

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

Bianca Meira de Almeida da Silva

Direitos sexuais e reprodutivos no município de São Paulo: desigualdades
socioespaciais no acesso à contracepção pelo Sistema Único de Saúde

São Paulo

2021

Bianca Meira de Almeida da Silva

Direitos sexuais e reprodutivos no município de São Paulo: desigualdades socioespaciais no acesso à contracepção pelo Sistema Único de Saúde

Trabalho de Graduação Integrado (TGI) apresentado ao Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Geografia.

Área de Concentração: Geografia Humana

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Ramos Hospodar
Felippe Valverde

São Paulo

2021

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, minha maior fonte de força e apoio.

Ao meu orientador, Professor Rodrigo Valverde, por todo o apoio, disponibilidade e paciência durante a elaboração do trabalho.

Aos meus amigos da graduação que estiverem sempre do meu lado ao longo dos últimos anos: Karina, Holanda, Carina e Raffa. Obrigada pela incrível jornada, espero poder comemorar com vocês em breve.

Ao Wagner, por estar comigo nos momentos mais cruciais. Obrigada pelos conselhos valiosos e por me fazer insistir e acreditar sempre.

À Thayná, que é uma das amigas mais sinceras que eu poderia pedir. Seu apoio foi fundamental em tantos momentos que eu não consigo nem numerá-los.

Aos meus amigos do Laboplan, cuja companhia tem feito falta no meu dia a dia há mais de um ano: Rodrigo, Bruno, Lúcio, Wemerson, Aline e Ana.

Às amigas que fiz durante a graduação e que espero conservar por muitos anos, ainda que a vida tenha nos levado a rumos bem diferentes: Yasmin, Dai, Victor, Márcia e Giovanna.

Aos amigos da Hexagon, que me deram imenso suporte nos últimos meses. Em especial a Gustavo e Yuri, ótimos mentores que me fizeram ter certeza que estou no caminho certo.

Ao grupo de pesquisa em gênero da Professora Rosa Ester Rossini, onde tive o primeiro contato com a pesquisa acadêmica. Um agradecimento especial à Professora Rosa, Aline, Mateus e Pedro.

RESUMO

SILVA, Bianca M. de A. **Direitos sexuais e reprodutivos no município de São Paulo:** desigualdades socioespaciais no acesso à contracepção pelo Sistema Único de Saúde. 2021. 60 f. Trabalho de Graduação Individual (TGI) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

O acesso à contracepção, uma das dimensões dos direitos sexuais e reprodutivos, foi incorporado às políticas públicas de saúde da mulher no Brasil a partir da década de 1980, graças à atuação do movimento feminista brasileiro daquela época. Desde então, o tema dos direitos sexuais e reprodutivos vem sendo assimilado de maneira mais incisiva à Lei Brasileira, de modo a garantir o acesso a formas de planejamento reprodutivo pelo Sistema Único de Saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, importante política pública brasileira com enfoque em gênero, prevê a contracepção como um dos componentes básicos dos serviços de atenção à saúde feminina, enfatizando sua importância para o enfrentamento das desigualdades sociais e de gênero. Embora representem um grande avanço no sentido de democratizar o acesso à contracepção, o alcance das políticas públicas de saúde da mulher é limitado. O aumento nas taxas de adoção à contracepção nas últimas décadas se deu de forma desigual para mulheres de diferentes classes sociais, com manutenção das vulnerabilidades no acesso à saúde sexual e reprodutiva por mulheres de classes sociais mais baixas. Em estudo sobre as práticas contraceptivas de mulheres em idade reprodutiva no município de São Paulo, Olsen et. al (2018), destacou que a alta taxa do uso de contraceptivos por mulheres nessa faixa etária ocorreu às custas de financiamento próprio, com reduzida participação dos métodos contraceptivos fornecidos pelo SUS. Dado esse cenário, interessa-nos saber como os métodos contraceptivos são distribuídos pelo Sistema Único de Saúde, com base no oferecimento dos serviços de contracepção em diferentes regiões do município. Além das dificuldades socialmente impostas no acesso à contracepção, a distribuição desigual dos estabelecimentos da rede pública de saúde se revela como uma importante chave de análise para compreensão das limitações do alcance dos serviços de saúde sexual e reprodutiva do SUS.

Palavras-chave: Contracepção. Desigualdades Socioespaciais. Gênero.

ABSTRACT

SILVA, Bianca M. de A. **Sexual and reproductive rights in the city of São Paulo: socio-spatial inequalities in the access to contraception through the Brazilian Unified Health System.** 2021. 60 f. Trabalho de Graduação Individual (TGI) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

Access to contraception is one of the dimensions of sexual and reproductive rights. It was incorporated into public policies on women's health in Brazil from the 1980s onwards, thanks to the actions of the Brazilian feminist movement at that time. Since then, the topic of sexual and reproductive rights has been more incisively assimilated to the Brazilian Law, in order to guarantee access to forms of reproductive planning by the *Sistema Único de Saúde* (SUS), the Brazilian Unified Health System. The National Policy for Integral Women's Health Care (PAISM), created in 2004, is an important Brazilian public policy that has a gender focus, foreseeing contraception as one of the basic components of women's health care services, emphasizing its importance in tackling social and gender inequalities. Although they represent a great advance towards democratizing access to contraception, the reach of public policies on women's health is limited. The increase in contraceptive adoption rates in recent decades has occurred unevenly for women from different social classes, with the maintenance of vulnerabilities and the lack of access to sexual and reproductive health for women from lower social classes. In a study on the contraceptive practices of women of reproductive age in the city of São Paulo, Olsen et. al (2018), highlighted that the high rate of contraceptive use by women in this age group occurred at the expense of their own financing, with reduced participation of contraceptive methods provided by the SUS. Given this scenario, we are interested in knowing how contraceptive methods are distributed by the Brazilian Unified Health System, based on the provision of contraceptive services in different regions of the city. In addition to the socially imposed difficulties in accessing contraception, the uneven distribution of establishments in the public health network reveals itself as an important analysis key for understanding the limits on the scope of sexual and reproductive health services.

Keywords: Contraception. Sociospatial Inequalities. Genre.

SUMÁRIO

Introdução	9
1. A contracepção nas políticas públicas de saúde da mulher	13
1.1. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	13
1.2. A saúde sexual e reprodutiva como tema de políticas públicas de saúde: origens do debate político, contextos e desafios	20
1.3. O papel do gênero para determinação das condições de acesso à saúde....	28
2. Distribuição de métodos contraceptivos pelo Sistema Único de Saúde no município de São Paulo	31
2.1. Procedimentos ambulatoriais e hospitalares de contracepção	37
2.1.1. <i>Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU)</i>	37
2.1.2. <i>Laqueadura</i>	44
2.1.3. <i>Vasectomia (ambulatorial e hospitalar)</i>	50
2.2. Métodos contraceptivos de barreira.....	52
Considerações finais	56
Referências Bibliográficas	58

Lista de siglas

BNAFAR – Base Nacional de Dados e Ações de Assistência Farmacêutica do SUS

DIU – Dispositivo Intrauterino

SUS – Sistema Único de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

CBAF – Componente Básico de Assistência Farmacêutica

CESAF – Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano

ISTS – Infecções Sexualmente Transmissíveis

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

UBS – Unidade Básica de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LARC – Long Acting Reversible Contraceptives

RME – Rede Municipal Especializada

Lista de mapas

Mapa 1. São Paulo: número de inserções de DIU por Prefeitura Regional (ago. 2020 – fev. 2021)	40
Mapa 2. São Paulo: número de partos cesarianos seguidos de laqueadura por Prefeitura Regional (jan. 2020 – fev. 2021)	46
Mapa 3. São Paulo: laqueaduras (sem parto cesariano) por Prefeitura Regional (ago. 2020 – fev. 2021)	49
Mapa 4. São Paulo: número de vasectomias realizadas em ambiente hospitalar entre janeiro de 2020 e fevereiro de 2021 por Prefeitura Regional	51

Lista de gráficos

Gráfico 1. Brasil: taxa de fecundidade total (1940-1980)	21
Gráfico 2. Brasil: variação da taxa de fecundidade por grandes regiões (1940-1980)	23
Gráfico 3. Estado de São Paulo: distribuição anual de preservativos femininos (em milhões).....	54
Gráfico 4. Estado de São Paulo: distribuição anual de preservativos masculinos (em milhões).....	55

Lista de quadros

Quadro 1. Medicamentos e insumos contraceptivos incluídos na RENAME.	10
Quadro 2. São Paulo: estabelecimentos de saúde que mais realizaram consultas para inserção de DIU (ago. 2020 – fev. 2021).....	42
Quadro 3. São Paulo: estabelecimentos de saúde que mais realizaram procedimentos de laqueadura após parto cesariano no município de São Paulo (jan. 2020 – fev. 2021)	47

Introdução

Desde sua regulamentação pela Lei 9.263 de 1996, o acesso ao planejamento familiar passou a ser reconhecido como um direito a ser garantido através do Sistema Único de Saúde (SUS). A promulgação da Lei do Planejamento Familiar, como ficou conhecida, representou um importante capítulo na trajetória dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, à medida em que reconheceu o acesso às formas de contracepção como um dever do Estado.

A legislação acompanhou as profundas mudanças de abordagem à saúde sexual e reprodutiva pelas quais as políticas públicas de saúde da mulher passaram desde a década de 1980, sobretudo com a ampliação das noções sobre cuidados com a saúde da mulher promovida pelo *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), que incorporou, entre outros elementos, o acesso à contracepção. Em 2004, o PAISM se tornou a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (PNAISM), uma das principais políticas públicas de saúde brasileiras com enfoque em gênero.

Entre 1996 e 2006, houve crescimento na adesão aos métodos contraceptivos por mulheres unidas¹ entre 15 e 44 anos, como constatou a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), de 2006. Naquele ano, o estudo apontou que 80,6% das mulheres nessa faixa etária em coabitação com o parceiro faziam o uso de algum método anticoncepcional em contraposição a 77,9% em 1996 (PERPÉTUO; WONG, 2006). No entanto, a mesma pesquisa encontrou desigualdades no acesso a esses métodos para mulheres de diferentes escolaridades e classes sociais. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), diretriz do Ministério da Saúde que determina quais medicamentos e insumos farmacêuticos/hospitalares devem ser disponibilizados à população pelo Sistema Único de Saúde, prevê na área da contracepção o oferecimento dos seguintes métodos anticoncepcionais:

¹ Mulheres em coabitação com parceiro.

Quadro 1. Medicamentos e insumos contraceptivos incluídos na RENAME.

Método Contraceptivo	Forma Farmacêutica/Descrição	Denominação Genérica	Componente RENAME
contraceptivo injetável hormonal trimestral	solução injetável	acetato de medroxiprogesterona	básico
DIU de cobre	modelo T 380 mm ²	dispositivo intrauterino plástico com cobre	insumos (básico)
contraceptivo injetável hormonal mensal	solução injetável	enantato de noretisterona + valerato de estradiol	básico
pílula anticoncepcional de uso regular	comprimido	etinilestradiol + levonorgestrel	básico
pílula anticoncepcional de emergência	comprimido	levonorgestrel	básico
minipílulas de uso regular	comprimido	noretisterona	básico
diafragma	-	diafragma	insumos (básico)
preservativo feminino (interno) ²	-	preservativo feminino	insumos (estratégico)
preservativo masculino (externo)	-	preservativo masculino	insumos (estratégico)

Elaboração própria. Adaptado de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, 2020.

²A forma como os preservativos são descritos na RENAME (preservativos feminino e masculino) tem sido revista em relatórios técnicos de saúde sobre as ações de prevenção e controle de ISTs do SUS. Nesses documentos os métodos também são descritos como preservativos internos e externos, a fim de ampliar a conscientização sobre seu uso para prevenção de ists.

Os métodos contraceptivos citados estão inclusos nas listas do Componente Básico de Assistência Farmacêutica (CBAF) e do Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica (CESAF) da RENAME. O CBAF compreende medicamentos e insumos farmacêuticos voltados aos principais problemas de saúde e aos programas de Atenção Primária, cuja compra e distribuição pelos municípios em suas redes públicas de saúde dependem do repasse de recursos financeiros da federação (BRASIL, 2020, p. 14). O valor do repasse é feito de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), sendo o volume de recursos inversamente proporcional ao IDHM. Alguns dos medicamentos e insumos que constam na CBAF são fornecidos aos municípios diretamente pelo Ministério da Saúde, que é responsável pela aquisição e distribuição dos contraceptivos orais e injetáveis, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma³. Já o CESAF compreende os medicamentos e insumos para controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico (Ibidem, p. 30). O Ministério da Saúde adquire e distribui esses itens aos estados e ao Distrito Federal, responsáveis por seu recebimento, armazenamento e distribuição aos municípios. Na área de contracepção e controle de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), o CESAF inclui os preservativos internos (femininos) e externos (masculinos).

Além dos métodos anticoncepcionais previstos na RENAME, o SUS também oferece os procedimentos de esterilização, que consistem na realização de vasectomia e ligação tubária (laqueadura). O primeiro pode ser feito tanto em ambiente hospitalar quanto ambulatorial e o segundo exclusivamente em ambiente hospitalar. Com isso, o SUS oferece várias formas de contracepção a seus usuários, que podem escolher a que melhor se adeque às suas necessidades. No entanto, isso não se reflete numa distribuição igualitária desses métodos entre a população brasileira, já que fatores como renda, escolaridade e acesso a serviços de saúde exercem grande influência sobre o uso dos contraceptivos.

³Dos medicamentos e insumos presentes na CBAF, apenas os métodos contraceptivos citados, a insulina humana NPH, insulina humana regular, clindamicina 300 mg e a rifampicina 300 mg não são comprados pelos municípios com a utilização dos recursos financeiros repassados pela federação, sendo distribuídos às secretarias municipais de saúde diretamente pelo Ministério da Saúde.

Em estudo sobre práticas contraceptivas de mulheres entre 15 e 49 anos no município de São Paulo, Olsen et. al (2018, p. 17) observou que a quase universalização da contracepção nesse segmento da população ocorreu às custas de financiamento próprio e individual das mulheres, existindo barreiras estruturais no acesso à prescrição de contraceptivos no SUS e em sua obtenção gratuita. Nesse estudo, o SUS não aparece entre as principais fontes de obtenção de métodos contraceptivos das mulheres entrevistadas, independentemente de classe social, raça, religião ou região em que moravam.

