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

DOI: 10.54446/bcg.v15i1.3747

Bianca Meira de Almeida da Silva[1]

Resumo

Os direitos sexuais e reprodutivos foram incorporados pela primeira vez a uma política de saúde pública no Brasil na década de 1980 e, desde então, assimilados de maneira mais incisiva à Legislação Brasileira, visando garantir o acesso ao planejamento reprodutivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, e sua sucessora Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004, preveem a contracepção como um componente básico dos serviços de saúde feminina. Dada a centralidade dessa temática na formulação das políticas públicas com enfoque em gênero no país, buscamos discutir a distribuição do volume de procedimentos hospitalares e ambulatoriais de contracepção (notadamente as inserções de DIU, vasectomias e laqueaduras) pelo SUS no município de São Paulo. A pesquisa tem como referência dados de 2023 do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), contabilizando os procedimentos realizados de acordo com cada subprefeitura. Percebem-se padrões espaciais distintos de oferta para os três métodos contraceptivos analisados, destacando-se concentração de procedimentos em alguns estabelecimentos de referência, o que suscita a necessidade de refletir sobre o acesso aos serviços de contracepção, considerando as dimensões e os diversos contextos socioespaciais do município.

PALAVRAS-CHAVE: contracepção, gênero, políticas públicas, SUS, desigualdades socioespaciais.

1 Bacharela e Licenciada em Geografia pela Universidade de São Paulo. E-mail: bianca.smeira@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-8109-8017.

Introdução

Desde sua regulamentação pela Lei 9.263 de 1996, o acesso ao planejamento familiar passou a ser reconhecido como um direito garantido através do Sistema Único de Saúde (SUS). A legislação refletiu as profundas transformações na abordagem da saúde sexual e reprodutiva no Brasil desde o lançamento do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)*, de 1983, 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.

Um dos instrumentos que regulamentam os métodos anticoncepcionais disponíveis no SUS, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)[2], prevê o oferecimento dos seguintes contraceptivos pela rede pública de saúde:

Quadro 1. Métodos contraceptivos previstos na Rename

Método Contraceptivo	Forma Farmacêutica	Denominação Genérica	Componente Rename
contraceptivo injetável hormonal trimestral	solução injetável	acetato de medroxiprogesterona	básico
contraceptivos injetáveis hormonais mensais	solução injetável	acetato de medroxiprogesterona + cipionato de estradiol	básico
		algestona acetofenida + enantato de estradiol	
		enantato de noretisterona + valerato de estradiol	
DIU de cobre	modelo T 380 mm^2	dispositivo intrauterino plástico com cobre	insumos (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)[3]	-	preservativo feminino	insumos (estratégico)
preservativo masculino (externo)	-	preservativo masculino	Insumos (estratégico)

Elaboração própria. Adaptado da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, 2024.

2 Diretriz do Ministério da Saúde que determina quais medicamentos e insumos farmacêuticos/hospitalares devem ser disponibilizados à população pelo SUS.

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

Os métodos contraceptivos citados são incluídos 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 direcionados aos programas de Atenção Primária. Seu financiamento é de responsabilidade compartilhada entre a União, estados, municípios e o Distrito Federal, de acordo com o artigo n.º 537 da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017. Alguns 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 diafragma[4].

Já o CESAF compreende os medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico (Brasil, 2024, p. 14). 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 por vasectomia e por ligação tubária (laqueadura). O primeiro pode ser feito tanto em ambiente hospitalar quanto ambulatorial e o segundo exclusivamente em ambiente hospitalar.

Apesar dos vários métodos ofertados no âmbito do Sistema Único de Saúde, ele não figura como a principal fonte de obtenção de contraceptivos. A *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)*, de 2006, último estudo a nível nacional a explorar e discutir a correlação entre as práticas contraceptivas e indicadores socioeconômicos de mulheres em idade reprodutiva, apontou o crescimento na adesão aos métodos contraceptivos por mulheres unidas[5] entre 15 e 44 anos, entre 1996 e 2006[6]. A pesquisa revelou, no entanto, que havia diferenças nas práticas contraceptivas segundo escolaridade e classe social, tendo as mulheres de classes socioeconômicas mais altas acesso a um leque mais diversificado de métodos anticoncepcionais em relação às mulheres dos estratos

4 Dos medicamentos e insumos presentes na CBAF, apenas os métodos contraceptivos citados, o misoprostol (medicamento restrito a estabelecimentos devidamente credenciados), 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 (Brasil, 2024, p.13).

5 Mulheres em coabitação com o parceiro.

6 Segundo a PNDS, 80,6% das mulheres faziam o uso de algum método anticoncepcional em 2006, em contraposição a 77,9% em 1996 (Perpétuo; Wong, 2009).

sociais mais baixos[7], além da baixa representatividade do Sistema Único de Saúde como forma de obtenção de contraceptivos (Perpétuo; Wong, 2009, p.100).

Em 2015, o inquérito de base populacional *Ouvindo Mulheres: Contracepção no Município de São Paulo*[8] buscou traçar o histórico das práticas contraceptivas e formas de obtenção de anticoncepcionais das mulheres em idade reprodutiva na cidade de São Paulo. Olsen et al (2018, p.9), ao discutir os achados do inquérito na faixa etária de mulheres de 15 a 19 anos, ressalta que o principal meio de obtenção dos contraceptivos das jovens ouvidas pela pesquisa foi a rede comercial de farmácias, sendo citado por 75,2% das entrevistadas, enquanto o SUS foi citado por 23,6% delas, apesar do percentual de usuárias de algum método contraceptivo ter atingido 81,1%[9].

Levando em consideração o aumento da prevalência do uso da contracepção entre mulheres em idade fértil, observado tanto no contexto brasileiro quanto no município de São Paulo, buscaremos analisar a frequência com a qual os procedimentos de contracepção são oferecidos pela rede pública de saúde na metrópole paulistana, tendo como referência as subprefeituras da cidade. Reconhecendo a demanda por contracepção como um fator cada vez mais presente na sociedade brasileira e tendo como pano de fundo a centralidade que o planejamento reprodutivo assume na formulação das políticas públicas de saúde brasileiras com enfoque em gênero, faz-se necessário entender a presença dos estabelecimentos de referência para oferecimento público do método, de modo a contribuir com as discussões sobre como promover e consolidar o SUS como fonte de obtenção de formas de anticoncepção.

Iniciaremos a discussão com um histórico do debate sobre direitos sexuais e reprodutivos e a relação entre saúde e gênero no Brasil. Também abordaremos, sob a ótica da metrópole corporativa fragmentada, como a distribuição espacial dos equipamentos de saúde exerce influência sobre as possibilidades de acesso aos serviços médicos. Depois, através dos dados públicos disponibilizados pelo DATASUS, Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do município de São Paulo, analisaremos tendências de distribuição dos métodos pela rede pública de saúde na capital paulista, apontando em quais subprefeituras estão os estabelecimentos de saúde

7 Perpétuo e Wong (2009, p. 100), apontam, a partir dos resultados obtidos pela PNDS de 2006, para a democratização do acesso à esterilização feminina, proporcionada pela oferta do procedimento nos serviços públicos de saúde em contraposição ao restrito mix contraceptivo nas camadas socioeconômicas mais baixas. Segundo as autoras, a presença excessivamente alta do método entre as mulheres sem escolaridade evidencia a dificuldade do sistema público de saúde em incorporar, de forma efetiva, a assistência anticoncepcional aos serviços de atenção primária, oferecendo maior diversidade de métodos.

8 Pesquisa realizada pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de São Paulo em parceria com o Núcleo de Estudos em População da Universidade Estadual de Campinas (NEPO – UNICAMP).

9 (Olsen et al, 2018, p.7). Esse percentual foi obtido considerando 248 jovens participantes do levantamento que haviam tido alguma relação heterossexual nos últimos 12 meses e não estavam grávidas.

com maior participação no número total de procedimentos hospitalares e ambulatoriais de contracepção (inserções de DIU, laqueaduras e vasectomias), apresentando informações sobre o oferecimento de medicamentos contraceptivos (pílulas e contraceptivos injetáveis) na rede pública municipal e as séries históricas de distribuição de métodos anticoncepcionais de barreira (preservativos internos e externos). Desta maneira, buscaremos discutir as desigualdades socioespaciais na distribuição do volume de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de contracepção no município.

