



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Carolina Guizardi Polido

**Laqueadura tubária: redes de atenção à saúde no
interior de São Paulo e Toronto**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Coorientadora: Profa. Dra. Florence Beryl Pilkington

**Botucatu
2016**



Carolina Guizardi Polido

Laqueadura tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Coorientadora: Profa. Dra. Florence Beryl Pilkington

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Polido, Carolina Guizardi.

Laqueadura tubária : redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto / Carolina Guizardi Polido. - Botucatu, 2016

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Coorientador: Florence Beryl Pilkington

Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação de serviços de saúde. 3. Planejamento familiar. 4. Esterilização tubária.

Palavras-chave: Avaliação de serviços; Laqueadura tubária; Planejamento familiar; Saúde da mulher; Sistemas de saúde.

Folha de Aprovação

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Botucatu



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE CAROLINA GUIZARDI POLIDO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, DA FACULDADE DE MEDICINA.

Aos 01 dias do mês de setembro do ano de 2016, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro Maria José dos Reis Lima - Depto. de Enfermagem - FM/Botucatu - Unesp, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. CARMEN MARIA CASQUEL MONTI JULIANI - Orientador(a) do(a) Depto. de Enfermagem / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Dr. ADRIANO DIAS do(a) Depto. de Saúde Pública / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. WILZA CARLA SPIRI do(a) Depto. de Enfermagem / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. SÍLVIA HELENA ZEM-MASCARENHAS do(a) Depto. de Enfermagem / CCBS/São Carlos - Ufscar, Profa. Dra. JAMILE CLARO DE CASTRO BUSSADORI do(a) Depto. de Enfermagem / CCBS/São Carlos - Ufscar, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da TESE DE DOUTORADO de CAROLINA GUIZARDI POLIDO, intitulada **Laqueadura tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão

Profa. Dra. CARMEN MARIA CASQUEL MONTI JULIANI

Prof. Dr. ADRIANO DIAS

Profa. Dra. WILZA CARLA SPIRI

Profa. Dra. SÍLVIA HELENA ZEM-MASCARENHAS

Profa. Dra. JAMILE CLARO DE CASTRO BUSSADORI

Dedicatória

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

Ao meu pai, **Gilberto**, que de onde estiver com certeza está vibrando com
o fim desta jornada;

À minha mãe, **Mariangela**, que sempre esteve ao meu lado;

Ao meu sobrinho, **João Renato**, que sempre se motivava ao me ver
estudar, e nos deixou cedo demais;

À minha filha, **Maria Angélica**, razão máxima do meu viver, da minha
força, e da minha superação;

E a todos aqueles, que assim como eu, sonham com um SUS mais
igualitário e lutam por esta causa.

Agradecimentos

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, **Mariangela**, e minha madrinha, **Maristela**, que muitas vezes me ajudaram no papel de mãe para que eu pudesse ser estudante;

À minha cunhada, **Daniela**, quem nunca economizou no “você é inteligente, você consegue”;

À **Giselle**, pelas constantes revisões de inglês, em todos os momentos deste estudo;

À **Nina**, que sempre incentivou meu gosto pela leitura e escrita, e por lá atrás ter me dito para eu confiar mais em mim pois eu poderia “chegar longe”;

À **minha família**, que nunca entendeu, mas sempre aceitou minhas ausências nos churrascos e festas;

À minha coorientadora, **Beryl**, que me recebeu de braços abertos no Canadá;

A todos na escola **St Wilfrid's**, em Toronto, pois foram minha família durante algum tempo e nos momentos de maior necessidade não me desampararam;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior - **CAPES**, pelas bolsas de Doutorado Nacional (CAPES - DS) e de Doutorado Sanduíche no Exterior (Processo 99999.007336/2014-04);

A todos da **Pós-Graduação em Saúde Coletiva FMB/UNESP**, por todo o companheirismo e aprendizado que me proporcionaram nesta caminhada;

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este estudo fosse realizado;

Obrigada!

Agradecimento Especial

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Aos Professores **Adriano** e **Wilza**, que muito contribuíram para que este estudo tomasse a forma com que está sendo apresentado. Obrigada.

Ao **Rafa**, que mesmo com todas as nossas diferenças sempre esteve ao meu lado. Você é muito importante. Obrigada.

A todos os que acreditaram nos meus sonhos e me ajudaram nesta caminhada. Obrigada.

À minha querida **Carmen**, que sempre foi muito mais que uma orientadora. Foi mais que amiga, mais que conselheira, mais que professora.

Tanto nos seus como nos meus piores momentos. Obrigada. Nada disso seria possível sem você.

Epígrafe

EPÍGRAFE

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

Resumos

RESUMO

POLIDO, C.G. **Laqueadura tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.** 2016. 136p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Botucatu. 2016.

A laqueadura tubária está dentro das ações preconizadas pela legislação vigente de planejamento familiar, e é parte das ações integradas em saúde, que visa atender à legislação tanto nacional como internacional que prevê o direito do ser humano de escolher quando e quantos filhos quer ter. Os serviços de planejamento familiar, junto com os serviços que atendem à maternidade, à concepção assistida, e à esterilização, constituem o atendimento integral à saúde reprodutiva e para isso são fundamentais as redes de atenção à saúde e sua adequada gestão. No Brasil, esse serviço é oferecido primordialmente dentro das Estratégias de Saúde da Família, e as mulheres acabam recorrendo a este método por falha/desconfiança dos métodos reversíveis ou pela indisposição do parceiro na contracepção. Dentro desta premissa, este estudo teve como objetivo avaliar a gestão e regulação do sistema de referência e contrarreferência das laqueaduras tubárias e seu público alvo em duas microrregiões de saúde do interior do Estado de São Paulo, estabelecendo um cenário de similaridades e diferenças comparativo com a situação encontrada na cidade de Toronto, Canadá. A abordagem dos resultados foi multimétodo, com análises descritiva, quantitativa e qualitativa quando pertinente, utilizando-se como base para a análise a avaliação de serviços e o arcabouço teórico-legal do SUS. Os resultados apontam para uma rede de atenção à laqueadura tubária com entraves na tríade estrutura, processo e resultado e repercussões nos sete pilares (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade). Como consequência, os princípios da universalidade, integralidade e equidade, como propostos pela legislação SUS estão sendo parcialmente cumpridos.

Palavras-Chave: Planejamento Familiar; Laqueadura Tubária; Saúde Coletiva; Saúde da Mulher; Sistemas de Saúde, Avaliação de Serviços.

ABSTRACT

POLIDO, C.G. **Tubal ligation: healthcare networks in the inner part of São Paulo and Toronto.** 2016. 136p. Tesis (PhD on Public Health) – Botucatu Medical School, University of São Paulo State “Julio de Mesquita Filho”, Botucatu. 2016.

Female sterilization is among the actions advised by the current family planning legislation and it is part of the integrated actions in health that aim to comply with both the national and international legislation, which provide the human right of choosing when and how many children to have. The family planning services along with the maternity care services, the assisted conception and the sterilization constitute the integral assistance in the reproductive health, and to this end, the healthcare networks and their proper management are vital. In Brazil this service is offered primarily within the Family Health Strategies and the women end up using the definitive surgical method due to failure/mistrust of the reversible methods or because of the unwillingness of the partner in the contraception. Within this premise the present study aimed at evaluating the management and regulation of the tubal ligation's reference and counter reference system and its target audience in two health micro regions in the inner part of the State of São Paulo establishing the similarities and differences with the situation encountered in the city of Toronto, Canada. A multimethod approach was employed with descriptive, quantitative and qualitative analyses. The theoretical reference for the analysis was the evaluation of services considering the theoretical legal framework of SUS. The findings pointed out a care network to the tubal ligation with hindrances in the structure, processes and results triad which compromises the pillars of efficacy, effectiveness, optimization, acceptability, legitimacy and equity. Some highlights are the organizational and communication flaws that undermine the regulation. As a consequence, the university principles of universality, integrity and equity as proposed by the SUS legislation are being partially fulfilled.

Keywords: Family Planning; Tubal Ligation; Collective Health; Women's Health; Health Systems; Evaluation of Services.

RESUMEN

POLIDO, C.G. **Ligadura tubaria: redes de atención a la salud en el interior de São Paulo y Toronto.** 2016. 136p. Tesis (Doctorado en Salud Pública) – Escuela de Medicina de Botucatu, Universidad Estatal Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu. 2016.

La ligadura tubaria está en las acciones preconizadas por la legislación vigente de planificación familiar, y es parte de las acciones integradas en salud, que visan atender a la legislación tanto nacional como internacional que prevé el derecho del ser humano de elegir cuando y cuantos hijos quieren tener. Los servicios de planificación familiar, junto con los servicios que atienden a la maternidad, a la concepción asistida, y a la esterilización, constituyen la atención integral a la salud reproductiva y a tal fin son fundamentales las redes de atención a la salud y su adecuada gestión. En Brasil, ese servicio es ofrecido primordialmente en las Estrategias de Salud de la Familia, y las mujeres acaban recurriendo al método quirúrgico definitivo por falla/desconfianza de los métodos reversibles o por indisposición de su pareja en la contracepción. Dentro de esta premisa, este estudio tuvo por fin evaluar la gestión y regulación del sistema de referencia y contrarreferencia de las ligaduras tubarias y su público destinatario en dos microrregiones de salud en el interior del Estado de São Paulo, estableciendo las similitudes y diferencias con la situación encontrada en la ciudad de Toronto, Canadá. Se utilizó un abordaje multimétodo, con análisis descriptivas, cuantitativas y cualitativas. El referencial teórico para análisis fue de la evaluación de servicios, considerado la estructura teórica y legal del SUS. Los resultados apuntan para una red de atención a la ligadura tubaria con obstáculos en la tríada estructura, proceso y resultado que comprometen los pilares de la eficacia, efectividad, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad. Algunos puntos más destacados son los fallos de organización y comunicación, que fragilizan la regulación. Como consecuencia, los principios de la universalidad, integralidad y equidad, como se propone por la legislación SUS, se cumplen parcialmente.

Descriptorios: Planificación Familiar; Ligadura Tubaria; Salud Colectiva; Salud de la Mujer; Sistemas de Salud; Evaluación de Servicios.

Lista de Ilustrações

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura	Página
Figura 1 - A Região de Saúde do Departamento Regional de Saúde VI (DRS-VI), suas microrregiões de saúde e localização do município líder. Fonte: DRS-VI, 2013.	39
Figura 2 - Distribuição da renda individual e familiar em função dos anos completos de escolaridade das mulheres optantes pela laqueadura tubária nas microrregiões de saúde Bauru e Botucatu. Botucatu, 2016.	62
Figura 3 - Distribuição do número de filhos e familiar em função dos anos completos de escolaridade das mulheres optantes pela laqueadura tubária nas microrregiões de saúde Bauru e Botucatu. Botucatu, 2016	63

Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela	Página
Tabela 1 - População Total, População de Mulheres e de Mulheres em Idade Fértil (15-49 anos) segundo CIR e município de residência, IBGE, 2010.	48
Tabela 2 - Proporção de Mulheres em relação à População Total e de Mulheres em Idade Fértil em relação à População Total e Idade Fértil em relação ao geral de Mulheres segundo dados do IBGE, 2010.	49
Tabela 3 - Totais de Partos segundo CIR e município de residência, SIH/SUS, 2008 a 2013.	51
Tabela 4 - Totais de Laqueaduras Tubárias e Salpingectomias segundo CIR e município de residência, SIH/SUS, 2008 a 2013.	53
Tabela 5 - Relação entre Partos Normais e Cesarianas segundo CIR e município de residência segundo dados do SIH/SUS, 2008-2013.	54
Tabela 6 - Número de mulheres em fila de espera para a laqueadura tubária levantada junto aos serviços de saúde nas microrregiões de saúde de Bauru e Botucatu. Botucatu, 2015.	55
Tabela 7: Variáveis relacionadas às mulheres entrevistadas. Botucatu, 2016.	61
Tabela 8: Incidência de gestações não planejadas entre as mulheres entrevistadas em fila para laqueadura tubária. Botucatu, 2016.	65
Tabela 9: Status das mulheres em relação à laqueadura tubária no momento da segunda entrevista e tempo médio relatado de espera relatado pela mulher para a realização do procedimento em meses. Botucatu, 2016.	69
Tabela 10 - Descrição da Rede de Atenção ao Planejamento Familiar com foco na Laqueadura Tubária nas regiões do estudo. Botucatu, 2014-2015.	70

Lista de Abreviaturas e Siglas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COAP – Contratos Organizativos da Ação Pública em Saúde

COAPES – Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DRS-VI – Departamento Regional de Saúde VI

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

HC-UNESP – Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

HEB – Hospital Estadual Bauru

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LT – Laqueadura Tubária

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Ação em Saúde

NOB – Norma Operacional Básica do SUS

OMS – Organização Mundial da Saúde

ON – Ontário (Província Canadense)

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PF – Planejamento Familiar

RAS – Redes de Atenção em Saúde

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SM – Salário Mínimo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNFPA – Fundo das Nações Unidas para Assuntos de População

Sumário

SUMÁRIO

Apresentação.....	14
Introdução.....	16
Laqueadura tubária e a sua situação no cenário nacional e internacional.....	20
O cenário brasileiro.....	20
O cenário internacional.....	23
A formação e avaliação das redes de atenção em saúde.....	29
A hipótese do estudo.....	34
Justificativa do estudo.....	34
Objetivos.....	36
Métodos.....	37
Tipo de estudo.....	37
Campo do estudo.....	38
Aspectos éticos.....	40
População e amostra do estudo.....	41
Instrumentos e a coleta de dados.....	42
Análise dos dados.....	45
Resultados e Discussão.....	46
A. Caracterização das microrregiões de saúde de Bauru e Botucatu em relação às mulheres optantes pela LT e a formação da RAS.....	47
B. Os desafios da gestão.....	73
B.1 – A compreensão da RAS em LT através das falas dos gestores e coordenadores.....	74
B.1.1 – Existe dificuldade para se formar/manter as equipes de PF.....	74
B.1.2 – Existe dificuldade com os processos regionalizados e descentralizados.....	78
B.1.3 – Não existe contrarreferência das mulheres encaminhadas.....	80
B.2 – A compreensão da RAS em LT através das falas das usuárias.....	82
B.2.1 – Acesso facilitado pela relação pessoal com profissional.....	82
B.2.2 – Laqueadura programada junto com a cesárea.....	84
B.2.3 – Eu gostaria de reverter a minha laqueadura.....	86
C. Paralelo entre a rede de atenção nas regiões estudadas no Brasil e Toronto/CA.....	87
Conclusão.....	92
Referências.....	98
Anexos.....	111
1. Termo de aprovação da pesquisa junto ao comitê de ética responsável - Brasil.....	111
2. Termo de aprovação da alteração do método de coleta de dados junto às mulheres.....	114
3. Termo de aprovação da alteração do título do trabalho.....	117
4. Termo de aprovação do estudo na York University, Toronto, ON, Canadá.....	121
Apêndices.....	123
1. TCLE Brasil.....	123
2. TCLE Canadá.....	124
3. Questionário aplicado ao gestor municipal de saúde.....	125
4. Questionário aplicado ao coordenador de planejamento familiar.....	128
5. Questionário aplicado às mulheres que participaram deste estudo.....	130
6. Questionário aplicado aos participantes em Toronto.....	133

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Durante minha vivência profissional como enfermeira - e especialista em enfermagem obstétrica, muitas vezes me deparei com situações de mulheres aguardando por anos a cirurgia de laqueadura tubária pelas razões mais diversas possíveis – maridos que não queriam fazer a vasectomia, irregularidade de uso de outros métodos contraceptivos, recorrência de gestações não planejadas, prole constituída... E todos os possíveis argumentos que a literatura científica nos coloca há muitos anos.

Na contramão, também me deparava com a situação inversa: mulheres que desejavam a laqueadura tubária e a fizeram em algum momento da vida, e depois de alguns anos tentavam reverter a laqueadura para poder engravidar devido, também, a fatores descritos pela literatura – desejo de ter mais filhos pois os filhos cresceram, porque entrou em um novo relacionamento....

Além disso, era fato que as mulheres que eram submetidas à cesariana conseguiam a laqueadura muito mais facilmente do que as mulheres que tinham seus filhos por parto normal.

Na prática cotidiana, percebe-se que um grande número de mulheres enfrenta gravidezes não planejadas, culminando nas multiparidades. Não é raro encontrar mulheres adultas jovens recorrendo às laqueaduras como método contraceptivo devido à falha dos outros métodos.

A partir da minha vivência no encaminhamento das mulheres para a laqueadura, percebi que há uma lista de espera grande, com um reduzido número de vagas para casos novos, principalmente para essas mulheres que tinham seus filhos de parto normal. Assim, além desse ser um tema relevante para a saúde da

*Carolina Guizardi Polido - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

mulher individualmente, trata-se de uma problemática que remete para a questão da gestão, regulação de vagas e organização das redes regionais de atenção à saúde, constituindo, portanto, uma justificativa adicional para a realização do estudo no campo da saúde coletiva. Nem todos os hospitais/maternidades desta região de saúde oferecem esta cirurgia, sendo necessário encaminhar as mulheres que passam pelo serviço de planejamento familiar de suas cidades para hospitais de referência, onde esta cirurgia pode ser realizada. Além disso, já era sabido que algumas cidades não apresentavam o serviço de planejamento familiar estruturado, portanto o aconselhamento em planejamento familiar não era feito adequadamente.

Diante deste cenário, o estudo foi desenhado para responder à seguinte questão: como está organizada a rede de assistência às mulheres em lista de espera para laqueadura tubária na região?

E, desta forma, este estudo foi idealizado.

Introdução

INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a garantia de assistência integral e de qualidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O foco desta pesquisa situa-se no acesso da mulher ao procedimento de Laqueadura Tubária (LT), dentro do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no contexto do Planejamento Familiar (PF), das RAS e questões decorrentes.

O PAISM é considerado um marco para a saúde da mulher por redimensionar toda a rede do cuidado relativo a ela, pois anteriormente a atenção era restrita ao ciclo gravídico-puerperal. Este programa introduz o conceito de atenção integral à saúde da mulher, ressignificando o corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição, que inclui a atenção à reprodução de maneira ampla.

Ao situar a reprodução e também os preceitos de controle reprodutivo no contexto de atenção à saúde da mulher, o PAISM rompeu com a lógica que, historicamente, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. Assim, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério. Em consequência desse novo enfoque, as ações voltadas à regulação da fecundidade passaram a ser concebidas como parte da atenção integral à saúde que as mulheres deveriam receber, e não mais como fins em si mesmas (Osis, 1998).

O conceito de saúde reprodutiva foi definido pelo Fundo das Nações Unidas para Assuntos de População (UNFPA) na Conferência de População do Cairo em 1994 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos” (UNFPA, 1995). O documento da Conferência prossegue lembrando que a saúde reprodutiva implica que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, “tendo autonomia para reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) segue relatando que o PF auxilia os casais a decidir quando começar a ter filhos, qual o intervalo entre eles e quando parar; que engravidar antes de 18 anos e depois dos 35 anos aumenta os riscos de saúde, tanto para a mãe quanto para a criança; que o intervalo entre os partos menor que dois anos aumenta em 50% o risco de morte fetal; e que dar à luz a mais de quatro crianças aumenta os riscos durante as gestações e os partos, e que, portanto, deve ser entendido como um direito do cidadão (OMS, 1998).

Os direitos reprodutivos estão previstos na legislação nacional e normativas do Ministério da Saúde (MS). A oferta da contracepção na atenção primária se insere no PF, como preconiza o PAISM, e uma das situações previstas é a esterilização feminina cirúrgica definitiva – LT, que é regulamentada no Brasil pela Lei 9.263 (Brasil, 1996) e pela Portaria 144 do Ministério da Saúde (Brasil, 1997), com o intuito de garantir os direitos reprodutivos de casais ou indivíduos, homens e mulheres, de acordo com o artigo 226 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Em novembro de 1997, a Portaria nº 144 da Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde, regulamentou a realização da esterilização cirúrgica voluntária para homens e mulheres nos serviços públicos, com base no artigo 6º da Lei 9.263. A Portaria estabelece que a esterilização somente seja permitida quando solicitada por indivíduos com capacidade civil plena, maiores de 25 anos de idade ou que tenham, pelo menos, dois filhos vivos, não podendo ser realizada durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por exemplo, sucessivas cesarianas anteriores. Exige-se que haja um prazo mínimo de 60 dias entre a solicitação e a realização da cirurgia e, neste período, a pessoa interessada deverá receber aconselhamento por equipe multidisciplinar com o objetivo de desencorajar a esterilização precoce (Brasil, 1997). Esta função é desempenhada pelos serviços de PF, e, de acordo com Silva et al. (2011), é oferecida no país predominantemente pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na concepção de integralidade da atenção, do ponto de vista da organização dos serviços, os de PF devem ser oferecidos como integrantes das RAS e, para o planejamento de tais ações, faz-se necessário o conhecimento das necessidades da população.

O PF tem como base os princípios da não coerção e escolha informada e responsável, implicando em parâmetros éticos (Negrão, 2012). Inclui os serviços voltados a oferecer à população informação e meios para a tomada de decisões reprodutivas e autorregulação da fecundidade, e abrange serviços que atendem, direta ou indiretamente, à maternidade, à concepção assistida, à esterilização e outros, constituindo o atendimento integral à saúde reprodutiva.

Sua ação se destaca pela ocorrência de pelo menos 80 milhões de gestações não planejadas em todo o mundo e do crescimento deste número nas últimas décadas (Prietsch et al., 2011). De acordo com a UNFPA (2011), em 2006 no Brasil havia um predomínio do uso de LT como método contraceptivo para 29,1% das mulheres em situação de união conjugal, e pelo menos 6% dessas mulheres não estavam sendo abrangidas pelo PF – contrariando, assim, o preconizado pela legislação.

Por meio de RAS adequadamente organizadas é que se pode oferecer e garantir uma atenção integral à mulher, pois poucas vezes os serviços de saúde conseguem responder, sozinhos e integralmente, às necessidades de saúde. Atentamos ao fato de que a integralidade é um conceito polissêmico, que abrange uma dimensão plural, ética e democrática, que se constitui em diferentes saberes e práticas que ocorrem rotineiramente no trabalho, por meio de vivências dos diversos atores e se expressa nos diferentes contextos (Mattos, 2001; Pinheiro, 2011) e, como definição legal do SUS, está relacionada à integração dos atos preventivos e curativos individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade (Kantorski, 2006).

Para melhor entendimento da atual situação referente às RAS em LT, dentro do PF no Brasil e no mundo, apresenta-se, a seguir, os cenários que compõem este estudo. A partir do momento em que pretende entender as RAS em LT e PF, este estudo ainda adquire cunho avaliativo, portanto, também uma breve apresentação desta literatura foi abordada. Para a construção do cenário

*Carolina Guizardi Polido - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

brasileiro a respeito das LT a revisão da literatura trouxe, além dos textos publicados nos últimos 5 anos, outros que ajudarão a elucidar as questões que este estudo traz.

