no crescimento e no desenvolvimento econômico (UNFPA, p.89, 2012).

Os indivíduos e comunidades que têm apoio e ampliação do acesso ao planejamento familiar, gozam de outros benefícios e direitos como a melhoria em saúde; melhoria das perspectivas de vida das crianças com vastas implicações para as famílias, comunidades e países; e o direito ao ensino e ao desenvolvimento. O

exercício do planejamento familiar, a condição de poder decidir sobre o momento e o espaçamento entre as gestações, conduz ao acesso e a materialização de outros direitos, traduzindo-se assim, em justiça social e equidade. Quando os governos privilegiam o acesso enquanto estratégia de desenvolvimento integrada, efetuam investimento estratégico direcionado tanto a proteger os direitos da população, como a promover o crescimento econômico (UNFPA, 2012).

3.4 DESENVOLVIMENTO, EXPANSÃO DAS LIBERDADES E PLANEJAMENTO FAMILIAR

A perspectiva de Sen (2010), introduzida no capítulo 2, propõe uma concepção de desenvolvimento que se confronta com visões tradicionais, que o relacionam mais restritamente ao crescimento do PIB ou ainda ao aumento da renda *per capita*. Segundo a formulação teórica do autor, o desenvolvimento é concebido como um processo mais amplo, identificado à expansão das liberdades desfrutadas pelas pessoas.

A superação das fontes responsáveis pela privação da liberdade constitui componente fundamental do processo de desenvolvimento, dentre as quais Sen destaca: “pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos” (SEN, 2010, p.16-17).

Parafraseando o professor Lago (2018)¹⁹, a ampliação de acesso a bens básicos que proporcionem a melhoria das condições de vida dos cidadãos, constitui elemento crucial para o exercício da liberdade. Na ausência de níveis básicos de educação, que viabilizem a compreensão do mundo para agir com autonomia, de acesso à saúde e condições de vida adequadas, de emprego e renda que possibilitem vida digna, não há liberdade. A ampliação de direitos desta ordem corresponde a ampliar a liberdade e, segundo Sen (2010), favorecer o desenvolvimento, que só pode ser alcançado quando os indivíduos são livres tendo efetivamente suas necessidades supridas.

Portanto, a ampliação do acesso ao planejamento familiar, enquanto liberdade substantiva, a partir de condições objetivas que deem conteúdo a tais liberdades,

¹⁹ Informação fornecida por Ivann Carlos Lago durante a disciplina “Cultura, Política e Desenvolvimento” no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Políticas Públicas da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Cerro Largo, 2018.

ultrapassa a consolidação de preceitos normativos apenas, e se configura como uma das oportunidades sociais com o potencial de enriquecer a vida das pessoas. Tais oportunidades têm a capacidade de tornar a vida mais independente e capaz de privilegiar a vida de crianças, mulheres e famílias, em função das privações nesta esfera social, largamente acometida por mortes prematuras e evitáveis, entre outras privações. Neste sentido, as liberdades substantivas são a essência do desenvolvimento para Sen, tendo papel constitutivo e avaliativo do processo de desenvolvimento (SEN, 2010; PINHEIRO, 2012).

Ademais, as oportunidades sociais, apresentadas através de serviços de saúde em planejamento familiar ofertados pelo Estado à população, são fundamentais não apenas para a condução da vida privada, como também para assegurar a qualidade de vida às pessoas e comunidades. Concomitantemente, as oportunidades sociais têm o potencial de garantir e intensificar a real participação dos indivíduos na economia, na vida política, na escolarização ampliada. As concepções de Sen (2010) vem ao encontro das contribuições do UNFPA (2012) já exploradas nas seções anteriores, segundo as quais o acesso ao planejamento familiar possibilita mulheres mais saudáveis, economicamente mais produtivas e com maior nível de escolaridade.

Nas famílias nas quais o planejamento familiar é empregado, possibilitando a definição do número e espaçamento entre as gestações, os filhos apresentam a tendência a ser mais saudáveis, a ter melhor desempenho escolar e futuramente quando adultos, a ganhar salários mais altos (UNFPA, 2012). Conforme Sen, através de oportunidades sociais apropriadas, a exemplo dos serviços essenciais como saúde e educação, os indivíduos têm à disposição a possibilidade de conformar seus propósitos de vida, sem serem concebidos como “beneficiários passivos de engenhosos programas de desenvolvimento” (SEN, 2010, p. 26).

Nesta linha, os diferentes tipos de liberdades instrumentais apresentam relações entre si que as vinculam umas às outras, interconectando-as e propiciando, de modo geral, o aumento da liberdade humana (SEN, 2010). Tal proposição converge com o fato de que homens e mulheres possam planejar o momento de ter filhos, além do tamanho desejado de sua família, estabelece o alcance e a conexão com outros direitos - como o direito à vida, ao ensino, à segurança pessoal, à maior participação no mercado de trabalho e na economia. Justamente, na abordagem do desenvolvimento como liberdade, as liberdades instrumentais ou liberdades-meio apresentam uma importância conjunta, fortalecendo-se mutuamente: as

oportunidades sociais podem facilitar a participação econômica, assim como as liberdades políticas podem contribuir para a promoção de segurança econômica.