Saúde e gênero: o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil

As desigualdades de gênero percebidas na sociedade brasileira encontram-se amparadas por um conjunto de significados, normas e leis. Aplicados de forma a perpetuar o histórico desequilíbrio de poder entre os gêneros, atuam aprofundando desigualdades já existentes, materializando-se em diferenças de renda e de acesso a bens sociais. Tal condição confere ao gênero papel importante também para a determinação das condições de acesso à saúde.

> 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).

Nesse sentido, a formulação de políticas públicas de saúde com enfoque em gênero exerce papel essencial no enfrentamento a desigualdades socialmente impostas entre homens e mulheres. O acesso à contracepção, uma das dimensões dos direitos sexuais e reprodutivos, é um dos princípios que guiaram a formulação das políticas públicas de saúde com enfoque em gênero no Brasil.

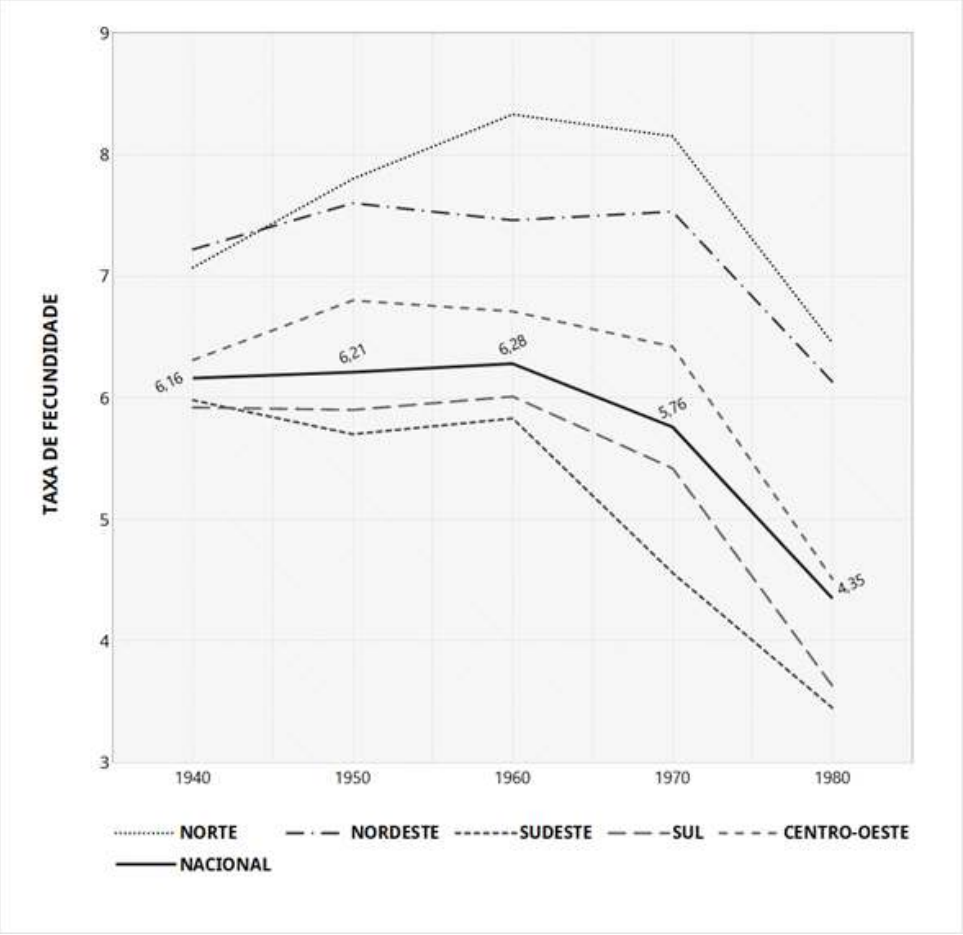
Nos anos finais da ditadura militar, segmentos da sociedade mobilizados em movimentos sociais reivindicavam maior participação da sociedade civil na formulação das políticas públicas e a ampliação da parcela da população à qual elas seriam direcionadas. A discussão sobre o acesso à saúde sexual e reprodutiva passou a compor o temário do debate político sobre direitos civis, impulsionada pelo movimento feminista da época e alcançando mulheres em outros movimentos sociais.

A inclusão dessa pauta na agenda política dos movimentos sociais pretendia evidenciar as singularidades e vulnerabilidades do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em diversos contextos sociais e regionais. Somam-se a esse cenário as mudanças em curso no comportamento reprodutivo da população brasileira, evidenciadas pela queda da taxa de fecundidade nacional. Estudos demográficos estimam que, desde meados da década de 1960, a taxa de fecundidade tem caído no Brasil, momento que teria marcado o início da transição da

fecundidade[10] no país (Berquó; Cavenaghi, 2006). Sua queda foi rápida a nível nacional, tendência apontada pela primeira vez na década de 1980[11] nos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1984 (Berquó, 1987).

Apesar de haver relativo consenso sobre o início da transição nos estudos demográficos, notam-se diferenças regionais no declínio das taxas de fecundidade. O acesso às práticas de planejamento familiar foi mais expressivo entre mulheres com mais anos de escolaridade e de classes econômicas mais elevadas, residentes em zonas urbanas do Sul e Sudeste do país, tendo influenciado no declínio das taxas de fecundidade já a partir das décadas de 1930 e 1940 nessas regiões. Enquanto isso, as taxas de fecundidade teriam crescido nas regiões Norte e Nordeste até o início da década de 1970 e caído a partir de então de forma sustentada e rápida (Gráfico 1). As diferenças regionais no início e ritmo da transição mostram um processo heterogêneo da queda de fecundidade (Gonçalves et al., 2019, p. 3).

Gráfico 1. Brasil: variação da taxa de fecundidade nacional e regiões (1940–1980)



Elaboração própria. Fonte: IBGE, 2024.

10 A transição da fecundidade no Brasil marca a mudança de um padrão com muitos nascimentos e elevadas taxas de mortalidade infantil para uma tendência de diminuição de nascimentos e aumento de gestações planejadas.

11 Os primeiros registros das taxas de fecundidade no Brasil foram realizados pelo Censo Demográfico de 1940.

Existem diversas abordagens sobre as causas do declínio da taxa de fecundidade geral entre as décadas de 1960 e 1980, algumas atribuindo a mudança no comportamento reprodutivo brasileiro a fatores estruturais de ordem social e econômica, tais como: a proletarização, a industrialização, aumento dos níveis educacionais, a entrada das mulheres no mercado de trabalho, as mudanças nas relações sociais de gênero e, sobretudo, a redução das taxas de mortalidade infantil, que contribuiu para a prática de regulação da fertilidade (Alves, 2004, p.30).

A mudança em curso no comportamento reprodutivo brasileiro, aliada ao cenário de transformação política, abria caminho para que os direitos sexuais e reprodutivos fossem, pela primeira vez, considerados em uma política de saúde temática do Estado, o que culminou na promulgação do PAISM em 1983 (Ávila, 2019). Foi o instrumento que permitiu qualificar a saúde da mulher com base nos princípios de integralidade, equidade e universalidade que estariam na base de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Constituição Federal em 1988. Tal enfoque se opunha à posição natalista oficial assumida pelo governo militar (Ibidem, p.170), cujas iniciativas em promover serviços de planejamento reprodutivo centravam-se na prevenção da gravidez de alto risco, consubstanciadas no *Programa de Saúde Materno-Infantil*, de 1977 (Alves, 2004, p.27). Assim, o PAISM permitia abordar o planejamento familiar e a saúde da mulher para além do ciclo gravídico-puerperal, atribuindo às mulheres papel de maior autonomia reprodutiva.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (PNAISM), que ampliou as noções sobre direitos sexuais e reprodutivos, contemplando também as condições sociais específicas do acesso à saúde para mulheres negras, indígenas, trabalhadoras da cidade e do campo e mulheres encarceradas. 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 portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (Brasil, 2011).

Pouco mais de duas décadas separam a idealização do PAISM e o lançamento da PNAISM. 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 temática para a formulação de 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). O estabelecimento desses instrumentos de apoio à promoção da saúde ocorreu de forma simultânea à estruturação e consolidação do SUS, compondo o conjunto das ações voltadas aos serviços de atenção básica.

Durante o período que separa as duas políticas, os direitos sexuais e reprodutivos foram incorporados de maneira mais incisiva à legislação brasileira,

fortalecendo as bases legais que garantiam o acesso ao planejamento reprodutivo pelo Sistema Único de Saúde. Em 1996, a Lei 9.263[12] (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 regulamentou 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.