Laqueadura tubária e a sua situação no cenário nacional e internacional

O CENÁRIO BRASILEIRO

Neste tópico é apresentada a revisão da literatura nacional sobre a LT, que foi realizada a partir dos descritores “esterilização tubária” ou “laqueadura tubária”, em bases indexadas, compreendendo os últimos 5 anos, selecionando-se os textos de acordo com a pertinência ao tema deste estudo, e acrescentando-se outros considerados relevantes para o entendimento sobre o assunto devido à baixa produção da literatura nacional nos últimos 5 anos acerca do tema.

A decisão pela LT ocorre, na maioria das vezes, pela falta de escolha das mulheres, imposta pelas circunstâncias vividas e pela indisposição do parceiro de colaborar na anticoncepção (Marcolino e Galastro, 2001; Carvalho, 2003; Moura e Vieira, 2010), devido aos repetitivos insucessos e no sentimento de incapacidade de se controlar este aspecto da vida (Osis et al., 1998; Moura e Vieira, 2010), levando as mulheres a optarem por este método como necessário para que se tenha controle de sua história reprodutiva.

Existe uma situação de possível reversão da tendência de crescimento deste método no Brasil, porém um alto índice de esterilização

permanece para mulheres com menor renda e escolaridade, podendo indicar acesso mais difícil aos métodos contraceptivos reversíveis ou falta de informação qualificada sobre eles, com taxas influenciadas ainda pelo número de filhos vivos. Há que se considerar, no entanto, que a taxa de fecundidade é mais elevada entre as mulheres de classes sociais menos favorecidas, havendo entre estas uma média de 3,9 filhos, em contraste com a média de 1,2 filhos entre as mulheres de classes sociais mais favorecidas (Carvalho e Schor, 2012; Cirolini, 2010; IBGE, 2010).

Existe ainda um descompasso entre o desejo de não ter filhos e do uso regular de métodos contraceptivos, e a análise dos índices de LT deve incluir ainda a própria desaprovação das mulheres em relação aos métodos contraceptivos reversíveis oferecidos, eficácia, inocuidade e até mesmo aceitação cultural, sendo evidente a maior participação delas no PF (Heilborn et al., 2009; Nicolau et al., 2010; Ribeiro et al., 2008). A dificuldade de acesso ao PF de qualidade, e consequente falta de informação adequada sobre os métodos contraceptivos, juntamente com a não individualização do cuidado corroboram com a decisão pela LT em detrimento de outros métodos (Vieira e Souza, 2011; Carvalho e Schor, 2012; Nicolau et al., 2010).

Sabendo-se que o aconselhamento na LT deve ser visto como um trabalho interativo desenvolvido por todos os membros da equipe, que deve tentar apreender um complexo de conhecimentos gerados pela própria natureza da mulher sob a perspectiva de multidimensionalidade, a equipe de PF deve tentar imprimir ao trabalho de aconselhamento, além do aspecto biológico, a perspectiva psicológica e emocional presente no processo de decisão pela LT, pois muitas

vezes o desejo de esterilização definitiva é ambíguo (Marcolino, 2004; Nepomuceno et al., 2012).

Caetano (2014), ao analisar a situação das LT realizadas no Brasil entre 2000 e 2006, nos apresenta uma situação de descumprimento das leis e de falta de rede hospitalar adequada ao se considerar a capacidade hospitalar brasileira, caracterizando ainda uma demanda frustrada para o procedimento. Para o autor, somente 13% das LT realizadas no período estavam em consonância com a legislação, e houve um grande crescimento da realização do procedimento junto à cesariana. Ainda foi associado à desistência da LT a falta de rede hospitalar adequada para a realização do procedimento e longo tempo de espera para a realização do mesmo (Caetano, 2014; Heilborn et al., 2009).

A situação de não cumprimento da legislação referente às LT e ausência de aconselhamento em PF adequado ainda é descrita em estudos sobre mulheres que buscam a reversão do procedimento (Moura e Vieira, 2010; Nepomuceno et al. 2012; Costa, 1996; Almeida, 2005; Santos et al., 2014; Soares e Brollo, 2013) e por estudo que tenta compreender os motivos para as elevadas taxas de cesarianas no Brasil (Jesus et al., 2015), existindo uma relação direta entre o sentimento de desinformação sobre outros métodos contraceptivos e o desejo de reversão da LT (Costa, 1996).

Deste modo, pode-se perceber que o cenário brasileiro é marcado pela busca da LT por mulheres de menor escolaridade e renda, que não recebem adequado aconselhamento em PF, e muitas vezes decidem pela LT pelas situações de vida a que estão submetidas, tendo, portanto, grande chance de recorrer à reversão do procedimento em outro momento da vida.

O CENÁRIO INTERNACIONAL

A maior parte dos estudos tem como cenário os Estados Unidos da América (EUA). Neste país, a LT foi crescente até os anos 90, depois sofreu uma estabilização, porém prevalece como o segundo método mais utilizado no país, e este fato se atribui à busca pelas mulheres de métodos contraceptivos mais eficazes e com manutenção mais baixa, sendo a aderência ao método influenciada pela origem negra ou latina, padrão de escolaridade, idade, tempo de união com o companheiro e constituição familiar (Westhoff e Davis, 2000; Chan e Westhoff, 2010; Shih, Turok e Parker, 2011; Mosher e Jones, 2010; White e Potter, 2012; Whiteman et al., 2012; Anderson et al., 2012; Anderson et al., 2010; Siddiqui e Westhoff, 2012; Eeckhaut, 2015; Garcia et al., 2015).

Mais de dez milhões de mulheres americanas buscam LT como método contraceptivo, sendo pouco menos da metade destas LT realizadas no imediatamente pós-parto, evidenciando um aumento na demanda reprimida, caracterizada pela dificuldade do sistema de saúde de absorver esta demanda devido à desistência da mulher, tipo de parto, superlotação das unidades de cuidado que inviabilizam a sua realização, ausência de cobertura do procedimento pelo plano de saúde e burocracia relacionada ao procedimento (Siddiqui e Westhoff, 2012; Potter et al., 2012), que ainda pode ter como influência o número de gestações não planejadas (Borrero et al., 2010; Krashin et al., 2014).

A mudança na legislação de um plano de saúde, que atende populações em situação de vulnerabilidade nos EUA, proporcionou maiores chances às mulheres que buscam LT, auxiliando na redução de gestações não planejadas e no custo envolvido com essas gestações, fortalecendo assim a justiça em saúde reprodutiva (Borrero et al., 2013; Brown e Chor, 2014; Krashin et al., 2014; Moaddab et al., 2015; Garcia et al., 2015), porém o período mandatório de 30 dias de espera após o parto deve ser revisto ou eliminado, pois muitas mulheres não conseguem realizar o procedimento e, dessa forma, se garantiria o direito reprodutivo, atentando-se ao fato de que este procedimento deve levar em consideração diversos fatores para a não-coerção de sua realização, como raça, situação econômica, escolaridade e demais fatores envolvidos no processo de decisão pela LT (Borrero et al., 2013; Moaddab et al., 2015; Henderson, Ringel e Rezai, 2015; Harris e Wolfe, 2013; Garcia et al., 2015).

Estudo sobre o consentimento informado para LT estruturado de forma mais simples e de forma completa numa sala de espera de uma clínica no sudeste dos EUA, nos traz que o termo de consentimento para a LT, principalmente a questão de sua irreversibilidade, foi melhor entendido no modelo mais simples, que tinha linguagem mais informal, o que nos faz pensar sobre a forma como as mulheres recebem as informações acerca da LT e que podem vir a causar arrependimento após a sua realização (Zite e Wallace, 2011), que ainda pode ser influenciada pela gestações não planejadas, estado civil à realização da LT e concordância do casal sobre o procedimento (Eeckhaut, 2015; Grady et al., 2013; Jamieson et al., 2002).

Existe ainda uma situação de conflito na realização do procedimento em hospitais ligados a instituições católicas, que são contra o procedimento, e Hapenney (2013) aponta uma alteração no registro da LT quando realizada em hospitais católicos para ‘mascarar’ essa oposição existente ao procedimento.

Potter et al. (2013) sob as diferenças entre hospitais da Califórnia e Texas com relação à realização das LT, descrevem uma situação de diferença entre os dois tipos de planos de saúde disponíveis nos EUA e a relação do hospital com a religião (hospitais católicos), que ainda é influenciada pelo período mandatório de espera de 30 dias após o parto para a LT pelo plano de saúde que atende a pessoas em situações de vulnerabilidade, sendo maior a taxa de realização do procedimento no Texas do que na Califórnia.

Shreffler et al. (2015), em pesquisa com dados de levantamento nacional, indicam que a LT, controlada para fatores sociais, tem maior aceitação pelas mulheres brancas e de origem americana e que a maior chance de arrependimento vem destas mulheres e das de origem hispânica. Ainda, as mulheres de origem asiática, apesar de terem as menores taxas de LT quando se separa os grupos de mulheres por etnia, aparentam ter realizado o procedimento sob pressão, juntamente com as mulheres que realizam a LT no pós-parto imediato por ausência de assistência médica fora do período de parto e puerpério, denotando assim uma situação de perpetuação da esterilização coercitiva para grupos com menor posição social, contradizendo, deste modo, todos os estudos anteriores.

Na Eslovênia, onde a LT somente pode ser realizada 6 meses após a realização do pedido e aconselhamento em LT, e onde as mulheres buscam a LT mais tardiamente, a chance de se arrepender do procedimento é pequena, tendo o arrependimento uma correlação positiva com estados depressivos (Becner, Turkanovic e But, 2015).

Tem-se descrito na Índia rural uma situação de aumento na procura pela LT e queda na idade, principalmente entre mulheres jovens (abaixo dos 30 anos), com três ou mais filhos e histórico de um ou mais abortos induzidos, e, apesar de 65% destas mulheres já conhecerem métodos contraceptivos temporários, 53,2% nunca usou por medo de complicações, 75% demonstrou pouco conhecimento acerca da LT, e apenas 2,8% pensou em complicações futuras, fazendo-nos repensar a forma como a contracepção temporária e a definitiva são percebidas pelas mulheres (Arora, Choudhary e Raghunandan, 2010).

Um número de pelo menos 180 milhões de mulheres em todo o mundo procura anualmente os serviços para LT, e, no Reino Unido, as mulheres submetidas à LT em 2006 tinham cerca de 27 anos, histórico de hipertensão, doenças cardiovasculares e/ou uso de contraceptivos orais, eram multíparas, fumantes e de classes sociais baixas (Iversen, Hannaford e Elliott, 2007).

Por outro lado, em países como a Nigéria, a contracepção através das LT não é um procedimento popularmente aceito pelas mulheres, sendo esta realizada juntamente com algum outro procedimento cirúrgico (como a cesariana de repetição), e que, portanto, tem baixa procura (Adesiyun, 2007; Swende e Hwande, 2010).

Na França, Boufettal, Mahdaoui e Samouh (2014), dizem que a chance de se arrepender da LT é associada à falta de informação sobre outros métodos, a idade, o desejo de ter mais filhos, o período de reflexão envolvido na decisão pela LT e o fator religioso.

Na Alemanha, Erlenwein et al. (2015) descrevem que o conhecimento sobre a LT é maior entre mulheres de origem germânica do que não-germânicas, e a aceitação do procedimento é maior entre as mulheres que já constituíram a família da forma como desejavam, são mais velhas e com relacionamento longo ou divorciadas, sendo o nível educacional inversamente proporcional à aceitação da LT como método contraceptivo, que é ainda influenciada pela religião e religiosidade, chegando os autores à conclusão de que a LT é mais aceita do que utilizada entre as mulheres alemãs.

Gaym (2012) nos diz que a LT não é um procedimento comumente aceito no Continente Africano, e isso pode estar relacionado a fatores como as falhas do sistema de saúde, concepções errôneas sobre o procedimento e mesmo falta de informações sobre ele, e as barreiras ainda podem estar relacionadas à falta de conhecimento e motivação para com o método por profissionais de saúde.

Huijgens, Lardenoije e Mertens (2014) relatam que na Holanda o número de LT realizadas vem caindo a cada ano, sendo mais comuns em pacientes com média de 36 anos, e a taxa de busca pela refertilização é pequena, sendo bastante procurada por mulheres que recorrem mais jovens à LT.

Kahraman et al. (2012), em estudo sobre a preferência contraceptiva de mulheres em um hospital universitário na Turquia, relatam uma taxa de

*Carolina Guizardi Polido - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

aceitação da LT por 11% das mulheres entrevistadas, que ainda se associa com idade mais avançada, e de acordo com nível de estudo, prevalecendo a escolha por métodos hormonais orais.

No Canadá, Fransoo et al. (2013) trazem que a LT ocorre com maior frequência em grupos com menor renda e escolaridade, e conforme essas características aumentam, aumenta a vasectomia. Martyn e Prather (2012), nos dizem que essa é uma das cirurgias que mais ocorrem em mulheres canadenses, e que muitos casos são levados à justiça, pois as mulheres se sentem lesadas por não terem sido corretamente informadas e que, portanto, os profissionais de saúde devem estar aptos a informar corretamente as mulheres, preferencialmente por escrito, e que o menor risco de dúvida sobre o procedimento já o contraindica.

Percebe-se, deste modo, que o cenário brasileiro é muito parecido com o mundial. Existe falta de informação qualificada sobre a LT descrita em vários países, o que pode contribuir para a decisão errônea acerca da LT, e demandas reprimidas que perpetuam a dificuldade de acesso.

Para que haja uma orientação adequada e qualificada a ponto de as mulheres tomarem a decisão pela LT de maneira consciente, se faz necessária uma RAS que funcione adequadamente, daí a importância de adentrarmos nessa temática.

A formação e avaliação das redes de atenção em saúde

O SUS veio como a resposta dos anseios da população sobre um sistema de saúde mais abrangente e igualitário, tendo sido estabelecido legalmente em 1990, através da Lei 8080 (Brasil, 1990a), com auxílio da Lei 8142/1990 (Brasil, 1990b), que dispõe sob as formas de participação e controle social e financiamento deste novo modelo de saúde, com base nos direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

De forma mais geral, a formação das RAS começa a ser induzida alguns anos mais tarde, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, de 01/01/2002 (Brasil, 2002), que trata da estruturação das RAS através da Regionalização dos processos, e se estabelece efetivamente a partir do Decreto 7508/2011 (Brasil, 2011), que regulamenta a Lei 8080/90 e define com clareza a importância da organização das RAS, colocando como um dos próximos passos para que essa se consolide o estabelecimento do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), que trata da formação das RAS a partir da pactuação entre os gestores no âmbito de uma região de saúde, de modo a integrar os serviços de uma região e facilitar a integralidade da assistência à saúde da população (Brasil, 2011). Toma-se aqui as palavras de Mendes (2011), sobre a importância das RAS:

“Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são

incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RAS, são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida". (Mendes, 2011, p. 50)

Percebe-se, deste modo, uma forte tendência a se buscar a efetivação da Regionalização e Hierarquização do sistema como descrito na Lei 8080/1990, rompendo-se desta forma com os sistemas fragmentados e isolados de atenção em saúde, que não viabilizam a assistência em saúde de forma integral.

Além do COAP, outra ferramenta de auxílio à instituição de RAS efetivas atualmente é o COAPES – Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde, instituído pela Portaria Interministerial 1124/2015 (Brasil, 2015), que visa fortalecer a integração entre o ensino em saúde, os serviços e as comunidades de usuários ao trazer estudantes para a prática profissional em unidades de saúde, e o Programa Mais Médicos, instituído pela Lei 12871/2013 (Brasil, 2013), que visa ampliar e melhorar a cobertura e a qualidade da atenção em saúde no Brasil.

Importante também é salientar a Portaria 1459/2011 (Brasil, 2011), que institui no SUS a Rede Cegonha, e tem, entre seus princípios, fortalecer a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e das RAS em Saúde da Mulher, com foco na organização das RAS e garantia de acesso aos serviços, resolubilidade e acolhimento.

Apesar dos esforços envolvidos para a formação e consagração das RAS em saúde, sua implantação depende do rompimento com a lógica de sistemas fragmentados, que não permitem ao usuário do sistema um caminho lógico, integral e de fácil acesso aos serviços.

Mendes (2010) aponta que os sistemas fragmentados de saúde são “um desastre sanitário e econômico em todo o mundo” (Mendes, 2010, p. 2299), sendo necessário que os três elementos fundamentais para a efetivação das RAS – população, estrutura e modelo de atenção em saúde - atuem de modo conjunto para que o sistema funcione adequadamente, pois as RAS têm poder evidente de melhorar as condições de saúde da população e diminuir custos de financiamento.

O modelo, pelo apresentado até o momento, pode-se perceber que está sendo fortalecido. No entanto, as questões que envolvem a estrutura e a população ainda exigem ajustes. Sendo as unidades de saúde apontadas como o elemento chave na construção de RAS efetivas por sua capacidade de gestão e organização do sistema, estas ainda esbarram na incipiente capacidade dos envolvidos em promover a sua gestão e utilização adequadas, repercutindo em questões como a rotatividade ou falta de qualificação de profissionais, dificuldade de acesso e referência/contrarreferência e condições precárias de trabalho (Gonçalves et al., 2014; Magalhães Junior e Pinto, 2014; Nardo e Juliani, 2012; Girardi et al., 2013; Warling et al. 2015; Costa et al. 2013; Giovanella, 2014).

Estratégias para o enfrentamento destes obstáculos permeiam a avaliação de serviços, que é a ferramenta para se delimitar pontos chaves para intervenção e efetivação das RAS.

Foi na década de 60 que, pela primeira vez, Donabedian propôs a avaliação da qualidade da atenção médica (leia-se ‘em saúde’) por meio de um modelo sistemático de classificação dos atributos que caracterizam a qualidade de um serviço (Donabedian, 1966). Estes atributos são conhecidos como “os sete pilares” do método avaliativo, e são a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, e as etapas para a sua produção se conhece pela avaliação da Estrutura, Processo e Resultados, (Donabedian, 1988; Donabedian, 1990; Donabedian, 1993) onde:

- Estrutura corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais.
- Processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados.
- Resultado corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente.

No Brasil, a partir dos anos 90, instituições públicas e privadas começaram a desenvolver estratégias no sentido de adotar programas de controle da qualidade, e, neste contexto, o enfermeiro se destaca por ser um profissional qualificado para conduzir a Gestão da Qualidade nos Serviços de Saúde, apresentando respostas satisfatórias frente às necessidades das instituições (D'Innocenzo, Adami e Cunha, 2006). Segundo a Organização Mundial de Saúde (1985), a avaliação em saúde compreende todo o processo de emissão de juízo de valor, aplicada à questão saúde, onde todos os componentes da saúde são avaliados, desde seus macrocondicionantes setoriais e extra-setoriais, até as ações específicas e terminais (OMS, 1985 apud Costa, 2002). Portanto, avaliar significa proferir um julgamento dos resultados alcançados em relação aos objetivos traçados. A gestão dos serviços de saúde tem como sinônimo verificar a pertinência de determinadas ações e programas, sua eficácia, eficiência e efetividade (Costa, 2002).

A hipótese do estudo

A hipótese do estudo é que possíveis problemas organizativos dos serviços, bem como a regulação da oferta, interferem no acesso da mulher ao adequado PF e na escolha dos métodos contraceptivos.

Esses aspectos, associados às condições sociais e de vida, podem contribuir para que o método definitivo possa estar sendo usado para mulheres

que poderiam optar por métodos mais adequados ao seu perfil, culminando nas filas de espera para a realização das LTs. De outro lado, mulheres que necessitam do método cirúrgico, podem não estar tendo acesso devido às longas filas de espera.

Justificativa do estudo

Este estudo se justifica a partir do momento em que pretende avaliar nas microrregiões de saúde de Bauru e Botucatu a estruturação e organização da rede de serviços de PF e analisar, a partir dos dados dos serviços de PF regionais e/ou municipais, as características relacionadas às mulheres que aguardam em filas de espera para a LT pelo SUS, tangendo à avaliação do serviço de PF nas duas microrregiões de saúde. O estudo, além de informar a situação da atenção dentro desse tema tão relevante quanto fundamental, permitirá orientar ações de maneira a contribuir para a melhoria na organização dos serviços e a consolidação das RAS.

Objetivos

OBJETIVOS

Geral

Avaliar a gestão e regulação do sistema de referência-contrarreferência das laqueaduras tubárias e seu público alvo em uma região de saúde.

Específicos

- Caracterizar a rede de atenção à saúde no planejamento familiar com foco na laqueadura tubária nas microrregiões de saúde de Bauru e Botucatu;
- Caracterizar aspectos da gestão destas redes e seu sistema de referência e contrarreferência com foco na avaliação de serviços;
- Caracterizar as mulheres que buscam este procedimento nesta região, realizando-se as associações pertinentes;
- Analisar o tempo de espera para a realização de LT pelo SUS nesta DRS;
- Apresentar as similaridades e diferenças dos sistemas estudados na região com os serviços de saúde em Toronto/Canadá.

Métodos

MÉTODOS

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório multimétodo, que aborda tanto questões qualitativas como quantitativas. Buscou-se compreender as diversas variáveis envolvidas no processo de gestão das RAS de duas microrregiões de saúde, e traçar similaridades e diferenças com a situação encontrada em uma cidade de um país desenvolvido, pautados na tríade Donabediana, tendo como referencial teórico-metodológico o arcabouço teórico legal do SUS e tangendo à avaliação de serviços.

Dentro da avaliação dos serviços de saúde, que ocupa um lugar de destaque nas ações de planejamento e gestão, uma das formas de se suprimir os contornos positivistas é a utilização de estratégias metodológicas que possibilitem a inserção de variados sujeitos no processo avaliativo e utilizem um enfoque mais variado e multidimensional, como o método qualitativo-participativo (Bosi e Uchimura, 2007; Bosi e Mercado-Martinez, 2010), que foi utilizado nesta pesquisa.

Ao se misturar os métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa, rumamos à melhor compreensão da situação que se pretende explorar/compreender. Creswell e Clark (2015) apontam esta abordagem, que

está constantemente em nossa prática, está sendo discutida como o “terceiro movimento metodológico” ao abranger, dentro de si, as potencialidades tanto dos estudos quantitativos como qualitativos, e permitir, deste modo, novos olhares sob os métodos de pesquisa. Toma-se aqui as palavras de Bosi e Mercado-Martinez (2010):

“A avaliação qualitativo-participativa de políticas e programas consiste em um conjunto de iniciativas teórico-metodológicas com enfoque em temas como alteridade, dimensões subjetivas e dos processos de significação, dentre outros. Se, por um lado, tais iniciativas se revelam como de pouco interesse para os adeptos dos modelos tradicionais, por outro, são de importância decisiva quando se trata de recuperar diversidade de pontos de vista e as propostas sobre como organizar sistemas de saúde comprometidos com o contexto local, com o diálogo e a negociação em torno de propostas de atores com distintos interesses, conforme se observa na práxis em saúde. Trata-se de uma diversidade de propostas que se interrogam sobre a eficácia, bem como sobre a diminuição dos custos e a otimização dos recursos, mas também acerca do papel dialógico, democratizante, participativo e a intersubjetividade inerente às iniciativas avaliativas empregadas para consolidar os processos sócio sanitário sem curso.” (Bosi e Mercado-Martinez, 2010, p.568)

A determinação do tipo de abordagem realizada neste estudo levou em consideração as características de cada uma das variáveis, tanto para a elaboração dos questionários aplicados como para a determinação dos sujeitos a serem pesquisados.