As políticas públicas, como diretrizes gerais, não devem ser avaliadas unicamente quanto ao impacto sobre a renda das pessoas, mas também, quanto aos efeitos sobre as liberdades das pessoas. Tal consequência positiva só é possível com a capacidade de o Estado prover serviços sociais capacitantes às pessoas. A experiência de outros países, segundo Sen (2010), aponta para a relação positiva entre o crescimento econômico e o aumento da expectativa e de qualidade de vida da população, tal possibilidade é exaltada quando o crescimento é amparado em políticas públicas sociais de saúde e educação. Além disso, estratégias de desenvolvimento respaldadas simplesmente no crescimento econômico precisam ser acrescidas de políticas públicas que proporcionem oportunidades sociais como a assistência básica à saúde e à educação, tendo em vista a consolidação do processo de desenvolvimento (SEN, 2010; PINHEIRO, 2012). Na abordagem de Sen (2010), o desenvolvimento de uma região, de uma comunidade, de um país perpassa a ampliação da capacidade de suas populações em usufruir uma vida em conformidade com seus objetivos, qualidades de vida, considerando que os fins do processo de desenvolvimento são as pessoas (PINHEIRO, 2012). Desta forma, segundo as concepções de Sen (2010), a privação da liberdade de exercício ao planejamento familiar, através do acesso aos meios contraceptivos previstos em lei, indica a persistência de fonte de privação da liberdade, cuja superação é elemento central para o desenvolvimento. Para que a liberdade formal de exercer o planejamento familiar seja materializada em capacidade substantiva, faz-se necessário que os serviços públicos de saúde ofereçam o amplo acesso aos métodos contraceptivos previstos nas políticas públicas.

No Brasil, o planejamento familiar como direito constitucional, garantido a partir da CF/88, converge com a liberdade e autonomia dos indivíduos, e com o direito das pessoas de desenvolver suas capacidades em direção a condições de escolha ampliadas, constituindo desafio para os Estados. Tais desafios podem ser superados por ações e programas que sejam efetivos nesse âmbito, e para que garantam de fato o gozo do direito e liberdade de seu exercício – indicando um quadro de desenvolvimento na perspectiva de Sen (ANDRADE, SALES; 2013; COSTA; SANTIAGO, 2014).

3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS E O PLANEJAMENTO FAMILIAR NA REGIÃO DA 14ª CRS: CAMINHOS POSSÍVEIS

O comportamento reprodutivo de determinada população não se limita a aspectos individuais, constituindo indicativo de sua configuração econômica, social e cultural. Neste sentido, de acordo com o UNFPA (2016), nas regiões em desenvolvimento, mulheres em áreas rurais ou mais empobrecidas, com baixos níveis educacionais apresentam também nível baixo de utilização de contraceptivos. Já as regiões compostas de mulheres com nível socioeconômico mais elevado, de áreas urbanas e com nível educacional superior são condizentes com reduzida necessidade contraceptiva.

Conforme o UNFPA (2012), as áreas que apresentam maior dificuldade de acesso são aquelas em que a possibilidade de aceder aos serviços de planejamento familiar está prejudicado. Em algumas regiões, os residentes de áreas rurais não têm acesso frequente à informação qualificada, assim como aos serviços de planejamento familiar, e, portanto, o local de residência dos usuários representa influência na possibilidade de acesso. A ausência de informações direcionadas a essa população, contribui para maior prevalência de necessidades contraceptivas não atendidas, inviabilizando o exercício do planejamento familiar. Sistemas de saúde de muitos países vem enfrentado esse desafio de coordenar seus recursos e infraestrutura em direção a oferta efetiva de serviços, assim como de assegurar a infraestrutura necessária e os materiais adequados a este fim. O UNFPA (2012), com o intuito de auxiliar nesses desafios, traçou algumas recomendações e estratégias voltadas ao reconhecimento do planejamento familiar como ponto central de direitos e de desenvolvimento sustentável.

Como as vulnerabilidades dos sistemas de saúde atingem com intensidade particularmente os residentes em áreas rurais, em comparação aos que contam com serviços disponíveis em localidades maiores ou com mais recursos, os países têm buscado combater tais obstáculos. Esforços conjuntos para superar esses obstáculos têm levado ao desenvolvimento de campanhas de sensibilização, de disponibilização de contraceptivos e de informação sobre saúde reprodutiva de qualidade, e assim aprimorando o acesso nestas localidades. Outra estratégia governamental, baseou-se no estabelecimento de um marco diferenciado de oferta, fundamentado no planejamento realizado a nível local, tornando o programa voltado às necessidades

locais, o que engendrou o incremento da demanda por planejamento familiar (UNFPA, 2012).

O planejamento e a formulação de políticas requerem a participação e o engajamento entre diferentes segmentos envolvidos. Usuários, famílias, membros da comunidade e de associações representativas, universo acadêmico, responsáveis por decisões políticas precisam interagir, trocar informações e estabelecer um comprometimento (OMS, 2003).

Além de diferentes esferas envolvidas, experiências em vários territórios do mundo, com o intuito de transpor barreiras de acesso ao atendimento em saúde reprodutiva têm sido abordadas através de diversos mecanismos (UNFPA, 2012). Em torno de soluções para estas questões, as escolas têm sido inseridas em possíveis intervenções. Os Comitês da ONU situam o direito à educação como um eixo fundamental em direção à efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, em razão de seus resultados positivos na totalidade das fases da vida. Nesta linha, a recomendação geral a respeito da temática reitera o dever do Estado de propiciar educação direcionada ao desenvolvimento das potencialidades das crianças e adolescentes. As determinações dos comitês de direitos humanos, no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos, reiteram a incumbência dos governos de proporcionar ações educativas amplas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, além da implementação e fortalecimento de metas, ações intersetoriais e integradas entre saúde e educação (VENTURA, 2009).