Após vinte e cinco anos da promulgação da Lei 9.263/96 ainda há dificuldades em garantir o direito ao acesso a métodos contraceptivos pela rede pública de saúde, principalmente quando consideramos as mulheres socialmente vulneráveis. Nos interessa saber como a disponibilidade de métodos contraceptivos se diferencia nas prefeituras regionais no município de São Paulo, resultando em desigualdade socioespacial no acesso a esses métodos nos estabelecimentos de saúde.

Através dos dados públicos disponibilizados pelo DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, e demais informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde do município de São Paulo, buscamos estabelecer quais tendências são observadas na distribuição dos métodos contraceptivos oferecidos pela rede pública de saúde na capital paulista. Por meio dos dados coletados, observamos em quais prefeituras regionais localizam-se os estabelecimentos de saúde com maior participação no número total de procedimentos hospitalares e ambulatoriais de contracepção (inserções de DIU, laqueaduras e vasectomias), as informações sobre o oferecimento de medicamentos contraceptivos pela rede pública municipal (pílulas contraceptivas de uso regular e de emergência e contraceptivos injetáveis) e as séries históricas sobre a distribuição de métodos anticoncepcionais de barreira (preservativos internos, externos e diafragma).

1. A contracepção nas políticas públicas de saúde da mulher

1.1. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

Uma das mais importantes políticas públicas de saúde brasileiras com enfoque em gênero, a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (PNAISM), foi lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde. Possui como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde da mulher, abrangendo ações do Sistema Único de Saúde (SUS) direcionadas ao cuidado com a saúde das mulheres em diversos ciclos da vida. Essa política prevê em suas diretrizes a consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual, além do oferecimento de serviços de prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2011).

A PNAISM compreende um amplo conjunto de ações para a garantia desses serviços pela rede pública de saúde, entre os quais está incluso o acesso à contracepção e ao planejamento familiar, foco principal da nossa análise. Essa política é resultado de uma longa trajetória de reivindicações por políticas de saúde temáticas que compreendessem em seus princípios e diretrizes a atenção e o cuidado com a saúde das mulheres em diversos contextos sociais. Foi instituída a partir do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM) de 1983, primeira política pública brasileira a qualificar a saúde da mulher com base nos princípios de integralidade, equidade e universalidade preconizados pelo SUS e a incorporar a noção de direitos sexuais e reprodutivos.

A PNAISM ampliou as noções sobre direitos sexuais e reprodutivos presentes em sua antecessora e expandiu seu alcance a grupos sociais antes invisibilizados, como as mulheres negras, indígenas, trabalhadoras da cidade e do campo e as mulheres encarceradas. Para entender sua importância para o acesso à saúde sexual e reprodutiva pelo SUS é necessário compreender as origens dos debates que levaram à elaboração do PAISM na década de 1980, bem como o contexto social que impulsionou o tema dos direitos sexuais e reprodutivos a um lugar de destaque na elaboração das políticas públicas de saúde. O lançamento do Programa em 1983 foi possível graças à intensa mobilização social iniciada às vésperas da

redemocratização com a atuação de mulheres organizadas em movimentos sociais. Sua elaboração remonta a um momento de grandes mudanças na sociedade brasileira que implicaram em novos olhares sobre a sexualidade e a reprodução.

As políticas de saúde da mulher anteriores ao lançamento do PAISM eram centradas na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, priorizando os cuidados relacionados à gestação e ao período pós-parto. Não havia referências aos direitos sexuais e reprodutivos e a contracepção não era incluída como uma dimensão do cuidado com a saúde feminina, salvo quando o uso de anticoncepcionais tinha o objetivo de evitar uma gravidez que pudesse trazer riscos. As mudanças no comportamento reprodutivo da sociedade brasileira, que vinham se delineando de maneira mais expressiva desde a década de 1960, ainda que de forma desigual, aliadas às reivindicações das mulheres por maior autonomia reprodutiva, foram fatores decisivos para a superação da abordagem até então dominante na formulação das políticas de saúde da mulher.

Tais processos influenciaram a criação do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* na década de 1980, momento que marcou a definitiva aproximação entre a discussão dos direitos sexuais e reprodutivos e a saúde, colaborando portanto para a elaboração da primeira política temática de saúde no Brasil e preparando o terreno para a estruturação do próprio Sistema Único de Saúde. Seu principal desafio era abarcar as particularidades do acesso à saúde em um país socialmente desigual, levando em consideração a existência de vulnerabilidades e desigualdades no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos para mulheres em diferentes contextos socioeconômicos.

Pouco mais de duas décadas separam a idealização do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* e o lançamento da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Durante esse período, o tema dos direitos sexuais e reprodutivos continuou a ganhar relevância no Brasil e no mundo. No Brasil, crescia o consenso em torno da necessidade de garantir o acesso ao planejamento familiar reforçando sua característica de direito básico. Não só o planejamento reprodutivo figurava como ponto de atenção a ser incorporado pelas políticas públicas de saúde: a atenção à saúde sexual também ganhou impulso na década de 1990, com a criação e expansão dos programas de controle e prevenção da Aids e outras

infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)⁴. A elaboração desses programas e políticas públicas de saúde aconteceu de forma simultânea à estruturação e consolidação do SUS, compondo o conjunto das ações voltadas aos serviços de atenção básica em saúde.

À medida em que também ganhavam destaque a nível mundial, sendo incorporados no temário de conferências globais cujo objetivo era discutir ações comuns de enfrentamento de diferentes problemas de ordem social e econômica, os direitos sexuais e reprodutivos eram incorporados de maneira mais incisiva à legislação brasileira, fortalecendo as bases legais que garantiam o acesso ao planejamento reprodutivo pelo Sistema Único de Saúde. A estruturação do SUS e a expansão de sua rede de atendimento visavam atender ao princípio presente na Constituição Federal de 1988 de que o Estado deveria garantir o direito à saúde básica à toda a população brasileira⁵. A Constituição assegurava também que era dever do Estado “propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte das instituições oficiais ou privadas” (BRASIL, 1988, Art. 227).

Em 1996, a Lei 9.263, conhecida também como a Lei do Planejamento Familiar, definiu que as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, estavam obrigadas a garantir em toda a sua rede de serviços a assistência à concepção e contracepção, bem como as demais ações que compõem o quadro de atenção à saúde sexual e reprodutiva. A Lei regulamenta o acesso a formas de controle da fecundidade para homens e mulheres, o que amplia seu efeito para além das políticas públicas de saúde da mulher, tornando-a transversal aos programas de atenção à saúde de homens, mulheres e da família.

⁴ Tanto na Política Nacional de DST/Aids, lançada pelo Ministério da Saúde em 1999, quando na PNAISM de 2004, é empregada a terminologia *doença sexualmente transmissível (DST)*. Atualmente, o termo vem sendo substituído por *infecção sexualmente transmissível (IST)* nos relatórios de controle e prevenção ao HIV e à Aids do Ministério da Saúde. A substituição visa alertar sobre a transmissão de ists entre pessoas que não apresentam sintomas, como no caso de pessoas soropositivas que não tenham desenvolvido a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids).

⁵ De acordo com o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Esses processos se inserem em um contexto internacional no qual os direitos sexuais e reprodutivos ganhavam maior destaque, sobretudo a partir de meados da década de 1990. O acesso à saúde sexual e a formas de planejamento reprodutivo foram incorporados à agenda de conferências globais por serem considerados direitos cuja garantia é desrespeitada em diversos países. Entre elas se destacam a *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD)*, realizada em Cairo em 1994, e a *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*, ocorrida em Pequim em 1995, ambas promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU).

A *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD)*, definiu que o acesso à saúde sexual e reprodutiva era essencial para garantir a igualdade de gênero. A CIPD de 1994 foi precedida pelo *Encontro Nacional Mulher e População: nossos direitos para o Cairo 94*, evento promovido pelo Ministério de Relações Exteriores (MRE) do Brasil, que contou com a participação de organizações não governamentais feministas. O evento fez parte de um processo de consulta nacional com o objetivo de apresentar em Cairo perspectivas nacionais sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Como resultado foi elaborada a *Carta de Brasília*, documento que reforçava princípios básicos para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, incluindo a não-coerção, a saúde integral da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos (PATRIOTA, 1994, p.35).

Em 1995, a ONU promoveu a *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*, em Pequim. O evento reforçou a urgência em garantir acesso aos direitos sexuais e reprodutivos para meninas e mulheres em diversas partes do mundo, onde a violência de gênero, a feminização da pobreza e a impossibilidade de acesso a recursos educacionais e à saúde impedem que elas os exerçam. Uma das grandes marcas da Conferência de Pequim foi o reconhecimento da importância do conceito de gênero para a análise do desequilíbrio das relações de poder entre homens e mulheres, caracterizando-as como o produto de padrões determinados social e culturalmente. Para Viotti (1995, p.149), isso implica em reconhecer que as relações de gênero, com seu substrato de poder, constituem a chave para a compreensão e superação dos padrões de desigualdade.

O Brasil se destacou em ambos os eventos, beneficiando-se da experiência adquirida com os debates sobre direitos sexuais e reprodutivos que se intensificaram na década anterior e se estenderam até os anos de 1990. A associação entre direitos

sexuais e reprodutivos e saúde transformara a formulação de políticas públicas de saúde brasileiras em campo profícuo do debate sobre os principais empecilhos para a garantia de acesso a saúde e seus desdobramentos para as relações sociais de gênero.

Apesar de ter antecipado alguns aspectos das discussões que as conferências iriam impulsionar a nível global anos depois, o debate brasileiro sobre direitos reprodutivos se refletiu apenas de maneira parcial no campo da saúde. A aproximação com o movimento feminista foi decisiva para que as políticas públicas de saúde da mulher apresentassem grande avanço em relação à abordagem dominante até 1980, ainda que permanecessem pouco abertas a uma das demandas mais sensíveis e urgentes presentes no temário do debate feminista: o direito ao aborto.

Considerado uma das pautas fundamentais das discussões feministas sobre direitos reprodutivos na década de 1980, o aborto foi incorporado na agenda das políticas públicas de saúde como um problema de saúde pública, sem figurar como um componente específico da saúde sexual e reprodutiva. O aborto realizado em condições inseguras, em clínicas irregulares e sem adequada infraestrutura ambulatorial, ou em casa por pessoas sem capacitação para a realização do procedimento representa uma das principais causas de morte materna no país.

As políticas públicas de saúde se propõem a discutir os riscos associados ao aborto inseguro no Brasil, explorando a perspectiva das necessidades de cuidado no atendimento de mulheres vítimas de complicações causadas pelo procedimento e alertando para as limitações do sistema público de saúde em encaminhá-las ao tratamento adequado. Há notável preocupação em abordar o tema do aborto inseguro especialmente na PNAISM de 2004, sendo que o preconceito e negligência que as mulheres que decidem pela interrupção da gravidez estão sujeitas a enfrentar em casos de complicações severas causadas pelo procedimento em condições de risco é um dos temas levantados no documento base de princípios e diretrizes da Política.

O acolhimento às mulheres vítimas de complicações decorrentes do aborto inseguro permeia as considerações sobre o tema na PNAISM. Ela aponta, entre outros fatores, para o recorrente despreparo das equipes de saúde em acolher as mulheres e encaminhar os casos a profissionais qualificados, além da resistência motivada por julgamentos morais por parte dos profissionais em realizar o

atendimento adequado (BRASIL, 2011). A violência institucional que se traduz em atraso no atendimento médico e discriminação explícita é indicada como um problema frequente na abordagem de complicações pós-procedimento pelos serviços de saúde, o que contribui para aprofundar o problema - mulheres cujos direitos sexuais e reprodutivos são negligenciados e ameaçados estão mais vulneráveis a recorrer a procedimentos inseguros de interrupção da gravidez. O cuidado no atendimento e encaminhamento clínico adequado desses casos é essencial para estimar as necessidades não atendidas em planejamento reprodutivo, o que representaria uma medida importante para prevenção dos casos de internação por complicações pós-aborto, mas que por si só não atenua o quadro crítico causado pela restrição do acesso ao aborto no país.

Para a formulação de políticas públicas de saúde da mulher, a atenção volta-se para o aborto inseguro como uma consequência das demandas não atendidas em contracepção, o que não compreende todas as dimensões do problema. O aborto inseguro é tratado como sintoma e reflexo das desigualdades de acesso ao planejamento reprodutivo que a PNAISM busca encarar, e sua assimilação como direito reprodutivo é limitada aos casos permitidos pela lei brasileira. No Brasil, o aborto não é considerado crime em três circunstâncias: quando a gestação resulta de violência sexual, quando há risco para a saúde ou vida da mulher e quando é constatada anencefalia fetal. Mesmo nos poucos casos em que é permitido, o aborto legal é um serviço de difícil acesso pela rede pública de saúde.

O *Mapa do Aborto Legal no Brasil*, levantamento realizado pela Artigo 19, uma organização não governamental de origem britânica com foco em direitos humanos, reúne informações sobre a distribuição dos estabelecimentos públicos de saúde brasileiros que oferecem os serviços de aborto nas circunstâncias previstas em lei. A base de dados do levantamento foi construída a partir da junção de duas listas: a primeira do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do SUS, com informações dos hospitais classificados como prestadores do serviço de *atenção à interrupção da gravidez para os casos previstos em lei*, que atualmente totaliza 90 estabelecimentos de saúde; e a segunda intitulada *Abortos Legais por Estabelecimento*, fornecida à ONG pelo Ministério da Saúde, na qual foram identificados 131 hospitais que realizaram ao menos dois abortos legais no ano de 2017 (ARTIGO 19, 2019).

Na prática, a ONG constatou que apenas 76 dos 176 estabelecimentos encontrados no levantamento preliminar confirmaram a realização do procedimento. Em maio de 2020, dois meses após o início da pandemia de SarsCov2, o novo coronavírus, o *Mapa do Aborto Legal no Brasil* identificou a redução de 45% da cobertura do serviço no país: 20 hospitais afirmaram não realizar o procedimento, 42 confirmaram a realização e outros 14 não se pronunciaram sobre a continuidade do serviço. Desses estabelecimentos, a maioria está localizada na Região Sudeste, que concentra 17 estabelecimentos, 6 deles só no município de São Paulo. O Norte é a Região menos assistida por esse serviço, onde somente dois hospitais continuavam realizando o procedimento em 2020, um em Manaus e outro em Palmas.