No entanto, após vinte e oito anos da promulgação da lei, ainda há dificuldades em garantir o direito ao acesso a métodos contraceptivos pela rede pública de saúde. Em estudo sobre práticas contraceptivas de mulheres entre 15 e 19 anos no município de São Paulo, Olsen et. al (2018, p. 14) observaram que a quase universalização da contracepção nesse segmento da população ocorreu às custas de financiamento próprio e individual das mulheres. Nesse estudo, a rede comercial de farmácias foi a principal fonte de obtenção para 75,2% das jovens que utilizavam algum contraceptivo, sendo que essa prevalência ainda maior entre as usuárias de camisinha e de anticoncepcionais hormonais orais (ACO), disponíveis no SUS – 84,1% e 80,2%, respectivamente (Ibidem, p.11).

O direito ao planejamento reprodutivo, tema tão caro à história das políticas públicas de saúde no país, esteve presente durante toda a estruturação do SUS, tendo sido amparado ao longo dos anos por legislações e pela Constituição Federal. Apesar de estudos de base populacional realizados a nível nacional e municipal terem apontado o aumento da prevalência da anticoncepção, também demonstram a obtenção de métodos fortemente associada à aquisição pela rede comercial de farmácias (Perpétuo; Wong, 2009, p.100; Olsen et al, 2018, p.9).

Tais achados indicam a necessidade em pensar a abrangência dos serviços públicos de planejamento reprodutivo, à medida em que demonstram dificuldades em consolidar o SUS como referência na obtenção dos mais variados métodos contraceptivos, o que por sua vez, levanta questões sobre a garantia do exercício da autonomia reprodutiva das mulheres em diferentes contextos socioespaciais, sobretudo para aquelas mais vulneráveis socialmente. Soma-se a esse cenário a escassez de pesquisas que buscam demonstrar a distribuição espacial destes mesmos serviços. Pensando nisso, analisaremos o oferecimento dos procedimentos para contracepção entre as diferentes subprefeituras e estabelecimentos de referência no município de São Paulo, visando contribuir com os esforços de promoção do planejamento reprodutivo através do SUS.

12 O texto original da Lei 9.263, de 1996, foi alterado pela Lei 14.443, de 2022, que incluiu, em relação à redação anterior, prazos máximos para disponibilização de métodos e técnicas contraceptivos e acesso às cirurgias de esterilização e revogou a necessidade de consentimento do cônjuge para realização da laqueadura/vasectomia.

Saúde e urbanização no Brasil: a distribuição espacial desigual da infraestrutura hospitalar

A intensificação do ritmo da urbanização nas últimas três décadas, principalmente em países da América Latina, Ásia e África, tem contribuído para agravar os contrastes sociais (Guimarães, 2014), com impacto direto sobre a vida das populações urbanas. Um dos reflexos das desigualdades é a exclusão dos mais pobres de alguns sistemas sociais básicos. Essa condição se reflete no acesso à saúde no município de São Paulo, que assume presença concentrada no meio urbano, com instalação de infraestruturas hospitalares 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] 2006, p. 238) como "técnico-científico-informacional", "a ciência e a tecnologia, junto com a informação, estão na própria base da produção, da utilização e do funcionamento do espaço", e as redes de informações garantem intensa articulação entre os lugares, condicionando a veiculação de ordens e de comando em escala planetária. O uso do território se dá, nesse sentido, 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.

Esse modelo de urbanização característico do período implica a seletividade com a qual novos equipamentos voltados à saúde se instalam no meio urbano, priorizando áreas com infraestruturas pretéritas (de transporte, lazer ou saúde) e perpetuando um ciclo de valorização das áreas mais dinâmicas da metrópole em detrimento de outras (Santos, 1993). Sob essa lógica, se confirma o que Santos (1990) definiu como metrópole corporativa fragmentada, constituída e condicionada por um modelo de urbanização desigual. No contexto da urbanização de São Paulo nota-se a instalação de equipamentos como hospitais, laboratórios e institutos em áreas mais valorizadas, concentrando o oferecimento de serviços de saúde. Antas Jr. e Almeida (2015) destacam 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 SUS, através das políticas públicas de saúde, exerce papel fundamental ao descentralizar os serviços. Por meio dos hospitais da rede pública e das Unidades Básicas de Saúde, o sistema busca levá-los ao maior número de pessoas, tanto quanto seja possível conforme a complexidade dos procedimentos e disponibilidade de profissionais e equipamentos. Há que se assinalar, no entanto, a influência das variáveis do período técnico-científico-informacional – técnica, ciência, informação e norma –, na seletividade com a qual os fixos de saúde e seus serviços associados se conformam espacialmente, também no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ribeiro (2015) trata desta condição ao assinalar que a:

> (...) seletividade do meio técnico-científico-informacional, marcada pela dotação desigual de densidades técnicas no território nacional, aliada ao desigual dinamismo econômico dos municípios brasileiros, condicionam a realização do SUS e a efetivação e universalização da saúde como um direito social. Enquanto norma o SUS chega a todos os lugares do país, mas não enquanto direito efetivado e praticado (p.86).

Considerando que a concretização do SUS passa necessariamente pela discussão do uso do território, Almeida (2005) destaca que "usufruir ou não dos serviços de saúde está diretamente vinculado às possibilidades oferecidas nos lugares" (p. 296). As possibilidades de acesso à saúde se dão, desta maneira, de acordo com fatores de ordem financeira, política e territorial.

O acesso aos métodos contraceptivos no município de São Paulo

Analisaremos a seguir 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: (i) busca por dados quantitativos sobre o oferecimento de métodos anticoncepcionais em bases estatísticas oficiais do Ministério da Saúde; (ii) pesquisa sobre termos técnicos para classificação; e (iii) 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.

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 dos contraceptivos 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 exerce influência na 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:

- *Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares de Contracepção:* procedimentos ambulatoriais envolvem a inserção de DIU e vasectomia realizadas em ambiente ambulatorial; procedimentos hospitalares incluem a laqueadura (antecedida ou não por parto cesariano) e a vasectomia em ambiente hospitalar. Para demonstrar a distribuição espacial, foi considerado o número total de consultas médicas[13] para o oferecimento do método na

13 Os dados contabilizados a nível nacional e municipal foram obtidos a partir do sistema TABNET do SUS e 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.

rede pública de saúde nos estabelecimentos do município de São Paulo em 2023.

- *Métodos Contraceptivos de Barreira:* Nesta categoria estão os preservativos internos e externos (classificados pelo Ministério da Saúde como Insumos de Prevenção) e o diafragma. Os critérios da divulgação sobre a distribuição dos preservativos sofreram mudanças ao longo dos anos: na maioria dos casos, foi divulgada apenas a quantidade total de insumos fornecidos pelo Ministério da Saúde a cada estado, enquanto em outros também a quantidade repassada às capitais. Foi necessário, portanto, agrupar as informações a fim de demonstrar padrões de oferecimento. Não há dados sobre a distribuição do diafragma em bases públicas de consulta, por isso não foi possível sua análise.
- *Métodos Hormonais (Medicamentos com Efeito Contraceptivo):* Compreendem 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. Como sua divulgação depende da publicação dos dados pelas secretarias municipais de saúde, é difícil estimar a frequência com que são oferecidos na rede pública, tornando impeditiva sua análise para fins deste trabalho. Ponderamos que a disponibilização desse dado 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: dentre as entrevistadas pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, 40,6% utilizavam pílula anticoncepcional, sendo este o método contraceptivo com maior predominância segundo o levantamento, e 9,8% utilizavam injeções hormonais (IBGE, 2021, p.93).

Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU de Cobre)

O dispositivo intrauterino de cobre pertence à categoria dos LARC (*Long-Acting Reversible Contraceptives*), contraceptivos reversíveis de longa duração, que incluem também os DIUs hormonais, os implantes anticoncepcionais subcutâneos e os anticoncepcionais injetáveis. A inserção de DIU pode ser feita em Unidades Básicas de Saúde e em Hospitais Municipais com atendimento ginecológico, sendo necessária consulta para avaliação e encaminhamento ao procedimento. É o método com menor taxa de falha presente na RENAME (até 0,9% segundo a Organização Mundial de Saúde), e foi citado como contraceptivo por 4,4% das mulheres entrevistadas pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2019[14]. A taxa de adesão a esse

14 A PNDS de 2006 listava as estatísticas associadas ao DIU no conjunto definido como "outros métodos", junto ao diafragma, injeção e outros. A taxa correspondente à adesão a essa categoria de contraceptivos em 2006 era 7% (Perpétuo; Wong, 2009, p.92).

método no município de São Paulo em levantamento realizado em 2015 foi inferior, alcançando apenas 2,5% (Lago et. al, 2020, p.4).