O UNFPA (2012) reafirma esta linha de ação, referindo que dentre as ferramentas adotadas, se encontram programas de intervenções sistemáticas nas escolas, abrangendo tanto o nível fundamental quanto o médio, além dos professores, que devem ser treinados regularmente sobre abordagens pedagógicas e temas na área, como relacionamentos, sexualidade saudável, desenvolvimento sexual. A prática também abrange os pais e profissionais como médicos de família e comunidade, que recebem informações qualificadas, incluindo questões relativas ao sigilo médico-paciente com os usuários adolescentes.

Campanhas sobre saúde sexual e reprodutiva também têm sido parte das estratégias. Políticas que garantiram o acesso a uma diversidade de informações e aos serviços compuseram respostas governamentais para enfrentamento dos obstáculos de acesso em planejamento familiar, resultando na redução expressiva das taxas de gestações indesejadas e do número de abortos provocados.

Nesta lógica, há que se considerar no desenho de políticas e programas de planejamento familiar que, possivelmente, uma rede de fatores interconectados podem contribuir, em determinado contexto local, para que subsistam necessidades não atendidas em planejamento familiar, além da falta de acesso propriamente dita a algum dos métodos de anticoncepção previstos na legislação – conforme o que foi observado com a esterilização cirúrgica voluntária em grande parte da 14ª CRS. A identificação destes fatores sociais e culturais específicos do cenário local é relevante, já que intervêm, de forma específica, como obstáculos ao emprego do planejamento familiar. Ademais, se destacam os esforços direcionados a atividades que consistem em apoio, ou que contribuam ao exercício do planejamento familiar, como as políticas voltadas ao ensino público, a disponibilização de campanhas informativas que promovam conscientização sobre os benefícios sociais e econômicos da expansão do acesso ao planejamento familiar (VENTURA, 2009; UNFPA, 2012)

A mobilização dos cidadãos se inclui nos esforços para a efetivação do exercício de cidadania. É necessário destacar que persiste um amplo desconhecimento da esterilização cirúrgica voluntária, sendo importante o papel dos profissionais da saúde na instrumentalização da população nesta área (FIGUEIREDO et al., 2009). Fortalecer a participação popular e promover seu engajamento são aspectos que têm sido ressaltados pela literatura científica (CACCIA-BAVA; PAULICS; SPINK, 2002; FIGUEIREDO et al., 2009; UNFPA, 2012). A participação popular é fundamental para que os cidadãos possam conhecer seus direitos no âmbito do planejamento familiar e demandá-los através das devidas instâncias de participação, abrindo novas frentes nas políticas públicas em conformidade com suas necessidades e lacunas de acesso aos serviços em seus contextos locais. Caccia-Bava, Paulics e Spink (2002) indica que tais instâncias constituem ferramentas para instigar a democratização da tomada de decisões governamentais e contribuição para a continuidade das políticas públicas ou seu aprimoramento.

Segundo Saldiva e Veras (2018) é preciso ter em mente que, além de tecnologias de ponta e hospitais bem equipados, a garantia de saúde está intimamente atrelada a ações efetivas de promoção, prevenção, acesso à informação, alimentação e moradia adequadas, saneamento básico, e ao acesso aos serviços necessários. O custeio do sistema também deve ser tema prioritário para o governo, considerando que para que a Tabela de Procedimentos do SUS seja reajustada, recursos adicionais são necessários. É preciso ter em vista que, no modelo vigente,

os custos da saúde da população local recaem através de uma parcela expressiva sobre os municípios e estados, a parcela menos contemplada na divisão das receitas tributárias. A redução de custos na saúde e a eficiência do gasto público também dependem da qualificação do quadro técnico, objetivando a melhoria da gestão pública do sistema de saúde local (SALDIVA; VERAS, 2018). Considerando que tais exigências de qualificação têm sido um dos grandes entraves para que as políticas de desenvolvimento se efetivem de forma menos desigual entre as diversas regiões brasileiras, o fortalecimento da capacidade da gestão pública municipal se mostra fundamental, por meio de cursos presenciais ou à distância, em parcerias com instituições públicas de ensino (VELOSO et al., 2011; SALDIVA; VERAS, 2018). Paralelamente, os profissionais que atuam na ponta do sistema de saúde também precisam ter formação continuada e, do mesmo modo, parcerias entre o SUS e as universidades públicas podem constituir alternativa eficaz para a construção de uma rede colaborativa nesta direção.

Por fim, a lógica da otimização dos recursos é necessária, não sendo plausível a existência de determinados procedimentos em todo e qualquer município. A regionalização, enquanto princípio organizativo do SUS, passa a ter importância crescente no sentido do aprimoramento das políticas públicas no âmbito do SUS, orientada pela operacionalização do sistema de saúde a partir da racionalidade no uso de recursos existentes em determinada região, tornando os serviços mais eficientes e eficazes, proporcionando a atenção integral.

Mecanismos que contribuam com o fortalecimento das RAS e a articulação entre a própria rede regional são imprescindíveis, sendo o planejamento local uma ferramenta central. Segundo Saldiva e Veras (2018), contamos no país com dados satisfatórios, que devem ser objeto de estudo e análise constantes, possibilitando criar caminhos de organizações possíveis para problemas persistentes e/ou futuros, sob pena de, na ausência de “inteligência em saúde”, seguirmos relegando o planejamento para o segundo plano e priorizando a resposta a problemas imediatos – como as epidemias e os surtos. Cada região, precisa delinear quais os problemas, os obstáculos, as lacunas assistenciais, e quais que fatores estão implicados nestas questões, e dessa forma definir quais as intervenções prioritárias conforme o conhecimento e os recursos disponíveis. A necessidade de estimular a qualificação de gestores locais e dos profissionais da ponta parece convergir com esta proposição.