Apesar dos avanços que a PAISM representou para as políticas públicas de saúde da mulher na década de 1980 e da ampliação de seu alcance proporcionada pela PNAISM em 2004, ainda existem diversas barreiras estruturais para o acesso à saúde sexual e reprodutiva pelo Sistema Único de Saúde. A falta de informações sobre os métodos disponíveis, a cobertura incompleta dos serviços de planejamento familiar pela rede pública de saúde e a existência de estigmas que dificultam o atendimento e o encaminhamento de pacientes aos serviços de atenção adequados são alguns dos fatores que limitam a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

1.2. A saúde sexual e reprodutiva como tema de políticas públicas de saúde: origens do debate político, contextos e desafios

Apesar de estar presente nos debates feministas em anos anteriores, ainda que pouco expressivo dado o grande estigma do qual era alvo, o tema do acesso à saúde sexual e reprodutiva passaria a compor o repertório do debate político sobre direitos civis no final da década de 1970, às vésperas da redemocratização. A relevância que os direitos sexuais e reprodutivos alcançaram naquele contexto social e sua consequente assimilação pelas políticas públicas de saúde a partir da década de 1980 se deu em um cenário de profundas mudanças na sociedade brasileira, dentre as quais podemos ressaltar: o aumento da participação feminina na luta política por ampliação dos direitos civis e a diminuição das taxas de fecundidade da população.

A emergência do desejo por maior protagonismo feminino em decidir sobre a concepção e a contracepção faz parte de uma grande mobilização social por direitos democráticos que se intensificava nos anos finais da ditadura militar. A inclusão das pautas de sexualidade e reprodução na agenda política dos movimentos sociais tinha como propósito, além da reivindicação por maior autonomia das mulheres sobre suas escolhas reprodutivas, chamar atenção para as singularidades e vulnerabilidades do exercício dos direitos reprodutivos e sexuais de mulheres em diversos contextos sociais e regionais.

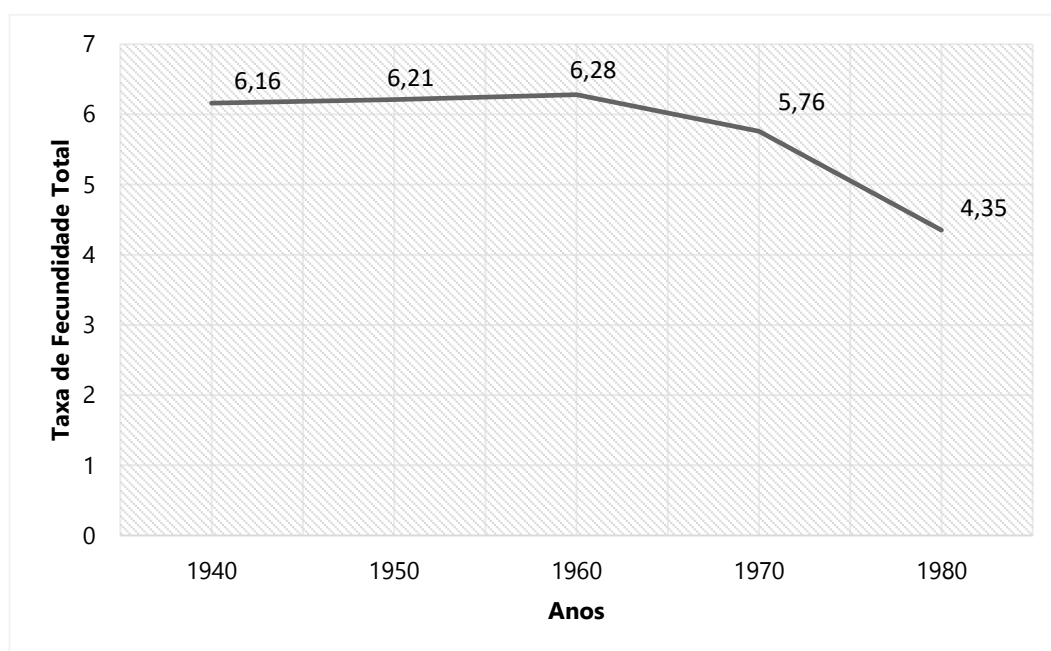
Ao mesmo tempo em que efervescia e se expandia para além do espaço circunscrito ao movimento feminista, alcançando mulheres em diferentes movimentos sociais, a discussão sobre acesso à saúde sexual e reprodutiva tornava-se mais urgente à medida em que as mudanças no comportamento reprodutivo da sociedade brasileira demandavam maior atenção do Estado, no sentido de promover as condições necessárias para que homens e mulheres pudessem ter a garantia de acesso a formas de contracepção. Esse conjunto de fatores contribuiria para que os direitos sexuais e reprodutivos se tornassem fator estratégico na formulação de políticas públicas de saúde, compreendendo uma visão mais abrangente da relação entre saúde e gênero.

Estudos demográficos estimam que desde meados da década de 1960 a taxa de fecundidade tem se reduzido no Brasil, momento que teria marcado o início da transição da fecundidade no país (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2006). A taxa de

fecundidade é representada pelo número médio de filhos nascidos vivos por mulher ao longo de sua vida. A transição da fecundidade, por sua vez, indica a mudança de um padrão em que ocorrem muitos nascimentos, com elevada taxa de mortalidade, para uma tendência de diminuição da taxa de fecundidade, com o aumento do número de gestações planejadas.

Durante a década de 1960, a taxa de fecundidade total caiu pela primeira vez desde que passou a ser registrada pelo *Censo Demográfico*, em 1940. Sua queda se deu de maneira rápida a nível nacional, tendência apontada pela primeira vez na década de 1980, a partir dos resultados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) de 1984 (BERQUÓ, 1987). O declínio na década seguinte foi ainda mais acentuado – enquanto a diminuição da taxa fecundidade entre 1960 e 1970 foi de 15,3%, entre 1970 e 1980 ela se reduziu em aproximadamente 24,5%, segundo os dados do IBGE⁶ (Gráfico 1).

Gráfico 1. Brasil: taxa de fecundidade total (1940-1980)



Elaboração própria. Fonte: IBGE, 2021.

A queda da taxa de fecundidade não se deu de forma homogênea, apresentando diferentes variações entre as grandes regiões do país e para as mulheres de diferentes classes sociais. Para Carvalho e Wong (1992), a diminuição

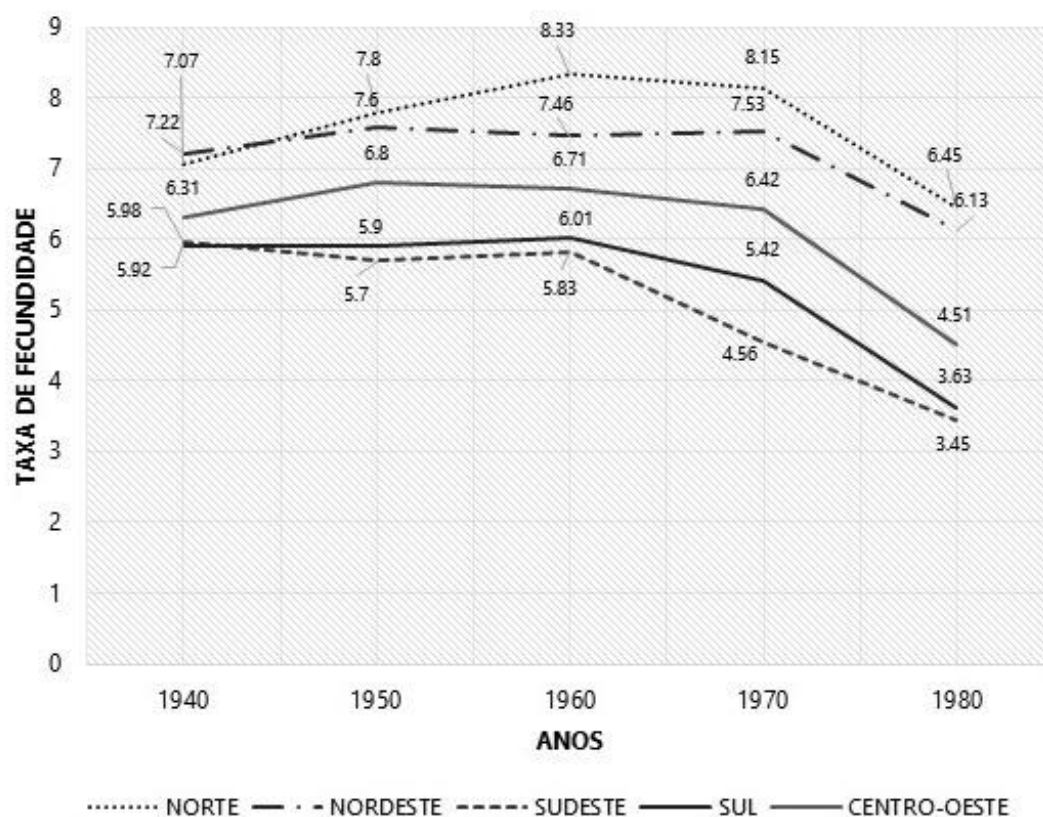
⁶ Acompanhando a tendência das décadas anteriores, a taxa de fecundidade continuou a cair entre os anos de 1980 e 1990, desta vez de forma ainda mais drástica: a redução foi de cerca de 38,6% nesse período (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2006).

das taxas de fecundidade aconteceu de maneira bastante desigual no caso brasileiro: quando a tendência de queda na taxa nacional de fecundidade iniciou-se timidamente, a partir dos anos 1960, ela já apresentava grande disparidade regional.

Da mesma forma que indicadores socioeconômicos indicavam fortes diferenças regionais, a redução das taxas de fecundidade se deu também de maneira muito distinta. Enquanto no Norte e no Nordeste a taxa geral de fecundidade encontrava-se acima da média nacional, nas regiões Sul e Sudeste elas se encontravam abaixo. Segundo Gonçalves et al. (2019, p.2) as práticas de controle de fecundidade foram mais expressivas entre mulheres com mais anos de escolaridade, residentes de áreas urbanas nas regiões Sul e Sudeste do país, em contraposição às áreas rurais e regiões Norte e Nordeste.

Não só o período que marca o início de declínio da taxa de fecundidade apresenta diferenças regionais, como também seu ritmo. Enquanto alguns estudos indicam que a redução das taxas de fecundidade tenha se iniciado de forma lenta ainda entre os anos 1930 e 1940 nas zonas urbanas das regiões Sul e Sudeste de, no Norte e no Nordeste ela teria aumentado até o início da década de 1970 e caído a partir daí de forma sustentada e rápida (Ibidem, p.3). Os diferentes níveis de redução da taxa de fecundidade já revelavam quão desigual a situação do acesso ao planejamento reprodutivo se mostrava a nível nacional décadas antes de as discussões sobre acesso à saúde sexual e reprodutiva ganharem relevância no contexto das lutas políticas por direitos civis (Gráfico 2).

Gráfico 2. Brasil: variação da taxa de fecundidade por grandes regiões (1940-1980)



Elaboração própria. Fonte: IBGE, 2021.

Existem diversas abordagens sobre as causas do rápido declínio da taxa de fecundidade brasileira entre as décadas de 1960 e 1980. Diversos estudos atribuem a mudança a fatores estruturais de ordem social e econômica, tais como: a proletarianização, a industrialização, aumento dos níveis educacionais, a entrada das mulheres no mercado de trabalho e as mudanças nas relações sociais de gênero e, sobretudo, a redução das taxas de mortalidade infantil, o que contribuiu para a prática de regulação da fertilidade (ALVES, 2004, p.30).

Apesar da abordagem pró-natalista do Estado durante boa parte da ditadura militar, o comportamento reprodutivo da sociedade brasileira passava por mudanças sem mesmo existir uma ação controlada do Estado sobre esse processo. Na década de 1970, ainda era inexpressiva a iniciativa estatal em oferecer acesso à contracepção. A primeira ação nesse sentido foi o lançamento do Programa de Saúde Materno-Infantil pelo Ministério da Saúde em 1977, com o objetivo de prevenir a gestação de alto risco. O Programa, no entanto, adotava uma perspectiva bastante

restrita da saúde feminina, limitando-a apenas à esfera da maternidade. O movimento feminista ao final da década de 1970 apontaria as limitações dessa abordagem, presente no cuidado com a saúde feminina na época. Essa mobilização seria essencial para a formulação do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), primeira política pública brasileira de saúde a incorporar as noções de direitos sexuais e reprodutivos, lançado em 1983.

O PAISM representou uma conquista importante para os direitos sexuais e reprodutivos, pautas que emergiram no interior dos movimentos sociais formados por mulheres durante a década de 1970. Nesse período, às vésperas da redemocratização, diversos segmentos da sociedade mobilizados em movimentos sociais passaram a exigir a participação da sociedade civil na formulação das políticas públicas e a ampliação da parcela da população à qual elas seriam direcionadas. As mulheres assumiram um papel fundamental nesse período, tendo as questões de gênero alcançado posição de grande relevância no debate político. Para Farah (2004, p.50), “a história desses movimentos é também a da constituição das mulheres como sujeito coletivo, em que estas deixam a esfera privada e passam a atuar no espaço público, tornando públicos temas até então confinados à esfera privada”.

Impulsionados por um contexto geral de abrandamento do regime militar e ampliação das reivindicações por direitos democráticos, os temas da reprodução e sexualidade ganharam espaço e importância na atuação das mulheres organizadas em diversos movimentos sociais durante o período de redemocratização. Os termos com os quais a discussão sobre a saúde reprodutiva se instala no país foram fortemente influenciados pela experiência de mulheres recém-chegadas do exterior após a promulgação da Lei da Anistia em 1979 (ÁVILA, 2019, p. 165).

Originadas no interior do movimento feminista das décadas de 1970 e 1980 as discussões sobre sexualidade e reprodução passaram a ocupar um espaço cada vez maior, o que significou uma grande mudança em relação ao lugar de estigma ao qual estiveram restritas até então: devido à aliança do movimento feminista com a Igreja na oposição ao regime militar, esses temas ficaram estrategicamente fora do discurso feminista. Segundo Ávila (2019), os temas iniciais desse debate no Brasil foram o aborto e a contracepção, com a defesa da autonomia das mulheres em decidirem sobre a reprodução e sexualidade.

Vários elementos irão compor o espectro da reflexão e das reivindicações que dizem respeito à saúde da mulher: o interesse e o questionamento acerca do saber e do poder médico; a emergência do discurso das mulheres sobre suas experiências corporais; uma crítica contundente à situação atual dos serviços de saúde; além do empenho em exigir do Estado uma maior eficácia no que se refere ao funcionamento do sistema de saúde (ÁVILA, 2019, pp. 164-65).