Foram ainda utilizadas como fonte dados secundários sobre a população as informações disponíveis nos websites do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE – acesso pelo link <http://www.ibge.gov.br>) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS – acesso pelo link <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>), que compreende o Sistema de

Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS – acesso pelo link <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633>).

Os dados relativos ao Canadá foram obtidos através dos dados levantados junto a uma unidade hospitalar e a partir de estudos de base populacional, visto que não há, naquele país, bases de dados sobre a produção médico-hospitalar com acesso aberto a exemplo do Datasus no Brasil, assim a pesquisadora não dispunha de tempo suficiente para ampliar o cenário devido aos trâmites burocráticos requeridos.

Campo do Estudo

O território do estudo compreendeu as microrregiões de saúde de Bauru e Botucatu, que pertencem ao Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS-VI), e a cidade de Toronto, ON, Canadá.

O DRS-VI compreende 68 municípios e abrange uma população de 1.608.479 habitantes (IBGE, 2010). As duas regiões a que se limitou o estudo compreendem 31 cidades e detêm a maior base populacional da região, compreendendo 872.645 habitantes. Essas duas regiões concentram também os principais serviços de referência em LT no DRS VI.

A figura a seguir descreve o DRS-VI e sua subdivisão, com a sinalização do município “líder” em cada microrregião de saúde:



Figura 1 - A Região de Saúde do Departamento Regional de Saúde VI (DRS-VI), suas microrregiões de saúde e localização do município líder. Fonte: DRS-VI, 2013.

A cidade de Toronto, localizada na Província de Ontario, Canadá, foi determinada como campo secundário de pesquisa devido à semelhança entre os modelos de atenção à saúde prestado nos dois países (Mendes, 2013), e pela oportunidade de se realizar parte da pesquisa naquela cidade, que subsidiou a análise de similaridades e diferenças entre a realidade encontrada na região principal deste estudo com a realidade encontrada em um país desenvolvido que utiliza as mesmas bases teóricas de cuidado em saúde.

Aspectos Éticos

Este trabalho envolve seres humanos, portanto foi submetido à apreciação ética pelos Comitês de Ética pertinentes, de acordo com a resolução CONEP 466/12 (Brasil, 2012) e do Tri-Council Policy Statment (Canadá, 2014), tendo sido aprovado em todas as instâncias, conforme Anexos 1, 2 e 3.

Todos os participantes foram convidados a participar do estudo. A pesquisa somente se iniciou após leitura e ciência sobre o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – Apêndice 1 para os participantes no Brasil e Apêndice 2 para os participantes em Toronto).

População e Amostra do Estudo

A população deste estudo no Brasil foi composta pelos gestores municipais de saúde, coordenadores/responsáveis municipais dos programas de PF e mulheres em fila de espera para a realização de LT, tendo sido entrevistados todos aqueles que concordaram em participar da pesquisa, configurando-se como amostra todo o universo de pessoas relacionadas à gestão do sistema e as mulheres encontradas em fila de espera para a LT.

Especificamente, a respeito das mulheres em fila de espera para LT,

sabendo que este não é um evento atemporal e as mulheres podem tanto se inserir na mesma como deixá-la a qualquer momento. Para fins deste estudo, foi considerada como população de mulheres somente as que estavam com seu nome na lista fornecida pelos coordenadores/responsáveis locais pelo PF na data em que as listas foram levantadas junto aos serviços municipais/regionais, com mais de 18 anos e em gozo de plena capacidade mental, visto que a LT pode ser realizada sob intervenção judicial para as mulheres que não exercem plenamente suas capacidades mentais.

Os critérios de inclusão/exclusão na parte nacional do estudo relacionam-se:

- Ser gestor/coordenador/secretário municipal de saúde ou ser coordenador de PF/Saúde da Mulher nos municípios pertencentes às microrregiões de saúde de Bauru e Botucatu, compondo, ao final, 60 entrevistas.
- Ser mulher com nome inserido nas listas de espera para a LT nos serviços municipais ou regionais, estar em pleno gozo de suas capacidades civis e mentais, maior de 18 anos, compondo, ao final, 47 entrevistas.

A população de estudo em Toronto, devido ao tempo limitado de 9 meses de permanência da pesquisadora naquele país para coleta dos dados e diferente configuração da gestão de saúde, se limitou aos médicos e enfermeiros

de 3 diferentes grupos de saúde da família, que realizam as ações de PF que concordaram em participar do estudo, compondo, ao final, 8 entrevistas.

Instrumentos e a Coleta de Dados

O desenvolvimento dos questionários desta pesquisa teve como base o arcabouço teórico legal do SUS e a tríade Donabedian para a avaliação de serviços. Para facilitar a coleta de dados e os desdobramentos das análises, a coleta seguiu por três diferentes caminhos – 1, que investiga os dados relativos à Estrutura e Processo, e aos quais se somam os dados estatísticos nacionais (IBGE, SIH/SUS) e explora a caracterização das usuárias da RAS em LT na região; 2, que investiga os dados relativos ao Processo e Resultado; e 3, que explora similaridades e diferenças com a situação do Canadá.

O Caminho 1 foi empregado para a análise dos aspectos relativos à estrutura, processo e composição das regiões de saúde. Os questionários foram construídos para que se pudesse apreender, a partir dos gestores municipais de saúde e coordenadores de PF das RAS estes aspectos. Os instrumentos utilizados foram elaborados abrangendo as dimensões da construção e organização da RAS em PF/LT, tomando-se por bases a legislação relativa ao SUS (Apêndices 3 e 4). As entrevistas foram realizadas após a concordância dos sujeitos em participar do estudo, nas cidades onde estão lotados, no dia e horário determinado pelos mesmos, no período de Janeiro a Julho de 2014. As respostas

obtidas foram anotadas pela entrevistadora, que registrou em diário de campo as anotações com a maior fidedignidade possível às falas dos sujeitos.

Corroborando para a adequada análise da RAS em PF/LT, uma segunda estratégia de coleta de dados foi utilizada nesta parte, adotando-se a pesquisa em “sites” com bases de dados populacionais (IBGE) e de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), para correto levantamento sobre os dados populacionais e de procedimentos realizados dentro da rede pública de saúde. Os dados levantados permitiram a construção de tabelas que auxiliam a compreensão sobre a formação das RAS na região.

O Caminho 2, que foi utilizado para as mulheres em fila de espera para a LT, teve como foco avaliar as questões relativas ao Processo e Resultado. As questões elaboradas foram focadas em se apreender o real caminho destas dentro da RAS em PF/LT nas duas microrregiões de saúde investigadas, suas características individuais e motivação para a busca da contracepção definitiva, conforme Apêndice 5. A população de mulheres foi constituída a partir da inserção em filas de espera (municipal, regional) para o procedimento, resgatando-se o registro de todos os serviços onde houve menção de mulheres aguardando em fila de espera a LT.

As mulheres que participaram deste estudo foram entrevistadas por telefone, e o período de coleta de dados se estendeu de Janeiro de 2014 a Junho de 2016, observando-se que houve um intervalo na coleta de dados referente ao período de coleta de dados na cidade de Toronto (Novembro de 2014 a Agosto de 2015). As ligações foram gravadas e transcritas, e serão destruídas na finalização

deste estudo. Buscou-se contato telefônico com todas as mulheres e, diante da não concretização, novas tentativas foram feitas em horários e dias variados, respeitando-se o máximo de 5 tentativas de contato com cada mulher dentro do espaçamento de 15 dias. Para cada mulher com as quais se obteve contato telefônico e que concordou em participar do estudo, foi aplicado o questionário desta investigação (Apêndice 5), e as entrevistadas foram inseridas em um de dois grupos possíveis. No primeiro entraram aquelas que já tinham feito a LT após a data de levantamento das listas de espera e, portanto, já não se encontravam mais em fila de espera. No segundo grupo entraram as mulheres que ainda aguardavam em fila de espera e, para quem, novos contatos telefônicos foram realizados durante o período estabelecido para a coleta de dados a fim de se observar o tempo entre a inserção do nome em filas de espera pelo procedimento e a realização do mesmo. Ao fim da coleta de dados, as mulheres foram agrupadas de acordo com os critérios de “Laqueadura Realizada” ou “Aguarda em Fila de Espera”.

O Caminho 3, que investigou a formação das RAS e aconselhamento em PF em Toronto, utilizou mesmo questionário aplicado a coordenadores de saúde no Brasil, porém traduzido para a versão em inglês (Apêndice 6). A permanência da pesquisadora na cidade de Toronto de Novembro/2014 a Agosto/2015 permitiu a vivência necessária para o conhecimento básico acerca do sistema de saúde na cidade e levantamento dos dados obtidos.

O questionário foi aplicado aos médicos e enfermeiros canadenses

que concordaram em participar do estudo, no período de Março a Agosto de 2015. Com estes houve um contato prévio para explanação sobre a pesquisa e convite à participação, os questionários foram entregues em formato digital, respondidos e encaminhados de volta à entrevistadora também de forma digital.

Análise dos Dados

O referencial teórico para análise dos dados foi o arcabouço teórico legal do SUS, com base nos seus princípios, focando na Integralidade na Atenção à Saúde, Direitos Reprodutivos da Mulher, Organização das Redes de Atenção à Saúde e Regulação em Saúde.

As questões semiestruturadas ou objetivas, classificadas como quantitativas, permitiram a tabulação das respostas. Para análise destes dados utilizamos estatística descritiva, aplicando-se testes de correlação quando pertinentes.

Para as questões abertas, relativas às informações qualitativas dadas pelos participantes desta pesquisa, foi realizada análise adotando-se como método a Análise de Conteúdo, como proposto por Bardin (2011). Foram realizadas as etapas propostas pelo autor de pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados, permitindo a construção das categorias temáticas emergidas dos depoimentos.

Os resultados encontrados são apresentados no próximo capítulo.

Resultados e Discussão

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entender a gestão das redes de saúde e sua construção em um determinado local depende de consideração de inúmeros fatores, que interagem entre si em um evento contínuo e, portanto, passíveis de mudanças a todo momento. Para este estudo, os resultados foram analisados considerando o referencial Donabediano de Estrutura, Processo e Resultado, dentro do contexto de implantação da Rede Cegonha na região. No entanto, apesar do esforço para essa organização, algumas questões resvalam em mais de uma dimensão, por exemplo, Estrutura e Processo, Estrutura e Resultado, e assim por diante.

Na tentativa de elucidar este cenário e as questões referentes ao território de abrangência da região, optamos por organizar nossos resultados em três seções. Na primeira (A), predominam dados populacionais, do PF e da Estrutura e Processo em RAS que caracterizam as microrregiões de saúde sobre os aspectos relativos à sua formação e população alvo. Na segunda (B), predominam aspectos relativos ao Processo e Resultados, e que envolvem, portanto, os desafios da gestão e da construção da RAS, resgatando depoimentos dos gestores e coordenadores de saúde (B.1), assim como das usuárias (B.2), para ilustrar como a Estrutura reflete no Processo e Resultado. Na terceira e última seção (C), apresenta-se as similaridades e diferenças considerando-se as duas realidades estudadas - no Brasil e em Toronto/Canadá, visto que os dois sistemas de saúde são baseados na mesma política – a do bem-estar social (Mendes, 2013). Convém dizer, ainda, que a aproximação da

pesquisadora com o cenário canadense em uma experiência de campo que durou 9 meses com a coleta de dados in loco permitiu a expansão do olhar sobre a formação das RAS no SUS, possibilitando uma maior contribuição para os resultados encontrados.

A. Caracterização das Microrregiões de Saúde de Bauru e Botucatu em relação às mulheres optantes pela LT e a Formação da RAS

Formar uma RAS depende de inúmeros fatores, dentre os quais se cita conhecer os indicadores relativos ao cuidado que se quer prestar, a definição dos cuidados a serem ofertados, a estruturação da RAS, alinhamentos baseados na política de saúde envolvida, definição de propostas de intervenção, definição de planos de estruturação da linha de cuidado ofertada e o desenvolvimento de ferramentas de gestão para avaliação e acompanhamento do plano implantado (São Paulo, 2010).

As Tabelas 1 e 2, apresentadas na sequência, trazem as características da população de mulheres na região, indicando a população de mulheres em idade fértil (mulheres de 15-49 anos) e, conseqüentemente, as possíveis candidatas à participação nos programas de PF e os tipos de procedimentos realizados pelo SUS baseados no município de residência da usuária relacionados diretamente ao foco dos programas de PF.

Tabela 1 – População Total, População de Mulheres e de Mulheres em Idade Fértil (15-49 anos) segundo CIR e município de residência, IBGE, 2010.

CIR	Município	População Total	Total Mulheres	Mulheres Em Idade Fértil Por Faixa Etária									
				15-19 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos	45-49 anos	Mulheres em Idade Fértil		
	Agudos	34524	17448	1507	1551	1491	1436	1332	1193	1103	9613		
	Arealva	7841	3844	301	281	270	257	254	274	274	1921		
	Avai	4359	2453	251	198	183	180	181	182	159	1334		
	Balbinos	3702	700	45	66	70	42	48	50	36	357		
	Bauru	343937	177288	13039	14488	15518	14716	13232	12668	12673	96434		
	Borebi	2293	1150	111	94	84	93	72	85	84	623		
	Cabrália Paulista	4365	2145	207	166	174	146	169	162	129	1153		
	Duartina	12251	6281	481	485	481	472	452	443	446	3260		
	Iacanga	10013	4849	378	377	403	386	370	326	307	2547		
	Lençóis Paulista	61428	30930	2477	2643	2874	2685	2277	2231	2092	17279		
	Lucianópolis	2249	1131	82	75	99	99	72	63	36	526		
	Macatuba	16259	8107	686	722	703	647	554	590	595	4497		
	Paulistânia	1779	860	63	62	70	66	63	68	52	444		
	Pedernheiras	41497	20636	1841	1761	1725	1674	1605	1370	1368	11344		
	Pirajui	22704	10134	801	746	836	797	678	694	706	5258		
	Piratinga	12072	6086	420	438	534	526	435	392	428	3173		
	Presidente Alves	4123	2085	158	168	168	165	161	135	147	1102		
	Reginópolis	7323	2842	203	210	221	197	193	182	161	1367		
	Anhembi	5653	2744	241	199	224	216	199	184	169	1432		
	Ataíópolis	10579	5126	478	518	443	389	426	351	306	2911		
	Bofete	9618	4712	399	333	335	357	315	310	293	2342		
	Botucatu	127328	65567	4953	5425	5771	5416	4771	4527	4394	35257		
	Conchas	16288	8097	622	655	629	599	548	588	536	4177		
	Itatinga	18052	8822	866	798	784	688	626	588	511	4861		
	Laranjal Paulista	25251	12786	1007	1056	1062	1018	894	824	866	6727		
	Pardinho	5582	2738	244	228	201	213	219	192	148	1445		
	Pereiras	7454	3668	327	288	311	273	257	235	242	1933		
	Porangaba	8326	4050	331	300	275	285	291	265	268	2015		
	Praetânia	4599	2220	192	195	189	189	183	144	143	1235		
	São Manuel	38342	19576	1588	1577	1609	1663	1532	1350	1254	10573		
	Torre de Pedra	2254	1066	79	65	73	75	81	81	80	534		

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Tabela 2 – Proporção de Mulheres em relação à População Total e de Mulheres em Idade Fértil em relação à População Total e Idade Fértil em relação ao geral de Mulheres segundo dados do IBGE, 2010.

CIR	Município	Mulheres em relação à População Total	Mulheres em Idade Fértil	
			População Total	Total de Mulheres
Bauru	Agudos	51%	28%	55%
	Arealva	49%	24%	50%
	Avaí	49%	27%	54%
	Balbinos	19%	10%	51%
	Bauru	52%	28%	54%
	Borebi	50%	27%	54%
	Cabrália Paulista	49%	26%	54%
	Duartina	51%	27%	52%
	Iacanga	48%	25%	53%
	Lençóis Paulista	50%	28%	56%
	Lucianópolis	50%	23%	47%
	Macatuba	50%	28%	55%
	Paulistânia	48%	25%	52%
	Pederneiras	50%	27%	55%
	Pirajuí	45%	23%	52%
	Piratinga	50%	26%	52%
	Presidente Alves	51%	27%	53%
	Reginópolis	36%	19%	52%
Botucatu	Anhembi	49%	25%	52%
	Areiópolis	48%	28%	57%
	Bofete	49%	24%	50%
	Botucatu	51%	28%	54%
	Conchas	50%	26%	52%
	Itatinga	49%	27%	55%
	Laranjal Paulista	51%	27%	53%
	Pardinho	49%	26%	53%
	Pereiras	49%	26%	53%
	Porangaba	49%	24%	50%
	Pratânia	48%	27%	56%
	São Manuel	51%	28%	54%
	Torre de Pedra	47%	24%	50%

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

De acordo com as tabelas 1 e 2, que apresentam os dados sobre população do Censo Demográfico (IBGE 2010), e tendo como base princípios como a integralidade e o direito reprodutivo feminino, entende-se que a construção da RAS para a Saúde da Mulher nestas regiões deve focar a

abrangência de 25% da população. Em números, isso representa cerca de 237.674 mulheres que deveriam ter acesso integral às ações e programas de PF. Entendendo ainda que saúde não é meramente a ausência de doenças, mas sim fruto de um processo que envolve os determinantes sociais de saúde (Souza, Silva e Silva, 2013), o aprofundamento desta análise sobre a região também traz a necessidade de se conhecer, dentre outros fatores, as condições de parto e procedimentos relacionados à LT.

A classificação dos procedimentos como salpingectomia (Tabela 4) assume dupla conotação a partir do momento em que pode se referir à salpingectomia com finalidade exclusiva de LT ou por gestação tubária. Como não há modos de se diferenciar a motivação para a realização do procedimento tendo como base somente os dados SIH/SUS, este dado se materializa como LT neste estudo.

Vale ressaltar que os dados referentes à cidade de Bauru (números marcados nas tabelas com asterisco) estão subestimados devido à intervenção estatal no sistema de saúde no final do ano de 2011. A transição teve como efeito a perda de dados referentes aos procedimentos realizados na maternidade do município, pois o lançamento de dados dos atendimentos na cidade não foi realizado. Assim, todos os dados referentes a partos e parte dos dados referentes às LTs foram perdidos.

Tabela 4 - Totais de Laqueaduras Tubárias e Salpingectomias segundo CIR e município de residência, SIH/SUS, 2008 a 2013.

	município	ano base	Laqueaduras Tubárias					Salpingectomias				
	2008		2010	2011	2012	2013	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bauru	Agudos	0	0	1	5	4	7	1	1	1	0	1
	Arealva	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Avai	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Balbinos	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0
	Bauru	45	46	31	2*	1*	23	9	11	7	3*	1*
	Borebi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cabrália Paulista	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Duartina	0	7	6	0	2	7	0	1	1	1	0
	Iacanga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Lençóis Paulista	0	3	4	1	0	1	3	2	5	3	0
	Lucianópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Macatuba	20	3	7	2	2	1	0	1	1	0	3
	Paulistânia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pederneiras	3	13	14	2	10	0	1	1	1	0	1
	Pirajuí	0	0	0	0	0	5	4	1	0	0	2
	Piratiníngua	0	3	0	1	0	1	0	1	1	0	0
	Presidente Alves	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Reginópolis	7	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	
Botucatu	Anhembi	6	2	1	3	4	0	0	0	2	1	0
	Areiópolis	3	3	0	1	0	0	1	0	1	1	0
	Bofete	0	3	0	2	5	0	0	1	0	1	3
	Botucatu	43	42	47	35	40	1	1	4	8	9	12
	Conchas	2	5	2	3	3	2	3	1	1	1	0
	Itatinga	9	17	13	15	6	0	1	0	4	4	1
	Laranjal Paulista	27	50	29	25	16	1	0	0	1	0	2
	Pardinho	1	2	3	4	1	0	0	0	0	1	0
	Pereiras	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
	Porangaba	3	1	0	2	1	0	0	1	0	1	0
	Pratânia	2	6	4	3	5	0	1	0	0	0	1
	São Manuel	12	8	6	5	4	0	1	0	5	2	2
	Torre de Pedra	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - (SIH/SUS), 2008-2013.

* Os dados marcados com este símbolo são subestimados devido à transição do tipo de gestão da saúde no município.

A Tabela 5 (a seguir) mostra a relação direta entre partos normais e cesarianas (com e sem LT). Números abaixo de 1 indicam índice de cesarianas superior ao índice de partos normais. Os dados ausentes na tabela (marcados com hífen) remetem-se às cidades onde não houve partos no período indicado e à cidade de Bauru, onde houve perda dos dados.

Tabela 5 – Relação entre Partos Normais e Cesarianas segundo CIR e município de residência segundo dados do SIH/SUS, 2008-2013.

município ano base		2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bauru	Agudos	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7	0.6
	Arealva	1.3	1.5	0.7	0.4	0.6	0.7
	Avai	1.8	1.5	1.8	2.0	1.6	-
	Balbinos	1.8	6.0	1.0	3.0	-	-
	Bauru	1.3	1.2	1.1	1.1	-	-
	Borebi	1.0	0.4	0.5	0.4	0.4	0.1
	Cabrália Paulista	3.0	5.7	1.5	1.0	1.3	1.0
	Duartina	2.0	3.3	1.2	0.7	1.0	1.0
	Iacanga	0.6	0.5	0.7	0.5	1.2	0.7
	Lençóis Paulista	0.7	0.7	0.5	0.7	0.5	0.3
	Lucianópolis	0.7	2.2	2.7	0.5	0.9	2.0
	Macatuba	0.3	0.2	0.1	0.2	0.3	0.2
	Paulistânia	-	1.3	2.0	1.7	1.4	-
	Pederneiras	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3
	Pirajuí	1.7	2.9	2.3	3.3	4.2	12.0
	Piratinga	1.3	1.1	0.7	0.6	0.9	0.2
	Presidente Alves	2.0	1.1	1.2	0.9	0.8	-
	Reginópolis	1.7	1.4	1.5	1.2	1.3	-
Botucatu	Anhembi	2.2	2.8	1.7	1.8	2.4	1.3
	Areiópolis	1.9	1.9	1.9	1.9	1.7	1.8
	Bofete	3.1	3.4	2.1	3.0	2.4	2.2
	Botucatu	2.6	2.3	2.0	1.9	1.7	1.6
	Conchas	4.1	3.3	2.3	2.1	2.6	1.1
	Itatinga	3.3	2.6	2.1	2.1	1.8	2.7
	Laranjal Paulista	2.6	2.5	2.5	2.4	2.4	1.1
	Pardinho	1.9	2.3	2.7	1.9	1.1	1.8
	Pereiras	2.4	2.9	3.2	2.9	2.0	1.8
	Porangaba	3.0	1.1	4.1	2.5	2.2	1.8
	Pratânia	3.8	3.3	3.1	1.4	1.7	2.4
	São Manuel	2.8	2.1	2.4	2.2	2.0	1.8
	Torre de Pedra	12.0	2.0	1.1	0.8	3.3	1.4

Fonte: SIH/SUS, 2008-2013.