A regionalização, enquanto processo em andamento, se orienta pelos princípios organizativos do SUS e pela priorização da eficiência do gasto público, sendo o pilar para superação da fragmentação territorial e administrativa. A ausência de integração entre os atores e serviços componentes da RAS, termina por comprometer o acesso a outros níveis de atenção, e, por consequência inviabiliza a capacidade de resolutividade do sistema de saúde. Neste contexto, a criação de incentivos para a organização de serviços de planejamento familiar, pelos gestores municipais, consiste em um estímulo pela busca da melhoria dos serviços essenciais locais (CAETANO, 2014).

Nesse contexto, fica explícita a necessidade da oferta sistemática de alternativas contraceptivas, do alcance de parcelas da população ou de regiões desassistidas e da estruturação de mecanismos que reforcem o monitoramento e a responsabilização dos atores envolvidos. De outro modo, o acesso ao planejamento familiar torna-se um privilégio de poucos, e não um direito universal, e os preceitos constitucionais, a Lei nº 9.263/1996 e as respectivas portarias que a regulamentam não representarão mais que mera letra de lei.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa apontaram que o acesso à contracepção através da esterilização cirúrgica voluntária, na maior parte dos municípios da 14ª CRS, é limitado, ficando majoritariamente restritos aos usuários do município-sede da região de saúde Fronteira Noroeste. É importante reconhecer que a ampliação do acesso, proporcionada pela legislação brasileira, ficou limitada, quase que exclusivamente, aos usuários da cidade de maior porte da 14ª CRS. Tal cenário permite afirmar que esforços aplicados nesta direção ainda não foram capazes de eliminar as fontes de privação da liberdade – a impossibilidade de acesso aos serviços – e as desigualdades intrarregionais. Ainda que o acesso aos procedimentos de esterilização cirúrgica tenha mostrado tendência de expansão, persiste o acesso desigual aos procedimentos de esterilização voluntária, comprometendo a integralidade da atenção e a consolidação da regionalização efetiva do sistema de saúde – apontada como necessária para que seja viável aos municípios o provimento das ações e serviços para a atenção integral da população.

Para avaliar o acesso às ações de planejamento familiar, foi desenvolvido um trabalho de análise dos dados secundários dos SIS à luz da literatura. Avaliando a oferta e o acesso aos procedimentos realizados na região de saúde estudada, foi possível evidenciar a baixa cobertura, regionalmente homogênea, dos procedimentos de planejamento familiar de esterilização cirúrgica voluntária.

Os resultados desse estudo apontaram uma marcante diferença de acesso em relação ao local de residência do usuário, com amplo acesso aos usuários em apenas um município em detrimento da maioria dos municípios de pequeno porte da região de saúde. Em consequência disso, foi identificada a baixa efetividade de acesso ao Planejamento Familiar, especificamente em relação à esterilização cirúrgica.

O PAISM, uma das políticas públicas mais antigas e estruturadas do país, conceitualmente se mostra distante da realidade do fluxo observado na Região de Saúde Fronteira Noroeste e da rede de AB. Quando analisados os dados regionais, fica evidente que a capacidade de realizar uma laqueadura ou uma vasectomia não depende, em grande parte dos casos, da permissão legal ou de estar em conformidade com as determinações legais para tal.

Vivemos uma transformação no modelo de saúde, onde o sistema pretende trabalhar na prevenção e promoção da saúde, não se restringindo ao suprimento de

demandas biológicas com meras ações curativas. Assim, a necessidade do aprimoramento da execução da política pública de Planejamento Familiar não pode ser relegada nos municípios pequenos, perpetuando uma omissão histórica do Estado brasileiro na esfera do planejamento familiar, rompida com a promulgação da Lei nº 9.263/1996.

Partindo da concepção segundo a qual as políticas públicas precisam corresponder a princípios gerais voltados ao bem comum, de modo que as ações do Estado possam desempenhar papel de inclusão e de assistência a todos cidadãos, emergem a partir do presente estudo algumas proposições relativas à execução da política pública de planejamento familiar:

a) Estabelecimento de parcerias com as instituições públicas de ensino, através de cursos presenciais ou à distância, especialmente nos municípios de pequeno porte, com o intento de contribuir para a qualificação dos gestores públicos e, portanto, com a eficiência da administração pública, tendo em vista as possibilidades de aprimoramento da oferta de políticas públicas de planejamento familiar na região;

b) Criação de parcerias com as instituições públicas de ensino, através de cursos presenciais ou à distância, estimulando a capacitação dos profissionais de saúde, principalmente dos municípios de pequeno porte, para que estejam preparados não só para lidar com os aspectos técnicos de prover a atenção contemplando a presente política pública, como também para que possam reconhecer e contribuir com a instrumentalização da população quanto a seus direitos de cidadania;

c) Aperfeiçoamento da política pública existente, através do desenvolvimento de mecanismos que propiciem maior integração e a articulação entre a própria rede regional de saúde, fortalecendo a rede especializada de atenção à saúde. Neste sentido, cita-se a possibilidade de organização e estruturação de equipes de planejamento familiar regionais ou intermunicipais, o que permitiria a melhoria na prestação da assistência contínua nos municípios menores e a integralidade do cuidado independentemente do local de residência do cidadão;

d) Elaboração e o desenvolvimento de materiais informativos sobre os métodos contraceptivos, reversíveis e possivelmente irreversíveis – como a esterilização cirúrgica – com intuito de proporcionar aos usuários do sistema de saúde a apreensão sobre as alternativas de que dispõe para o efetivo exercício do planejamento familiar.