A inclusão da noção dos direitos sexuais e reprodutivos nas pautas do debate feminista refletiriam em formas de interpretação e contraposição às políticas de saúde da mulher da época, que devido à preocupação exclusiva com a gestação e a maternidade ficou conhecida como visão *materno-infantilista* da saúde da mulher. A principal crítica levantada pelo movimento feminista era a de que a abordagem *materno-infantilista* reforçava a ideia amplamente difundida de que a reprodução era um papel inerente às mulheres, limitando sua presença à esfera doméstica e invalidando seu poder de decisão sobre a concepção e a contracepção.

A assimilação da contracepção e da sexualidade no repertório das discussões feministas e sua repercussão entre mulheres de outros movimentos sociais fomentou o debate político em torno da formulação das políticas públicas de saúde. Segundo Farah, “ao mesmo tempo em que denunciavam desigualdades de classe, os movimentos de mulheres – ou as mulheres nos movimentos – passaram também a levantar temas específicos à condição da mulher como direito a creche, saúde da mulher, sexualidade e contracepção e violência contra a mulher” (2004, p.51). Dessa forma, a luta por direitos sexuais e reprodutivos se confunde com a própria trajetória da luta pela redemocratização e com os esforços em garantir que segmentos da sociedade até então negligenciados pelo Estado pudessem ser contemplados na formulação de políticas públicas.

(...) a organização em torno da obtenção dos direitos sociais passa a ocupar um espaço importantíssimo na nova conjuntura política. Os temas da reprodução estão sendo trabalhados tendo a saúde como campo básico, e integram a demanda por democracia social consubstanciados no Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM). Formulado pelo Ministério da Saúde no ano de 1983, o programa incorpora as ideias feministas sobre assistência à saúde reprodutiva e sexual. Portanto, já se configuram dois aspectos importantes em relação aos conteúdos dos direitos reprodutivos: sua associação com a luta por liberdades democráticas e sua estreita conexão com a saúde das mulheres. (ÁVILA, 2019, p. 166)

O *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* veio, em 1983, se constituir como o primeiro marco institucional na busca pela garantia ao pleno

exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, influenciado pelas ideias das mulheres organizadas em movimentos sociais daqueles anos. Sua criação assinala o momento no qual as informações sobre saúde sexual e reprodutiva passaram a ser sistematicamente disseminadas. Com o lançamento do programa “pretendia-se normatizar ações voltadas para cada etapa do ciclo vital feminino, reunindo os princípios da atenção preventiva e dos cuidados curativos, além da inserção de atividades de planejamento familiar” (COSTA et al., 2013, p.78). O lançamento do PAISM precedeu a consolidação do Sistema Único de Saúde e influenciou as bases de seu funcionamento, definindo fundamentos importantes para a abordagem de vulnerabilidades e singularidades de populações alvo das demais políticas públicas de saúde.

No entanto, foi a partir da Constituição Federal de 1988 que o planejamento familiar passou a ser compreendido como um direito (Ibidem, p. 79). A Carta Magna reconhece no artigo 226, parágrafo 7º, que “o planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (BRASIL, 1988). A Constituição Federal fundamentou os pilares do funcionamento do SUS, instrumento essencial na garantia ao acesso à saúde básica no país e, nos anos seguintes, o sistema foi estruturado a fim de garantir assistência à saúde básica para a população brasileira, fazendo valer o dever do Estado em garantir acesso à saúde previsto constitucionalmente. A inclusão do planejamento familiar na Constituição Federal foi de extrema importância para estender aos direitos sexuais e reprodutivos a qualidade de direito básico.

O fortalecimento das bases legais para o oferecimento dos métodos contraceptivos pelo SUS contribuiu para, gradativamente, difundir os serviços de contracepção na rede básica de saúde. O lançamento da *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais* (RENAME), em 2001, incluiu definitivamente os métodos contraceptivos entre os medicamentos e insumos de saúde essenciais aos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde.

Ainda em 1996, foi realizada a *Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Demografia da Mulher e da Criança*, um inquérito de nível nacional sobre as práticas contraceptivas de mulheres em idade fértil no Brasil. A pesquisa apontou que 76,7% das mulheres utilizavam algum método contraceptivo, com predominância dos

métodos modernos⁷, que representavam 70% desse percentual, em relação aos chamados métodos tradicionais⁸ ou naturais.

Os dados apresentados pelas PNDSs são importantes para avaliar a efetividade e o alcance dos programas de planejamento familiar, como o PAISM, bem como subsidiar análises sobre as alterações nas taxas de fecundidade. A adesão ao uso de métodos anticoncepcionais, bem como a preponderância dos métodos modernos em relação aos métodos tradicionais em 1996, apresentavam tendência de crescimento em comparação aos números apontados pela PNDS de 1986: nesse ano, o uso de contraceptivos entre mulheres unidas encontrava-se em torno de 66%, sendo que 54% do total correspondia aos métodos modernos, metade desse percentual proveniente do uso da pílula (BEMFAM, 1997, p.51). Em um intervalo de dez anos o percentual do uso de contraceptivos cresceu e também a utilização de métodos modernos de anticoncepção.

⁷ São métodos modernos citados na PNAD de 1996: pílula anticoncepcional, DIU, injeções hormonais, implante subdérmico, diafragmas, espumas e tabletes (espermicidas), condoms (preservativos), esterilização feminina e masculina.

⁸ Os métodos tradicionais, de acordo com a PNAD de 1996, incluem a abstinência periódica, controle conhecido popularmente como “tabelinha”; o método billings, a medição da temperatura basal, além do consumo de ervas e chás, esses dois últimos sem efeito contraceptivo, porém citados por algumas das mulheres entrevistadas.

1.3. O papel do gênero para determinação das condições de acesso à saúde

O histórico desequilíbrio das relações de poder entre os gêneros se materializa também nas condições de acesso a bens sociais, o que confere ao gênero papel importante na determinação das condições de acesso à saúde. O desequilíbrio de poder entre os gêneros se perpetua e assume novas formas, refletindo-se em conjuntos de significados, normas e leis que tendem a aprofundar as desigualdades já existentes.

Segundo Scott (1989, p.86), o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. Ele exerce influência sobre diversas esferas da vida social, implicando em conceitos normativos que são expressos em doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e tomam a forma típica de uma oposição binária fixa, que afirma de maneira categórica e inequívoca o significado do homem e da mulher, do masculino e do feminino. A oposição se consagra como posição dominante e declarada como a única possível, assumindo aparente fixidez, apresentando-se como fruto do consenso social, e não do conflito.

Estabelecidos como um conjunto objetivo de referências, os conceitos de gênero estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social. Na medida em que essas referências estabelecem distribuições de poder (um controle ou um acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos), o gênero torna-se implicado na concepção e na construção do próprio poder (SCOTT, 1989, p. 88).

A oposição binária entre os gêneros implica em representações culturais sobre os papéis que homens e mulheres devem desempenhar socialmente. As mulheres são mais atingidas pela pobreza, são encarregadas, na esfera familiar, ao cuidado com os mais vulneráveis, trabalham mais horas em serviços invisibilizados, como no caso do trabalho doméstico, e correspondem ao maior número de postos de trabalho em serviços precarizados, o que as coloca em posição de desvantagem econômica.

As concepções de saúde e doença são dependentes de contextos sociais e históricos, que determinam as condições de acesso à saúde de populações e grupos em um determinado período. Isso implica em compreender o processo de adoecimento para além de sua dimensão individual-biológica, entendendo que o mesmo assume significados particulares quando analisado sob o ponto de vista social. Segundo Laurell (1985), a discussão sobre o caráter social da saúde e doença se

intensificou nos anos finais da década de 1960, impulsionada pela ampliação de lutas sociais que eclodiram em diversos países, em um contexto de crise política e social que acompanha a crise econômica. As mobilizações caminhavam em um sentido comum: colocar sob suspeita o modo dominante de resolver a satisfação das necessidades das massas trabalhadoras (LAURELL, 1985, p.2). Resultaria daí um pensamento crítico que buscava uma compreensão diferente dos problemas, de acordo com os interesses populares e capaz de dar origem a práticas sociais novas. Para a autora, essa situação assume contornos ainda mais críticos no cenário latino-americano, onde aponta-se para uma medicina clínica que não oferecia solução satisfatória para a melhoria das condições de saúde da coletividade, fato que se demonstrava na estagnação das condições de saúde em grandes grupos ou sua franca deterioração em outros.

As mobilizações protagonizadas pelos movimentos sociais integrados por mulheres que resultariam na formulação da *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* no Brasil na década de 1980 originam-se a partir de um ímpeto semelhante aos dos movimentos sociais descritos por Laurell (1985): a denúncia contra uma visão dominante de formulação das políticas de saúde da mulher e a compreensão de que elas se baseavam em uma perspectiva reducionista da saúde feminina.

A visão da PAISM consistia em observar o adoecimento para além das características particulares do indivíduo, abarcando fatores como renda, trabalho, moradia, acesso a serviços urbanos etc. A formulação de uma política com enfoque em gênero consiste também em enfrentar essas desigualdades. O aprofundamento da precarização das condições de trabalho, a ideia da resignação feminina ao trabalho doméstico (ou trabalho social não pago) e a indissociabilidade entre a responsabilização pelo cuidado e o papel das mulheres na esfera doméstica são alguns dos principais fatores das desigualdades sociais e econômicas entre homens e mulheres atualmente, decorrentes da divisão sexual do trabalho.

Fatores como renda, acesso a educação e saúde exercem grande influência sobre a adoção de métodos anticoncepcionais. Embora o uso de contraceptivos venha crescendo no Brasil, as diferenças entre as práticas contraceptivas entre mulheres de diferentes classes sociais é marcante. Segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher, de 2006, o incremento na taxa total de adoção de contraceptivos foi influenciado pela ampliação de seu uso entre mulheres de classes

sociais mais altas, o que evidencia as desigualdades de acesso à contracepção. Essa situação demonstra que ainda há vulnerabilidades no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e sua relação com as desigualdades sociais.

Além das dificuldades impostas socialmente, há desigualdades de acesso aos serviços de saúde, dada a sua distribuição desigual. Com a intensificação da urbanização essas disparidades se evidenciam. A vulnerabilidade é maior em algumas regiões da cidade, onde o acesso à saúde é dificultado por falta de estabelecimentos que ofereçam serviços especializados e que demandam maior complexidade em termos de infraestrutura e especialidade clínica. Estando as populações socialmente vulneráveis mais propensas a problemas de saúde (Laurell, 1985), é importante entender como se dá o acesso às políticas públicas dentro da cidade.

2. Distribuição de métodos contraceptivos pelo Sistema Único de Saúde no município de São Paulo

A intensificação do ritmo da urbanização em curso nas últimas três décadas, principalmente em países da América Latina, Ásia e África, tem contribuído para agravar ainda mais os contrastes sociais (GUIMARÃES, 2014). Esse processo tem desdobramentos que impactam diretamente a vida das populações urbanas, sobretudo para sua parcela mais pobre. A presença marcante da pobreza urbana é definida pela falta de acesso às condições básicas para se ter uma vida digna e adequada, sendo evidenciada principalmente com relação à renda dos indivíduos, mas também pela falta de acesso a saúde, habitação, educação, ou subjetivas (Ibidem, p. 69).

Com a perpetuação das desigualdades sociais e da pobreza, intensifica-se o processo de exclusão social, retratado pela forma mais aprofundada da falta de condições dignas de vida e isolamento dos mais pobres, que são excluídos de alguns sistemas sociais básicos essenciais para as mínimas condições de vida. Essa condição se reflete no acesso à saúde no município de São Paulo, que assume uma presença muito concentrada no meio urbano, consubstanciada pela instalação de infraestruturas hospitalares muito mais robustas em áreas mais dinâmicas da metrópole, enquanto outras permanecem desassistidas pela maioria dos serviços em saúde, especialmente aqueles que exigem maior complexidade em termos profissionais e de equipamentos.

No período em que vivemos, definido por Santos (1996) como “técnico-científico-informacional”, em que o advento da informação garante intensa articulação entre os lugares, condicionando a veiculação de ordens e de comando em escala planetária, as decisões que impactam a vida cotidiana se dão em escalas superiores. Assim, na escala local, as pessoas tornam-se muito mais condicionadas a decisões tomadas em outras escalas. A união entre a ciência, a tecnologia e a informação que caracteriza o período técnico-científico-informacional encontra-se na própria base da produção, da utilização e do funcionamento do espaço e tende a constituir seu substrato (ibidem, p. 238). Dessa forma, a produção do espaço se dá sob a égide do mercado, seguindo uma lógica que se sobrepõe aos interesses e bem estar dos indivíduos, aprofundando as desigualdades sociais e agravando o processo de exclusão social.

Há, a nível global, a conformação de complexos industriais voltados para a pesquisa e a produção de insumos médicos e de uma ampla rede de atendimento de saúde nos territórios nacionais (ANTAS JR.; ALMEIDA, 2015). Essas estruturas de diferentes países integradas em um único sistema técnico conformam o que Santos (1988) propõe chamar de circuito espacial produtivo. No Brasil, a integração entre um complexo nacional industrial voltado à saúde com os de outros países a partir dos anos 2000 constituiu circuitos espaciais produtivos da saúde, definidos pela produção e oferecimento de produtos e serviços medicinais de alto nível tecnológico, ligados à medicina curativa. A rede de serviços e o complexo industrial da saúde têm se expandido e se concentrado nas áreas mais dinâmicas do território brasileiro, sobretudo na metrópole paulistana, centro de comando da formação socioespacial. A concentração espacial dos serviços de saúde e do complexo industrial, além da centralização de capital que algumas empresas do setor estabelecem na atualidade, configuram um novo processo de urbanização, marcado pelo uso corporativo do território (Ibidem, p. 676).

Esse modelo de urbanização característica do período técnico-científico-informacional implica a seletividade com a qual as infraestruturas voltadas à saúde se instalam no meio urbano, priorizando áreas com infraestruturas pretéritas (seja de transporte, lazer ou saúde) e perpetuando um ciclo de valorização das áreas mais dinâmicas da metrópole em detrimento de outras, menos dinâmicas (SANTOS, 1993). Sob essa lógica, se confirma o que Milton Santos definiu como metrópole corporativa fragmentada (SANTOS, 1990), constituída e condicionada por um modelo de urbanização desigual, que prioriza a construção de infraestruturas em áreas mais dinâmicas da metrópole ao mesmo tempo em que deixa outras desassistidas pelas mesmas infraestruturas.