Os dados ausentes relatam ausência de relação direta entre os dados do período.

Apesar das variações, percebe-se aumento na taxa de cesarianas que não é acompanhado em relação direta pelos dados apresentados na Tabela 4 na maior parte das cidades.

Jesus et al. (2015) nos colocam que a realização das cesarianas, juntamente com as LT, é uma solução mais simples. Embora esta seja uma possibilidade, prevalece, pelos dados apresentados, a realização das LT fora do período de parto. Deste modo, é acumulada para os serviços que atendem a mulher uma lista ou fila de espera para o procedimento, que é tão maior quanto maior a abrangência do serviço, conforme pode ser observado abaixo (Tabela 6):

Tabela 6 - Número de mulheres em fila de espera para a laqueadura tubária levantada junto aos serviços de saúde nas microrregiões de saúde de Bauru e Botucatu, Botucatu, 2015.

CIR	Município de Inscrição	N Mulheres
Botucatu	Botucatu	121
	Laranjal Paulista	6
	Lençóis Paulista	11
Bauru	Presidente Alves	5
	Avai	5
	Cabrália Paulista	4
	Duartina	12

Fonte: Unidades de Saúde. (Arquivo da pesquisadora)

Note-se nesta tabela a ausência do número de mulheres em fila de espera na maior cidade da região (Bauru). Este fato se deve ao motivo explicitado anteriormente, de modificação no sistema de gestão da maternidade no município, gerando perda significativa de dados e também dos dados relativos à fila de espera para a LT. Leve-se em conta que na cidade existe uma outra unidade hospitalar capaz de realizar as LTs (Hospital Estadual de Bauru - HEB). Nesta unidade pode-se realizar o procedimento após aprovação pelo PF na

*Carolina Guizardi Polido - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

cidade de residência. A mulher é encaminhada para a LT por Referência para a unidade, pois não há atendimento não-referenciado neste hospital. Especificamente nesta unidade, temos o inverso sendo relatado: existem vagas para a realização da LT - o que não há, no entanto, são mulheres adequadamente atendidas por programas de PF e corretamente referenciadas à unidade por ausência de contratualização e de programas de PF nos municípios abrangidos pela unidade.

Os dados diretos relativos à cidade de Borebi, que seriam obtidos a partir das entrevistas com o gestor municipal de saúde e possível coordenador de PF também não compuseram esta análise pois não foi possível se obter contato com o gestor municipal de saúde na cidade para agendar a visita e as entrevistas após 8 tentativas de contato em diferentes dias e horários.

Notadamente, o número de mulheres é maior na unidade hospitalar de Botucatu (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – HC-UNESP), cujo hospital é escola, de abrangência regional, de referência para procedimentos especializados e onde, pela própria demanda relativa às características do serviço, atendimentos que não são de caráter urgencial/emergencial ficam em listas de espera para atendimentos que são regulados conforme a disponibilidade de leitos. Nesta unidade, pela ausência de outras unidades hospitalares próximas capazes de realizar o procedimento, e por suas próprias características, a lista de espera abrange mulheres de inúmeros municípios, alguns nem mesmo pertencentes aos DRS-VI.

Embora não haja descrito pela literatura um número ideal para o tamanho das filas de espera, e tendo por base os dados apresentados, a

existência desta lista caracteriza, principalmente no HC-UNESP, uma demanda reprimida alta – são 121 mulheres aguardando o procedimento, em uma unidade que absorve uma demanda média de 55 procedimentos/ano, e onde o sistema de registros atuais não permite uma projeção da procura pelo procedimento, da fila de espera que será gerada ao longo do tempo e mesmo de controle sobre a ordem/organização desta fila de espera.

Caetano (2014), caracteriza uma demanda frustrada para a LT no cenário nacional, e coloca que 76,2% das LT realizadas pelo SUS entre 1996 e 2006 foram efetuadas fora dos critérios estipulados pela legislação atual no que se refere à relação com o parto e ao período mínimo de espera para aconselhamento. Essa situação se assemelha à encontrada na região a partir do momento em que, na maioria dos casos, não é possível se avaliar com fidedignidade o período e forma de aconselhamento realizado às mulheres pela própria ausência de controle adequado sobre a fila de espera para a LT.

Das 164 mulheres levantadas nos serviços e que estão em fila de espera para a LT, houve a seguinte composição para levantamento dos dados:

- Com 52 não foi possível contato pelo retorno de número inexistente da operadora de telefonia ou porque o número não se referia ao da mulher em lista de espera para a LT;
- Com 49 a ligação ia diretamente para caixa postal em 5 tentativas de dias e horários diferenciados;
- Com 16 não houve resposta às tentativas de

contato em 5 tentativas de dias e horários diferenciados;

- Com 47 mulheres se obteve sucesso no contato, porém somente com 44 houve concordância na participação da pesquisa. Destas, 1 constava na lista de espera para a LT, mas havia feito o procedimento há 2 anos. Optou-se por manter seus dados no estudo, pois seu nome estava na lista levantada dentro de um dos serviços para a realização de LT e, seu caso, em especial, ilustra uma parte importante na análise do Processo/Resultado encontrado na fala das mulheres (Tópico B.2.3). As que não concordaram em participar da pesquisa o fizeram por terem pagado pela LT na rede privada (particular) e não gostariam de contribuir com a pesquisa (2 mulheres) e outra por ter desistido da LT e não estar confortável em contribuir com o estudo.

É importante ressaltar a dificuldade encontrada neste estudo em se contatar as mulheres levantadas em fila de espera para a LT nas unidades. Telefones que não correspondem aos informados e nem aos registros encontrados em prontuários foram grandes empecilhos para o desenho do perfil das mulheres que buscam a LT na região. Além disso, sabendo-se que a principal forma de contato com as mulheres que aguardam a LT é por via telefônica, e que nas duas maiores unidades hospitalares da região (HC-UNESP e HEB) as cirurgias são realizadas de acordo com a disponibilidade de leitos, é possível inferir que o problema na regulação da oferta do procedimento está com um entrave na comunicação entre a unidade de referência e a usuária do sistema. Deste modo, além de permanecer um tempo considerável na espera, quando for

chamada pelo serviço, uma boa parte poderá não ser avisada, em função da dificuldade acima relatada.

A respeito das mulheres entrevistadas, apresenta-se o perfil das mesmas:

- Em relação à cor: 56% se autodeclararam brancas, 25% se declaram morenas, 14% pardas e 5% negras. Faz-se necessário salientar que as entrevistas realizadas por telefone e abertura da pergunta para a autodeclaração da cor pela mulher não permitiu a correta identificação da cor “morena” como parda ou branca;
- Em relação à religião: 52% se declararam católicas, 36% evangélicas, 5% cristãs, 5% agnósticas e 2% espíritas;
- Em relação ao hábito de fumar: 30% são fumantes e consomem, em média, 16 cigarros por dia;
- Em relação ao estado de saúde: 32% relataram comorbidades e a mais frequente foi Hipertensão Arterial (18%).

Em relação ao estado civil: no momento da entrevista, 70% declararam-se unidas e 30% se declaram solteiras. Eeckhaut (2015) aponta as mesmas características em relação ao estado civil em sua pesquisa realizada nos

Estados Unidos: a LT é mais procurada por mulheres unidas, principalmente com uniões longas. Na região desta pesquisa, em relação ao número de uniões que tem ou já tiveram, situação semelhante foi entrada, e o seguinte cenário se configura:

- 1 mulher nunca teve nenhuma união estável;
- Entre as que se declararam solteiras:
 - 6 tiveram 1 união anterior;
 - 6 tiveram 2 uniões anteriores;
- Entre as que se declararam unidas:
 - 23 estão unidas há, no mínimo, 9 anos;
 - 8 estão na segunda união, com tempo mínimo de união de 2 anos;
 - 1 está na terceira união, que já dura 14 anos.

Em relação a estudo, renda¹, número de gestações, número de pessoas que habitam a casa e tempo de espera relatado pela mulher à espera de LT, a seguinte situação se configura quando se separa as mulheres em dois sub-grupos: beneficiárias e não beneficiárias de Programas Sociais de Distribuição de Renda²:

¹Em relação à renda, considerou-se como referencial o Salário Mínimo (SM) brasileiro, que em 01/01/2016 atingia o valor de R\$880,00 (Brasil, 2016).

²Considera-se Programas Sociais de Distribuição de Renda neste cenário o Bolsa Família e a Renda Cidadã.

Tabela 7: Variáveis relacionadas às mulheres entrevistadas. Botucatu, 2016.

		Faixa Etária				
		25-29	30-34	35-39	40-44	45 e mais
Inseridas em Programa Social de Distribuição de Renda	Anos de Estudo Completos					
	até 4	0	0	1	0	1
	5 a 7	1	1	2	1	0
	8 a 10	2	1	2	0	0
	11	2	0	0	1	0
	mais de 11	0	0	0	0	0
	Renda Individual					
	até 1SM	3	2	3	1	0
	1 a 1,5SM	2	0	1	1	0
	1,5 a 2SM	0	0	1	0	1
	mais de 2SM	0	0	0	0	0
	Renda Familiar					
	até 1SM	0	1	0	1	1
	1-2SM	4	1	4	1	0
	mais de 3SM	1	0	1	0	0
	Número de Gestações					
	1	0	0	0	1	0
	2	1	1	0	0	0
	3	3	0	1	0	1
	4 e mais	1	1	4	1	0
	Habitantes na Mesma Residência					
	2	0	0	0	0	0
	3	1	0	0	1	0
	4	1	1	1	0	1
	5 e mais	3	1	4	1	0
	Tempo Relatado Espera Fila LT					
	menos de 1 ano	0	0	1	0	0
	de 1 a 1,5 ano	3	1	0	0	0
	1,5 a 2 anos	1	1	2	2	1
	mais de 2 anos	1	0	2	0	0
Não inseridas em Programa Social de Distribuição de Renda	Anos de Estudo Completos					
	até 4	1	1	0	2	0
	5 a 7	0	0	1	1	0
	8 a 10	1	5	2	0	0
	11	3	4	4	0	2
	mais de 11	0	1	0	0	1
	Renda Individual					
	até 1SM	2	6	5	2	1
	1 a 1,5SM	3	4	1	1	1
	1,5 a 2SM	0	0	1	0	0
	mais de 2SM	0	1	0	0	1
	Renda Familiar					
	até 1SM	1	1	1	2	1
	1-2SM	1	4	2	0	0
	mais de 3SM	3	6	4	1	2
	Número de Gestações					
	1	0	0	1	0	0
	2	1	3	3	0	2
	3	4	3	0	2	0
	4 e mais	0	5	3	1	1
	Habitantes na Mesma Residência					
	2	0	2	1	0	1
	3	0	0	1	0	1
	4	0	2	1	1	0
	5 e mais	5	7	4	2	1
	Tempo Relatado Espera Fila LT					
	menos de 1 ano	1	3	1	0	1
	de 1 a 1,5 ano	0	3	2	0	0
	1,5 a 2 anos	2	0	2	0	0
	mais de 2 anos	2	5	2	3	2

Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Salienta-se que, devido à configuração do estudo, não é possível se estabelecer uma relação de causa-consequência entre ser beneficiária de programa de distribuição de renda com os outros fatores mencionados na tabela.

Ao se relacionar a renda individual e familiar com os anos de estudo da mulher, temos a seguinte distribuição:

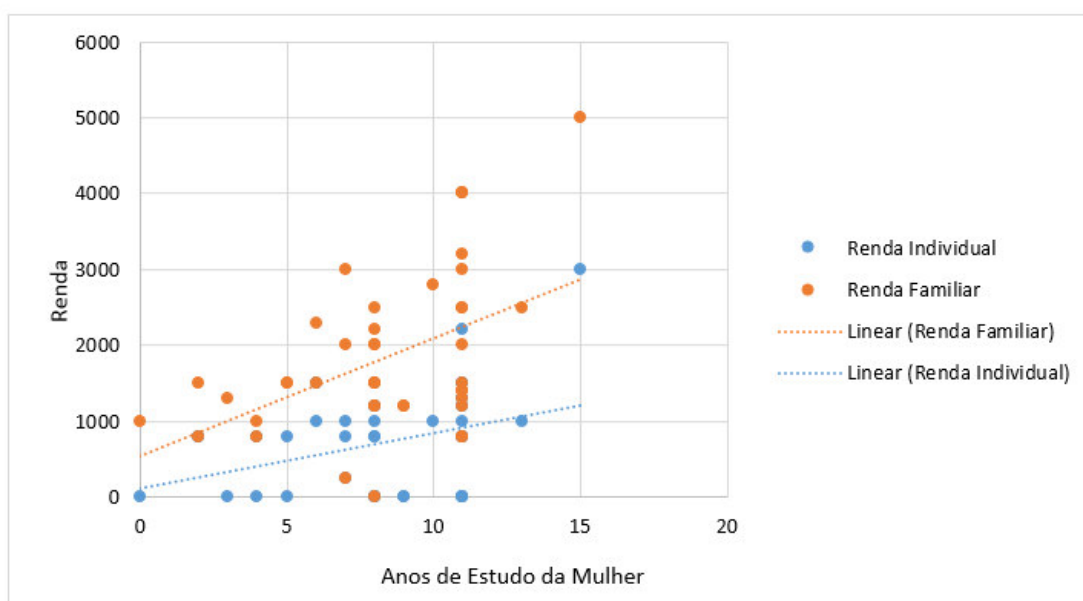


Figura 2 - Distribuição da renda individual e familiar em função dos anos completos de escolaridade das mulheres optantes pela laqueadura tubária nas microrregiões de saúde Bauru e Botucatu. Botucatu, 2016.

Esta figura permite a inferência já detectada no Brasil (IBGE, 2010a; IBGE, 2010b) de que os anos de estudo tem ampla influência tanto na renda individual como familiar.

Ainda, ao se relacionar número de filhos com anos de estudo, percebe-se que os anos de estudo têm influência direta sobre a redução do número de filhos, como já demonstrado em estudos anteriores de base

*Carolina Guizardi Polido - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

populacional (IBGE, 2010a; IBGE, 2010b), e se observa também na figura a seguir (Figura 3):

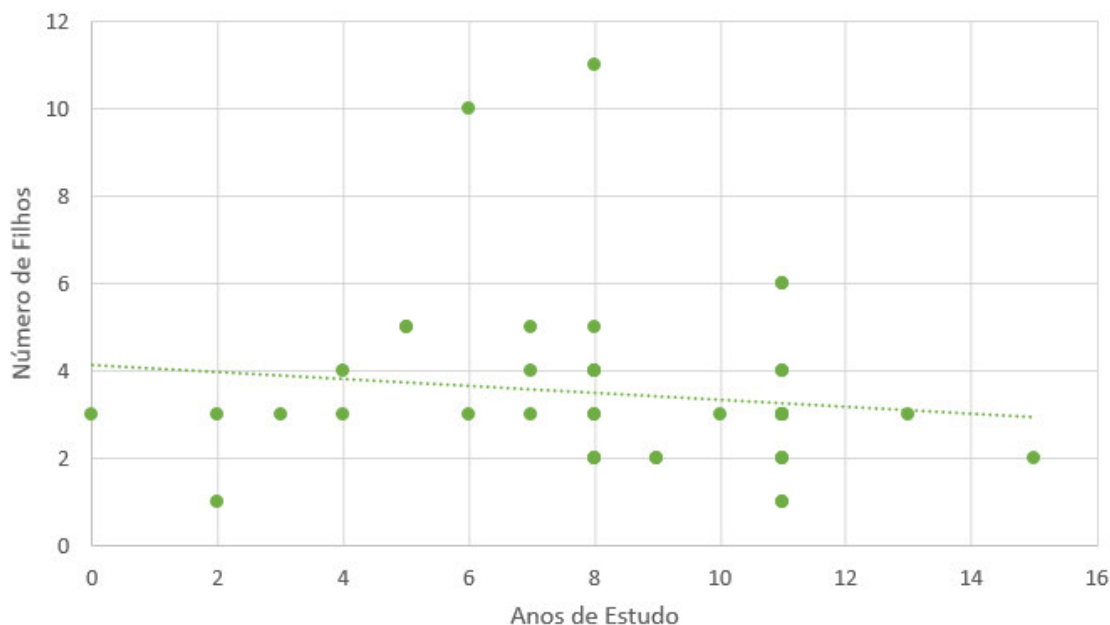


Figura 3 - Distribuição do número de filhos e familiar em função dos anos completos de escolaridade das mulheres optantes pela laqueadura tubária nas microrregiões de saúde Bauru e Botucatu. Botucatu, 2016.

Entre as mulheres entrevistadas, há um predomínio de partos normais em relação às cesarianas, porém algumas mulheres tiveram os dois tipos de parto. A somatória dos partos nos mostra 99 partos normais contra 41 cesarianas, e 20% das mulheres tiveram os dois tipos de partos (em gestações diferentes); 16% (7 mulheres) declararam ter sofrido aborto ao menos uma vez e, destas, 43% (3 mulheres) tiveram dois abortos.

Sobre anticoncepção, 100% das mulheres afirmaram conhecer pelo menos 1 método contraceptivo, porém, 27% nunca fez uso regular de métodos de

barreira ou hormonais, 57% já usou métodos hormonais orais femininos, 9% relatou uso de métodos de barreira masculinos, 7% relatou uso de método hormonal injetável feminino, 5% relatou o uso (em momentos diferentes) de métodos de barreira masculino e hormonal oral feminino e 5% relataram uso de dispositivo intrauterino. O uso irregular de anticoncepção oral feminina foi ainda descrito como motivo para a busca pela laqueadura tubária por 50% das mulheres que aguardam o procedimento.

O uso irregular de outros métodos contraceptivos indica possíveis falhas no atendimento do PF, que tem como função principal orientar o uso destes métodos e auxiliar no planejamento reprodutivo. Este cenário de falta de acesso a outros métodos e de informação sobre contracepção é descrito por inúmeros estudos nacionais, dentre os quais se cita Nicolau et al. (2011), que evidenciam a historicidade dos usos de métodos hormonais ou da LT como preferência de contracepção no cenário brasileiro, e apontam a LT como a alternativa utilizada pelas mulheres de seu estudo para se ter controle de sua história reprodutiva por falhas no acesso ao PF e outros métodos temporários. No mesmo estudo, houve uma correlação positiva entre o número de filhos e a busca pela LT, e também entre o número de perdas obstétricas para a realização mais tardia da LT. Fontenele e Tanaka (2014) também nos trazem o cenário atual de falhas ou não uso de outros métodos contraceptivos previamente à LT, evidenciando ainda a falta de uma RAS efetiva em PF que auxilie as escolhas pelos métodos contraceptivos e indique corretamente as LT.

O acesso ao PF é fator de interferência direta sobre o número de gestações não planejadas. Em relação ao planejamento da gestação, temos 44 gestações não planejadas, que se distribuem da seguinte forma (Tabela 8):

*Carolina Guizardi Polido - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

Tabela 8 - Incidência de gestações não planejadas entre as mulheres entrevistadas em fila para laqueadura tubária. Botucatu, 2016.

Número de gestações não planejadas	Número de mulheres
1	15
2	4
3	11
4	9
5	3
7	1
9	1

Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Em relação à orientação que receberam relativas à solicitação da LT somente 23% das mulheres foram atendidas por equipes de PF, 68% relataram ter sido atendidas e encaminhadas somente pelo profissional médico e 9% relataram não ter recebido nenhum tipo de orientação em relação à LT. Ainda, 9% relataram ter feito o procedimento após solicitação ao médico nos momentos imediatos à cesariana. Observa-se deste modo as falhas na construção tanto das ações quanto dos programas de PF, que não estão absorvendo a demanda do acesso ao serviço, caracterizando a ineficácia nesta atuação na região, e provável situação de irregularidade na realização do procedimento.

A ineficácia da rede de atendimento em PF, principalmente no tocante ao auxílio na decisão pela LT, também foi encontrada em estudo de Souza et al. (2013) no Maranhão, e os autores apresentam uma falta de informação sobre o procedimento informada por 50% das mulheres de seu estudo, o que caracteriza, segundo os mesmos, ilegalidade e falha na indicação do procedimento. A falta de informação sobre a LT também é descrita no Congo,

em estudo de Lutala, Hugo e Luhiriri (2011), indicando que este problema não é específico da realidade brasileira.

Utilizando-se a análise de correlação de Spearman para distribuição bicaudal dos dados sobre as mulheres desta amostra, as seguintes correlações se mostraram relevantes:

- Em relação aos anos de estudo:
 - com renda familiar: a maior escolaridade é correlacionada à ocorrência de maior renda familiar (ρ 0,356; $p=0,05$), portanto há uma influência direta e positiva na escolaridade sobre a renda;
 - com número de gestações: a maior escolaridade está correlacionada a menor número de gestações (ρ -0,301; $p=0,05$), o que indica, possivelmente, maior controle sobre a própria fertilidade;
- Em relação à renda individual:
 - com renda familiar: a maior renda individual está correlacionada a maior renda familiar (ρ 0,515; $p=0,01$), indicando que a renda individual influencia diretamente a renda familiar;
- Em relação à renda familiar:
 - com números de partos normais: o maior valor de renda familiar é correlacionado a menor valor de

partos normais (ρ -0,309; $p=0,05$) e maior valor de partos por cesarianas (ρ -0,434; $p=0,05$), podendo indicar a busca por partos via cesarianas conforme aumenta a renda;

- Em relação ao tempo de união atual:

- com o número de filhos: o maior tempo de união atual está correlacionado a maior número de filhos na união (ρ 0,631; $p=0,01$) e a menor número de filhos de união anterior (ρ -0,702; $p=0,01$), possibilitando a inferência de que o tempo de união interfere na quantidade de filhos;

- com o número de gestações não planejadas: o maior tempo de união atual está correlacionado a menor ocorrência de gestação não planejada (ρ -0,329; $p=0,05$), indicando maior planejamento sobre quantos filhos, o que se confirma com o dado abaixo sobre uso de contraceptivos;

- com tempo de uso de contraceptivos: o maior tempo de união atual está correlacionado a maior tempo de uso de métodos contraceptivos (ρ -0,423; $p=0,01$), confirmando que há melhor planejamento das gestações de acordo com o tempo de união;

- Em relação ao número de uniões anteriores:

- com o número de filhos: quanto maior número de uniões anteriores, menor o número de filhos na

união atual (ρ -0,740; $p=0,01$) e maior o número de filhos tidos em uniões anteriores (ρ 0,764; $p=0,01$), indicando que mulheres com maior número de uniões apresentam maior tendência a ter filhos gerados em seus relacionamentos;

- Em relação ao número de gestações:
 - com o número de partos normais: o maior número de gestações está correlacionado à maior ocorrência de partos normais (ρ 0,728; $p=0,01$), e, ao se interpretar este dado utilizando-se a relação apresentada entre anos de estudo e número total de gestações, percebe-se que menor escolaridade e conseqüente menor renda influenciam diretamente o controle da própria fertilidade;
 - com a ocorrência de gestações planejadas: o maior número de gestações está correlacionado a maior número de gestações planejadas (ρ 0,650; $p=0,01$), indicando maior vontade das mulheres de ter filhos, possivelmente relacionado também ao número de uniões;
- Em relação ao planejamento das gestações:
 - com o tempo de uso de contraceptivos: maior ocorrência de gestações planejadas estão correlacionadas a maior tempo de uso de contraceptivos (ρ 0,396; $p=0,01$) e gestações não planejadas correlacionadas a

menor tempo de uso de contraceptivos (p 0,564; $p=0,01$), fortalecendo a indicação de que o uso de contraceptivos auxilia o controle sobre a própria fertilidade.