A PNDS de 2006 demonstrou que é relevante a associação entre o perfil socioeconômico e a adoção de métodos anticoncepcionais para a análise sobre o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. Mulheres de classes sociais mais altas e com mais anos de escolaridade, além de apresentarem, historicamente, maiores taxas de adesão a práticas contraceptivas, também demonstram maior conhecimento em relação à variedade de métodos disponíveis, com possibilidade de acesso a anticoncepcionais considerados mais "modernos", como os LARC (Perpétuo; Wong, 2009).

Além das condições socioeconômicas que influenciam na possibilidade do exercício da autonomia reprodutiva por mulheres em idade fértil, é necessário considerar como as práticas médicas e normativas influenciam no acesso à contracepção pela rede pública de saúde. Há ainda empecilhos organizacionais para prescrição do método, dentre eles a existência de requisitos médicos arbitrários, adotados em alguns estabelecimentos de saúde apesar de não haver orientações oficiais do Ministério da Saúde, respaldo científico ou legal, como por exemplo: participação em palestras ou grupos de aconselhamento, realização de exames desnecessários e contraindicação do uso do DIU por mulheres jovens ou que nunca tiveram filhos (Ferreira, 2019; Gonzaga et. al, 2017).

Por outro lado, busca-se criar condições facilitadoras para o acesso ao DIU através de instrumentos normativos. Em 2017, referindo-se aos objetivos da PNAISM em promover e ampliar o acesso aos métodos contraceptivos, a Portaria No. 3296 dispôs sobre a regulamentação do oferecimento imediato (nas 48 horas subsequentes ao primeiro atendimento) do método no pós-parto ou pós-abortamento nos hospitais maternidades integrantes da rede do SUS (Brasil, 2017). Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a prescrição se estende a mulheres no período puerpério em acompanhamento médico nas maternidades sob gestão do município, condições que, somadas à infraestrutura médica da qual as unidades hospitalares dispõem, contribui para intensificar a adesão ao DIU por pacientes atendidas em hospitais municipais, como veremos a seguir na análise dos dados. Já a Nota Técnica N° 31 do Ministério da Saúde, em 2023, recomendou que a inserção do DIU também fosse realizada por enfermeiros, além de médicos, no âmbito do SUS, desde que qualificados para este fim, visando a ampliação do conjunto de profissionais habilitados para este tipo de atendimento (Brasil, 2023).

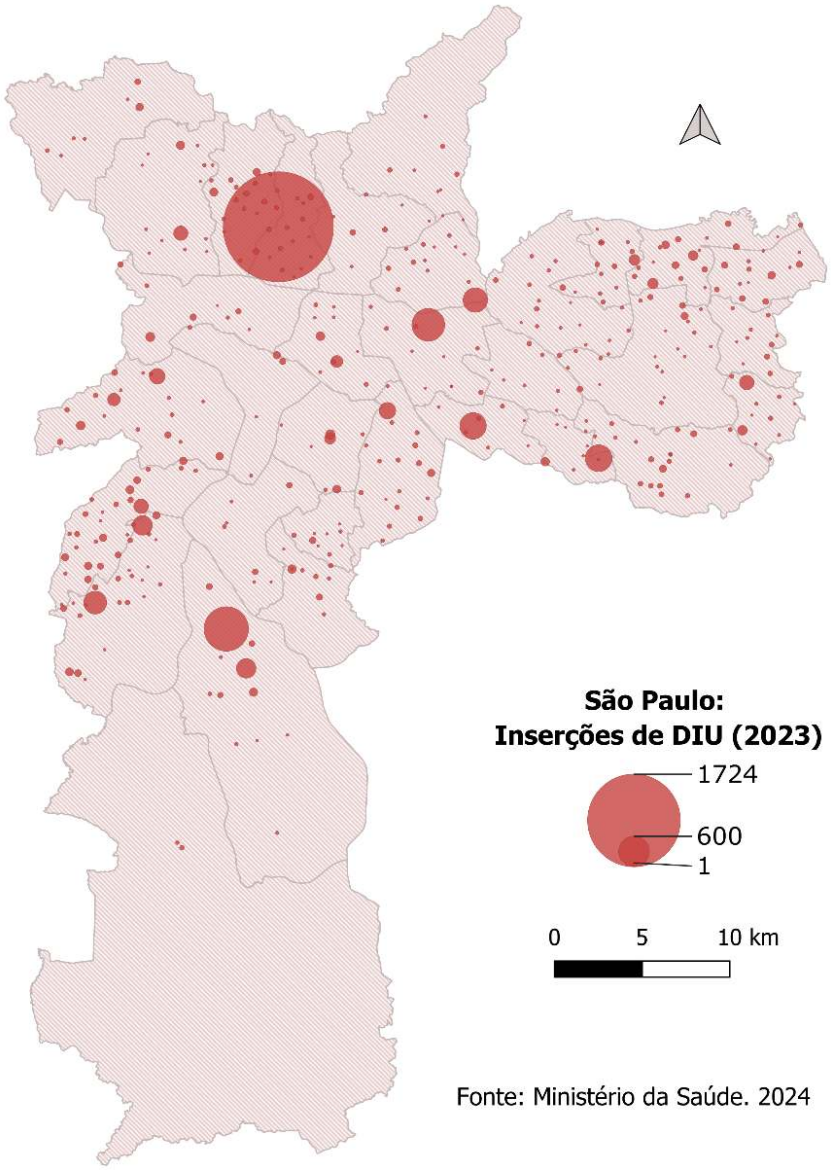
Ao mesmo tempo em que buscam ampliar o oferecimento do DIU, definindo tipos de atendimentos preliminares ou ampliando as categorias profissionais habilitadas a realizar o procedimento, tais instrumentos normativos também acabam por sugerir um perfil preferencial de pacientes elegíveis para indicação do contraceptivo, definindo casos prioritários com base no histórico reprodutivo das usuárias do SUS, bem como a infraestrutura médica ideal para ofertá-lo.

No total, foram realizadas 17.225 consultas para inserção de DIU na rede pública municipal de saúde em São Paulo em 2023, distribuídas por 396 estabelecimentos. Houve concentração de procedimentos na Zona Norte da cidade, destacando-se a Maternidade Escola Dr. Mario de Moraes Altenfelder Silva, localizada no bairro de Vila Nova Cachoeirinha, responsável por 1.724 das inserções realizadas. O estabelecimento, também conhecido como Hospital Vila Nova Cachoeirinha, é referência no atendimento em saúde sexual e reprodutiva, incluindo os serviços de anticoncepção de emergência, profilaxia pós exposição a infecções sexualmente transmissíveis e aborto legal[15].

Outros estabelecimentos que se destacaram, embora com menor número de consultas, incluem o Hospital Maternidade Interlagos (671), na cidade Dutra (Zona Sul), Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros (486), no Brás, Hospital Estadual de Sapopemba (390), em São Mateus, e o Hospital Estadual de Vila Alpina (385), na Vila Alpina, todos na Zona Leste do município. A configuração da distribuição espacial de oferecimento do método pode ser observada no Mapa 1, abaixo:

15 Na data de redação deste artigo a Prefeitura de São Paulo mantinha suspenso o serviço de interrupção legal da gestação no Hospital Vila Nova Cachoeirinha desde dezembro de 2023, apesar das determinações do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) para que o serviço fosse retomado. Esse hospital era o único da capital paulista a oferecer a interrupção legal de gestações acima de 22 semanas.

Mapa 1. São Paulo: inserções de DIU na rede pública municipal de saúde (2023)



Elaboração Própria. Fonte: TABNET / Ministério da Saúde, 2024

Hospitais e Maternidades Municipais têm capacidade de concentrar, por estabelecimento, maior volume de inserções quando comparados às Unidades Básicas de Saúdes (UBSs) e às Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs), devido à infraestrutura clínica da qual dispõem, tornando-se locais de referência para realização do procedimento em larga escala. Nota-se, no entanto, a importância das UBSs e AMAs em disseminar o oferecimento do método, tendo este tipo de estabelecimento respondido por mais de 60% do total das inserções de DIU no período de referência.

Observa-se no Mapa 1 a oferta reduzida do procedimento na subprefeitura de Parelheiros, no Sul do município, que registrou apenas 58 inserções, distribuídas entre o Hospital Municipal Josanias Castanha Braga (22) e o Ambulatório de

Especialidades de Parelheiros (36). Portanto, nota-se a distribuição dos insumos entre diferentes estabelecimentos da rede pública, com alta concentração das inserções em hospitais e maternidades de referência e com infraestrutura adaptada ao atendimento ginecológico - o que coincide com as disposições dos instrumentos normativos de oferecimento do método -, especialmente nas zonas Norte e Leste do município.