Como limitações do estudo, podemos apontar o fato de abranger uma região de saúde apenas, o que alteraria os resultados e poderia trazer outras possibilidades interpretativas às dificuldades de acesso encontradas na região estudada. Cabe destacar que o estudo se refere a um cenário específico, sem a pretensão de generalização.

Apesar dos obstáculos de acesso identificados, que remetem ainda a implementação defasada e desigual das políticas e programas de planejamento familiar em grande parte dos municípios da 14^a CRS, os resultados desse estudo, e de estudos semelhantes podem abrir caminhos para que se encontrem estratégias para a efetivação dessa política pública, nem sempre entendida como relevante.

O Planejamento Familiar, enquanto política pública, trata-se de um tema amplo, que requer outros estudos. Portanto, o desenvolvimento de pesquisas abrangendo os gestores e profissionais da saúde, que apresentam ambos, importantes papéis no planejamento e na implementação das políticas públicas no âmbito do planejamento familiar se torna fundamental. Ainda, são relevantes as investigações regionais que busquem teorizar sobre os entraves específicos dos municípios e regiões para execução da referida política, tendo em vista as desigualdades nas condições de acesso e de oferta de serviços de planejamento familiar, buscando promover a melhoria das condições de vida da população, ampliando a liberdade e autonomia que as pessoas podem desfrutar – afinal, as pessoas e a expansão do horizonte de suas liberdades, são, para Sen (2010), os fins do processo de desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula; FUSARO, Edgard Rodrigues; IOZZI, Fabíola Lana. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1055-64, abr 2017.
- ALMEIDA, Maria Eneida de. As origens da questão democrática na Saúde (4). **CEBES**, 07 dez. 2016. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2016/12/as-origens-da-questao-democratica-na-saude-4/>>. Acesso em: 04 jan. 2019.
- ALVARENGA, Augusta Thereza de; SCHOR, Néia. Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta inicial. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.7, n.1, p.87-110, jan./jul. 1998.
- ALVES, José Eustáquio Diniz. O Planejamento familiar no Brasil. **EcoDebate**, 01 jun. 2010. Disponível em: <<https://www.ecodebate.com.br/2010/06/01/o-planejamento-familiar-no-brasil-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>>. Acesso em: 11 fev. 2019.
- AMES, Barry. **Os entraves da democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2003.
- AMORIM, Flávia Alfenas; CAVENAGHI, Suzana; ALVES, José Eustáquio Diniz. Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil e na Colômbia: com especial menção à esterilização masculina e feminina. In: WONG, L.R. (Ed.). **Población y salud sexual y reproductiva en América Latina**. vol.4. (Serie Investigaciones). Rio de Janeiro: Alap, 2008. cap.1, p.101-30.
- ANDERSON, John E.; JAMIESON, Denise J.; WARNER, Lee; KISSIN, Dmitry M.; NANGIA, Ajay K.; MACALUSO, Maurizio. Contraceptive sterilization among married adults: national data on who chooses vasectomy and tubal sterilization. **Contraception**, v.85, n.6, p.552-7, jun. 2012.
- ANDRADE, Denise Almeida de; SALES, Gabrielle Bezerra. Planejamento familiar, pobreza e desenvolvimento no Brasil: um diálogo com Amartya Sen. In: XXII Encontro Nacional do CONPEDI Sociedade global e seus impactos sobre o estudo e a efetividade do Direito na contemporaneidade, 2013, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: UNINOVE, 2013. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=c7bc77c261dc5671>>. Acesso em: 26 jan. 2020.
- ARAÚJO, Fabio Fernando de; DI BELLA, Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármy. **Anticoncepção e Planejamento familiar**. v.4. São Paulo: Atheneu, 2014.
- ARAÚJO, Flávia Mentor de. **Ações de Educação em Saúde no Planejamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família do município de Campina Grande-PB**. 2004. 71 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família para Profissionais do Programa Saúde da Família de Campina Grande-PB) – Universidade Federal de Pernambuco, Campina Grande, 2004.

AROUCA, Sérgio. **Democracia é saúde**. In: 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE. Brasília: Fiocruz, 1986. 1 vídeo (42min33seg). Meio digital: son. color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ>. Publicado em: 6 set. 2013. Acesso em: 26 mar. 2019.

ARRETCHE, Marta T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **RBCS**, v.14, n.40, p.111-41, jun. 1999.

BARBOSA, Gisele Peixoto; GIFFIN, Karen; ANGULO-TUESTA, Antonia; GAMA, Andrea de Souza; CHOR, Dóra; D'ORSI, Eleonora; REIS, Ana Cristina Gonçalves Vaz dos. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1611-20, 2003.

BERCOVICI, Gilberto. Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do Estado. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006. p.143-61.

BERQUO, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.S441-53, 2003.

BOSCO, Maria Goretti Dal. **Discricionariedade em Políticas Públicas: um olhar Garantista da Aplicação da Lei de Improbidade Administrativa**. Curitiba: Juruá, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4ª ed. Rio de Janeiro: ANS, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União (DOU) 13 jun. 2013a. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. DATASUS. **Sistema de Informações Ambulatoriais**: produção ambulatorial do SUS por local de residência. Brasília: DATASUS, 2019b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qbrs.def>>. Acesso em: nov. 2019.

BRASIL. DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Valor médio AIH por Região de Saúde (CIR) segundo Procedimento. Brasília: DATASUS, 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qrrs.def>>. Acesso em: 24 mai. 2020.

BRASIL. DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares**: dados consolidados AIH (RD) por local de residência. Brasília: DATASUS, 2019a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qrrs.def>>. Acesso em: nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartão Nacional de Saúde**: normas e procedimentos de uso. ver. II. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Saúde**: Direito de Todos. Resultados e Conquistas 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico operacional do Sistema de Informação Hospitalar 2010**. Versão 01.2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. O cartão nacional de saúde: instrumento para um novo modelo de atenção. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p.561-4, out. 2000.