No momento da segunda rodada de entrevistas, distante da primeira por um tempo de pelo menos 6 meses, e quando o objetivo foi conhecer a situação de ter realizado ou não a LT durante o decorrer da pesquisa, a seguinte situação foi encontrada:

Tabela 9 - Status das mulheres em relação à laqueadura tubária no momento da segunda entrevista e tempo médio relatado de espera relatado pela mulher para a realização do procedimento em meses. Botucatu, 2016.

Faixa Etária (Anos)	Status	Laqueadura Feita	Tempo Médio de Espera (meses)	Aguarda em Fila de Espera	Tempo Médio de Espera (meses)
25 - 29		4	10.5	6	28
30 - 34		8	20.5	5	20.4
35 - 39		7	23.3	5	40.8
40 - 44		0	0	5	41.2
45 e acima		2	22	2	47

Fonte: arquivo da pesquisadora.

Pela tabela apresentada acima pode-se inferir que o tempo de espera para a realização da LT é alto, e aumenta conforme aumenta a idade da mulher. Este tempo elevado pode estar relacionado à configuração da RAS em LTs e insuficiente gestão da RAS neste aspecto, como se demonstra na Tabela 10:

Tabela 10 - Descrição da Rede de Atenção ao Planejamento Familiar com foco na Laqueadura Tubária nas regiões do estudo. Botucatu, 2014-2015.

CIR	Município	PF: Ações ou Coordenado				Registra a procura?	Hospital para a realização da LT	Meta Pactuada	Demanda LT	Mulheres aguardando LT
		Programa?	Coordenado?	Equipe Completa	Programa					
Bauru	Agudos	Programa	sim	sim	sim	sim	sim	não	não sabe	não
	Areálva	Ações	sim	não	não	sim	não	não	não sabe	não sabe
	Avai	Ações	sim	não	não	sim	não	não	2/ano	4
	Balbino	Ações	sim	não	não	sim	não	não	2/ano	não
	Bauru	Ações	sim	não	não	não	sim	não	não sabe	não sabe
	Cabrália Paulista	Ações	sim	não	não	sim	referenciado	não	2/mês	4
	Duartina	Programa	sim	sim	sim	sim	sim	não	4/mês	12
	Iacanga	Programa	sim	sim	sim	sim	referenciado	sim	8/ano	não
	Lençóis Paulista	Programa	sim	sim	sim	sim	sim	não	não sabe	11
	Lucianópolis	Ações	sim	sim	sim	sim	referenciado	não	4/ano	2
	Macatuba	Programa	sim	sim	sim	sim	sim	não	2/mês	não
	Paulistânia	Programa	sim	sim	sim	sim	referenciado	não	5/ano	não
	Pederneras	Ações	sim	sim	sim	sim	referenciado	não	não sabe	1
	Pirajuí	Ações	sim	não	não	prontuário	referenciado	não	não sabe	não
	Piratiniga	Ações	não	não	não	prontuário	referenciado	não	não sabe	não
Botucatu	Presidente Alves	Ações	não	não	sim	sim	referenciado	não	não sabe	5
	Reginópolis	Ações	Sim	não	sim	sim	referenciado	não	10/ano	não
	Anhembi	Ações	não	não	prontuário	prontuário	referenciado	não	não sabe	não sabe
	Areiópolis	Ações	não	não	sim	sim	referenciado	não	não sabe	não sabe
	Bofete	Ações	não	não	prontuário	prontuário	referenciado	não	não sabe	não sabe
	Botucatu	Ações	não	não	não	não	sim	não	não sabe	não sabe
	Conchas	programa	sim	não	sim	sim	não	20/ano	menor que o PPI*	não
	Itatinga	Ações	não	não	prontuário	prontuário	referenciado	não	não sabe	não
	Laranjal Paulista	Programa	sim	sim	sim	sim	sim	não	4/mês	6
	Pardinho	Ações	não	não	prontuário	prontuário	referenciado	não	não sabe	não
	Pereiras	Ações	sim	não	prontuário	prontuário	referenciado	não	não sabe	não
	Porangaba	Ações	não	não	prontuário	prontuário	referenciado	não	não sabe	não
	Pratânia	Programa	sim	sim	prontuário	prontuário	referenciado	não	não sabe	não
	São Manuel	Ações	sim	não	sim	sim	referenciado	não	não sabe	não
	Torre de Pedra	Ações	sim	não	prontuário	prontuário	referenciado	não	1/ano	não

Fonte: Arquivo da pesquisadora. *PPI - Plano Pactuado Integrado de Metas

A leitura da Tabela 10 permitiu identificar falhas no processo de gestão relacionadas, principalmente, à configuração da RAS. Apesar da menção de equipes completas e da presença de um coordenador de PF na maioria dos municípios, percebe-se pelos dados apresentados a ausência de conhecimento adequado sobre a demanda pelo procedimento nas cidades das duas microrregiões de saúde, inviabilizando, assim, a pactuação de metas e oferta do PF conforme disposto na legislação vigente. Dado marcante também é a ausência de hospital devidamente cadastrado como de referência para o atendimento de mulheres que desejam a LT em quatro cidades e, apesar da existência de estrutura hospitalar adequada em 16 cidades da região, apenas 7 cidades realizam o procedimento. O resultado, como esperado, é o acúmulo de mulheres em filas de espera para a realização do procedimento, principalmente na região de Botucatu, onde ainda uma unidade hospitalar (Conchas) foi descredenciada para realização de LTs por falta de equipe completa e uma unidade hospitalar da região (Laranjal Paulista) responde apenas pelos procedimentos de seus municípios.

Na construção da rede ainda temos que levar em consideração que a inexistência de um Programa de PF devidamente pactuado e registrado junto ao DRS em 21 municípios, o que impede a referência direta das mulheres para as unidades hospitalares para a realização das LT, causando acúmulo das mesmas em listas nos próprios municípios. Nestes casos, a realização da LT é feita mediante a solicitação de vaga via Central de Regulação de Vagas Regional para o hospital que ‘aceitar o caso’, o que significa tempo de espera indeterminado ou, se a cidade for referenciada para o HC-UNESP, a mulher será encaminhada para atendimento pelo Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia e, após avaliada,

entrará ou não para a lista de espera.

Com relação ao tempo de espera, Moaddab et al. (2015) colocam em cheque o período mínimo mandatório de 30 dias para a realização de LT eletiva nos Estados Unidos, colocando o ponto de vista de que o tempo de espera para a realização da LT contradiz os direitos garantidos pela legislação naquele país. Com este dado, permite-se estabelecer que a questão relacionada ao tempo de espera é relativa, e deve levar em conta o contexto legal e de saúde de cada país.

Tome-se por base neste momento a legislação atual sobre a Saúde. A Constituição Federal, Seção II Art. 196, 197 e 198 (Brasil, 1988), que dispõe sobre o conceito de saúde, a relevância das ações e serviços e a formação da rede hierarquizada e regionalizada em saúde, apoiadas com a Lei 8080 (Brasil, 1990), que dispõe sobre a proteção, promoção e recuperação da saúde dentro da organização e funcionamento do SUS, as NOB/NOAS (Brasil 2001a; Brasil, 2001b; Brasil, 2002), o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b), o COAP (Brasil, 2011) e Rede Cegonha (Brasil, 2012), que incentivam a melhoria na formação das RAS dentro dos conceitos de regionalização e hierarquização, e pode-se perceber que na região ainda persiste o modelo fortemente fragmentado de assistência à saúde, que não se enquadra nos modelos preconizados pela legislação vigente.

A assistência em PF não está sendo adequadamente ofertada para a cobertura da população de mulheres na região, mostrando elos fracos na construção da RAS que tangem, principalmente, à contratualização como

*Carolina Guizardi Polido - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

proposta pela legislação e à assistência regionalizada e integral. Deste modo, acredita-se que a LT esteja sendo a solução encontrada pelas mulheres para o controle da própria fertilidade, o que já foi evidenciado também em outras regiões brasileiras. Ainda, o desenho deste estudo, as evidências das falhas nos processos de PF e a busca da LT por mulheres jovens e na maioria sem comorbidades permite a conclusão de que esta opção ocorre pela falta de conhecimento e de oferta de outros métodos contraceptivos mais adequados à realidade de cada uma destas mulheres.

B. Os Desafios da Gestão

Inicia-se aqui o tratamento de dados qualitativos obtidos na pesquisa de campo. Neste ponto os resultados se dividem para a compreensão da Estrutura/Processo na fala dos gestores municipais de saúde e coordenadores de PF e de Processo/Resultado nos depoimentos de usuárias da RAS que aguardam a LT ou a fizeram no decorrer deste estudo.

Sobre os gestores municipais de saúde, é relevante dizer que na região existe o predomínio gestores com mais de 5 anos de experiência na área de gestão e mais de 40 anos de idade, com formação na área da saúde ou correlata. O tempo de gestão não se limitou ao município onde ele atua no momento, ou seja, considerou-se tempo de experiência anterior na gestão (vide questionário de coleta de dados com o gestor municipal de saúde, Apêndice 3), uma vez que a experiência profissional dos gestores pode influenciar o modelo operacional adotado e seu desenvolvimento.

Para Lorenzetti et al. (2014), a gestão é apontada como um problema principal e de intervenção desafiadora e prioritária, que tem como principais fragilidades o despreparo profissional para o exercício da administração e organização do sistema, lentidão na incorporação de tecnologias, alta rotatividade de gestores nas esferas públicas e lentidão de processos. André, Ciampone e Santelle (2013) indicam que se deve investir, durante a graduação, na construção de competências de gerenciamento dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente com gestão de unidades básicas, para que consigam se adaptar e adaptar seu trabalho às inovações do sistema de saúde. É fato que neste momento, pelo desenho deste estudo e pelo caráter da pesquisa, não foi possível se observar como e quanto estes aspectos interferem na formação da RAS, sendo esta uma fragilidade deste estudo.

B.1 – A compreensão da RAS em LT através das falas dos gestores e coordenadores

A construção das falas que ilustram os tópicos desta seção foi feita com base nas anotações referentes às entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde e com coordenadores de PF (Apêndice 3 e Apêndice 4).

B.1.1 – Existe dificuldade para se formar/manter as Equipes de PF

“É muito difícil a gente conseguir manter médico aqui. A cidade é muito pequena, o comércio é fraco, eles não conseguem manter consultório. E muitas vezes a população busca médico na cidade vizinha, que é maior.” (G13)

“Cidade pequena é assim, o médico não para, e aí não tem programa que vai dar certo. Ainda mais porque tem a UNESP aqui perto, e todo mundo quer ir para lá. Não importa se o médico que tem aqui é bom, lá os pacientes acham que é sempre melhor.” (G22)

“Para mandar a mulher para laqueadura eu tenho que formar uma equipe de planejamento familiar. Para isso eu preciso de um médico ginecologista. Tenho um que vem aqui atender a cada 15 dias, e ele atende as coisas mais urgentes. Os outros médicos querem que a paciente passe com ele antes de encaminhar ou falam que é pra ele encaminhar.” (G45)

Presente nas falas de gestores de saúde e coordenadores de PF das menores cidades, esta fala remete à dificuldade em se contratar e principalmente manter uma equipe médica e de se referenciar ou contrarreferenciar usuárias do sistema.

Os agravantes mais relacionados são referentes à dificuldade econômica dos municípios por serem cidades pequenas, sem condições de manutenção para consultórios médicos, e pela busca dos munícipes destas cidades de médicos “tradicionais” em cidades vizinhas e maiores. Ainda, devido ao número pequeno de habitantes, a exigência pela carga de trabalho médica é baixa, e em alguns municípios o atendimento em ginecologia/obstetrícia é realizado uma vez na semana.

Na fala dos gestores/coordenadores foi possível perceber que as consequências deste fato recaem sobre a rotatividade da equipe médica, que não se fixa nas cidades.

Girardi et al. (2013), Warling et al. (2015), Gonçalves et al. (2014) e Costa et al. (2013) discorrem sobre a questão da rotatividade da equipe, e seus achados remetem à ausência do médico se mostra principalmente nos períodos de junho e dezembro (Girardi et al., 2013), tendo como condicionante a precarização das relações de trabalho (Warling et al. 2015; Costa et al. 2013). Os

*Carolina Guizardi Polido - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

achados dos autores ilustram a situação relatada nas falas acima, quando se tem preferência por serviços de saúde maiores (e conseqüentemente mais estáveis), em detrimento da manutenção das equipes em cidades menores, onde as próprias condições de econômicas e de mercado impossibilitam a manutenção de atividades complementares de renda.

Vale ressaltar neste ponto que a ausência de uma equipe de PF, considerada como parte essencial da Estrutura, interfere diretamente no Processo, visto que a ausência desta equipe impossibilita o conhecimento sobre a real demanda dos municípios sobre o procedimento. Sem o conhecimento sobre a demanda não há meta a ser pactuada entre o município e a unidade hospitalar prestadora de serviços. Deste modo, o caminho a ser percorrido pela mulher depende de “encaixes” conquistados via DRS, o que demanda maior tempo de espera.

Ainda, mudanças bruscas nos modelos de gestão tem forte influência, pois acabam por desestabilizar estruturas anteriores, como no caso da cidade de Bauru, onde houve imensa perda de dados em todos os aspectos relativos à gestão das equipes de PF, como se percebe na fala abaixo:

“A cidade é muito grande, e toda as mudanças da gestão da saúde fizeram a gente perder os dados que a gente tinha sobre essas mulheres. Inclusive o hospital que a gente fazia não pode mais fazer porque está cadastrando, e a equipe também. Ai complica.” (G38)

Esta alteração desintegrou a equipe e o serviço de PF anterior, ocasionado perda significativa dos dados referentes ao PF e, ainda, pela transição no modelo de gestão, estas perdas se estenderam também para o quantitativo de procedimentos realizados na maternidade do município, como se

*Carolina Guizardi Polido - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

observou nas tabelas 3, 4, 5, 6 e 10 (páginas 51, 53, 54, 55 e 70).

A literatura indexada atualmente não nos traz contribuições para a discussão acerca deste tipo de mudança no modelo de gestão e as implicações para o sistema. O que se percebe, no entanto, é que esta mudança acarretou uma grande perda de dados tanto para o município quanto para o controle de procedimentos realizados via SUS devido à fase de transição.

Silva e Benito (2013) nos trazem que um grande desafio para a gestão em saúde atual é lidar com a mercantilização da saúde, e que uma possível estratégia recaia sobre o protagonismo dos gestores municipais no processo de consolidação do SUS e na necessidade de fortalecer as uniões e representações intermunicipais para se atingir a integralidade da atenção em saúde. No entanto, para a formação das redes temáticas em saúde (como é o caso da RAS deste estudo), devem existir condições que Cecílio *et al.* (2012) caracterizam como “materiais e simbólicas” para apoiar o funcionamento da estrutura chave para o atendimento integral em saúde – as unidades básicas, que podem ser ainda o elemento chave nos processos regulatórios em saúde (Cecílio *et al.*, 2012).

B.1.2 – Existe dificuldade com os processos regionalizados e descentralizados

“A gente não tem equipe de planejamento familiar formada. Então não adianta a gente ter as ações. Tudo demora muito porque o encaminhamento é feito via DRS.” (G12)

Nas cidades onde não há equipe de PF formalmente cadastrada, todos os encaminhamentos são feitos via central de regulação médica atrelada ao DRS ou encaminhamento ao Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do HC-UNESP. Como já citado, estes casos dependem de unidades que ‘aceitem o caso’ e iniciem o atendimento da mulher. Isso denota ausência de Estrutura, e a ausência da Estrutura interfere diretamente no Processo. Nas duas regiões, 4 cidades relataram estar na dependência de autorização e vaga de procedimentos via DRS, e somente 1 município relatou ter meta pactuada para a realização de LT.

Na região de Botucatu, especificamente, 11 municípios referenciam as mulheres diretamente para o HC-UNESP. Leve-se em conta que o hospital de referência é escola e especializado, e que a demanda por procedimentos de urgência/emergência sobrepuja a demanda por procedimentos eletivos, como a LT. A consequência recai sob os fatos observados – uma grande lista com elevado tempo de espera para a realização da LT.

A falta de conhecimento sobre a demanda do município e a descentralização das ações do PF também interferem diretamente sobre o resultado do processo de solicitação das LT. O registro médico realizado somente em prontuários tende a causar significativa perda de dados, pois os encaminhamentos nem sempre dependem exclusivamente do profissional médico, e a solicitação pode acabar sendo ‘esquecida’ dentro do prontuário das pacientes até sua próxima consulta na unidade de saúde, ou até que alguém “descubra” que a mulher deseja se submeter à LT, como se observa na fala

abaixo:

“A gente tem só as ações de planejamento familiar. Cada mulher que procura esse tipo de informação o médico registra só no prontuário dela. Se ele não me fala, eu não sei que a mulher quer laqueadura e não tenho como encaminhar.”
(G21)

Além disso, essa ausência de registro unificado ou centralizado inviabiliza o conhecimento da demanda real do município, e sem conhecer a demanda não existe pactuação de metas. Se não existe equipe formal de PF, também não existe hospital de referência e o processo todo é solicitado via DRS. Assim, a cadeia de gestão se interrompe novamente na Estrutura e impede a continuidade da assistência de forma integral de acordo com os preceitos do SUS.

Bedin et al. (2014) enfatizam ainda que não há um modo único capaz de decifrar e operar a gestão da saúde coletiva, o que torna esta tarefa desafiadora, dependente da vivência dos sujeitos envolvidos e das metas que se queira alcançar, pois nem sempre há convergência de metas e resultados esperados dentro do espaço macro (ou regional). A regionalização, segundo Albuquerque (2013), ainda se mostra como uma importante ferramenta para induzir as mudanças políticas e de planejamento no SUS, fortalecendo as RAS e aumentando a eficácia do Estado para a garantia do acesso integral à saúde. No entanto, existe uma divergência político-teórica nacional e internacional entre a regionalização e a formação das RAS, sendo necessário uma redefinição de valores para que se consiga melhorar a eficiência do sistema (Albuquerque e Viana, 2015).

B.1.3 – Não existe contrarreferência das mulheres encaminhadas

“É muito difícil a gente saber se a mulher vai conseguir ou não fazer a laqueadura porque não tem nenhum tipo de retorno de lá. Eu só consigo esse tipo de retorno se eu mandar meu agente de saúde atrás da mulher. Aqui isso funciona porque a cidade é pequena. Nem sei como eles fazem nas maiores.”
(G25)

O funcionamento inadequado do sistema de referência e contrarreferência coloca mais entraves ao sistema a partir do momento em que não se sabe o resultado da solicitação do procedimento. Independentemente do nível de atenção, o sistema de referência e contrarreferência é um dos elementos chave para a adequada gestão de processos no SUS, e a descontinuidade neste processo interfere na integralidade da assistência em saúde.

Este relato, presente nas entrevistas realizadas com os gestores e coordenadores nos municípios que contam somente com as ações em PF, demonstra a fragilidade do sistema relativa ao trânsito das informações dos usuários.

O mesmo problema foi relatado em diversos estudos que abrangem outras linhas de atenção, dentre os quais se cita Lopes, Vieira e Lana (2015), sobre a articulação das redes de cuidado em tuberculose, que nos trazem que a rede apresenta falhas no sistema de contrarreferência e, portanto, não possibilita o atendimento dos indivíduos como preconizado pela atual legislação em saúde, sendo evidente a fragmentação do sistema; Lopes et al. (2014), sobre a rede de cuidados a portadores de HIV em um município no interior do estado de São

Paulo, que relatam que a rede existente é complexa e fragmentada, sendo necessário maior empenho dos profissionais para a assistência integral aos indivíduos; Brito *et al.* (2014), para quem a ausência de contrarreferência adequada e fragmentação do sistema na rede de atenção ao idoso no norte do estado do Ceará são apontadas como um empecilho para o atendimento integral e para a agilidade na prestação do cuidado; e também por Luiz, Nakano e Bonan (2015), em estudo com territórios integrados em atenção à saúde, que demonstram a dificuldade dos profissionais em se adaptar ao modelo integral de prestação de cuidados em saúde de maneira efetiva, entre inúmeros outros textos relacionados ao assunto.

Como elucidado na seção A deste capítulo, a composição da RAS na região apresenta elos extremamente frágeis com relação à Estrutura, que interferem no Processo/Resultado de forma incidente, apesar de todos os esforços para a construção de um sistema de saúde integrado e eficiente. Percebem-se falhas que remetem principalmente ao capital humano envolvido no sistema, e que recai sobre a falta de envolvimento com os processos básicos e gestão do cuidado para a efetivação das ações e programas de PF.

O plano recente de expansão da atenção médica no Brasil (Programa Mais Médicos, COAPES) e de adequação da atenção especializada (Rede Cegonha), apesar de motivar a mobilização do profissional médico para as cidades menores e favorecer a construção de RAS mais eficazes, não só (mas especialmente) em Saúde de Mulher, ainda não conseguiram atingir os objetivos

*Carolina Guizardi Polido - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

que dependem, em sua maioria, do comprometimento das pessoas envolvidas e envolve, possivelmente, articulação política e diferentes aspectos da gestão relacionados à formação das RAS. Essa dificuldade, que se expressa sob os aspectos de formação e consolidação das RAS, necessita de estratégias que viabilizem as melhorias das condições de integração e regionalização, principalmente entre os municípios de pequeno porte, onde a estrutura municipal não permite a alocação do profissional médico em atividades secundárias e, portanto, são considerados menos atrativos do ponto de vista econômico.

Salienta-se que é necessária também maior integração entre os gestores de saúde, que são as ferramentas humanas capazes de interagir mais fortemente sob os processos de formação das RAS regionalizadas, e que poderiam suprir esta demanda ao articular os serviços.

B.2 – A compreensão da RAS em LT através das falas das usuárias

B.2.1 – Acesso facilitado pela relação pessoal com profissional

“Então, pra mim foi rápido, porque eu conheço um médico que trabalha lá, aí ele já tinha feito da minha sobrinha de 23 anos, e agilizou pra mim a minha laqueadura...” (M35)

O fato acima ilustra a influência da rede de amizade sobre o resultado final do processo em questão. Conhecer alguém dentro da unidade hospitalar de referência e/ou trabalhar na unidade foram questões que apareceram nas entrevistas das mulheres em fila de espera para a laqueadura

tubária.