Laqueadura (esterilização feminina)

A laqueadura é um procedimento para contracepção não reversível, realizado exclusivamente em ambiente hospitalar, precedido ou não por parto cesariano na rede pública municipal. O oferecimento das cirurgias de esterilização (laqueaduras e vasectomias) pelo SUS é regulamentado pela Lei 9.263/96, que condiciona que os procedimentos só sejam realizados se os pacientes tiverem mais de vinte e um anos ou no mínimo dois filhos vivos[16].

Em 1996 era a prática contraceptiva mais utilizada 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 (Perpétuo; Wong, 2009, p.92). A prevalência geral da esterilização feminina é muito menor no município de São Paulo segundo estudo mais recente, sendo citado por apenas 7,5% das mulheres entre 15 e 44 anos ouvidas pelo último inquérito de base populacional realizado em 2015 (Lago et. al, 2020, p.3). No entanto, entre mulheres com mais de 3 filhos, este método alcança a prevalência de 36,9%, tornando-se a principal prática contraceptiva neste grupo (Ibidem, p. 5)[17].

Portanto, é importante ressaltar a influência das variáveis idade e ocorrência de gestações anteriores para maior incidência da laqueadura, dados os requisitos legais para sua realização. De acordo com a PNDS de 2006, houve maior prevalência das taxas de esterilização nas classes mais baixas de renda e educação, o que estaria mais associado à composição do grupo de mulheres pertencentes a essas classes na pesquisa, com maior idade e parturição, do que aos fatores socioeconômicos em si (Perpétuo; Wong, 2009, p.96). No caso da capital paulista, Lago et al (2020, p.11) ressaltam que, entre as mulheres pertencentes à faixa etária de 30 a 44 anos, a maior escolaridade se associou a um mix no qual a laqueadura permaneceu mais frequente, porém com maior participação relativa do preservativo masculino e da vasectomia.

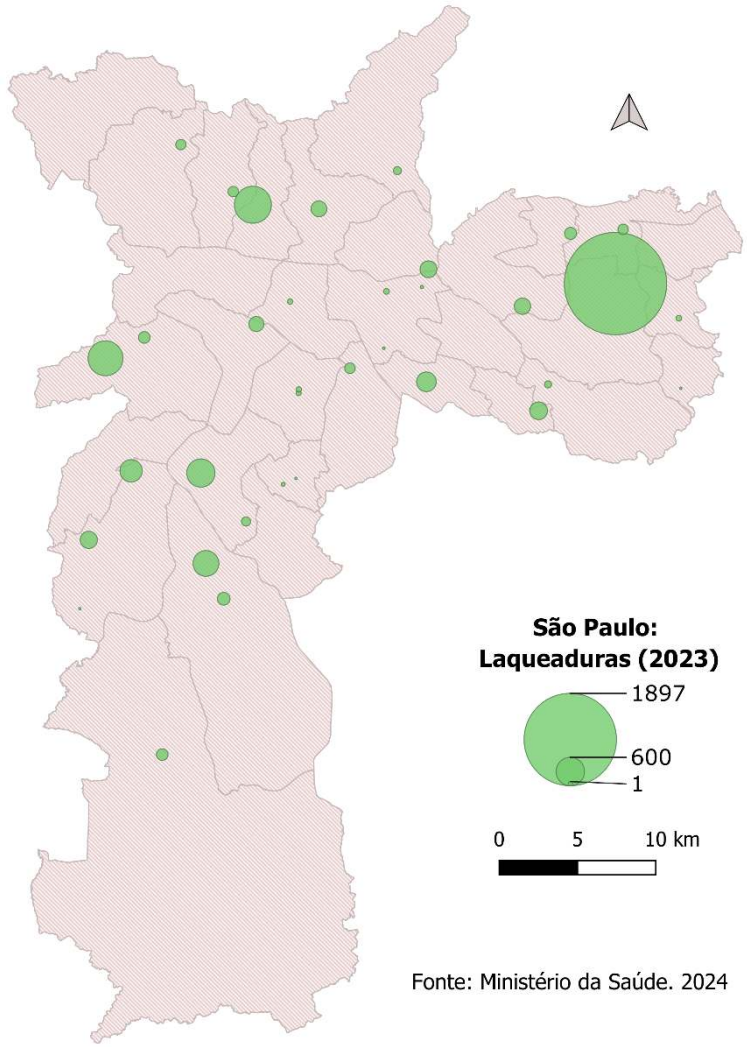
Tais achados indicam tendência a diminuição da relevância da esterilização feminina, porém denotam associação entre maior incidência da laqueadura e um

16 A recente alteração da Lei 9.263/96 pela Lei 14.443/22 reduziu a idade mínima para realização das cirurgias de esterilização de 25 para 21 anos, além de extinguir a necessidade de consentimento expresso do cônjuge.

17 Números levantados a partir dos resultados do Inquérito *Ouvindo Mulheres: Contracepção no Município de São Paulo*.

leque mais restrito de opções contraceptivas para mulheres de classes socioeconômicas e nível de escolaridade mais baixos, ainda que idade e parturição se apresentem como os fatores mais influentes neste quadro. O Mapa 2 mostra a conformação do oferecimento das cirurgias entre os estabelecimentos do SUS na capital paulista:

Mapa 2. São Paulo: laqueaduras feitas na rede pública municipal de saúde (2023)



Elaboração Própria. Fonte: TABNET / Ministério da Saúde, 2024

Em comparação à distribuição dos dispositivos intrauterinos, observamos o caráter mais concentrado do oferecimento dos procedimentos de esterilização feminina em hospitais da capital, sobretudo nas maternidades, devido à sua especificidade em termos de estrutura clínica. O procedimento é fortemente relacionado a hospitais de referência no atendimento da saúde da mulher, como no caso do DIU, mas despontam estabelecimentos que não eram expressivos na análise anterior. Neste quadro, pode haver influência das resoluções normativas e práticas médicas adotadas pelos diferentes estabelecimentos, configurando a existência de unidades de referência na inserção de DIU ou na realização de laqueaduras (ou

ambos), com encaminhamento de pacientes de acordo com seus históricos reprodutivos.

Durante o ano de 2023, foram registradas 8.452 laqueaduras em 35 hospitais da capital. O maior número de procedimentos (1.897) foi realizado no Hospital Municipal Prof. Dr. Waldomiro de Paula, no bairro de Itaquera, na Zona Leste. Destaca-se mais uma vez a participação do Hospital Vila Nova Cachoeirinha (657), na Zona Norte, além do Hospital Municipal Maternidade Prof. Mario Degni (617), no Rio Pequeno, na Zona Oeste, do Hospital da Santa Casa de Santo Amaro (490) e do Hospital Maternidade Interlagos (444), ambos na Zona Sul da capital.

Nesta análise, como na anterior, se mantém a relevância de estabelecimentos como o Hospital Estadual da Vila Alpina (328) e o Hospital Estadual da Sapopemba (291), ambos na Zona Leste do município. Outros estabelecimentos, por sua vez, saltam em relevância em relação ao panorama do acesso ao DIU: o Conjunto Hospitalar do Mandaqui (256), em Santana, na Zona Norte, o Hospital Municipal Dr. Alexandre Zaio (265), na Vila Nhocuné, em Arthur Alvim, na Zona Leste, além do já citado Hospital Maternidade Mário Degni.

Há seis subprefeituras que não registraram procedimentos de esterilização feminina no período analisado: Cidade Ademar e Campo Limpo, na Zona Sul, Itaim Paulista e Aricanduva, na Zona Leste, Lapa, na Zona Oeste e Perus, na Zona Norte. A ausência desses procedimentos no período de referência nestas subprefeituras pode denotar direcionamentos na política de assistência reprodutiva, que concentram o oferecimento do método em estabelecimentos com maior capacidade de atendimento, inclusive para subprefeituras vizinhas. Esta espacialização mais concentrada também sugere, seguindo as constatações da PNDS de 2006, diminuição da relevância da laqueadura, denotando maior esforço da atenção primária em saúde em possibilitar o acesso ao DIU para mulheres que já tenham filhos, dada a vantagem atribuída aos LARCs, que incluem reduzidas taxas de falha e reversibilidade.