No contexto da urbanização de São Paulo em que se inserem fixos que compõem os circuitos espaciais produtivos da saúde, nota-se a instalação de equipamentos como hospitais, laboratórios e institutos em áreas mais valorizadas, concentrando o oferecimento de serviços de saúde. Nesse contexto, Antas e Almeida (2015) destacam, na metrópole paulistana, a formação do Quadrilátero da Saúde e do Arco da Paulista, duas áreas constituídas pela presença de hospitais especializados em procedimentos e diagnósticos que dependem de alta tecnologia em medicina, além de outros institutos públicos e privados da área da saúde.

Contrapondo-se a essa configuração centralizadora, o Sistema Único de Saúde, através das políticas públicas de saúde, sobretudo aquelas que compõem os serviços de Atenção Básica, exerce papel fundamental para descentralizar os serviços de saúde. Por meio dos hospitais da rede pública e das Unidades Básicas de Saúde, o sistema busca levar serviços ao maior número possível de pessoas, tanto quanto seja possível conforme a complexidade dos procedimentos e a disponibilidade de profissionais e equipamentos.

Na análise sobre a distribuição dos procedimentos de contracepção como a inserção de DIU, as laqueaduras e vasectomias, é possível, como veremos, encontrar padrões de distribuição espacial que operam de forma a oferecer esses procedimentos, dependentes de infraestruturas hospitalares e ambulatoriais adequadas, em áreas cuja acessibilidade possibilita o atendimento a populações que incluem bairros e municípios vizinhos. Ao mesmo tempo em que isso se dá em algumas regiões da capital, outras permanecem sem cobertura por esses serviços, com grandes diferenças quantitativas entre elas com relação ao número de procedimentos realizados.

Neste capítulo, analisaremos os padrões históricos e espaciais de distribuição de métodos contraceptivos em São Paulo, de acordo com informações das bases oficiais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O levantamento das informações contou com três etapas: busca por dados quantitativos sobre o oferecimento de métodos anticoncepcionais em bases estatísticas oficiais do Ministério da Saúde, pesquisa sobre termos técnicos para classificação e catalogação dos contraceptivos pelas bases e compilação dos dados, com o objetivo de evidenciar padrões e dinâmicas no oferecimento de alguns dos principais métodos na rede pública.

Além das bases oficiais do Ministério da Saúde, existem levantamentos realizados por mídias independentes e organizações não-governamentais (ONGs) que monitoram a situação dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil pelo Sistema Único de Saúde, sobretudo quando a garantia deles está ameaçada. É importante ressaltar que os dados analisados nesse trabalho se referem ao período que compreende o começo, a primeira onda e o início da segunda onda de infecções por

coronavírus no país entre os anos de 2020 e 2021, um evento com desdobramentos severos e que tem agravado as desigualdades socioeconômicas no país.

A pandemia afetou o acesso à saúde sexual e reprodutiva, diminuindo a oferta de alguns dos métodos anticoncepcionais pelo Sistema Único de Saúde. É difícil constatar seus reflexos nos indicadores de acesso à saúde a curto prazo pelas bases estatísticas do SUS. Isso torna imprescindível a atuação das ONGs e mídias independentes comprometidas com a igualdade de gênero e com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Tais organizações consistem em fontes de dados qualitativos essenciais para nossa pesquisa, na medida em que realizam um constante monitoramento da oferta de contraceptivos, inclusive quando há lacunas na oferta de informações pelo poder público.

A publicação de informações sobre os métodos anticoncepcionais pelo Ministério da Saúde não está centralizada em uma única fonte de dados, em decorrência dos diferentes critérios técnicos para classificação de cada contraceptivo e para o registro das quantidades distribuídas, que são definidos pelo SUS. Enquanto alguns métodos são oferecidos na maioria das unidades de saúde, outros dependem de procedimentos realizados em ambiente ambulatorial e hospitalar adequado, o que influencia a forma como serão contabilizados nas bases estatísticas. Podemos definir três grupos de métodos contraceptivos de acordo com sua classificação técnica e formas de cadastro de dados nas bases oficiais:

1. Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares de Contracepção

Estão inclusos na categoria de procedimentos ambulatoriais a inserção de DIU e a vasectomia, quando realizada em ambiente ambulatorial. São classificados como *Procedimentos Ambulatoriais* pelo sistema de consultas de informações hospitalares do DATASUS, o TABNET. Já os procedimentos hospitalares incluem a laqueadura (que pode ser antecedida ou não por parto cesariano) e também a vasectomia, quando realizada em ambiente hospitalar. Esses procedimentos estão listados na categoria de *Causas de Internações Hospitalares* pelo TABNET.

Para demonstrar a distribuição espacial dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de contracepção, foi considerado o número total de consultas médicas para o oferecimento do método na rede pública de saúde, realizadas entre o ano de 2020 e os dois primeiros meses de 2021 em cada Prefeitura Regional do município

de São Paulo. Durante o período de realização desse levantamento, que se deu entre fevereiro e junho de 2021, os dados mais recentes sobre a realização desses procedimentos correspondiam ao mês de fevereiro desse ano. As informações encontradas foram complementadas com os dados do CNES, sistema de informações do Ministério da Saúde que reúne os principais dados sobre as unidades de saúde presentes em todo o território nacional.

2. Métodos Contraceptivos de Barreira

Entram nessa categoria os preservativos femininos e masculinos e o diafragma. Os preservativos são também classificados como *Insumos de Prevenção* pelo Ministério da Saúde.

Os critérios da divulgação de informações sobre a distribuição dos insumos de prevenção sofreram algumas mudanças ao longo dos anos. Na maioria dos anos foram divulgadas apenas a quantidade total de insumos fornecidos pelo Ministério da Saúde a cada Estado e em outros anos, foram disponibilizadas também as quantidades distribuídas às capitais de cada Estado. Por se tratarem de dados de divulgação pontual e não contínua, não é possível traçar um padrão de oferecimento especificamente para as capitais.

Informações presentes em diferentes tabelas com as quantidades de preservativos distribuídos foram agrupadas a fim de demonstrar os padrões de oferecimento dos métodos ao longo dos últimos vinte anos. Diferentemente dos demais métodos contraceptivos previstos na RENAME, os preservativos são oferecidos em vários locais da capital além dos estabelecimentos de saúde do SUS.

O diafragma é um método em falta na rede pública de saúde em São Paulo e não há dados sobre sua distribuição em bases públicas de consulta. Por isso, esse método foi excluído da análise.

3. Métodos Hormonais (Medicamentos com Efeito Contraceptivo)

Compreende os hormônios injetáveis mensais e trimestrais, as pílulas orais combinadas, as minipílulas e as pílulas anticoncepcionais de emergência. As informações de distribuição desses métodos não são exatas, ficando restritas a bases não públicas, como a *Base Nacional de Dados de Ações e Serviços de Assistência Farmacêutica do SUS*, a BNAFAR. Sua divulgação depende da publicação dos dados

pelas secretarias municipais de saúde, o que dificulta estimar a frequência com que são oferecidos na rede pública.

Por serem dados de difícil mobilização, a análise de distribuição dos métodos hormonais foi excluída do trabalho. Sua disponibilização em bases públicas seria de extrema importância para compreender seu uso e acessibilidade, dada a marcante participação dos métodos hormonais nas práticas contraceptivas de mulheres em idade reprodutiva no Brasil.

2.1. Procedimentos ambulatoriais e hospitalares de contracepção

2.1.1. Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU)

Oferecimento pela Rede Pública de Saúde

O dispositivo intrauterino de cobre pertence à categoria dos LARC (Long-Acting Reversible Contraceptives), os contraceptivos reversíveis de longa duração, que inclui também os DIUs hormonais, os implantes anticoncepcionais subcutâneos e os anticoncepcionais injetáveis. O DIU de cobre e os anticoncepcionais injetáveis são os únicos LARCs oferecidos pelo SUS. A inserção de DIU pode ser feita em Unidades Básicas de Saúde e em Hospitais Municipais com atendimento ginecológico, sendo necessário realizar uma consulta para avaliação e encaminhamento da paciente ao procedimento. É o método contraceptivo com menor taxa de falha presente na RENAME (até 0,9% segundo a Organização Mundial de Saúde), mas apesar da alta eficácia, sua taxa de adesão no Brasil é baixa, sendo citado por apenas 1,5% das mulheres entrevistadas pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 como método contraceptivo.

A obrigatoriedade da participação em grupos educativos, a oferta insuficiente e descontinuada do método, o conhecimento inadequado de profissionais de saúde sobre seus mecanismos de ação, a falta de profissionais habilitados para realizar a inserção e a ausência de protocolos claros e simplificados para indicação do método e encaminhamento das usuárias ao procedimento são empecilhos presentes nos serviços de Atenção Básica que dificultam o acesso ao DIU (GONZAGA et al., 2017).

Vários desses requisitos são arbitrários, adotados em algumas UBSs e hospitais apesar de não haver orientações oficiais do Ministério da Saúde para sua exigência. A participação em palestras ou grupos de aconselhamento, a realização de exames além da avaliação física necessária para garantir que o método possa ser utilizado sem riscos e o desaconselhamento do uso do DIU por mulheres jovens ou que nunca tiveram filhos são algumas das práticas seguidas por profissionais da área para avaliar a elegibilidade do método, mesmo quando não há respaldo científico ou legal para que sejam adotadas (FERREIRA, 2019; GONZAGA et. Al, 2017).

A incompatibilidade entre os critérios adotados por estabelecimentos de saúde da rede pública e as diretrizes oficiais do SUS para realização do procedimento, aliada

à falta de informação e aos mitos em torno da utilização do DIU (que inclui desde a ideia de que o método é ineficaz até a crença equivocada de que ele é abortivo ou que pode causar infertilidade) contribuem para sua baixa adesão. Isso representa um empecilho ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, na medida em que a criação de exigências infundadas para o oferecimento do método, situação que ocorre não só na rede pública de saúde como também em clínicas e hospitais privados, contribui para o enfraquecimento da autonomia reprodutiva das mulheres.

Além da existência de barreiras organizacionais que dificultam o acesso ao DIU, a cobertura desse serviço é incompleta na rede pública de saúde. Apesar de fazer parte dos serviços de Atenção Básica do SUS, a inserção de DIU não é oferecida em nove das capitais brasileiras: Belém, Boa Vista, Campo Grande, Cuiabá, Macapá, Maceió, Porto Velho, São Luís e Teresina (FERREIRA, 2019). A inserção deve ser realizada exclusivamente por médicos capacitados, e a falta desses profissionais dificulta o oferecimento do serviço em vários outros municípios, apesar da disponibilidade do DIU nas redes municipais de saúde. Quando não há profissionais que possam realizar o procedimento, os estabelecimentos podem encaminhar as mulheres que desejam utilizar o método a outras unidades ou hospitais de referência, caso exista esse serviço na rede municipal de saúde e haja protocolos para o encaminhamento clínico.

A indisponibilidade do método ou de profissionais habilitados a realizar a inserção nas unidades de saúde, além das exigências desnecessárias aumentam o tempo de espera para a realização do procedimento de inserção do DIU. A espera pode se estender por semanas, meses e às vezes anos, o que contribui para que mulheres desistam de utilizá-lo ou optem por outro método anticoncepcional que não corresponda às suas necessidades, ficando mais vulneráveis a uma gravidez indesejada.

A pandemia do novo coronavírus tornou a situação ainda mais crítica. Segundo a *Gênero e Número*, publicação independente que acompanhou as condições de acesso à contracepção pelo SUS nesse período, o serviço foi interrompido em várias outras capitais brasileiras no início da pandemia, incluindo o município de São Paulo. Em 23 de março de 2020 a Secretaria Municipal de Saúde anunciou a interrupção temporária de "procedimentos não urgentes", o que incluía a inserção de DIU. Os efeitos da interrupção do procedimento, no entanto, são difíceis de mensurar: não há

dados sobre a inserção de DIU de janeiro a julho de 2020 no sistema de informações do DATASUS.

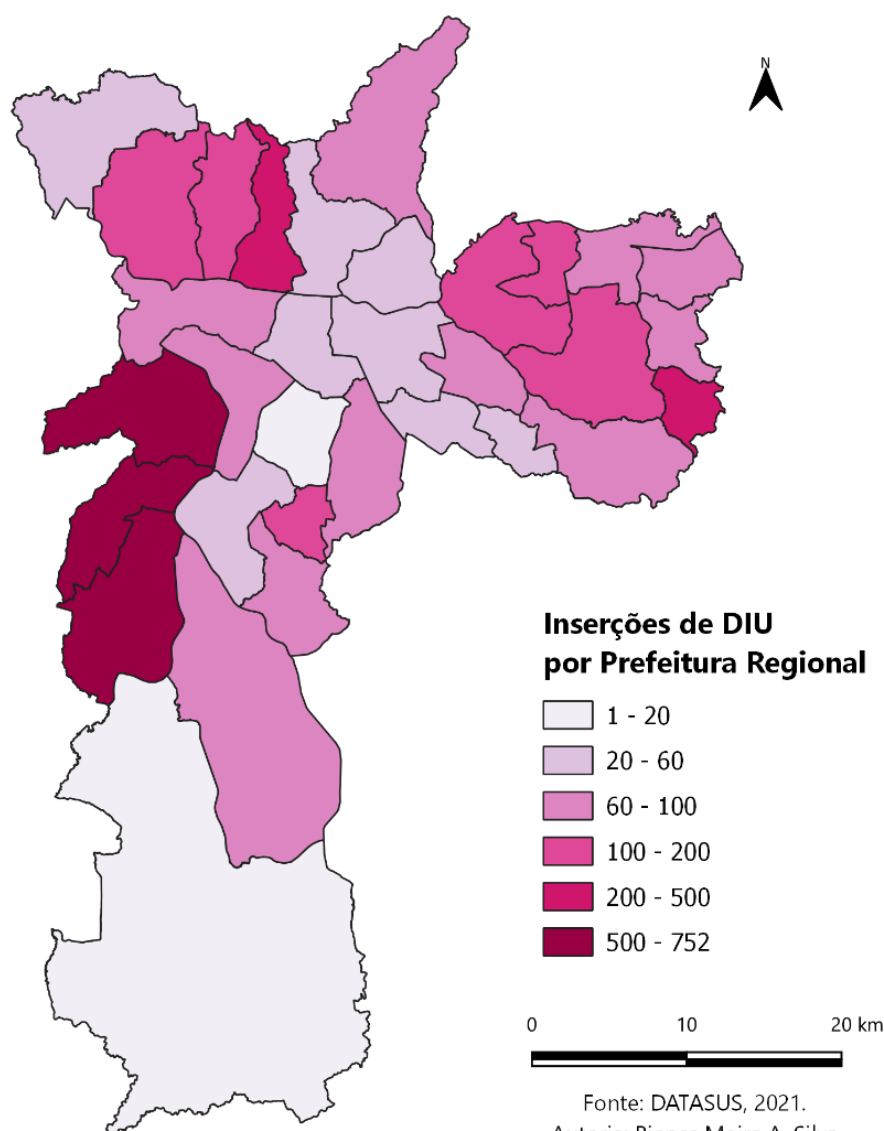
Os hospitais municipais Fernando Mauro P. Rocha no M'Boi Mirim e Dr. Mario Degni no Butantã, responsáveis respectivamente por 373 e 246 consultas para inserção de DIU entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021, as maiores quantidades registradas para o período (DATASUS, 2021), haviam interrompido o procedimento no início da pandemia, de acordo com consulta realizada pela *Gênero e Número* em abril de 2020. Somente oito hospitais municipais e uma casa de parto continuaram com os serviços de contracepção em funcionamento (SILVA; FERREIRA; LARA, 2020).