No contraponto, temos as mulheres que estão aguardando há muitos anos, sem ter nenhum tipo de resposta do sistema:

“Nossa... já faz uns dois anos que eu fui lá pra solicitar a minha laqueadura. Passei no médico, no Planejamento Familiar aqui na minha cidade, levei os papéis e fiz os exames que pediram lá no hospital e tudo mais, mas nunca me ligaram pra marcar o dia. Agora chamaram pra fazer o exame de novo, porque aqueles que eu fiz já venceram. Vamos ver se agora dá certo de fazer.” (M10)

“Nossa! Verdade que meu nome ainda tá lá? Nem sabia! Desde que eu deixei meu nome lá há 3 anos nunca me ligaram pra falar nada!” (M37)

e aquelas que só conseguem o procedimento mediante insistência no serviço de referência:

“Já fazia dois anos que eu tinha pedido pra fazer a laqueadura e tinha passado nas consultas lá no médico, aí eu fui lá perguntar porque que eles não tinham me chamado. Acredita que eles tinham perdido meus papéis? Aí eu fiz tudo de novo, e foi rápido até. Em seis meses tinha feito minha laqueadura. Mas tive que passar em todas as consultas de novo. Médico, Psicólogo, Assistente Social, tudo!” (M39)

Como percebido pelas falas acima, as portas de entrada “alternativas” do sistema acabam por agravar a situação das mulheres que aguardam nas listas oficiais a realização do procedimento.

Esse entrave fica mais claro ainda quando a mulher considera “sorte” ter feito o procedimento em menos de 1 ano de espera:

“Ah, eu tive muita sorte. Quando eu estava lá internada passou um médico perguntando se tinha alguém que queria fazer laqueadura, aí dei meu nome pra ele, ele me mandou passar numas consultas e eu consegui fazer com um ano certinho que tinha pedido.” (M22)

Todas essas falas ilustram a dificuldade de acesso à LT pelas mulheres e demonstram as fragilidades do sistema. Conhecer alguém ou ter partos cesarianos é apontado por algumas mulheres como um fator facilitador para se conseguir o procedimento, enquanto aquelas que não tem uma rede de influência ou tem os partos por via natural ficam mais tempo à espera do procedimento. Ainda, muitas não recebem nenhum tipo de resposta sobre a solicitação.

A influência da rede de relacionamentos para se conseguir a LT foi apontada no estudo de Fontenele e Tanaka (2014) e por Heilborn et al. (2009), onde algumas mulheres conseguiram a LT mediante a troca do procedimento por voto político, sem nenhuma necessidade de aconselhamento ou orientação anterior, e por Ferreira, Costa e Melo (2014), onde se consegue agendar a LT com ajuda/interferência política.

B.2.2 – Laqueadura programada junto com a cesárea

“Fiz o pedido quando eu estava no terceiro mês da gravidez, aí fui naquelas reuniões chatas que a gente tem que ir, eu e meu marido, e que todo mundo pergunta a mesma coisa e fica tentando fazer a gente desistir da laqueadura. Mas eu não desisti não, e fiz junto com a cesárea. Mas eu tenho uma amiga, coitada, que teve todos os filhos de parto normal, 5 filhos! E ela não conseguiu fazer até agora, porque o dela é parto normal, né? Com a cesárea fica tudo mais fácil.”(M11)

“Como meu parto é cesárea fica mais fácil, né? A gente vai lá no posto, pede pra eles mandarem a gente no posto central que tem o médico pra fazer o pedido, participa das reuniões e faz junto com a cesárea se o marido concordar. Foi o que eu fiz, porque eu não quero mais filhos. Mas não é todo mundo que consegue não pelo que eu sei. Só quem faz cesárea mesmo.” (M23)

Nas cidades que possuem hospital, principalmente nas menores, onde prevalece o número de cesarianas sobre o de partos normais, a laqueadura é realizada no momento da cesariana após aconselhamento pelo PF. No entanto, as mulheres que buscam a LT e que comumente tem partos normais permanecem em fila de espera, apesar da estrutura e processo serem completamente adequadas à não existência de filas de espera para o procedimento.

A justificativa para a existência de mulheres em fila de espera e histórico de partos normais recai sobre a função do profissional médico, que tem que estar disponível para atendimentos de partos, e não consegue atender à demanda de cirurgias eletivas.

Novamente as possíveis correlações recaem sobre a falha na organização da RAS e das falhas do PF, sabendo que a LT pode ser realizada no momento da cesariana sob indicação médica e mediante aconselhamento em PF prévio. Existe uma lacuna a ser preenchida no sistema, que não está conseguindo absorver a demanda das mulheres que não estão na condição de cesariana iminente. Jesus *et al.* (2015) salientam que apesar de a LT ser restrita no momento do parto, as leis brasileiras são continuamente desrespeitadas e este método permanece sendo um dos mais utilizados no cenário brasileiro.

B.2.3– Eu gostaria de reverter a minha laqueadura

“Eu conheço DIU, preservativo, os anticoncepcionais... (...) Mas só usei o anticoncepcional... (...) Pra falar a verdade, eu usava um pouco, esquecia... Tinha dia que tomava, dia que não tomava... Era uma bagunça... Não tem como eu voltar atrás não? Queria ter outro bebê...” (M40)

A inclusão desta categoria, composta por apenas 1 mulher, cujo nome ainda constava em lista de espera para a LT em um dos serviços da região, apesar de ter feito o procedimento há 2 anos no mesmo local onde estava inscrita na lista de espera, vem somar a este estudo os sentimentos ambivalentes da mulher em relação à LT e a possibilidade de arrependimento após a realização do procedimento.

Amplamente discutido pela literatura (Moura e Vieira, 2010; Nepomuceno et al. 2012; Costa, 1996; Almeida, 2005; Santos et al., 2014; Soares e Brollo, 2013; Zite e Wallace, 2011; Eeckhaut, 2015; Grady et al., 2013; Jamieson et al., 2002), este desejo de reversão reflete claramente as falhas relativas ao aconselhamento em PF quanto à oferta de métodos reversíveis mais apropriados a cada mulher, a falta de compreensão adequada sobre as características dos métodos de contracepção definitivos e da baixa importância dada pelas mulheres às informações que recebem dos profissionais envolvidos no PF, como se percebe no trecho abaixo:

“Na época eu trabalhava lá... Aí tava todo mundo fazendo, todo mundo fazendo, e eu fui no embalo de fazer também... Foi depois de 8 meses que meu filho nasceu que eu fiz a cirurgia... Eles me deram umas informações, falaram bastante, me deram um papel, mas eu não li não... Eu não, não tinha nem tempo pra ler... É que eu acho que agora eu sou um pouco mais madura né, e queria ter outro filho...” (M40)

Ao se analisar a RAS em PF com foco nas LT, sob a ótica das falas das mulheres, fica evidente que a configuração do sistema atual privilegia algumas mulheres em detrimento de outras, seja por força dos vínculos afetivos/profissionais ou pelas condições de parto. Independente do caminho

utilizado, ficam caracterizadas a inequidade, a falta de atenção integral, as fragilidades relativas aos processos regionalizados, a desigualdade e a fragmentação de uma RAS que ainda não consegue se adaptar às recentes políticas desenvolvidas para que se consiga consagrar a legislação inicial sobre o SUS (Lei 8080) e a Constituição Federal.

C. Similaridades e diferenças entre a Rede de Atenção nas Regiões estudadas no Brasil e Toronto/CA.

Faz-se necessário ressaltar que este tópico traz as similaridades e diferenças encontradas ao se imergir nos dois sistemas de saúde (do Brasil e do Canadá) com relação à RAS em LT. Os dados coletados e a aproximação da pesquisadora com o sistema de saúde nos dois campos de pesquisa permitiram extrair similaridades e diferenças que contribuem para ampliar conhecimento em relação à temática estudada. Dentro desta perspectiva, foi traçado este tópico para investigar quais as potencialidades apresentadas naquele país que possam ser ferramentas para intervenções positivas na atual RAS visualizada na região.

No Canadá, não só em Toronto, o sistema de saúde funciona baseado nas equipes de saúde da família, composta por diferentes profissionais relacionados à área de saúde, que atuam em pequenos grupos e de forma interprofissional e são a referência fixa para pequenos núcleos populacionais. O processo de trabalho é baseado em cooperativas, e o acesso à saúde é facilitado.

Ainda, existe um processo consolidado que prima pela desospitalização e pelo fortalecimento da atenção básica em saúde, principal porta de entrada para todos os níveis de atenção em saúde, que ainda é adaptada de acordo com as realidades locais, garantindo assim o acesso adequado a todos os níveis de atenção, a equidade, integralidade e efetividade da assistência em saúde (Faria e Alves, 2015; Westphal, 2013; Matuda, Aguiar e Frazão, 2013; Canadá, 2012;).

Dentro das entrevistas realizadas com os trabalhadores em saúde, que incluíram médicos e enfermeiros, percebe-se a individualização real do cuidado e aconselhamento em PF, baseado não em protocolos, mas na história de vida das mulheres. Todos os entrevistados em Toronto relataram fazer o aconselhamento em PF baseado no histórico obstétrico das mulheres e suas condições reais de saúde e fertilidade, explicitando claramente a existência de opções mais adequadas para a contracepção temporária e relutando à indicação de LTs para aquelas mulheres a quem julgam existir outro método contraceptivo mais apropriado e temporário.

Os entrevistados relataram ainda que utilizam para o aconselhamento em PF o conhecimento adquirido durante a formação profissional e os Consensos Médicos Canadenses sobre Contracepção (os mais atuais são Black *et al.* 2015a, 2015b, 2016a, 2016b), e que o registro da procura é feito no prontuário das pacientes, já que elas devem retornar para acompanhamento até 3 meses após a manifestação da vontade de esterilização cirúrgica, demonstrando claramente que entenderam todas as opções possíveis para contracepção e que estão cientes do risco/benefício de todas elas. Ainda, excetuando-se o

preservativo masculino e feminino, no Canadá não há possibilidade de compra de contraceptivos sem receituário médico, que é válido por 3 a 6 meses dependendo da escolha feita pela mulher, o que permite ao sistema de saúde uma maior percepção sobre o comportamento contraceptivo e intervenção quando necessário.

Outra diferença recai sobre a equipe de aconselhamento em LT: são compostas pelo médico de família e um profissional da enfermagem, que se comunicam diretamente com o cirurgião de escolha da mulher para a realização da LT para fazer o encaminhamento, fortalecendo assim a rede de referência e contrarreferência.

Ao serem indagados sobre a rede de assistência hospitalar, relataram que referenciam as mulheres para cirurgias obstétricas e ginecológicas que tem relação direta com as unidades hospitalares da região onde estão inseridos, e que estes hospitais abrangem duas ou três equipes de saúde da família, evidenciando grande possibilidade de a mulher ter a LT negada quando o hospital de referência é mantido por instituições ligadas à Igreja Católica, onde, pela influência da religião nas posturas adotadas, a LT não é um procedimento facilmente aceito e pode ser dificultado pelo hospital.

Em uma das unidades hospitalares (não relacionada à católica) que participaram do estudo, a caracterização das mulheres que são submetidas à LT contrasta fortemente com as mulheres do estudo no Brasil. No histórico apresentado pelo hospital, as mulheres têm em média 43.7 anos ao fazer a LT, visitam o serviço de saúde regularmente (67,9% estiveram em pelo menos uma vista médica nos últimos 12 meses) e 30% apresentam pelo menos uma

comorbidade (a mais frequente foi depressão, com 22,5%). Ao realizar o procedimento, as mesmas são contrarreferenciadas de volta ao consultório do médico de família para acompanhamento pós-cirúrgico. No caso da não realização da LT, a contrarreferência também é realizada para novo aconselhamento em PF, e, desta forma, o sistema de referência/contrarreferência se torna eficaz e efetivo. Não há filas de espera para o procedimento e nem metas pactuadas. Na outra unidade, os médicos, mais jovens, disseram nunca ter se deparado com a situação de uma mulher buscando a LT.

Fisher e Black (2007) sintetizaram os dados dos estudos canadenses de base populacional de 1998 a 2002 no tocante à contracepção, e indicaram uma queda importante no uso da LT como método contraceptivo – 16% em 1993 para 7% em 2002. Por outro lado, Martyn e Prather (2012) nos trazem que este é o terceiro procedimento mais comum nas intervenções cirúrgicas ginecológicas de mulheres canadenses, sendo inclusive caso de litígios devido às falhas inerentes ao procedimento e por informações insuficientes nos termos de consentimento para a realização da cirurgia – indicando que todos os sistemas são, dessa forma, passíveis de falhas.

Diante deste cenário, fica nítido para a pesquisadora que a construção e adoção de protocolos que priorizam o atendimento à lei e de certa forma desconsideram a vida pregressa das mulheres interferem na escolha pela LT como método contraceptivo, sendo necessário que o atendimento em PF no Brasil leve em consideração mais fortemente os aspectos ligados à individualização do cuidado, a exemplo do que ocorre no Canadá.

Ainda, as semelhanças entre os dois modelos de saúde se esgotam em sua base teórica beveridgeana, no financiamento público do sistema de saúde, e no acesso universal e irrestrito. A construção da RAS no Canadá permite o contato direto entre os profissionais, e viabiliza o atendimento mais individualizado e rápido. Outra diferença recai na inexistência de sistemas paralelos de saúde - todos são atendidos pelo sistema público de saúde, e não há opções como a rede suplementar de saúde ou o atendimento particular que existe no Brasil. Deste modo, a RAS formada naquele país não permite que o indivíduo pague ou realize o procedimento fora do sistema de saúde nacional, a não ser para situações muito específicas que estão fora do escopo do sistema de saúde.

Assim, tomando-se por base o apresentado nas três seções acima, analisar a RAS em PF/LT nas microrregiões de saúde de Bauru e Botucatu em seus diversificados aspectos não se mostra uma tarefa fácil devido ao número de municípios envolvidos e ao montante de dados levantados.

Na microrregião de Botucatu existem 4 unidades hospitalares, mas somente duas estão realizando a LT. Chama a atenção a inexistência de equipes formalizadas de PF em 10 dos 13 municípios. Isso gera um acúmulo de mulheres em fila de espera para o procedimento de LT em um dos hospitais terciários da região (HC-UNESP), o que muitas vezes inviabiliza a oferta do PF nesta unidade conforme o proposto pela legislação vigente devido às próprias características do

*Carolina Guizardi Pólio - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

hospital (regional, especializado, escola e com grande demanda). Essa ausência da equipe de PF também impede a referência da mulher para outras cidades menores, que tem hospital, e que são capazes de realizar o procedimento via pactuação de metas. Ainda, no hospital mencionado, existem portas de entrada 'alternativas', mediadas por redes de contatos pessoais, do sistema, que não dependem da participação efetiva da mulher nos programas de PF, e se mostram como um fator condicionante para o aumento das listas e do tempo de espera para a LT.

Há perdas para o sistema, como o descredenciamento da unidade hospitalar de Conchas por falta de equipe completa, e a ausência de pactos com o hospital de Laranjal Paulista, que poderia absorver uma parcela da demanda pelo procedimento na região.

Na microrregião de Bauru, apesar da existência de vagas, existe grande perda de dados após a intervenção estatal sob a maternidade do município, que era a responsável pelas LT e partos de todas as cidades menores da região que não contam com unidade hospitalar, sendo então as LTs referenciadas a partir deste ponto para o HEB, onde as vagas são liberadas mediante aprovação do procedimento por uma equipe de PF da cidade onde a mulher que opta pela LT reside. Como boa parte dos municípios não conta com uma equipe corretamente constituída e formalmente cadastrada junto ao DRS, muitas mulheres ficam sem retorno sobre o procedimento e só o conseguem mediante Central de Regulação de Vagas. Chamou atenção a perda dos dados da cidade de Bauru após a intervenção mencionada, pois a equipe que atendia ao

PF era da maternidade, e interrompeu a oferta do serviço com a alteração na administração.

Nesta microrregião ainda, 11 das 17 cidades (1 não participou) possuem apenas ações de PF e também não contam com hospital de referência para o procedimento, solicitando as vagas via Central de Regulação de Vagas.

Avaliando-se as duas microrregiões em conjunto, chama a atenção o fato de que 18 dos 30 municípios desconhecem a demanda pelo procedimento e, deste modo, não conseguem planejar as ações necessárias para a integralidade das ações em PF e saúde da mulher. Isso denota fragilidade na gestão do cuidado das usuárias.

Além disso, tomando-se por base a proposta de Donabedian, de avaliação considerando Estrutura/Processo/Resultado, as falhas encontradas na região no tocante à estrutura (Equipes de PF, conhecimento sobre a demanda do município, pactuação de metas), inviabilizam a análise das etapas seguintes, pois estas análises devem ser feitas em cadeia. Quando uma das bases não está completa o ciclo se rompe – não há bons resultados sem processos adequados. E não há processos adequados sem boa estrutura. Ainda, apesar de o sistema de referência existir, o de contrarreferência é falho ou inexistente – caracterizando uma necessidade de intervenção para o adequado funcionamento da rede e estabilização dos processos.

Conclusão

CONCLUSÃO

O perfil das usuárias entrevistadas reúne mulheres na faixa dos 27 anos, brancas, casadas, com 11 anos de estudo completos, que não exercem atividade remunerada, cuja renda familiar gira em torno de dois salários mínimos e que tiveram, em sua maioria, 3 gestações.

Ressalte-se neste ponto a ausência dos dados relativos à maior cidade da região, o que se mostra uma limitação de extrema importância e que poderia modificar completamente os resultados aqui encontrados.

O tempo de espera longo (cerca de 24 meses) é uma das maiores barreiras quando se fala da garantia equitativa de acesso ao sistema de saúde e suas ações.

Tomando-se por base os sete pilares Donabedianos (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade), é possível se caracterizar a rede de atenção às laqueaduras tubária na região neste momento como:

- de baixa/média eficácia, efetividade, eficiência, otimização e equidade, pois atende parcialmente à demanda, tem prolongado tempo de espera, poderia apresentar aumento no número de unidades para a realização das LT e melhor distribuição na realização dos procedimentos (uma vez que têm unidades capazes de realizar tal procedimento e não o atendem por ausência de credenciamento/pactuação), porque o sistema de referência e contra-

referência não supre todos os municípios envolvidos e porque a realização do procedimento pode ser influenciada por redes de relacionamento pessoais;

- de média/alta aceitabilidade e legitimidade, pois os serviços e os processos são reconhecidos tanto pela população como pelos gestores, que compreendem a existência de falhas do mesmo e buscam aperfeiçoamento dos processos para melhoria nos resultados.

Ao se comparar os achados nas duas microrregiões de saúde com o cenário encontrado em Toronto, percebe-se que a utilização de “protocolos padrão” de atendimento, a ausência de comprometimento com os caminhos do usuário no sistema de saúde e, ainda, a interferência política no cenário de saúde da região, contribuem para a manutenção de um sistema fragmentado de saúde, que não consegue atender às demandas de forma equitativa e integral, e que, deste modo, desrespeita a legislação vigente em saúde.

Como contribuições deste estudo destaca-se o desenho da configuração regional da RAS à LT dentro do PF e de alguns aspectos das usuárias optantes por este tipo de contracepção. Partindo-se deste desenho instrumentaliza-se a gestão com as ferramentas necessárias para melhor conhecimento da realidade em pontos chave do sistema de modo, a partir do qual ações poderão ser desencadeadas no sentido de torná-lo mais eficiente, efetivo, eficaz e equitativo.

Destaca-se como pontos chave para subsidiar a gestão a partir deste estudo:

- a possibilidade de estruturação de equipes de planejamento familiar regionais ou intermunicipais, superando a dificuldade de fixação de profissionais, dado que parte dos problemas relacionados à estrutura baseia-se na ausência do profissional médico nas equipes para implementação e/ou manutenção do PF;
- o aperfeiçoamento/atualização dos profissionais envolvidos para melhor aconselhamento de mulheres sobre os métodos contraceptivos disponíveis, com adequada oferta dos mesmos e das alternativas à LT, e conscientização sobre a necessidade de contrarreferência adequada dentro do sistema;
- a configuração ou desenvolvimento de um sistema que permita melhorar a gestão relativa às mulheres que aguardam em fila de espera pela LT, de modo que se atribua e se respeite critérios para a realização do procedimento pelas unidades hospitalares e melhor oriente as mulheres sobre o funcionamento dos serviços;
- a articulação de unidades básicas de saúde de acordo com o previsto pelo COAP e a contratualização, diante da existência da Faculdade de Medicina de Botucatu na região, conforme preconiza o COAPES, que permitiria melhoria na prestação da assistência contínua em cidades menores e a integralidade do cuidado e, por fim,
- o desenvolvimento de materiais educativos que

tenham por finalidade facilitar a apreensão, pelas mulheres, de todas as variáveis envolvidas em cada um dos métodos contraceptivos, facilitando sua escolha e adaptação a métodos temporários.

Referências

REFERÊNCIAS

ADESIYUN, A.G. Female sterilization by tubal ligation: a re-appraisal of factors influencing decision making in a tropical setting. **Arch Gynecol Obstet**, v.275, n.4, p.241-244, Apr 2007.

ALBUQUERQUE, M.V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011)**: diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 2013. 280p. Tese (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.

ALBUQUERQUE, M.V.; VIANA, A.L.A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**, v.39, n. especial, p.28-38, Dez 2015.

ALMEIDA, C.B. **Desafios vivenciados por mulheres em busca de recanalização**. 2005. 87p. Dissertação [Mestrado]. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 2005.

ANDERSON, J.E. et al. Contraceptive sterilization among married adults: national data on who chooses vasectomy and tubal sterilization. **Contraception**, v.85, n.6, p.552-557, Jun 2012.

ANDERSON, J.E. et al. Contraceptive sterilization use among married men in the United States: results from the male sample of the National Survey of Family Growth. **Contraception**, v.82, n.3, p.230-235, Sep 2010.

ANDRÉ, A.M.; CIAMPONE, M.H.T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev Saúde Pública**, v.47, n.1, p.158-163, 2013.

ARORA, M.; CHOUDHARY, S.; RAGHUNANDAN, C. Young women opting for tubal sterilization in rural India: reasons and implications. **J Obstet Gynaecol**, v.30, n.2, p.175-178, Fev 2010.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 229p.

BECNER, A.; TURKANOVIC, A.B.; BUT, I. Regret following female sterilization in Slovenia. **Int J Gynaecol Obstet**, v.130, n.1, p.45-48, Jul 2015.

BEDIN, D.M. *et al.* Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. **Saude Soc São Paulo**, v.23, n.4, p.1397-1407, 2014.

BLACK, A. et al. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). **J Obstet Gynaecol Can**, v.37, n.10, p.936-42, Oct 2015a.

BLACK, A. et al. Canadian Contraception Consensus (Part 2 of 4). **J Obstet Gynaecol Can**, v.37, n.11, p.1033-1039, Nov 2015b.

BLACK, A. et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7 – Intrauterine Contraception. **J Obstet Gynaecol Can**, v.38, n.2, p.182-222, Fev 2016a.

BLACK, A. et al. Canadian Contraception Consensus (Part 4 of 4): Chapter 8 – Progestin-Only Contraception. **J Obstet Gynaecol Can**, v.38, n.3, p.279-300, Mar 2016b.

BORRERO, S. et al. Medicaid policy on sterilization - anachronistic or still relevant? **N Engl J Med**, v.370, n.2, p.102-104, Jan 2014.