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, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1319, de 05 de junho 2007**. Aprova diretrizes e orientações gerais para a realização do procedimento de vasectomia parcial ou completa. Brasília: DOU, 06 jun. 2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1319_05_06_2007.html>. Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 144 de 20 de novembro de 1997**. Brasília, DF: DOU, 24 de nov. 1997. Disponível em: http://www.mpgp.mp.br/portal/arquivos/2013/06/12/14_20_50_472_portaria_144_ministerio_da_saude_planejamento_familiar.pdf. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996.**

Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.

Brasília: DOU 06 nov. 1996b. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>.

Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.848, de 6 de novembro de 2007.**

Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Brasília: DOU, 07 nov. 2007d.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html>.

Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 252 de 6 de fevereiro de 2006.** Institui a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Brasília: DOU, 08 fev 2006. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0252_06_02_2006.html>.

Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 48 de 11 de fevereiro de 1999.** Inclui nos Grupos de Procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS. Brasília, DF: DOU, 17 de fev. 1999. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html>.

Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Norma operacional da assistência à saúde: NOAS-SUS0-1/2001. Brasília, DF: DOU, 29 jan. 2001. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>.

Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema – versão 2.0/2016.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Hospitalar do SUS.** Manual Técnico Operacional do Sistema. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: DOU 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: DOU 20 set. 1990a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: DOU 31 dez. 1990b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: DOU, 15 jan. 1996a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 05 mar. 2018.

BUNHOLA, Gabriela Pirajá Cecílio. **Políticas públicas e planejamento familiar à luz dos direitos fundamentais**. 2019. 99 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Estadual Paulista, Franca, 2019.

CACCIA-BAVA, Silvio; PAULICS, Veronica; SPINK, Peter. (Orgs). **Novos contornos da gestão local: conceitos em construção**. Programa Gestão Pública e Cidadania. São Paulo: FGV-EAESP/POLIS, 2002.

CAETANO, André Junqueira. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. **Rev. bras. estud. popul.**, v.31, n.2, p.309-31, 2014.

CAETANO, André Junqueira. Vasectomia pelo SUS na década de 2000: crescimento no Brasil, concentração em São Paulo e fluxos por regionais de saúde do estado. In: XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. População, sociedade e políticas: desafios presentes e futuros, 2018, São Bernardo do Campo. **Anais eletrônicos...** São Bernardo do Campo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP; Universidade Federal do ABC, 2018. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/3009>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

CANDIAGO, Rafael Henrique; ABREU, Paulo Belmonte de. Uso do DATASUS para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p. 821-9, 2007.

CARCERERI, Daniela Ramos; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; TOGNOLI, Heitor; OLIVEIRA, Maria Conceição de; FREITAS, Tanise Gonçalves (Orgs.). **Atenção integral à saúde da mulher**: medicina. 3ª ed. Florianópolis: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC), 2016. Disponível em: <https://unafus.ufsc.br/atencao_basica/files/2017/10/Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Mulher-ilovepdf-compressed.pdf>. Acesso em 20 ago. 2018.

CARVALHO, Luiz Eduardo Campos de; OSIS, Maria José Duarte; CECATTI, José Guilherme; BENTO, Silvana Ferreira; MANFRINATI, Márcia B. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.12, p.2906-16, dez. 2007.

CARVALHO, Marília Sá; LEAL, Maria do Carmo; LIMA, Luciana Dias de. Nascendo no Brasil, uma entrevista com Maria do Carmo Leal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.8, e00105018, 2018.

CARVALHO, Thiago Caldi de; GIANINI, Reinaldo José. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.11, n.3, p.473-83, set. 2008.

CASARIN, Sidneia Tessmer; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. **Esc Anna Nery**, v.18, n.4, p.662-8, out./dez. 2014.

CASTRO, Janice Dornelles de; PELEGRINI, Maria Leticia de; WINKLER, Kalila Luize Balen. Saúde, desenvolvimento econômico e desigualdade nos municípios do Rio Grande do Sul: um estudo sobre gasto público e Idese. **Análise econômica**, Porto Alegre, n.64, p.7-26, set. 2015.

CASTRO, Jorge Abrahão de; OLIVEIRA, Márcio Gimene de. In: MADEIRA, Ligia Mori (Org.). **Avaliação de políticas públicas**. Porto Alegre: UFRGS, 2014.

CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Considerações acerca do papel dos conselhos municipais de saúde na fiscalização dos orçamentos públicos de saúde. In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio Francisco (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011. p.272-86.

CAVALCANTI, Paloma Guedes. **Realização de vasectomia**: o itinerário percorrido por usuários no município do Rio de Janeiro. 2017. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Rio de Janeiro, 2017.

CAVENAGHI, Suzana. **Female sterilization and racial issues in Brazil**. 1997. 100 f. Tese (Doutorado) – University of Texas at Austin. Austin, 1997.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROULX, Lionel-H.; LAPERRIÈRE, Anne; MAYER, Robert; PIRES, Álvaro P.; JACCOUD, Mylène; CELLARD, André; HOULE, Gilles; GIORGI, Amedeo. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). **Mortalidade materna no Distrito Federal: subsídios para o debate**. Brasília: Codeplan, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Defasagem na Tabela SUS afeta maioria dos procedimentos hospitalares. **CFM**, 07 mai. 2015. Disponível em: <portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25491:defasagem-na-tabela-sus-afeta-maioria-dos-procedimentos-hospitalares&catid>. Acesso em 10 fev. 2020.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1073-83, ago. 2009.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; SILVER, Lynn Dee. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v.6, n.1, p.75-84, mar. 2006.

COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque da; SANTIAGO, Maria Cristina Paiva. Liberdades substantivas, planejamento familiar e reprodução humana assistida: análise à luz da perspectiva de Amartya Sen. In: XXIII Congresso Nacional do CONPEDI/UFPB, 2014, Florianópolis. Relações privadas e democracia. **Anais eletrônicos...** Florianópolis: CONPEDI, 2014. Disponível em: <<http://publicadireito.com.br/artigos/?cod=96b6715edb4b085b>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

COSTA, Sérgio. Desigualdades, interdependência e políticas sociais no Brasil. In: PIRES, Roberto Rocha C. (Org). **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2019. cap.1, p.53-77.

DEMARCO, Diogo Joel. A formação dos gestores públicos no Brasil: um balanço das contribuições do programa nacional de formação em administração pública (PNAP). In: VIII Congresso CONSAD de Gestão Pública, 2015, Brasília. **Anais...** Brasília: CONSAD, 2015. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/9002389-A-formacao-de-gestores-publicos-no-brasil-um-balanco-das-contribuicoes-do-programa-nacional-de-formacao-em-administracao-publica-pnap.html>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.959-66, jun. 2010.

FIDELIS, Daiana Quadros; MOSMANN, Clarisse Pereira. A não maternidade na contemporaneidade: um estudo com mulheres sem filhos acima dos 45 anos. **Aletheia**, Canoas, n.42, p.122-35, dez. 2013.

FIGUEIREDO, Paula Pereira de; AMESTOY, Simone Coelho; MILBRATH, Viviane Marten; CEZAR-VAZ, Marta Regina; KERBE, Nalú Pereira da Costa. A saúde sob a perspectiva da cidadania. **Rev. Min. Enferm.**, v.13, n.2, p.275-82, abr./jun., 2009.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.105-9, mar. 2005.

FRIEDE, Reis. **Ciência Política e Teoria Geral do Estado**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (FEE). **COREDE Fronteira Noroeste**. Porto Alegre: FEE/NIS, 2017. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/coredes/detalhe/?corede=Fronteira+Noroeste>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Por escolha, não por acaso**: planejamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento. Relatório sobre a situação da população mundial 2012. Brasília: UNFPA, 2012.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Universal Access to Reproductive Health**: progress and challenges. Geneva: World Health Organization (WHO), 2016.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, supl.2, p.S214-26, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GLAZIER, Jack; POWELL, Ronald. **Qualitative research in information management**. Englewood: Libraries Unlimited, 2011.

GROMATZKY, Celso; LUCON, Antonio Marmo; BAUTZER, Carlos Ricardo Doi. Vasectomia. In: ALDRIGHI, José Mendes; PETTA, Carlos Alberto (Eds.). **Anticoncepção**: aspectos contemporâneos. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p.187-96.

HEILBORN, Maria Luiza. Aborto e trajetórias biográficas em quatro cidades latino-americanas. In: SILVA, Daniele Andrade da; HÉRNANDEZ, Jimena de Garay; SILVA JUNIOR, Aureliano Lopes da; UZIEL, Anna Paula (Orgs). **Feminilidades**: corpos e sexualidades em debate. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2013, p.329-349.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População estimada segundo Região de Saúde (CIR)**. Brasília: IBGE, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF); FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)**. Brasília: IFF; FIOCRUZ, 2017. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-pnaism/>>. Acesso em: 23 mai. 2019.

ITABORAÍ, Nathalie Reis. **Mudanças nas famílias brasileiras (1976-2012):** uma perspectiva de classe e gênero. 2015. 491 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

KUSCHNIR, Rosana; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (Orgs). **Qualificação de Gestores do SUS**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2011. cap.5, p.121-52.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; FONSECA, Sandra Costa; DIAS, Marcos Augusto Bastos; THEME FILHA, Mariza Miranda; ROCHA, Penha Maria Mendes da; BITTENCOURT, Sonia Duarte Azevedo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; SCHILITZ, Arthur Orlando Correa. **Cesarianas desnecessárias:** causas, consequências e estratégias para sua redução. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2007.

LUCHESE, Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME; OPAS; OMS, 2004.

MADEIRA, Ligia Mori, org. **Avaliação de políticas públicas**. Porto Alegre: UFRGS, 2014.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual – Brasil, século XX. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.358-71, 2002.

MANSOUR, Diana; GEMZELL-DANIELSSON, Kristina; INKI, Pirjo; JENSEN, Jeffrey T. Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. **Contraception**, v.84, n.5, p.465-77, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARINHO, Michelly Geórgia da Silva; CESSE, Eduarda Ângela Pessoa; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; FONTBONNE, Annick; CARVALHO, Eduardo Freese de. Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife – Brasil. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v.55, n.6, p.406-11, ago. 2011.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v.22, n.37, p.7-32, 1999.

MOTA, Leonardo de Araújo (Org.). **Capitalismo contemporâneo: olhares multidisciplinares**. Campina Grande: Eduepb, 2014.

MOTTA, Ronaldo Seroa da; MOREIRA, Ajax. **Eficiência na Gestão Municipal no Brasil – 1989 a 2000**. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.

NORT, Egon. **Planejamento familiar: Solução Básica**. Florianópolis: UFSC, 2002.