Vasectomia (esterilização masculina)

A vasectomia, método de esterilização masculina, é oferecida pelo SUS em hospitais municipais e em CIES (Centros de Integração de Educação e Saúde). O procedimento cirúrgico, com menor complexidade clínica do que a laqueadura, não exige internação na maioria dos casos, e pode ser realizado em ambiente ambulatorial. Possui os mesmos requisitos legais previstos para o procedimento de esterilização feminina, devendo o paciente ter no mínimo 21 anos ou dois filhos vivos.

Segundo os resultados da PNDS de 2006, a adoção de métodos contraceptivos pelo parceiro, como a vasectomia e o uso de preservativos, foi maior entre mulheres de classes socioeconômicas mais altas, alcançando percentual de quase 30%, enquanto na mais baixa foi pouco maior que 10%. A esterilização masculina representava 5,1% do total nacional à época. (Perpétuo; Wong, 2009, p.92). Em 2015

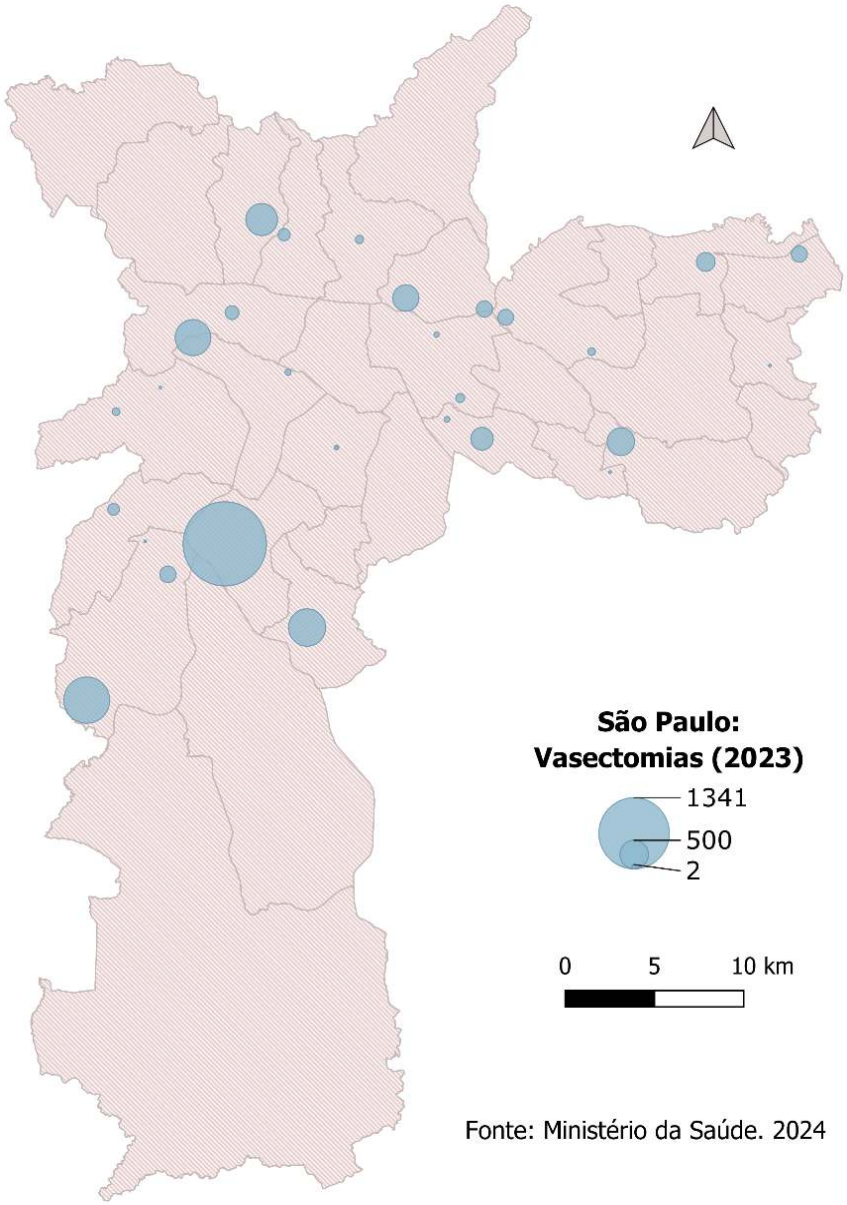
no município de São Paulo este índice foi de 6,2%, variando positivamente em relação à idade e escolaridade entre mulheres com parceiros vasectomizados (Lago et. al, 2020).

O oferecimento da esterilização masculina nos serviços de atenção primária em saúde é importante para proporcionar maior participação masculina nas práticas contraceptivas e incremento da autonomia reprodutiva para homens e mulheres, sobretudo quando consideramos as classes socioeconômicas mais baixas.

Apesar de consistir em um procedimento menos complexo do que a laqueadura, não foi tão frequente na rede pública de saúde da capital paulista durante o ano de referência. Em 2023, foram realizadas 6.990 cirurgias de esterilização pelo SUS, distribuídas entre 29 hospitais. Apesar de existirem sobreposições de unidades de referência em relação aos procedimentos de inserção de DIU e laqueadura, nota-se distribuição espacial bastante distinta para este método, e evidenciam-se, em números absolutos, estabelecimentos pouco expressivos nas análises anteriores.

As unidades que apresentam os maiores números de procedimentos são o Hospital da Santa Casa de Santo Amaro (1.341), Hospital Dia M' Boi Mirim I (718), no Jardim Ibirapuera, o Hospital Dia de Cidade Ademar (572), todos na Zona Sul, o Hospital Dia Pirituba CIES (549) e o Hospital Dia Brasilândia (483), ambos na Zona Norte. Há onze subprefeituras que não possuem nenhum registro de realização de vasectomias em 2023: Jaçanã, Tremembé, Perus e Pirituba, na Zona Norte; Aricanduva, Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo e Itaquera, na Zona Leste; Sé, no Centro; Capela do Socorro, Jabaquara, Ipiranga e Parelheiros, na Zona Sul. Dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de contracepção, é o que apresenta menor cobertura em termos de quantidade de procedimentos, estabelecimentos e subprefeituras onde é oferecido. O Mapa 3, abaixo, representa a distribuição espacial do procedimento entre os estabelecimentos de saúde do município no período de referência:

Mapa 3. São Paulo: vasectomias feitas na rede pública municipal de saúde (2023)



Elaboração Própria. Fonte: TABNET / Ministério da Saúde, 2024

Ressalta-se o peso das vasectomias realizadas nas unidades do regime dos Hospitais Dia, estabelecimentos destinados a realizar procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas[18]. A essa categoria de unidade hospitalar correspondem 11 estabelecimentos.

Hospitais que se destacam por sua participação nos procedimentos de inserção de DIU e/ou laqueadura, como o Hospital Vila Nova Cachoeirinha (157), o Hospital e Maternidade Professor Mario Degni (84) e o Hospital Municipal Doutor

18 Estabelecimento de saúde regulamentado pela Portaria GM/MS N° 44, de 10 de janeiro de 2001.

Alexandre Zaio (82), continuam a apresentar relevância nesta análise, porém, são suplantados pelos Hospitais Dia, denotando, na rede municipal de saúde, tendência no encaminhamento das cirurgias de vasectomia para as unidades adaptadas a procedimentos cirúrgicos de menor complexidade e tempo de internação.

Métodos contraceptivos de barreira: contraceptivos internos e externos

Os preservativos internos e externos, mais amplamente conhecidos como camisinha feminina e masculina, fazem parte dos insumos para controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico, o CESAF/Rename. Por sua importância para a prevenção de ISTs, a distribuição dos preservativos é mais abrangente do que a dos outros contraceptivos, cujo oferecimento está centralizado prioritariamente em Unidades Básicas de Saúde, Hospitais e Centros de Referência.

Há diversos locais na capital paulista onde são distribuídos os preservativos, que incluem (i) estabelecimentos de saúde (UBSs, hospitais municipais, unidades da rede especializada em IST/Aids); (ii) lugares de grande circulação de pessoas (terminais rodoviários, estações do Metrô e da CPTM) e (iii) campanhas e eventos de grande proporção (campanhas de prevenção de HIV/Aids do SUS e carnaval de rua). Dada à variedade de locais em que os preservativos podem ser retirados, é difícil estabelecer padrões espaciais de distribuição no município de São Paulo.