Não é possível saber quais estabelecimentos continuaram a oferecer o serviço durante a pandemia, nem quantos procedimentos foram realizados por cada um, devido à indisponibilidade de dados. Também não há informações disponíveis sobre o tempo total de interrupção do procedimento em estabelecimentos da rede pública de saúde municipal, porém a interrupção estendeu ainda mais o tempo de espera pelo contraceptivo.

Distribuição do Método no Município de São Paulo

Foram consultados os dados sobre os procedimentos de inserção de DIU entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021, de acordo com cada Prefeitura Regional de São Paulo. Ao total, foram realizadas 4.463 consultas para inserção de DIU na capital. A distribuição dos estabelecimentos de saúde que realizam o procedimento de inserção de DIU é bastante desigual entre as prefeituras regionais. Nota-se que os Hospitais Municipais realizam esse procedimento mais frequentemente que as Unidades Básicas de Saúde. As Subprefeituras que registraram o maior número de procedimentos no período estudado foram M'Boi Mirim (752), Campo Limpo (690) e Butantã (534). São as únicas subprefeituras onde foram realizados mais de 500 procedimentos no período citado (Mapa 1).

Mapa 1. São Paulo: número de inserções de DIU por Prefeitura Regional (ago. 2020 – fev. 2021)



Juntas, as três prefeituras regionais realizaram 16% do número total de procedimentos durante o período analisado. Três dos cinco estabelecimentos que mais realizaram esse tipo de consulta estão nessa região: O Hospital Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, na Subprefeitura do M'Boi Mirim; o Hospital Municipal e Maternidade Profº. Mário Degni (Jardim Sarah), no Butantã; e a Unidade Básica de Saúde Paraisópolis I, no bairro de Paraisópolis, Campo Limpo.

Os hospitais Mauro Pires da Rocha e Mauro Degni são referências no atendimento à saúde sexual e reprodutivo na região, sendo o último também referência municipal no atendimento à gestação de baixo a alto risco, violência sexual e aborto legal. Ambos atendem, além dos distritos em que estão localizados, distritos

e municípios vizinhos, o que amplia a área de atendimento das unidades para além de suas subprefeituras. O Hospital Fernando M. da Rocha atende também os distritos de Capão Redondo, Vila Andrade e Campo Limpo, além dos municípios vizinhos de Itapequerica da Serra, Taboão da Serra e Embu das Artes. Já a Maternidade Mário Degni é o único hospital da rede municipal da região sudoeste e o único hospital do Bairro do Rio Pequeno, atendendo também usuários do bairro da Lapa, Pinheiros e dos municípios de Osasco e Cotia⁹.

Já a Unidade Básica de Saúde do Paraisópolis I é uma das três UBSs em Paraisópolis implantadas e geridas pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, onde funcionam os serviços de atenção em saúde primária do SUS. As UBSs são a principal porta de entrada dos moradores de Paraisópolis para o SUS, e nos serviços oferecidos nas unidades estão incluídos assistência social, assistência materno-infantil, fisioterapia, entre outros.

Apenas outros dois estabelecimentos além dos já citados realizaram mais de 100 consultas para inserção de DIU entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021: a Maternidade Vila Nova Cachoeirinha na subprefeitura de Casa Verde (182) e a Casa Ser – Centro de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva Maria Auxiliadora Lara Barcelos em Guaianases (151). Ambos são unidades especializadas em atendimento à saúde da mulher e atenção em saúde sexual e reprodutiva.

⁹ Informações da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Quadro 2. São Paulo: estabelecimentos de saúde que mais realizaram consultas para inserção de DIU (ago. 2020 – fev. 2021)

Estabelecimento	Tipo	Prefeitura Regional	Coordenadori a Regional de Saúde	Número de Consultas (ago 2020- fev.2021)
Fernando M. P. Da Rocha	Hospital Municipal	M' Boi Mirim	Sul	373
JD. Sarah Mario Degni	Hospital Municipal	Butantã	Oeste	246
Maternidade Vila Nova Cachoeirinha	Hospital Municipal	Casa Verde/Cachoeirinha	Norte	182
Casa Ser Maria Auxiliadora Lara Barcelos	Centro de Atenção ¹⁰	Guaianases	Leste	151
UBS Paraisópolis	Unidade Básica de Saúde	Campo Limpo	Sul	144

Elaboração própria. Fonte: DATASUS; CNES, 2021

No período analisado, todas as trinta e duas subprefeituras haviam registrado pelo menos uma consulta para inserção de dispositivo intrauterino em seus estabelecimentos de saúde da rede pública. A Prefeitura Regional de Parelheiros foi a menos assistida pelo serviço, com somente uma consulta para indicação do método, realizada em fevereiro de 2021.

Percebe-se a baixa frequência com que esse método contraceptivo é oferecido na faixa contínua entre o Norte e o Centro do município e que compreende as Prefeituras Regionais de Santana, Vila Maria, Sé, Mooca, Vila Prudente, Vila Mariana e Santo Amaro, além de Parelheiros e Anhanguera, situadas nas áreas mais periféricas do município. Ressalta-se que essas são áreas centrais e, portanto, com

¹⁰ A Casa Ser Maria Auxiliadora é um projeto originado da articulação entre a rede municipal de saúde e a Coordenadoria da Mulher. Não se trata de uma UBS ou um Hospital Municipal e sim de um Centro de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva.

uma grande população que potencialmente utilizaria o método, o que denota a falta de oferta e/ou de adesão.

2.1.2. Laqueadura

Oferecimento pela Rede Pública de Saúde

A laqueadura é um procedimento para contracepção não reversível, realizada exclusivamente em ambiente hospitalar, podendo acompanhar ou não o parto cesariano. O oferecimento das cirurgias de esterilização (laqueaduras e vasectomias) pelo Sistema Único de Saúde é regulamentado pela Lei 9.263/96, que condiciona que os procedimentos só sejam realizados se os pacientes tiverem mais de vinte e cinco anos ou no mínimo dois filhos vivos.

A adesão a esse método é um importante indicador do nível de conhecimento das usuárias do Sistema Único de Saúde sobre as diferentes formas de contracepção. Perpétuo e Wong (2009) apontaram para importantes paralelos entre a adesão desse método e a escolaridade e renda das mulheres através dos dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde.

Em 1996, a laqueadura era o método contraceptivo mais utilizado entre mulheres em coabitação com o parceiro, sem diferenças sociais significativas de prevalência, correspondendo a 38,5% do uso total de contraceptivos. Já em 2006, o emprego da laqueadura era muito menos expressivo (25,9%), sendo suplantado pelo uso da pílula anticoncepcional entre mulheres das classes econômicas mais altas. Também entre essas mulheres, a participação masculina, seja por realização da vasectomia, seja por uso do preservativo masculino, foi de quase 30%. Por outro lado, na classe econômica mais baixa, a prevalência de métodos usados pelos parceiros foi pouco maior que 10% (ibidem, p.92).

No município de São Paulo, estudo realizado por Olsen et al. (2018), com base nos mesmos critérios utilizados na PNDS de 2006 (última pesquisa sobre as práticas contraceptivas de mulheres em idade reprodutiva realizada a nível nacional), constatou a prevalência do uso dos contraceptivos orais (23%) e do preservativo masculino (28,2%) entre mulheres de 15 a 19 anos de diferentes classes sociais sobre os métodos de esterilização, que não foram citados por nenhuma das 633 jovens entrevistadas.

Ainda que o inquérito com mulheres dessa faixa etária não aponte a real prevalência da esterilização entre as mulheres em idade reprodutiva como um todo,

dadas as condições previstas legalmente para a realização do procedimento, a tendência de crescimento do uso das pílulas anticoncepcionais e dos preservativos aponta para a ampliação do leque de métodos contraceptivos e perda da relevância da esterilização feminina.

Distribuição do Método no Município de São Paulo

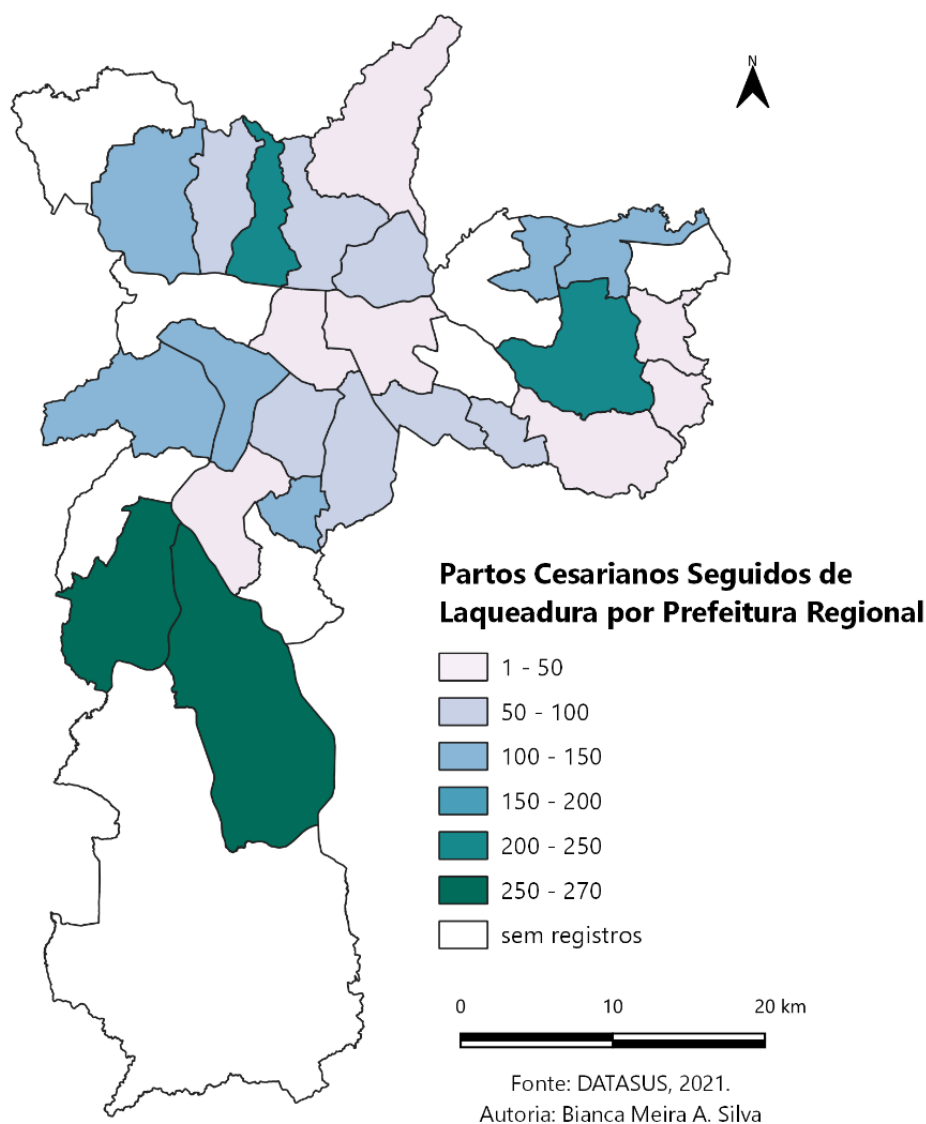
Os dados aqui apresentados são referentes à quantidade de procedimentos de laqueadura realizados na rede pública de saúde de São Paulo de janeiro de 2020 a fevereiro de 2021. Eles são classificados de duas maneiras pelo DATASUS: os que são precedidos pelo parto cesariano e os que não são.

Dada a complexidade das cirurgias de esterilização e a necessidade de um ambiente hospitalar adequado para que sejam realizadas, a distribuição dos estabelecimentos de saúde que oferecem o procedimento é ainda mais desigual do que no caso das inserções de DIU.

No período analisado, foram registradas 4.565 laqueaduras em hospitais do município, das quais 2.321 foram realizadas após o parto cesariano. A última foi mais frequente nas Subprefeituras do M'Boi Mirim (270), Capela do Socorro (253) e Itaquera (249). Juntas, elas respondem por mais de 30% das cirurgias. Santo Amaro e Cidade Tiradentes foram as Subprefeituras que menos registraram laqueaduras após a realização de partos cesarianos, com 1 e 2 procedimentos, respectivamente.

Além das diferenças quantitativas entre subprefeituras em relação ao número de laqueaduras realizadas, há aquelas que não registraram nenhum procedimento ao longo do período de referência. Esse é o caso de oito Subprefeituras: Anhanguera, Lapa, Campo Limpo, Parelheiros, Cidade Ademar, Penha, Aricanduva e Itaim (Mapa 2), a maioria em regiões periféricas do município.

Mapa 2. São Paulo: número de partos cesarianos seguidos de laqueadura por Prefeitura Regional (jan. 2020 – fev. 2021)



Três dos hospitais que mais realizaram esse tipo de procedimento em todo o município foram o Hospital Municipal Prof. Dr. Waldomiro de Paula, em Itaquera; a Maternidade Interlagos, na Capela do Socorro; e o Hospital Fernando Mauro Pires da Rocha, no M'Boi Mirim. O primeiro possui em sua área de abrangência os distritos de Cidade Líder, Itaquera, José Bonifácio e Parque do Carmo, atendendo aproximadamente 524 mil habitantes¹¹. É o hospital da rede pública municipal de saúde onde foi realizada a maior quantidade de cirurgias de laqueadura pós-parto. O terceiro também se destaca dentre os estabelecimentos com maior participação no

¹¹ Informações da Secretaria Municipal de Saúde

número total de cirurgias de esterilização pós-parto na capital paulista, atendendo à população de distritos e municípios vizinhos, indicados anteriormente nas considerações sobre o DIU de cobre. Os três hospitais estão entre as unidades com atendimento especializado em ginecologia/obstetrícia da capital.