BORRERO, S. et al. Potential unintended pregnancies averted and cost savings associated with a revised Medicaid sterilization policy. **Contraception**, v.88, n.6, p.691-696, Dec 2013.

BORRERO, S. et al. Unintended pregnancy influences racial disparity in tubal sterilization rates. **J Gen Intern Med**, v.25, n.2, p.122-128, Feb 2010.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F.J. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.3, p.566-570, Jun 2010.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**, v.41, n.1, p.150-153, 2007.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**, v.41, n.1, p.150-153, 2007.

BOUFETTAL, H.; MAHDAOUI, S.; SAMOUH, N. Determinants of regret after tubal ligation. **Pan Afr Med J**, v.17, n.244, Apr 2014. Disponível em: <<http://europepmc.org/articles/PMC4189862>>. Acesso em 06 Jul 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Pacto Pela Saúde**. Brasília, 2006b. 7v.

BRASIL. Decreto n.º 7508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 Jun 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 01 Jul 2016.

*Carolina Guizardi Polido - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

BRASIL. Decreto n.º 8618, de 29 de Dezembro de 2015. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 Dez 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8618.htm>. Acesso em: 09 Jul 2016.

BRASIL. Lei n.º 12871, de 23 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 Out 2013. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/lei-12871-2013.htm>>. Acesso em: 10 Jul 2016.

BRASIL. Lei n.º 8080, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 Set 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 01 Jul 2016.

BRASIL. Lei n.º 8142, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 Dez 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 01 Jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01**. Brasília, 2001a.114p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria De Gestão Estratégica E Participativa – SGEp. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**. Brasília, 2011.50p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, n.112. p. 59-62. Disponível em:<<http://www.in.gov.br/autenticidade.html>>. Acesso em: 4 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º1124 de 04 de Agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 Ago 2015.

Disponível

em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>>. Acesso em: 26 de Jun 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º144, 20 de novembro de 1997. Dispõe sobre normas gerais para o planejamento familiar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 227, 20 nov. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º 1.459, 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 jun. 2011. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=4064672&highlight=&tipoBusca=post&slcOrigem=0&slcFonte=0&sqlcTipoNorma=&hdTipoNorma=&buscaForm=post&bkp=pesqnorma&font=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=&numero=1459&data=%20&dataFim=&ano=&pag=1>. Acesso em 01 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º95, 23 de Janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 Jan 2001b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 01 Jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º373, 27 de Fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 Fev 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 01 Jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º399, 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da]**

República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 Fev 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 01 Jul 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n.º 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12Jan1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_15.12.1998/index.shtm>. Acesso em: 6 jan. 2013.

BRITO, M.C.C. et al. Atenção à saúde do idoso: o sistema de referência e contrarreferência nos serviços de saúde. **Rev Pesq Cuidado Fund**, v.6, n.3, p.1128-1138, 2014.

BROWN, B.P.; CHOR, J. Adding injury to injury: ethical implications of the Medicaid sterilization consent regulations. **Obstet Gynecol**, v.123, n.6, p.1348-1352, Jun 2014.

CAETANO, A.J. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. **R Bras Est Pop**, v.31, n.2, p.309-331, Jul/Dez 2014.

CANADA. Parliament of Canada. Canada Health Act. R.S.C. c.C-6. Canada Health Act Consolidation. **Parliament of Canada**, Ottawa, ON, 29 Jun 2012. Disponível em: <<http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>>. Acesso em 10 Jul 2016.

CANADA. Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans. **Secretariat on Responsible Conduct of Research**, Ottawa, ON, 2014. Disponível em: <http://www.pre.ethics.gc.ca/pdf/eng/tcps2-2014/TCPS_2_FINAL_Web.pdf>. Acesso em 15 Nov 2014.

CARVALHO, M.L.O.; SCHOR, N. - Esterilização feminina: em busca do controle da própria fertilidade. **Ciênc Cuid Saúde**, v.11, supl, p.95-101, Jan/Mar 2012.

CARVALHO, N.T. **Motivos que levam à escolha da esterilização entre mulheres usuárias do SUS - Feira de Santana - BA**. 2003. 188p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CECÍLIO, L.C.O. *et al.* A atenção básica à saúde e a construção de redes temáticas em saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc Saude Colet**, v.17, n.11, p.2893-2902, 2012.

CHAN, L.M.; WESTHOFF, C.L. Tubal sterilization trends in the United States. **Fertil Steril**, v.94, n.1, p.1-6, Jun 2010.

CIROLINI, E. **Perfil das pacientes que realizaram ligadura tubária e técnicas empregadas em um hospital público de Porto Alegre**. Porto Alegre: [s.n], 2010. 39p.

COSTA, A.C. *et al.* Rotatividade de Médicos na Estratégia de Saúde da Família. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 12, 2013, Belém. **Anais do XII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**. Belém: 2013, Maio; 12:180. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1314/0>>. Acesso em 15 Abr 2016.

COSTA, A.M. Planejamento familiar no Brasil. **Bioética**, v.4, n.2. p.209-215, 1996.

COSTA, L.H. **Avaliação da Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, SC, 2001**. 2002. 108p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2ed. Penso Editora: São Paulo, 2015. 288p. (Série Métodos de Pesquisa)

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v59, n.1, p.84-88, Jan/Fev 2006.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v.260, n.12, p. 1743-1748, Sep 1988.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Quarterly**, v.44, n.3, p.166-203, 1966.

DONABEDIAN, A. **Lecture outlines and illustrative materials**. São Paulo: FGV/ESESP, 1993.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v.114, n.11, p.1115-1118, Nov 1990.

EECKHAUT, M.C.W. Marital status and female and male contraceptive sterilization in the United States. **Fertil Steril**, v.103, n.6, p.1509-1515, Jun 2015.

ERLENWEIN, J.; et al. Attitude toward, acceptance of and knowledge about female sterilization as a method of contraception. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v185, s/n, p.83-87, Feb 2015.

FARIA, L.R.; ALVES, C.A. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. **Saúde Soc São Paulo**, v.24, n.1, p.72-85, 2015.

FERREIRA, R.V.; COSTA, M.R.; MELO, D.C.S. Planejamento Familiar: gênero e significados. **Textos Contextos**, v.13, n.2, p. 387-397, Jul/Dez 2014.

FISHER, W.A.; BLACK, A. Contraception in Canada: a review of method choices, characteristics, adherence and approaches to counseling. **CAMJ**, v.176, n.7, p.953-961, Mar 2007.

FONTENELE, C.V.; TANAKA, A.C.A. O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado! laqueadura e novas tecnologias reprodutivas. **Saúde Soc São Paulo**, v.23, n.2, p.558-571, 2014.

FRANSOO, R. et al. Social gradients in surgical sterilization rates: opposing patterns for males and females. **J Obstet Gynaecol Can**, v.35, n.5, p.454-460, May 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ASSUNTOS DE POPULAÇÃO. Conselho Nacional de População e Desenvolvimento. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**: plataforma de Cairo, 1994. Brasília: UNFPA, 1995.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ASSUNTOS DE POPULAÇÃO. Departamento de assuntos Econômicos e Sociais; Divisão de População. **World Contraceptive Use 2011**. Genebra: UNFPA, 2011. Disponível em <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf>. Acesso em 03 Jul 2016.

GARCIA, G. et al. Trends and Disparities in Postpartum Sterilization after Cesarean Section, 2000 through 2008. **Womens Health Issues**, v25, n.6, p.634-640, Nov/Dec 2015.

GAYM, A. Current and future role of voluntary surgical contraception in increasing access to and utilization of family planning services in Africa. **Ethiop Med J**, v.50, n.4, p.363-70, Oct 2012.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulg Saude P Debate**, s/v, n.51, p.30-37, Out 2014.

GIRARDI, S.N. et al. Evolução do emprego na Estratégia de Saúde da Família no Brasil. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 12, 2013, Belém. **Anais do XII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**. Belém: 2013, Maio; 12:180. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1234>>. Acesso em 15 Abr 2016.

GONÇALVES, C.R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saude Debate**, v.38, n.100, p.26-34, Jan/Mar 2014.

GRADY, C.D. et al. Does a history of unintended pregnancy lessen the likelihood of desire for sterilization reversal? **J Womens Health (Larchmt)**, v.22, n.6, p.501-506, Apr 2013.

HAPENNEY, S. Divergent practices among Catholic hospitals in provision of direct sterilization. **Linacre Q**, v.80, n.1, p.32-38, Feb 2013.

HARRIS, L.H.; WOLFE, T. Stratified reproduction, family planning care and the double edge of history. **Curr Opin Obstet Gynecol**, v.26, n.6, p.539-544, Dec 2014.

HEILBORN, M.L. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.25, s.2, p.s269-278, 2009.

HENDERSON, C.E.; RINGEL, L.E.; REZAI, S. Health care justice and its implications for current policy of a mandatory waiting period for elective tubal ligation. **Am J Obstet Gynecol**, v.214, n.1, p.137-139.

HUIJGENS, A.N.; LARDENOIJE, C.M.; MERTENS, H.J. Female sterilization and refertilization. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v.175, s/n, p.175-182, Feb 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010a**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 3 jan. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. 2010b. Extraído de [<http://www.datasus.gov.br>]. Acesso em 06 Jan 2013.

IVERSEN, L.; HANNAFORD, P.C.; ELLIOTT, A.M. Tubal sterilization, all-cause death and cancer among woman in the United Kingdom: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception study. **Am J Obstet Gynecol**, v.196, n.5, p.e1-8, May 2007.

JAMIESON, D.J. et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus

tubal sterilization. **Obstet Gynecol**, v.99, n.6, p.1073-1079, Jun 2002.

JESUS, G.R. *et al.* Caesarean rates in Brazil: what is involved? **BJOG**, v.122, n.5, p.606-609, Apr 2015.

KAHRAMAN, K. *et al.* Factors influencing the contraceptive method choice: a university hospital experience. **J Turk Ger Gynecol Assoc**, v.13, n.2, p.102-105, Jun 2012.

KANTORSKI, L.P. *et al.* A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão do município. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.3, p.434-441, 2006.

KRASHIN, J.W. *et al.* Prohibiting consent: what are the costs of denying permanent contraception concurrent with abortion care? **Am J Obstet Gynecol**, v.211, n.1, p.1-10, Jul 2014.

LOPES, L.M.G.; VIEIRA, N.F.; LANA, F.C.F. Análise dos atributos da atenção primária à saúde na atenção à tuberculose no Brasil: uma revisão integrativa. **R Enferm Cent O Min**, v.5, n.2, p.1684-1703, Maio/Ago 2015.

LOPES, L.V. *et al.* Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.30, n.11, p.2283-2297, Nov 2014.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.2, p.417-425, Abr/Jun 2014.

LUIZ, M.S.; NAKANO, A.R.; BONAN, C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um TEIAS: condições facilitadoras e limites à assistência. **Saúde Debate**, v.39, n.106, p.671-682, Jul/Set 2015.

LUTALA, P.M.; HUGO, J.F.; LUHIRIRI, L.N. Psychosocial implications of tubal ligation in a rural health district: a phenomenological study. **Reproductive Health**, v.8, n.38, 10p, 2011. Disponível em: <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/8/1/38>>. Acesso em 05 Jul 2016.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; PINTO, H.A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulg Saude P Debate**, s/v, n.51, p.14-29, Out 2014.

MARCOLINO, C. Planejamento familiar e laqueadura tubária. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.3, p.771-779, 2004.

MARCOLINO, C.; GALASTRO, E.P. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.9, n.3, p.77-82, 2001.

MARTYN, P.; PRATHER, V. A clinical and medico-legal review of tubal ligation in Canada. **J Obstet Gynaecol Can**, v.34, n.7, p.683-687, 2012.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. IN: PINHEIRO, R.A.; MATTOS, R.A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001; p.39-64.

MATUDA, C.G.; AGUIAR, D.M.L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Soc São Paulo**, v.22, n.1, p.173-186, 2013.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Est Av**, v.27, n.78, p.27-34, 2013.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549p.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc Saúde Colet**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MOADDAB, A. et al. Health care justice and its implications for current policy of a mandatory waiting period for elective tubal sterilization. **AJOG**, v.212, n.6, p.736-739, Jun 2015.

MOSHER, W.D.; JONES, J. Use of contraception in the United States: 1982-2008. **Vital Health Stat** 23, v.29, s/n, p.1-44, 2010.

MOURA, E.R.; VIEIRA, R.P. - Reconstrução cirúrgica tubária e condições de realização das laqueaduras. **Rev Gaucha Enferm**, v.31, n.3, p.536-543, Set 2010.

NARDO, L.R.O.; JULIANI, C.M.C.M. Ouvidoria: avaliando o acesso aos serviços de saúde. **Rev RENE**, v.13, n.3, p.613-622, 2012.

NEGRÃO, T. Uma Ação Sinérgica por Direitos Reprodutivos: uma história sem fim. **Saúde Soc**, v.21, s.1, p.164-176, 2012.

NEPOMUCENO, R.C. et al. Esterilização tubária e representação do feminino: aspectos anteriores à realização da cirurgia. **Psicol Hosp (São Paulo)**, v.10, n.2, p.51-78, Jul 2012.

NICOLAU, A.I.O. et al. História reprodutiva de mulheres laqueadas. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.5., p.677-683, Set/Out 2010.

NICOLAU, A.I.O. et al. Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.1, p.55-61, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Medidas vitais**: um desafio de comunicação. Brasília: OMS, 1998.

OSIS, M.J.M.D. et al. **Estudo comparativo sobre as consequências da laqueadura na vidas das mulheres**. Relatório Técnico Final. Campinas: CEMICAMP, 1998. Disponível em: <<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/emmz6apuhwwykbibamt7ylm6e65bkg4wx4adu a24hv2i537zfzrl35s3zfvsvbwmcmlnz4svgudl/brazil2f.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2013.

PINHEIRO, R. Integralidade e prática social. **Boletim Integralidade em Saúde, LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde**. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=162&sid=25>>. Acesso em 05 Jan 2012.

POTTER, J.E. et al. Frustrated demand for sterilization among low-income Latinas in El Paso, Texas. **Perspect Sex Reprod Health**, v.44, n.4, p.228-235, Dec 2012.

POTTER, J.E. et al. Hospital variation in postpartum tubal sterilization rates in California and Texas. **Obstet Gynecol**, v.121, n.1, p.152-158, Jan 2013.

PRIESTCH, S.O.M. et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad Saúde Pública**, v.27, n.10, p.1906-1916, 2011.

RIBEIRO, P.J. et al. Planejamento familiar: importância do conhecimento das características da clientela para implementação de ações de saúde. **Mundo Saude**, v.32, n.4, p.412-419, 2008.

SANTOS, A.M.; et al. Arrependimento da realização da esterilização tubária em gestação de alto risco. **Psicol Hosp (São Paulo)**, v.12, n.1, .49-68, 2014.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; Coordenadoria de Planejamento. **Manual de orientação ao gestor para implantação da linha de cuidado da gestante e da puérpera**. São Paulo, 2010. 82p.

SHIH, G.; TUROK, D.K.; PARKER, W.J. Vasectomy: the other (better) form of sterilization. **Contraception**, v.83, n.4, p.310-315, Apr 2011.

SHREFFLER, KM. et al. Surgical Sterilization, Regret, and Race: Contemporary Patterns. **Social Science Research**, v.50, s/n, p.31-45, Mar 2015.

SIDDIQUI, A.; WESTHOFF, C. Barriers to accessing voluntary postpartum female tubal sterilization among minority and low-income women. **Contraception**, v.82, n.2, p.173-186, Apr 2012.

SILVA, B.F.S.; BENITO, G.A.V. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. **Ciênc Saude Colet**, v.18, n.8, p.2189-2200, 2013.

SILVA, R.M. et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciênc Saúde Colet**, v.16, n.5, p.2415-2424, 2011.

SOARES, L.C.; BROLLO, J.L. - Family planning in Brazil: why not tubal sterilization during childbirth? **J Med Ethics**, v.39, n.11, p.710-712, Nov 2013.

SOUZA, D.O.; SILVA, S.E.V.; SILVA, N.O. Determinantes sociais em saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saude Soc São Paulo**, v.22, n.1, p.44-56, Jan/Mar 2013.

SOUZA, I.B.J. et al. Ligadura tubária em mulheres de um município do interior do Maranhão. **R Interd**, v.6, n.4, p.17-24, Out/Dez 2013.

SWENDE, T.Z.; HWANDE, T.S. Female sterilization by tubal ligation at caesarean section in Makurdi, Nigeria. **Ann Afr Med**, v.9, n.4, p.246-250, Oct/Dec 2010.

VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. A satisfação com o serviço de esterilização cirúrgica entre os usuários do Sistema Único de Saúde em um município paulista. **Rev Bras Epidemiol**, v.14, n.4, p.556-564, Dez 2011.

WARLING, C.M. et al. Agir em competência de equipes de saúde: o cuidado de gestantes na atenção primária em saúde. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 11, 2015, Goiânia. **Anais do XI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Goiânia, 2015, Jul./Ago. Disponível em: <<http://www.saudecoletiva.org.br/anais/index.php#topo>>. Acesso em 10 Abr 2016.

WESTHOFF, C.; DAVIS, A. Tubal sterilization: focus on the U.S. experience. **Contraception**, v.73, n.5, p.913-922, May 2000.

WESTPHAL, M.F. O modelo de atenção na perspectiva de saúde integral: a promoção de saúde e a estratégia de “municípios saudáveis”. **SANARE Sobral**, v.2, n.3, p. 4-9, 2013.

WHITE, K.; POTTER, J.E. Reconsidering racial/ethnic differences in sterilization in the United States. **Contraception**, v.89, n.6, p.550-556, Dec 2013.

WHITEMAN, M.K. et al. Postpartum intrauterine device insertion and postpartum tubal sterilization in the United States. **Am J Obstet Gynecol**, v.206, n.2, p.127-134, Aug 2012.

ZITE, N.B.; WALLACE, L.S. Use of Low-Literacy Informed Consent Form to improve women's understanding of tubal sterilization: a randomized controlled trial. **Obstet Gynecol**, v.117, n.5, p.1160-1166, May 2011.

Anexos

ANEXO 1 - TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA JUNTO AO COMITÊ DE ÉTICA RESPONSÁVEL - BRASIL

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PLANEJAMENTO FAMILIAR: AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A USUÁRIAS DO SERVIÇO DE LAQUEADURA TUBÁRIA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE

Pesquisador: CAROLINA GUIZARDI POLIDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15991413.3.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 351.893

Data da Relatoria: 05/08/2013

Apresentação do Projeto:

Este estudo busca identificar como problemas de gestão, regulação de vagas e organização das redes regionais de atenção à saúde, podem interferir no acesso da mulher ao planejamento familiar e na escolha dos métodos contraceptivos, em especial a laqueadura tubária. Os dados para esta pesquisa serão coletados de acordo com as filas de espera para a laqueadura tubária nas regiões de abrangência do DRS VI Bauru, a partir de informações geradas pelos serviços de Planejamento Familiar dos municípios de abrangência do referido DRS e de entrevistas semi-estruturadas com Coordenadores de Programas (n=20), Gestores Regionais (n=5) e Gestores Municipais (n= 68) e mulheres (n=17).

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é o de avaliar a gestão e regulação do sistema de referência-contrá-referência das laqueaduras tubárias e seu público alvo nas regiões de abrangência do DRS VI Bauru, avaliando as mulheres que aguardam em filas de espera, sua situação sócio-econômica, o histórico obstétrico individual, as informações sobre os métodos contraceptivos utilizados, os motivos pelos quais as mesmas optaram pela laqueadura tubária e outras informações sobre o processo para aconselhamento e agendamento da laqueadura tubária, tangendo à avaliação do Serviço de Planejamento familiar no âmbito do DRS-VI.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 351.693

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos aos sujeitos da pesquisa são os decorrentes de possível desconforto causado pelas entrevistas e não há benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa. Entretanto, os resultados da pesquisa poderão melhorar a compreensão da organização, regionalização e público alvo do atendimento em Planejamento Familiar, com foco nas laqueaduras tubárias, para reduzir as filas de espera.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo que abrange o Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS-VI), que compreende 68 municípios com uma população de cerca de 1.608.479 habitantes e cinco Comissões Intergestoras Regionais (CIR), todas com unidades hospitalares capazes de atender à necessidade de realização da laqueadura tubária. Os sujeitos de pesquisa (n=110) incluem os gestores regionais e municipais de saúde, coordenadores/responsáveis municipais/regionais dos programas de Planejamento Familiar e mulheres em fila de espera (maiores de 18 anos) para a realização de laqueadura tubária. Somente serão incluídos nesta pesquisa os sujeitos de pesquisa que concordarem em participar da mesma após a leitura e assinatura do TCLE específico. Os custos desta pesquisa serão providos pela pesquisadora, sem ônus para a FMB/UNESP. Todas as autorizações pertinentes foram incluídas no processo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi descrito na forma de convite, com linguagem adequada e clara aos sujeitos da pesquisa, com esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, sigilo e participação voluntária dos envolvidos na pesquisa. Há indicação do tempo de duração média (20 minutos) para as entrevistas semi-estruturadas e questionários específicos para cada categoria de entrevistado.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do projeto de pesquisa apresentado pela pesquisadora Carolina Guizardi Polido, sou de parecer favorável à aprovação da execução do mesmo sem a necessidade de ser enviado ao CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Telefone: (14)3880-1608

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 351.693

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, sem restrições, em reunião do CEP de 05/08/2013, sem necessidade de envio à CONEP

BOTUCATU, 07 de Agosto de 2013

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

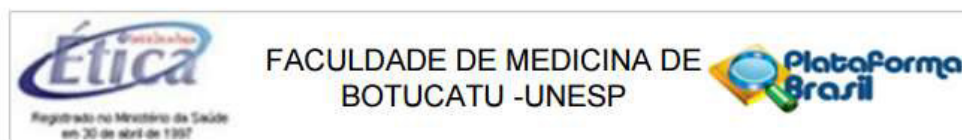
CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Página 03 de 03

ANEXO 2 - TERMO DE APROVAÇÃO DA ALTERAÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE DADOS JUNTO ÀS MULHERES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PLANEJAMENTO FAMILIAR: AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A USUÁRIAS DO SERVIÇO DE LAQUEADURA TUBÁRIA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE

Pesquisador: CAROLINA GUIZARDI POLIDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15991413.3.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Mudança de estratégia de coleta de dados

Justificativa: O financiamento foi denegado pela FAPESP. Considerando o cálculo amostral

Data do Envio: 17/07/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 757.809

Data da Relatoria: 05/08/2014

Apresentação da Notificação:

A notificação enviada em 17/07/2014 se refere a mudança de estratégia de coleta de dados através de entrevistas com mulheres na fila de espera para realização de laqueadura tubária, que agora passarão a ser feitas por telefone e não mais pessoalmente.