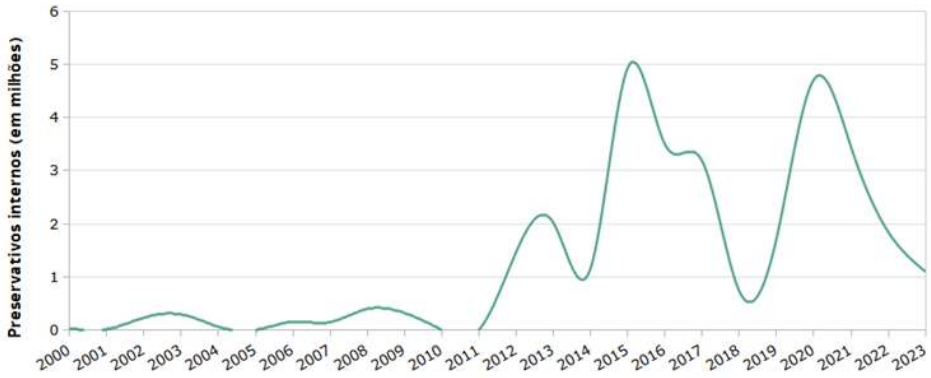
Ao contrário das informações disponibilizadas para os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de contracepção, os dados sobre o oferecimento dos preservativos não são registrados em uma base estatística contínua. As formas de divulgação dos números sofrem mudanças entre um ano e outro, trazendo ora o volume total de preservativos distribuídos a cada unidade da federação, ora o total nacional acompanhado da segmentação pelas capitais estaduais[19]. Em razão da metodologia aplicada pelo Ministério da Saúde na divulgação das informações, torna-se mais relevante a análise do total de preservativos disponibilizados para o estado de São Paulo, em razão dos poucos anos da série histórica em que foi contabilizado o volume de preservativos distribuídos para a Secretaria Municipal de Saúde.

Como primeira observação, a quantidade de preservativos externos distribuídos anualmente para o estado de São Paulo é bem superior à de internos. Enquanto a distribuição dos primeiros apresenta crescimento contínuo desde 1996, com poucas variações, a de femininos é intermitente, com oferecimento interrompido em 2005, retomado em 2006, crescendo até 2008 e decaindo até sua interrupção em 2010 e 2011, anos em que nenhum preservativo feminino foi distribuído pelo SUS no estado. A oferta foi retomada com um grande incremento de volume em 2012, ano em que foram distribuídos nacionalmente os insumos provenientes de um lote de vinte

19 Nos anos mais recentes, o dado passou a ser mais bem detalhado, diferenciando 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, o gel lubrificante, frequentemente incluído nos programas de distribuição de preservativos.

milhões de preservativos femininos adquirido pelo governo federal à época, visando a ampliação da oferta do método no SUS (CEBES, 2012). Desde então tem se consolidado dentre o conjunto de meios de contracepção ofertados na atenção primária em saúde, embora note-se uma nova redução na distribuição em 2018, crescimento nos anos seguintes e novo declínio entre 2022 e 2023 (Gráfico 2).

Gráfico 2. Estado de São Paulo: distribuição anual de preservativos internos ou femininos (em milhões).



Elaboração Própria. Fonte: Ministério da Saúde, 2024.

A variação na distribuição sugere a possibilidade de desabastecimento cíclico do método nos estabelecimentos de saúde do SUS, na medida em que se atingem rapidamente máximas de quantidades distribuídas seguidas de consistentes decréscimos. Esse padrão pode estar associado ao planejamento das quantidades de insumos repassados pelo governo federal ao Sistema Único de Saúde, concentrando as quantidades distribuídas no(s) ano(s) consecutivo(s) à aquisição de novos lotes de preservativos femininos e decaindo a partir daí até a nova compra de insumos, gerando volatilidade da oferta. Comparada às tendências observadas para os preservativos masculinos, sua oferta é muito menos regular, ainda que seja um meio importante para prevenção de ISTs, com muita relevância para casais homoafetivos.

O oferecimento dos preservativos externos, ao contrário, não sofreu interrupções desde o início da série histórica registrada pelo Ministério da Saúde, em 1996. Sua distribuição experimentou maior incremento após 2011, da mesma forma observada para os preservativos internos, ainda que com menor variabilidade dos volumes ofertados, em termos proporcionais. É possível notar algumas variações ao longo do período de referência, com um ápice da distribuição em 2015 e posterior decréscimo (Gráfico 3). Ainda assim, a camisinha masculina é um método cujo acesso é facilitado e já se encontra consolidado pelo SUS, 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.

Gráfico 3. Estado de São Paulo: distribuição anual de preservativos externos ou masculinos (em milhões)



Elaboração Própria. Fonte: Ministério da Saúde, 2024.

Apesar de os dados representarem apenas a distribuição pública dos preservativos, esta tendência também pode ser associada à disseminação deste método na rede privada, composta pelas farmácias e outros estabelecimentos que comercializam os preservativos externos e, raramente, os internos. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, a camisinha masculina fazia parte das práticas contraceptivas de 20,9% das mulheres entrevistadas, enquanto a feminina, menos de 0,6%, junto a outros métodos, como anéis e adesivos contraceptivos (IBGE, 2021, p.93). Ainda que esta seja tão eficiente na prevenção de ISTs e gestações indesejadas quanto a camisinha masculina, há menor nível de conhecimento sobre ela entre os usuários de serviços de saúde. O custo do insumo também exerce impacto nos níveis de adesão, já que o preço de aquisição em farmácia por consumidores individuais é maior para os preservativos femininos do que para masculinos. Concomitantemente, representam somas de investimento maiores em termos de aquisições por parte do governo federal para redistribuição aos serviços de saúde básica.

A compra de grandes lotes, no entanto, não representa estabilização nas tendências de oferecimento do método pelo SUS, como observamos pelas séries históricas. Sem campanhas para maior conscientização acerca da disponibilidade desta opção contraceptiva e iniciativas para continuidade no volume de abastecimento deste insumo, tão comuns às campanhas de distribuição dos preservativos externos, uma parte substancial da população atendida pela rede pública de saúde, que por diversas razões pode não dispor da camisinha masculina como método de barreira, acaba por não ter, no SUS, uma referência de obtenção de meios de prevenção de ISTs e/ou de gestações indesejadas.

Considerações finais

O acesso à saúde sexual e reprodutiva representa uma das principais bases da formulação de políticas de saúde com enfoque em gênero no Brasil. Sua assimilação na legislação brasileira foi possível graças à intensa mobilização social de mulheres a partir de finais da década de 1970, cujo objetivo era evidenciar a importância do gênero para a definição das condições de acesso à saúde de mulheres em diferentes

contextos socioespaciais e reivindicar meios para a autodeterminação de suas escolhas sexuais e reprodutivas, culminando na constituição da base legal e normativa do acesso à contracepção pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. Na cidade de São Paulo, a rede de serviços públicos de planejamento reprodutivo compreende diferentes categorias de estabelecimentos clínicos e locais de referência, os quais oferecem, de acordo com sua complexidade, os métodos ambulatoriais e hospitalares de contracepção, os métodos de barreira e os métodos hormonais. Há, como observamos, marcantes diferenças espaciais de cobertura desses serviços na capital paulista.

No caso das inserções de DIU, vemos a participação expressiva de hospitais e maternidades municipais das zonas Norte e Leste do município. Apesar disso, Unidades Básicas de Saúde e Assistências Médicas Ambulatoriais possuem importante papel para a disseminação do método e para o encaminhamento de pacientes para estabelecimentos de referência, notadamente por serem mais numerosas e distribuídas por todo o município. A maior concentração do número de inserções por estabelecimento em hospitais e maternidades é esperada, já que estas unidades visam oferecer serviços de atenção especializada em saúde, conferindo a elas maior capacidade para realização dos procedimentos.

No entanto, as diferenças espaciais observadas na disponibilidade e oferecimento do método entre as subprefeituras levantam questões sobre o alcance deste serviço. Conhecendo este panorama ponderamos que, para garantir e consolidar o oferecimento deste método pela rede pública de saúde, faz-se necessário mais análises sobre as possibilidades de acesso da população aos estabelecimentos de referência. Tal objetivo demanda estudos sobre o tempo de deslocamento das usuárias do SUS provenientes das diferentes regiões da cidade até o estabelecimento mais próximo, protocolos de encaminhamento para este serviço desde as UBSs e critérios de elegibilidade para que uma mulher atendida no serviço básico tenha acesso ao método.