Além desses hospitais, a Maternidade Vila Nova Cachoeirinha, em Casa Verde, e o Hospital das Clínicas da Universidade de Medicina da USP, em Pinheiros, também estão entre os cinco estabelecimentos com maior número de cirurgias de laqueadura pós-parto cesariano em São Paulo (Quadro 3).

Quadro 3. São Paulo: estabelecimentos de saúde que mais realizaram procedimentos de laqueadura após parto cesariano no município de São Paulo (jan. 2020 – fev. 2021)

Estabelecimento	Tipo	Prefeitura Regional	Coordenadoria Regional de Saúde	Número de Consultas
Profº. Dr. Waldomiro de Paula	Hospital Municipal	Itaquera	Leste	249
Maternidade Vila Nova Cachoeirinha	Hospital Municipal	Casa Verde/Cachoeirinha	Norte	208
Fernando M. P. Da Rocha	Hospital Municipal	M' Boi Mirim	Sul	205
Maternidade Interlagos	Hospital Municipal	Capela do Socorro	Sul	203
Hospital das Clínicas FMUSP	Hospital Universitário	Pinheiros	Oeste	135

Elaboração própria. Fonte: DATASUS; CNES, 2021

A ocorrência das cirurgias de esterilização, ao contrário das inserções de DIU, está muito mais restrita às prefeituras regionais que possuem hospitais com a infraestrutura adequada para realização do procedimento. Em relação às cirurgias de esterilização feminina, o procedimento de inserção de DIU encontra-se mais disperso entre as subprefeituras, ainda que com grandes diferenças quantitativas entre elas.

Nota-se a ausência ou baixa frequência com que o procedimento é realizado nas Subprefeituras situadas nas áreas mais periféricas da capital e também em parte da região central do município. Esse padrão será mantido quando considerados os procedimentos de laqueadura que não acompanham partos cesarianos, com algumas alterações quanto às Subprefeituras com maior participação no número total de cirurgias.

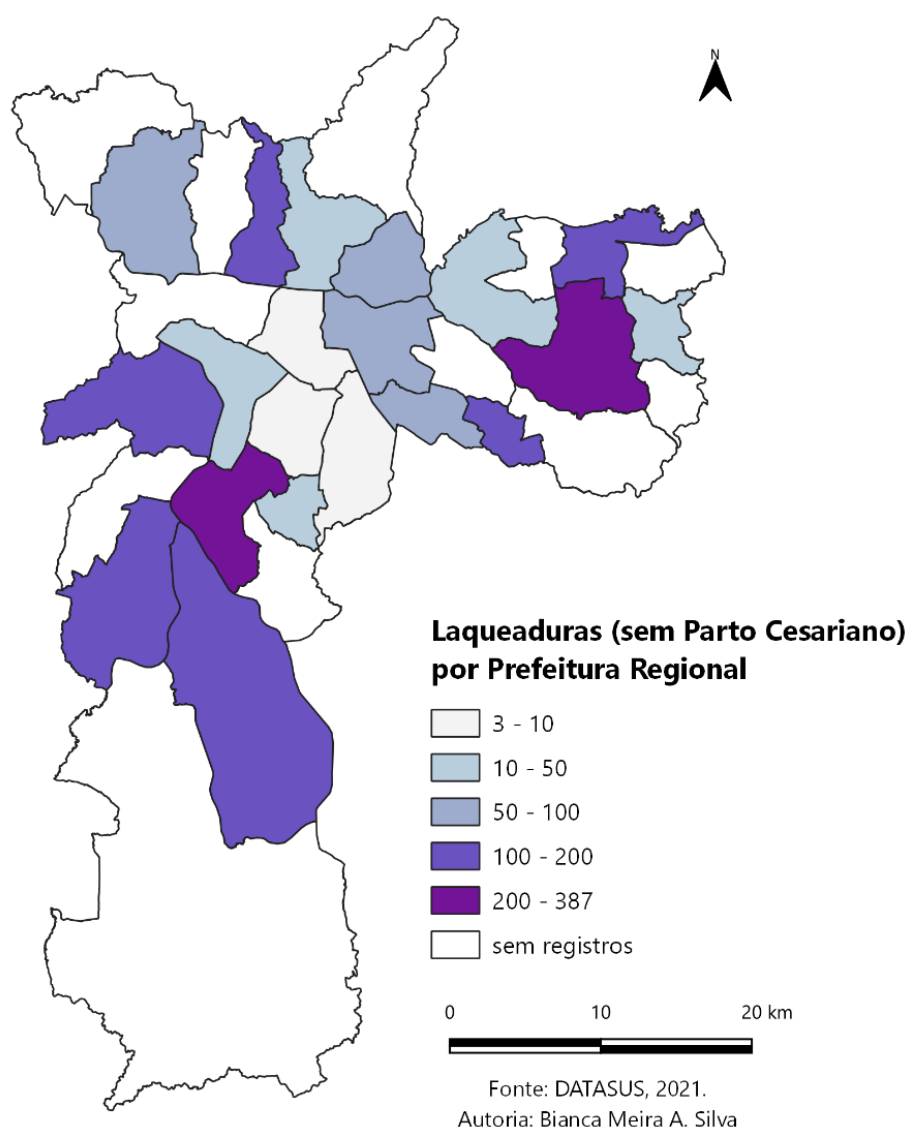
Quando consideradas as laqueaduras que não acompanham partos cesarianos, o cenário é muito similar, com a permanência de áreas não atendidas pelo serviço na parte mais periférica do município. Dos 2.244 procedimentos registrados na rede municipal de saúde no período, a maior parte foi realizada em Itaquera (387), seguida por Santo Amaro (373). Ainda há grande participação das Subprefeituras de Capela do Socorro (198) e M'Boi Mirim (179), bem como da Subprefeitura do Butantã (172) (Mapa 3).

A existência de infraestrutura hospitalar capaz de oferecer o serviço é o fator mais decisivo para a ocorrência dos procedimentos: seu oferecimento é expressivo em Prefeituras Regionais que contam com a presença de hospitais e maternidades, enquanto áreas mais periféricas permanecem sem estabelecimentos de referência para realização da cirurgia.

A distribuição desses serviços entre as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS)¹², no entanto, demonstra a escolha de regiões da cidade que possam ser acessadas facilmente pela população residente de distritos e municípios vizinhos. Há pelo menos, um hospital maternidade para cada CRS, com exceção da CRS Centro, que compreende a Prefeitura Regional da Sé.

¹² As Coordenadorias Regionais de Saúde consistem em regiões de gerenciamento de estabelecimentos de saúde da rede municipal. No município de São Paulo há seis CRSs: Centro, Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul.

Mapa 3. São Paulo: laqueaduras (sem parto cesariano) por Prefeitura Regional (ago. 2020 – fev. 2021)



2.1.3. Vasectomia (ambulatorial e hospitalar)

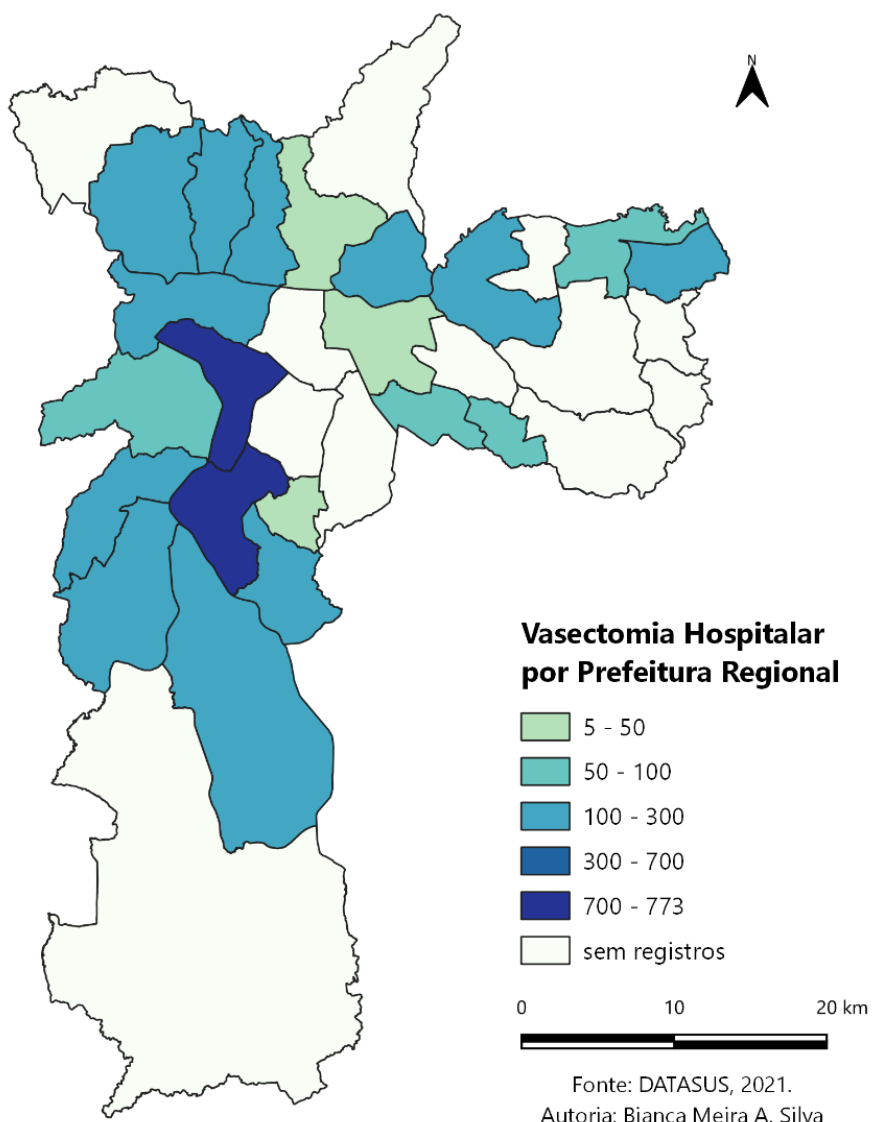
A vasectomia, método de esterilização masculina oferecido pelo Sistema Único de Saúde, pode ser realizado tanto em ambiente hospitalar como ambulatorial. A quantidade de cirurgias em ambiente hospitalar é muito mais expressiva que em ambiente ambulatorial, sendo que apenas quatro estabelecimentos de saúde realizaram esse último procedimento entre julho¹³ de 2020 e fevereiro de 2021: o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP em Pinheiros (7); o Hospital São Paulo UNIFESP na Vila Mariana (4); o Hospital Geral de São Mateus Manoel Bifulco (129); e o Ambulatório Especial José Bonifácio IV em Itaquera (32).

Entre janeiro de 2020 e fevereiro de 2021 foram realizados 3.747 procedimentos de esterilização masculina pela rede pública municipal de saúde. Santo Amaro (705) e Pinheiros (773) respondem por quase 40% do total de cirurgias no período de referência, suplantando, em números absolutos, as demais Subprefeituras onde o procedimento é realizado.

As áreas mais periféricas do município, mais uma vez, não registraram atendimentos para o oferecimento desse procedimento, enquanto algumas das Prefeituras Regionais apontadas na análise da distribuição dos procedimentos de inserção de DIU e cirurgias de laqueadura apresentam, novamente, relevância quando consideramos as cirurgias de esterilização masculina: Campo Limpo, Butantã, M'Boi Mirim, Capela do Socorro e Santo Amaro.

¹³ Os dados de janeiro a julho de 2020 para esse procedimento não estão disponíveis no DATASUS.

Mapa 4. São Paulo: número de vasectomias realizadas em ambiente hospitalar entre janeiro de 2020 e fevereiro de 2021 por Prefeitura Regional



2.2. Métodos contraceptivos de barreira

Os preservativos femininos (internos) e masculinos (externos) fazem parte dos insumos para controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico, o CESAF, da *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*. Dentre os métodos contraceptivos listados na RENAME, o preservativo tem uma característica que o diferencia dos demais: é o único método contraceptivo que também oferece proteção contra infecções sexualmente transmissíveis. Por sua importância para a proteção contra as ISTs, sobretudo pelos programas de prevenção ao HIV/Aids, a distribuição dos preservativos é muito mais dispersa do que a dos outros contraceptivos, cujo oferecimento está centrado prioritariamente em Unidades Básicas de Saúde, Hospitais e Centros de Referência.

Há diversos locais onde ocorre a distribuição de preservativos no município, sobretudo em lugares de grande circulação. Na capital paulista, o oferecimento de preservativos acontece geralmente em:

1. Estabelecimentos de Saúde
 - Unidades Básicas de Saúde (UBSs);
 - Hospitais Municipais;
 - Unidades da Rede Especializada em IST/Aids (RME) .
2. Lugares de Grande Circulação de Pessoas
 - Terminais Rodoviários;
 - Estações do Metrô e da CPTM;
3. Campanhas e Eventos de Grande Proporção
 - Campanhas de Prevenção de HIV/Aids do SUS;
 - Carnaval de Rua.

Por possuir um padrão de distribuição bem mais disperso do que os outros métodos contraceptivos, sendo oferecido em diversos pontos da capital, é difícil estimar a quantidade de preservativos distribuída a cada Prefeitura Regional, como no caso dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de contracepção.