Objetivo da Notificação:

Em virtude de não ter sido aprovado a solicitação de apoio financeiro pela FAPESP, para custeio das despesas de deslocamento e transporte nos serviços da região, e no sentido de reduzir os custos da pesquisa relacionadas as entrevistas, os responsáveis optaram pela realização das entrevista via telefone.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

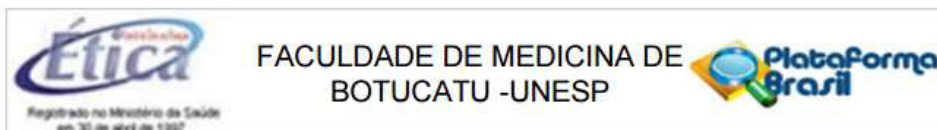
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 757.809

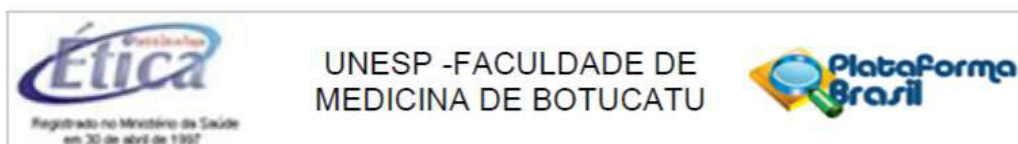
BOTUCATU, 20 de Agosto de 2014

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

Página 03 de 03

ANEXO 3 - TERMO DE APROVAÇÃO DA ALTERAÇÃO DO TÍTULO DO TRABALHO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: LAQUEADURA TUBÁRIA: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO INTERIOR DE SÃO PAULO E TORONTO

Pesquisador: CAROLINA GUIZARDI POLIDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15991413.3.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.658.104

Apresentação do Projeto:

Tratam os autos de emenda na qual o pesquisador solicita:

- 1) ampliação no campo de estudo da interessada através de "Bolsa sanduíche" a qual foi realizada no Canadá com auxílio da Capes.
- 2) Mudança do título do projeto de pesquisa de: "Planejamento Familiar: necessidade, perfil da clientela e acesso aos serviços em uma região de saúde" "LAQUEADURA TUBÁRIA: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO INTERIOR DE SÃO PAULO E TORONTO"
- 3) aprovação do Comitê de Ética do Canadá;
- 4) versão do Termo de consentimento livre e esclarecido aplicado no Canadá;
- 5) questionário com dados dirigidos aos profissionais de saúde do Canadá;
- 6) projeto devidamente emendado.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

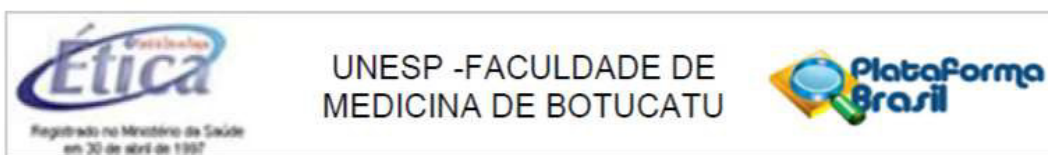
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.658.104

Objetivo da Pesquisa:

Constam no parecer 351.693 acrescentando as entrevistas no Canadá

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Constam no parecer 351.693.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No decorrer da pesquisa no Brasil, houve o convite da Instituição do Canadá para que o questionário fosse aplicado naquele país, sendo que este fato trará contribuições importantes para o presente projeto de pesquisa com enriquecimento dos dados, bem como aprimorará a formação do pesquisador e questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as documentações foram apresentadas em conformidades com as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012. Em relação ao TCLE este foi adaptado para o País o qual será aplicado, não apresentando nenhum dilema ético.

Recomendações:

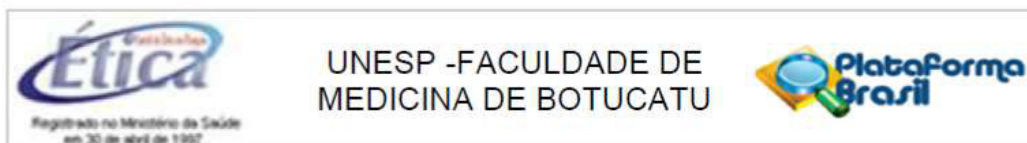
Ao final da execução da presente pesquisa deverá ser enviado o Respetivo "Relatório Final de Atividades" já constando a parte da pesquisa executada em Toronto no CANADÁ.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro ao CEP aprovação:

- 1) ampliação no campo de estudo da interessada através de "Bolsa sanduíche" a qual será realizada no Canadá com auxílio da Capes;
- 2) Mudança do título do projeto de pesquisa de: "Planejamento Familiar: necessidade, perfil da clientela e acesso aos serviços em uma região de saúde" "LAQUEADURA TUBÁRIA: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO INTERIOR DE SÃO PAULO E TORONTO";
- 3) aprovação do Comitê de Ética do Canadá;
- 4) versão do Termo de consentimento livre e esclarecido aplicado no Canadá;
- 5) questionário com dados dirigidos aos profissionais de saúde do Canadá;

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.658.104

6) projeto devidamente emendado, constando todas as novas características presente nesta Emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP em reunião de 01/08/16 aprova:

- 1) ampliação no campo de estudo da interessada através de "Bolsa sanduíche" a qual será realizada no Canadá com auxílio da Capes;
- 2) Mudança do título do projeto de pesquisa de: "Planejamento Familiar: necessidade, perfil da clientela e acesso aos serviços em uma região de saúde" "LAQUEADURA TUBÁRIA: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO INTERIOR DE SÃO PAULO E TORONTO";
- 3) aprovação do Comitê de Ética do Canadá;
- 4) versão do Termo de consentimento livre e esclarecido aplicado no Canadá;
- 5) questionário com dados dirigidos aos profissionais de saúde do Canadá;
- 6) projeto devidamente emendado, sem necessidade de envio a CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_697667 E1.pdf	01/07/2016 17:49:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEPCarolbrochura10716.doc	01/07/2016 17:47:07	CAROLINA GUIZARDI POLIDO	Aceito
Outros	TorontoQuestNov28.docx	01/07/2016 17:46:05	CAROLINA GUIZARDI POLIDO	Aceito
Outros	EthicsApproval.pdf	01/07/2016 17:45:23	CAROLINA GUIZARDI POLIDO	Aceito
Outros	OFICIOCEP01072016.pdf	01/07/2016 17:44:53	CAROLINA GUIZARDI POLIDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	PilkingtonHPRCInformedConsentFormJan5.doc	01/07/2016 17:43:27	CAROLINA GUIZARDI POLIDO	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

 Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997	UNESP -FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU	
---	---	---

Continuação do Parecer: 1.658.104

Ausência	PilkingtonHPRCInformedConsentFormJan5.doc	01/07/2016 17:43:27	CAROLINA GUIZARDI POLIDO	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.jpg	15/07/2013 14:58:11		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 02 de Agosto de 2016

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n		CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior		
UF: SP	Município: BOTUCATU	
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br	

Página 04 de 04

*Carolina Guizardi Polido - Laqueadura Tubária: redes de atenção à saúde no interior de São Paulo e Toronto.
Faculdade de Medicina de Botucatu - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

ANEXO 4 - TERMO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO NA YORK UNIVERSITY, ONTARIO, CANADÁ

Ethics Approval

OFFICE OF RESEARCH ETHICS (ORE)
5th Floor, York Research Tower,
4700 Keele Street, Toronto ON
Canada M3J 1P3
Tel 416-736-5914/416-736-5914, Fax 416-650-8197
www.research.yorku.ca



Memo

To: F Beryl Pilkington, Nursing
From: Alison M. Collins-Mrakas, Sr. Manager and Policy Advisor, Research Ethics
Issue Date: Wed Jan 07 2015
Expiry Date: Thu Jan 07 2016
RE: Tubal Ligation in Toronto - Care network and reasons for choosing tubal ligation for contraception
Certificate #: e2015 - 004

I am writing to inform you that the Human Participants Review Sub-Committee has reviewed and approved the above project.

Should you have any questions, please feel free to contact me at: 416-736-5914/416-736-5914 or via email at: acollins@yorku.ca.

Yours sincerely,

Alison M. Collins-Mrakas M.Sc., LLM
Sr. Manager and Policy Advisor,
Office of Research Ethics

RESEARCH ETHICS: PROCEDURES to ENSURE ONGOING COMPLIANCE

Upon receipt of an ethics approval certificate, researchers are reminded that they are required to ensure that the following measures are undertaken so as to ensure on-going compliance with Senate and TCPS ethics guidelines:

1. **RENEWALS:** Research Ethics Approval certificates are subject to annual renewal.
 - a. Researchers will be reminded by ORE, in advance of certificate expiry, that the certificate must be renewed
 - i. Researchers have 2 weeks to comply to a reminder notice;
 - ii. If researchers do not respond within 2 weeks, a final reminder will be forwarded. Researchers have one week to respond to the final notice;

Ethics Approval

b. **Failure to renew an ethics approval certificate or** (to notify ORE that no further research involving human participants will be undertaken) **may result in suspension of research cost fund and access to research funds may be suspended/withheld :**

2. **AMENDMENTS:** Amendments must be reviewed and approved **PRIOR** to undertaking/making the proposed amendments to an approved ethics protocol;
3. **END OF PROJECT:** ORE must be notified when a project is complete;
4. **ADVERSE EVENTS:** Adverse events must be reported to ORE as soon as possible;
5. **AUDIT:**
 - a. More than minimal risk research may be subject to an audit as per TCPS guidelines;
 - b. A spot sample of minimal risk research may be subject to an audit as per TCPS guidelines.

FORMS: As per the above, the following forms relating to on-going research ethics compliance are available on the Research website:

1. Renewal
2. Amendment
3. End of Project
4. Adverse Event

<http://ore.research.yorku.ca/approvals/?c=969>[1/7/2015 12:20:22 PM]

Apêndices

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o sr(a) a participar desta pesquisa intitulada **“PLANEJAMENTO FAMILIAR: AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A USUÁRIAS DO SERVIÇO DE LAQUEADURA TUBÁRIA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE”**, que tem como objetivo principal avaliar a rede de atenção à saúde da mulher no planejamento familiar – foco nas laqueaduras tubárias (LT), em uma região de saúde do estado de São Paulo. O benefício da pesquisa é compreender a organização, regionalização e público alvo do atendimento em Planejamento Familiar – foco nas LT, para dinamizar as filas de espera. Esta pesquisa está sendo executada por mim, Enf Ms Carolina Guizardi Polido, com orientação da Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani, e está vinculada à UNESP – FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU/SP, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - DOUTORADO.

Os dados serão colhidos através de entrevistas semiestruturadas, que durarão cerca de 20 minutos, realizadas com os gestores regionais, municipais e coordenadores de programas para identificação e avaliação da rede de serviços; entrevistas com as mulheres, para avaliação dos procedimentos realizados e resultados obtidos. Os questionários serão transcritos para computador, e destruídos ao final desta pesquisa.

São direitos assegurados aos participantes, de acordo com os princípios da ética em pesquisa:

- participação voluntária, a convite da pesquisadora;
- receber informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa;
- liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo, até o momento de finalização da pesquisa;
- garantia do anonimato e do sigilo;
- receber informações sobre os resultados desta pesquisa;
- ter uma cópia deste consentimento, assinada pela pesquisadora.

Após a conclusão, os resultados do estudo serão divulgados, de maneira geral em eventos e publicações científicas de forma a preservar o sigilo e anonimato. Em caso de dúvida entrar em contato com a pesquisadora pelos telefones (14) 99797-3400 / 98121-1166; e-mail: carolguizardi@uol.com.br. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 ou 3880-1609.

Cientes das condições acima propostas assinamos o presente termo.

_____, ____/ ____/ 20____.

Enf Ms Carolina Guizardi Polido

PARTICIPANTE DA PESQUISA

Enf Ms Carolina Guizardi Polido. E-mail: carolguizardi@uol.com.br. Fone: (14) 99797-3400/ 98121-1166
Endereço: Rua Ângelo Paccola Primo, 232 – Jardim Santana – Lencóis Paulista

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CANADA

Sample Informed Consent Form to Health Workers

Date:

Study Name: Tubal Ligation in Toronto - Care network and reasons for choosing tubal ligation for contraception

Researchers: F. Beryl Pilkington, RN, PhD, and Carolina Guizardi Polido, Doctoral Student, Nursing, Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo, Brazil

Purpose of the Research: *Understand the care line and reasons for choosing the Tubal Ligation in Toronto*

What You Will Be Asked to Do in the Research:

You will be asked to answer some questions to help us understand how the tubal ligation care lines integrate in Toronto and how women get instructed about this procedure.

Risks and Discomforts: We do not foresee any risks or discomfort from your participation in the research.

Benefits of the Research and Benefits to You: This research will help us understand why woman choose the tubal ligation and the way to get the procedure. There are no direct benefits to you. However, the knowledge obtained will inform a cross country comparison of reproductive care in Canada and Brazil which may lead to recommendations to improve care processes in Brazil.

Voluntary Participation: Your participation in the study is completely voluntary and you may choose to stop participating at any time. Your decision not to volunteer will not influence the nature of your relationship with York University either now, or in the future.

Withdrawal from the Study: You can stop participating in the study at any time, for any reason, if you so decide. Your decision to stop participating, or to refuse to answer particular questions, will not affect your relationship with the researchers, York University, or any other group associated with this project. In the event you withdraw from the study, all associated data collected will be immediately destroyed wherever possible.

Confidentiality: All information you supply during the research will be held in confidence and unless you specifically indicate your consent, your name will not appear in any report or publication of the research. Electronic data will be encrypted and securely stored on a password protected computer; hardcopy data will be locked in a filing cabinet, in the researcher's office. Only research staff will have access to this information. At the end of the study, hard copies of the questionnaire will be shredded and electronic copies of the data will be deleted from the computer where it was stored. Confidentiality will be provided to the fullest extent possible by law.

Questions About the Research? If you have questions about the research in general or about your role in the study, please feel free to contact Dr. Beryl Pilkington either by telephone at (416) 736-2100, extension 30697 or by e-mail (bpilking@yorku.ca). This research has been reviewed and approved by the Human Participants Review Sub-Committee, York University's Ethics Review Board and conforms to the standards of the Canadian Tri-Council Research Ethics guidelines. If you have any questions about this process, or about your rights as a participant in the study, please contact the Sr. Manager & Policy Advisor for the Office of Research Ethics, 5th Floor, York Research Tower, York University (telephone 416-736-5914 or e-mail ore@yorku.ca).

Legal Rights and Signatures:

I _____, consent to participate in the research 'Tubal Ligation in Toronto - Care network and reasons for choosing tubal ligation for contraception', conducted by F. Beryl Pilkington, RN, PhD and Carolina Guizardi Polido, RN. I have understood the nature of this project and wish to participate. I am not waiving any of my legal rights by signing this form. My signature below indicates my consent.

Signature _____
Participant

Date _____

Signature _____
Principal Investigator

Date _____

APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO APLICADO AO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

ENTREVISTA COM O GESTOR MUNICIPAL

Identificação e Experiência	Nome				
	Telefones de Contato				
	Município			Idade	
	Formação				
	Tempo experiência na <u>gestão de saúde</u> (pode ser considerado o tempo de gestão em outros municípios)	Municipal	Estadual	Federal	Outras:
Gestão Atual	Quantos gabinetes e profissionais você tem para auxílio na gestão da saúde?	Gabinete 1: _____ Profissional Resp: _____ Formação: _____			
		Gabinete 2: _____ Profissional Resp: _____ Formação: _____			
		Gabinete 3: _____ Profissional Resp: _____ Formação: _____			
		Gabinete 4: _____ Profissional Resp: _____ Formação: _____			
		Gabinete 5: _____ Profissional Resp: _____ Formação: _____			
		Gabinete 6: _____ Profissional Resp: _____ Formação: _____			
		Gabinete 7: _____ Profissional Resp: _____ Formação: _____			
		Gabinete 8: _____ Profissional Resp: _____ Formação: _____			
		Gabinete 9: _____ Profissional Resp: _____ Formação: _____			
		Gabinete 10: _____ Profissional Resp: _____ Formação: _____			

Dados do Sistema de Saúde Municipal	Quantas ESF existem em seu município?	Quantas UBS?	Existe ambulatório de especialidades? () Sim () Não
	Cobertura da ESF:	Cobertura da UBS:	Cobertura do AME: Especialidades Atendidas no AME:
Dados do Planejamento Familiar (PF)	Quantas Equipes PACS?	Possui Pronto Atendimento? Quantos?	Possui quais e quantas unidades auxiliares?
	Cobertura das PACS:	Possui Ponto Socorro? Quantos? Hospitais?	
Dados do Planejamento Familiar (PF)	Seu município tem o serviço de Planejamento Familiar?	() Sim Este serviço é centralizado? () Sim. Onde? () Não	() Não Motivo: Para onde encaminha?
	Quem é o responsável pelo PF/ encaminhamentos em seu município?	Nome: Formação: Este profissional realiza somente as ações de PF? () sim () não	

APÊNDICE 4 – QUESTIONÁRIO APLICADO AO COORDENADOR DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

ENTREVISTA COM O COORDENADOR DE PROGRAMA

Identificação e Experiência	Nome				
	Telefones de Contato				
	Município			Idade	
	Formação		Tempo de Formado		
	Tempo experiência na gestão de saúde (favor especificar meses ou anos; pode ser considerado o tempo de gestão em outros municípios)	Municipal	Estadual	Federal	Outras:
Dados Planejamento Familiar (PF)	Você tem o serviço de PF em seu município? *caso responda não a esta pergunta, favor ignorar a próxima e continuar a sequência.		☐ Sim Este serviço é centralizado? ☐ Sim. Onde? ☐ Não		☐ Não Para onde encaminha? _____ Responsável pelo encaminhamento: Nome: Formação:
	Você tem uma equipe responsável pelo PF? Quais profissionais a compõe?	☐ Sim Favor especificar: Médicos: Enfermeiros: AE/TE: Ag. Saúde: Ass. Sociais: Psicólogos: Outros (Especifique):			☐ Não Motivo:
	Há registro e acompanhamento das pessoas que procuram PF? Como?				
	O PF segue algum protocolo?	☐ Sim Qual _____		☐ Não Como avalia a necessidade da LT?	

Dados sobre Laqueadura Tubária (LT)	Você conta com Hospital credenciado para a realização das LTs?	☐ Sim Qual: _____ _____ Existe cirurgião contratado para a realização do procedimento cirúrgico? ☐ Sim ☐ Não Ele atende outros tipos de cirurgias gineco-obstétricas? ☐ Sim ☐ Não	☐ Não Para onde encaminha? _____ Neste local: Existe cirurgião contratado para a realização do procedimento cirúrgico? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sei Ele atende outros tipos de cirurgias gineco-obstétricas? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sei
	Existe Pactuação de Metas para LT?	☐ Sim Qual a meta pactuada? ____ LTs ☐ mês ☐ ano	☐ Não O que acontece com as mulheres que desejam LT?
	Você sabe qual a demanda de seu município para este procedimento?	Você acompanha os resultados?	
	Há dificuldades para se cumprir as metas? Quais?	O serviço de referência absorve a meta pactuada? Existe demanda reprimida?	
	Como é feito o agendamento das mulheres?		
Gostaria de acrescentar alguma informação sobre este tema?			

APÊNDICE 5 – QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS MULHERES QUE PARTICIPARAM DESTE ESTUDO

ENTREVISTA COM AS MULHERES

Nome			Telefone de Contato
Idade	Cor (auto-declaração)	Religião	Escolaridade
Trabalha?	Renda mensal	Recebe algum benefício/ajuda? Qual? Quanto recebe?	
Quantas pessoas moram com você?	1. Idade: _____ Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____		
	2. Idade: _____ Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____		
	3. Idade: _____ Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____		
	4. Idade: _____ Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____		
	5. Idade: _____ Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____		
	6. Idade: _____ Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____		
	7. Idade: _____ Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____		
	8. Idade: _____ Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____		
	9. Idade: _____ Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____		
	10. Idade: _____ Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____		
	11. Idade: _____ Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____		
	12. Idade: _____ Parentesco: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____		
	Quanto tempo de união com o companheiro?	Teve outras uniões? Quantas?	Teve filhos em outras uniões? Quantos?
Fuma? Nº Cigarros/dia	Quantos partos normais? E cesáreas?	Quantos abortos?	Quantos filhos são vivos?

Perdeu algum filho depois de nascido? Por quê?	Teve alguma gravidez que não foi planejada? Quantas? Por quê?
Tem algum problema de saúde? Toma algum remédio todo dia?	
Já fez alguma cirurgia?	
Conhece outras formas de evitar gravidez? Quais?	
Já usou? Qual? Quanto tempo?	
Como entrou na fila para a laqueadura? Quando foi?	
Como foi para conseguir a autorização da laqueadura?	
Quais informações você recebeu sobre a laqueadura?	

Recebeu informações sobre outras formas de evitar gravidez? Quais?
Já sabe quando vai fazer a laqueadura? Onde vai fazer?
O que acha do tempo de espera para a laqueadura?
Já pensou em desistir da laqueadura? Porquê?
Já tinha pensado em fazer laqueadura antes? Porquê?
Gostaria de adicionar algum comentário?

APÊNDICE 6 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES EM TORONTO

ATTACHMENT 1 – HEALTH PROFESSIONAL INTERVIEW

Identification and Experience	Name				
	Phone number				
	City			Age	
	Graduation Year		Time elapsed since graduation		
	Length of experience (years) in health care (Total time)	Municipal	Provincial	Federal	Others:
Family Planning Data	Is Family Planning in your city centralized:	() Yes. Where?		() No Where do you refer women to? _____ Refer to (Responsible Physician): Name: Graduation:	
	Do you have a team for Family Planning? Who are the professionals?	() Yes Please specify: ☐ Medical doctors: ☐ Nurses: ☐ Nursing Assistants: ☐ Health Agents: ☐ Social Workers: ☐ Psychologists: ☐ Others (specify):		() No Why?	
	Do you have an entry record of attendance for these women? What do you do?				
	Does the Family Planning have a protocol?	() Yes Which _____		() No How do you evaluate TL need?	

Tubal Ligation Data	Do you have a Hospital approved to do the TL?	☐ Yes Which one: _____ _____ Is there a surgeon engaged? ☐ Yes ☐ No ☐ I don't know Is the surgeon operating in other areas in gynecology or obstetrics? ☐ Yes ☐ No ☐ I don't know	☐ No Where do you refer your patients to? _____ Is there a surgeon engaged? ☐ Yes ☐ No ☐ I don't know Is the surgeon operating in other areas in gynecology or obstetrics? ☐ Yes ☐ No ☐ I don't know
	Are there agreed targets for TL?	☐ Yes How many? _____ TLs ☐ month ☐ year	☐ No What happens to women who want the TL?
	Do you know the # of requests from your patient population for this kind of surgery?		Do you follow up patients to know the results (done or not, and why)?
	Are there any difficulties with the agreed target for TLs? ☐ No ☐ Yes What are they?		Does your referral centre treat all the patients referred? ☐ Yes ☐ No Is there a pent-up demand?
	How do they schedule the surgery?		
Anything else you would like to tell me about TL?			

“O cientista não estuda a natureza porque ela é útil; ele a estuda porque se deleita nela, e se deleita nela porque ela é bela. Se a natureza não fosse bela, não valeria a pena ser conhecida, e se não valesse a pena ser conhecida, a vida não valeria a pena ser vivida.”

Henry Poincaré

Obrigada