OLIVEIRA, Maria Coleta; VIEIRA, Joice Melo V; MARCONDES, Glaucia dos Santos. Cinquenta anos de relações de gênero e geração no Brasil. In: ARRETCHE, Marta (ed.). **Trajórias das desigualdades**. São Paulo, SP: UNESP, 2015. cap.11, p.309-33.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas públicas para sistemas de saúde**. 2. ed. Montevidéu: OMS, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/view/42116270/maternidade-segura-abenfo-nacional>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna**. Montevidéu: OMS, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde**. Genebra: OMS, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações sobre práticas selecionadas para o uso de contraceptivos**. 3. ed. Genebra: OMS, 2018.

OSIS, Maria José Duarte; CARVALHO, Luiz Eduardo Campos de; CECATTI, José Guilherme; BENTO, Silvana Ferreira; PÁDUA, Karla Simônia de. Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.625-34, mar. 2009.

OSIS, Maria José Duarte; FAÚNDES, Aníbal; MAKUCH, Maria Yolanda; MELLO, Maeve de Brito; SOUSA, Maria Helena de; ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2481-90, nov. 2006.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.S25-32, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. Conjuntura da transição democrática: da criação do CEBES à constituição. In: PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap.5, p. 69-152.

PETRINI, João Carlo. Mudanças sociais e familiares na atualidade: reflexões à luz da história social e da sociologia. **Memorandum**, v.8, p.20-37, abr. 2005.

PINHEIRO, Maurício Mota Saboya. **As liberdades humanas como bases do desenvolvimento: uma análise conceitual da abordagem das capacidades humanas de Amartya Sen**. 2012. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; MONDINI, Lenise; SALDIVA, Silvia Regina Dias Médici; NASCIMENTO, Paulo Roberto; VENANCIO, Sonia Isoyama. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, v.12, n.2, p.158-71, 2009.

ROTTA, Edeimar. **Desenvolvimento Regional e Políticas Sociais no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul**. 2007. 338f. (Tese Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ROTTA, Edeimar; LAGO, Ivann Carlos; ROSSINI, Neusa. Disputa pelo Fundo Público Municipal: as políticas sociais na trajetória de duas décadas no Noroeste do Rio Grande do Sul. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.16, n.2, p.495-510, ago./dez. 2017.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estud. av.**, São Paulo, v.32, n.92, p.47-61, abr. 2018.

SANCHES, Mário Antônio; SIMAO-SILVA, Daiane Priscila. Planejamento familiar: do que estamos falando? **Rev. Bioét.**, Brasília, v.24, n.1, p.73-82, abr. 2016.

SANTOS, Júlio César dos; FREITAS, Patrícia Martins de. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1813-20, mar. 2011.

SCHEFFER, Fernando. O papel das políticas públicas: uma questão controversa. In: VIII Encontro de Economia Catarinense, 2014, Rio do Sul. **Anais eletrônicos...** Rio do Sul: UNIDAVI, 2014. Disponível em: <http://www.apec.unesc.net/VIII_EEC/sessoes_tematicas/6%20-%Eco%20Social%20PPs/Pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas.pdf>. Acesso em 20 nov. 2018.

SCHKOLNIK, Susana; CHACKIEL, Juan. Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina. **Revista de la CEPAL**, Santiago, n.83, p.13-31, ago. 2004.

SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). **14ª CRS (Santa Rosa)**. Porto Alegre: SES/RS, [20...]. Disponível em: <>. Acesso em 23 mai. 19.

SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Porto Alegre: SES/RS, 2002.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, Francieli Matos da. **Gestão da cirurgia de laqueadura em um hospital do sul do país**. 2019. 33f. (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização) – Universidade Federal do Paraná UFPR. Curitiba, PR, 2019b.

SILVA, José Henrique Costa Monteiro da. **Fecundidade e pareamento educacional no Brasil: um estudo de coorte**. 2019. 108f. (Dissertação de Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019a.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. A Pesquisa Científica. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Orgs). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. cap.2, p.31-42.

SOARES, Leticia Pavei. **Esterilização da mulher e direitos reprodutivos: análise das políticas públicas de contracepção à luz da lei nº 9.263/96 diante da autonomia do corpo**. 2018. 66f. (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2018.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996: relatório da pesquisa**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1997.

SOUSA, Rômulo Paes de. **Avaliação de Políticas Públicas**. Porto Alegre: UFRGS, 2014.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saude soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.509-17, set. 2010.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador: Secretaria da Saúde, junho de 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCÍPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em 05 out. 2018.

TEMPORÃO, José Gomes; PENELLO, Liliane Mendes. Saúde, cidadania e democracia. **Carta Capital**, 28 out. 2013. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/saude/saude-cidadania-e-democracia-4606.html>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes. O CEBES e a defesa intransigente do direito à saúde e da democracia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.108, p. 4-7, jan./mar. 2016.

VELOSO, João Francisco Alves; MONASTERIO, Leonardo Monteiro; VIEIRA, Roberta da Silva; MIRANDA, Rogério Boueri (Orgs.). **Gestão municipal no Brasil: um retrato das prefeituras**. Brasília: IPEA, 2011.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 2ª ed. Brasília: UNFPA, 2004.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª ed. Brasília: UNFPA, 2009.

VENTURA, Miriam. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. In: BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline. **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. cap.15, p.306-40.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc SP, 2013.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. O arrependimento após a esterilização feminina. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, supl.1, p. S59-S68, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Developing health management information systems: a practical for developing countries**. Manila: WHO, 2004.

YAMAMOTO, Sergio Toshio. **A esterilização cirúrgica feminina no Brasil, controvérsias na interpretação e desafios na aplicação da Lei 9.263**. 2011. 202f. (Dissertação Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ANEXO

ANEXO A - LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÔD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF 19 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÔD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	