Informações de Distribuição

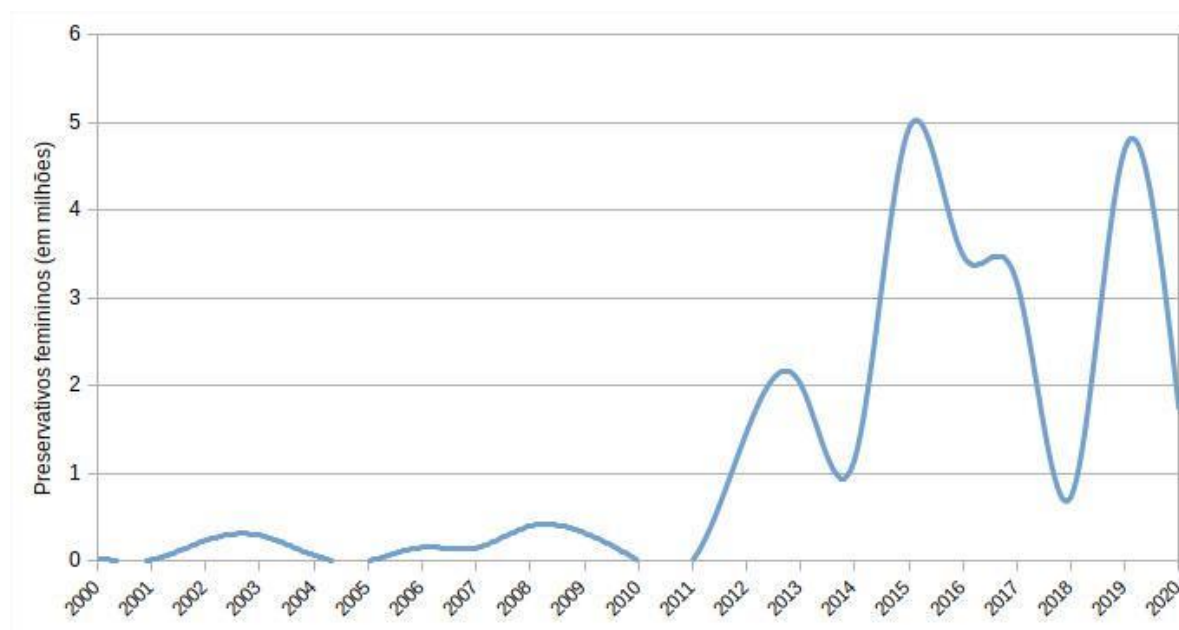
Os dados sobre a distribuição de preservativos são classificados pelo Ministério da Saúde como *Informações de Distribuição de Insumos de Prevenção*. Ao contrário das informações disponibilizadas pelos sistemas de consulta do DATASUS, os dados sobre preservativos não são registrados em uma base estatística contínua. As formas de divulgação dos dados sofrem mudanças entre um ano e outro, sendo representados ora pela quantidade total de preservativos distribuídos a cada unidade da federação, ora pelo valor total acrescido do valor das capitais¹⁴.

Tendo em vista a disponibilidade dos dados e a frequência com que são divulgados, a análise dos padrões de distribuição do método pela série histórica do estado de São Paulo é mais significativa do que para o município de São Paulo (esse último não é divulgado para todos os anos e só recentemente foi incorporado à base de informações públicas do Ministério da Saúde). Esse dado, embora não nos permita aprofundar a distribuição com relação ao município de São Paulo, nos permite observar tendências gerais. Além disso, deve considerar-se que, pelo tamanho de sua população, bem como pela proporção de grandes eventos públicos, a capital tem certamente uma grande participação no total de preservativos distribuídos no estado.

Como primeira observação, a quantidade de preservativos masculinos distribuídos anualmente para o estado é muito superior à quantidade de preservativos femininos. Enquanto a quantidade de preservativos masculinos cresce gradativamente desde 1996, com algumas variações ao longo do período, a quantidade de preservativos femininos distribuída é intermitente. O oferecimento do método foi interrompido entre 2004 e 2005 e depois em 2010, para ser retomado a partir de 2011 e daí passar a ser oferecido regularmente na rede pública de saúde do Estado, embora também com variações ao longo do período (Gráfico 3).

¹⁴ Nos anos mais recentes, o dado passou a ser melhor detalhado e passou a ser diferenciado o tamanho dos preservativos masculinos e o material dos preservativos femininos, enquanto em anos anteriores apenas o número total era contabilizado. Além disso, em determinados anos contabilizou-se, no mesmo conjunto, a distribuição de gel lubrificante, que é frequentemente incluído nos programas de distribuição de preservativos.

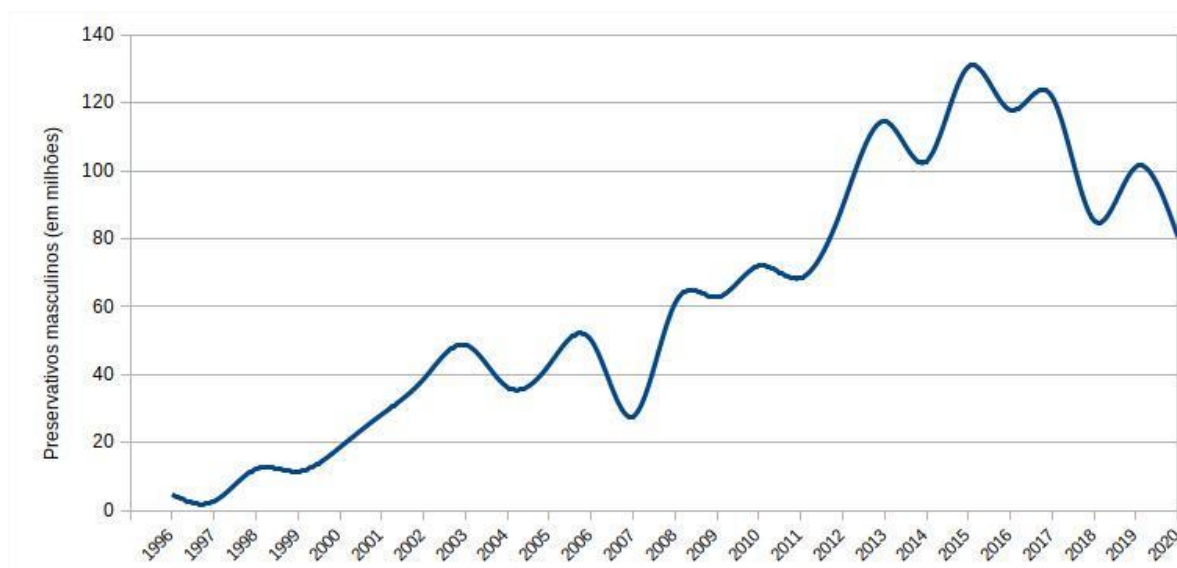
Gráfico 3. Estado de São Paulo: distribuição anual de preservativos femininos (em milhões)



Elaboração própria. Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

A variação na distribuição dos preservativos femininos sugere a possibilidade de desabastecimento do método nos estabelecimentos de saúde do SUS. Ao contrário do preservativo masculino, esse é um contraceptivo que não é oferecido com tanta frequência pelas UBSs, ainda que seja um importante método de prevenção de ISTs e também um relevante meio de prevenção também para casais homoafetivos.

Gráfico 4. Estado de São Paulo: distribuição anual de preservativos masculinos (em milhões)



Elaboração Própria. Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

O oferecimento dos preservativos masculinos, ao contrário do método anterior, não sofreu interrupções desde o início dos registros de distribuição pelo Ministério da Saúde, em 1996. Sua distribuição experimentou maior incremento a partir do ano de 2011, da mesma forma observada para os preservativos femininos. É possível notar algumas variações ao longo da série histórica, com um ápice da distribuição em 2015 e um posterior decréscimo. Ainda assim, esse é um método cujo acesso é facilitado e já se encontra consolidado, justamente por estar presente em diversos locais, como apontado anteriormente. É o contraceptivo mais acessível pela rede pública de saúde, resultado do amplo alcance das campanhas de prevenção ao HIV/Aids promovidas pelo Sistema Único de Saúde desde o início da década de 2000.

Considerações finais

O acesso à saúde sexual e reprodutiva, tema que por muito tempo permaneceu excluído das políticas de saúde da mulher, representa hoje uma das principais bases da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (PNAISM). Sua assimilação pelas políticas públicas de saúde só foi possível graças à intensa mobilização social de mulheres cujo objetivo era evidenciar a importância do gênero para a definição das condições de acesso à saúde e reivindicar maior acesso a meios para a autodeterminação de suas escolhas sexuais e reprodutivas.

A elaboração do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM) em 1983 representou um importante marco para os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, prevendo em suas diretrizes o acesso à contracepção. Nas décadas seguintes, a garantia de formas de planejamento reprodutivo ganharia maior respaldo na lei brasileira, sobretudo com a promulgação da Lei 9.263/96, que regulamentou o oferecimento de métodos contraceptivos pelo Sistema Único de Saúde. A transformação do PAISM na PNAISM em 2004 visava expandir os serviços de saúde da mulher a grupos antes invisibilizados, expandindo também o alcance da saúde sexual e reprodutiva.

Quando consideramos a distribuição dos fixos de saúde no território brasileiro, sobretudo daqueles que dependem de alto grau de complexidade em termos de equipamentos e especialidades clínicas, observamos a concentração de serviços e infraestruturas em áreas mais dinâmicas do território, sobretudo na metrópole de São Paulo. Dentro dela, a seletividade com a qual os fixos de saúde se instalam confirma a tendência de valorização de áreas cujas infraestruturas pretéritas perpetuam a valorização de áreas consideradas centrais, o que se reflete também no acesso à saúde.

As políticas públicas de saúde do SUS, por meio dos serviços da Atenção Básica, visam a ampliação do oferecimento de serviços de saúde por meio da presença das Unidades Básicas de Saúde em todo o território nacional, um importante contraponto ao modelo de urbanização corporativa que concentra o oferecimento dos serviços de saúde. Ao analisarmos a distribuição dos métodos contraceptivos no município de São Paulo através do SUS, sobretudo em relação aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares (inserção de DIU de cobre e cirurgias de laqueadura e

vasectomia), identificamos a presença de grandes hospitais municipais distribuídos em vários distritos que apresentam capacidade de oferecer esses procedimentos, bem como sua disponibilização em múltiplas UBSs distribuídas por todo o município. Há marcantes diferenças, no entanto, na cobertura desses serviços nas áreas mais periféricas da capital. A localização dos hospitais permite o atendimento de moradores residentes em bairros e municípios vizinhos, mas não se desloca em direção a áreas nas quais a cobertura dos serviços de contracepção se encontram mais em falta. Sem hospitais de referência e muitas vezes com unidades pouco equipadas em termos profissionais e de procedimentos, as Prefeituras Regionais falham em atender a demanda por contracepção, fazendo com que a população dependa do deslocamento para áreas onde os serviços são oferecidos, tendo maiores dificuldades burocráticas ou mesmo de informação com relação aos métodos e procedimentos passíveis de uso.

Por fim, a existência de barreiras organizacionais dificulta o acesso à saúde sexual e reprodutiva pelo Sistema Único de Saúde. A falta de informação e os mitos que envolvem métodos contraceptivos, como é o caso do DIU de cobre, contribuem para que o SUS não figure como referência na distribuição de métodos anticoncepcionais. A falta de clareza e de disposição sistemática de dados sobre vários dos métodos por parte do poder público, conforme foi constatado durante a pesquisa, traz dificuldades à compreensão da realidade dos contraceptivos no Brasil. Os dados sobre o uso de cada método são fundamentais para identificar lacunas e possibilidades de expansão, de forma que futuras políticas públicas possam caminhar no sentido de não apenas suprir a demanda de contraceptivos, mas fazer com que essa demanda seja identificada. O oferecimento de métodos contraceptivos, afinal, é um dos elementos dos direitos sexuais e reprodutivos, previsto em Lei como uma das atribuições do Sistema Único de Saúde. A expansão dos serviços de planejamento reprodutivo e a ampliação de sua oferta é um dos desafios a serem encarados pelas políticas públicas de saúde a fim de democratizar o acesso à contracepção.

Referências Bibliográficas

- ALVES, J. E. D. “O choque de civilizações” versus progressos civilizatórios. In: CAETANO, A. J.; ALVES, J. E. D.; CORRÊA, S. (org.). **Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep), 2004b.
- ANTAS JR., R. M.; ALMEIDA, R. DA S. Diagnóstico médico e uso corporativo do território brasileiro: uma análise do circuito espacial produtivo dos reagentes para diagnóstico. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 674–690, jun. 2015.
- ARTIGO 19. **Mapa Aborto Legal**. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org/sobre-o-mapa/>. Acesso em: 19 jul. 2021
- ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de. **Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.
- BERQUÓ, E. Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 4, n. 1, p. 95–103, 3 ago. 1987.
- BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos - CEBRAP**, n. 74, p. 11–15, mar. 2006.
- BRASIL. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre Tcu 380A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- _____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- _____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1a. ed., 2a. reimp ed. Brasília, DF: Editora MS, 2011.
- _____. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BEMFAM. **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996. 1. ed ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde 1996**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.
- COSTA, A. et al. HISTÓRIA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E SUA RELAÇÃO COM OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n.1, p. 74–86, mar. 2013.

- FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, n. 1, p. 47–47, 1 jan. 2004.
- FERREIRA, L. Capitais brasileiras falham na distribuição de métodos contraceptivos nas unidades de atenção básica de saúde. **Gênero e Número**, 3 out. 2019. Disponível em: <<https://www.generonumero.media/capitais-metodos-contraceptivos-sus-falha-diu/>>. Acesso em: 22 jan. 2021.
- GONÇALVES, G. Q. et al. A A transição da fecundidade no Brasil ao longo do século XX – uma perspectiva regional. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, p. 1–34, 30 dez. 2019.
- GONZAGA, V. A. S. et al. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 18 dez. 2017.
- GUIMARÃES, R. B. **Saúde: fundamentos de geografia humana**. São Paulo: Editora UNESP, 2014.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: Nunes, E. D. (org.). **Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos**. São Paulo: Global, 1973.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Distribuição de Insumos de Prevenção**. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/distribuicao-de-insumos-prevencao>>. Acesso em 26 jun. 2021
- OLSEN, J. M. et al. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 2, p. 1–17, 19 fev. 2018.
- PATRIOTA, T. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo, 1994**. p. 105, 1994.
- PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. L. R. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: Brasil. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. CEBRAP. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- SANTOS, M. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo: HUCITEC. 1993
- _____. **A Natureza do Espaço**. São Paulo: Edusp. 2006
- _____. **Metamorfoses do Espaço Habitado**. São Paulo: Hucitec. 1988
- _____. **Metrópole corporativa fragmentada: o caso da São Paulo**. São Paulo: Nobel, 1990
- SCOTT, J. GENERO: UMA CATEGORIA UTIL DE ANÁLISE HISTORICA. **Educação e Realidade**, dez. 1995.

SILVA, V. R. D.; FERREIRA, L.; LARA, B. D. Pandemia dificulta acesso a contraceptivos no sistema de saúde. **Gênero e Número**, 20 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.generonumero.media/pandemia-dificulta-acesso-contraceptivos-no-sistema-de-saude/>>. Acesso em: 22 dez. 2020

VIOTTI, M. L. R. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim, 1995**. p. 112, 1995.