Além disso, sua adesão parece estar fortemente associada ao histórico reprodutivo das usuárias do SUS, como sugere a alta ocorrência do procedimento em maternidades de referência, além da criação de instrumentos normativos para ampliar o oferecimento do DIU às mulheres atendidas na rede pública de saúde, especialmente nos contextos de pós-parto, pós-abortamento e puerpério. Este esforço pode estar associado a uma iniciativa em promover o DIU como uma alternativa à laqueadura, no entanto, sua prevalência como prática contraceptiva ainda é baixa na capital paulistana. Viabilizar seu acesso também para mulheres jovens e sem histórico de gestações seria uma importante ação para aumentar sua adesão também entre este público, sobretudo para aquelas de classes socioeconômicas mais baixas.

As laqueaduras, restritas ao ambiente hospitalar, concentram-se sobretudo em estabelecimentos da Zona Leste, com participação massiva do Hospital Municipal Prof. Dr. Waldomiro de Paula, em Itaquera. Na análise desse método, enxergamos algumas sobreposições em relação ao oferecimento do DIU, mas também, a

relevância de outros estabelecimentos e regiões pouco expressivos em números quando consideramos o primeiro método. Tendo em mente os critérios de elegibilidade para o oferecimento da cirurgia de laqueadura, consideramos que mais estudos sobre residência, escolaridade e classe socioeconômica do público atendido nestes estabelecimentos, bem como fatores que facilitam ou não o encaminhamento a este procedimento desde o atendimento na saúde básica, seriam subsídios importantes para dimensionar o alcance deste serviço, bem como avaliar a possibilidade do oferecimento público do DIU como uma alternativa viável à esterilização, visando sobretudo a ampliação do leque de práticas contraceptivas de mulheres em diversos níveis socioeconômicos.

As cirurgias de vasectomia são particularmente concentradas nas zonas Sul e Norte do município, com marcante participação dos chamados Hospitais Dia, porém bem menos frequentes que as cirurgias de esterilização feminina. Dada a tendência de diminuição geral da prevalência da laqueadura a nível nacional e municipal e maior participação masculina nas práticas contraceptivas, a ampliação do acesso a este método pela rede pública se mostra uma estratégia essencial para possibilitar ao SUS acompanhar as demandas de contracepção geradas pela mudança em curso no comportamento reprodutivo da sociedade brasileira.

Os preservativos externos possuem ampla disseminação pelo SUS e formas de distribuição relativamente consolidadas, resultado da abrangência das campanhas públicas de prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis. Pode ser considerado o contraceptivo mais popular oferecido pela rede pública de saúde, com acesso facilitado nos mais diversos pontos de distribuição, que ultrapassam os estabelecimentos do SUS. Vemos, porém, maior dificuldade em estabilizar a oferta dos preservativos internos. Essa tendência se reflete também no padrão de comercialização dos preservativos observado nos estabelecimentos privados (lojas, farmácias e mercados), onde é mais comum encontrar os preservativos externos. Iniciativas públicas direcionadas a tornar mais estável a oferta dos preservativos internos pelo SUS poderiam aumentar a acessibilidade dos métodos de barreira, visando a ampliação do público que pode se beneficiar desta forma de prevenção.

Por fim, a ausência de bases estatísticas públicas sobre a distribuição do diafragma e dos métodos contraceptivos hormonais, que correspondem às pílulas de uso regular e de emergência e os contraceptivos injetáveis, representa um empecilho à compreensão e dimensionamento da demanda por estes métodos, sobretudo para os anticoncepcionais hormonais, tão relevantes nas práticas contraceptivas das mulheres brasileiras. A relevância da pílula está associada principalmente à obtenção de fármacos pela rede privada de saúde, portanto, a criação de bases de divulgação da distribuição de contraceptivos hormonais pelo SUS e pelo Programa de Farmácia Popular ofereceria importante subsídio para o planejamento dos recursos voltados aos serviços públicos de planejamento reprodutivo. Deste modo, seria possível identificar e dimensionar a demanda por contraceptivos hormonais, visando a consolidação do Sistema Único de Saúde como uma referência no acesso à contracepção para mulheres nos mais amplos espectros socioeconômicos.

Bibliografia

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: ABEP, 2004.

ALMEIDA, E. P. DE. ***Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional.*** Tese (Doutorado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

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.

ÁVILA, M. B. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. In: HOLLANDA, H. B. DE. (org.). ***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. ***Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes***. 1 ª ed., 2 ª reimpr. Brasília: Editora MS, 2011

_____. ***Portaria Nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017.*** Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 2017. Nº 234, Seção 1, p. 867.

_____. ***Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2024***. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

_____. ***Nota Técnica Nº 31/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS***. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). ***SUS começa a distribuir em maio 20 milhões de preservativos femininos***. 20 de março de 2012. Disponível em: <https://cebes.org.br/sus-comeca-a-distribuir-em-maio-20-milhoes-de-preservativos-femininos/15136/>. Acesso em: 12 fev. 2025.

LAGO, T. D. G. et al. Diferenciais da prática contraceptiva no Município de São Paulo, Brasil: resultados do inquérito populacional Ouvindo Mulheres. ***Cadernos de Saúde Pública [online],*** v. 36, n. 10, p. 1 – 14, 19 out. 2020.

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: 28 jan. 2023.

GONÇALVES, G. Q. et al. 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, p. 1 – 8, 18 dez. 2017.

GUIMARÃES, R. B. ***Saúde:*** fundamentos de geografia humana. São Paulo: Ed UNESP, 2014.

IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. ***Pesquisa nacional de saúde 2019: ciclos de vida***. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***Distribuição de Insumos.*** Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/acesso-a-informacao/distribuicao-de-insumos>. Acesso em 27 dez. 2024.

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.

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 2006.*** CEBRAP. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

RIBEIRO, L. H. L. ***Território e macrossistema de saúde: os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS)***. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

SANTOS, M. ***Metamorfoses do Espaço Habitado.*** São Paulo: Hucitec. 1988.

_____. ***Metrópole corporativa fragmentada: o caso da São Paulo***. São Paulo: Nobel, 1990

_____. ***A Urbanização Brasileira***. São Paulo: HUCITEC. 1993.

_____. ***A Natureza do Espaço.*** São Paulo: Edusp. 2006 [1996].

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. ***Educação e Realidade***, dez. 1995.

Sexual and reproductive rights in the city of São Paulo: socio-spatial inequalities in the access to contraception through the Brazilian Unified Health System

Sexual and reproductive rights were for the first time incorporated into Brazilian public policies in the 1980s, and since then, they have been more incisively integrated to the Brazilian Law, in order to guarantee access to reproductive planning by the Sistema Único de Saúde (SUS), the Brazilian Unified Health System. The *Program for Integral Women's Health Care* (PAISM) from 1983 and its successor, the *National Policy for Integral Women's Health Care* (PNAISM), from 2004, include contraception as one of the basic components of women's health care services. Given the central role of this issue to the formulation of gender based public policies in Brazil, we aim to discuss the distribution of hospital and outpatient contraceptive procedures (particularly IUD insertions, vasectomies, and tubal ligations) offered by the *Sistema Único de Saúde* in the municipality of São Paulo. The study draws on 2023 data from the Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (*Department of Information Technology of the Unified Health System* – DATASUS), the *Ministério da Saúde* (Ministry of Health), and the *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde* (National Registry of Health Facilities – CNES), detailing the number of procedures performed per regional administrative unit. Distinct spatial patterns are observed in the provision of procedures for the three contraceptive methods analyzed, with a notable concentration in certain reference institutions. This highlights the need to reflect on access to specialized contraceptive health services, considering the city's scale and its diverse socio-spatial contexts.

KEYWORDS: contraception, gender, public policies, Unified Health System, socio-spatial inequalities.

Derechos sexuales y reproductivos en el municipio de São Paulo: desigualdades socioespaciales em el acceso a la contracepción a través del Sistema Único de Salud

Los derechos sexuales y reproductivos fueron incorporados por primera vez a una política de salud pública en Brasil en la década de 1980 y desde entonces han sido asimilados de forma más incisiva en la legislación brasileña, con el objetivo de garantizar el acceso a la planificación reproductiva a través del Sistema Único de Salud (SUS). El *Programa de Atención Integral a la Salud de las Mujeres* (PAISM) de 1983 y su sucesor, la *Política Nacional de Atención Integral a la Salud de las Mujeres* (PNAISM) de 2004, contemplan la anticoncepción como uno de los componentes básicos de los servicios de atención a la salud de las mujeres. Dada la centralidad de esta temática para la formulación de políticas públicas con enfoque de género en el país, buscamos discutir la distribución del volumen de procedimientos hospitalarios y ambulatorios de anticoncepción (notablemente las inserciones de DIU, vasectomías y ligaduras) por el SUS en São Paulo. El estudio utiliza como referencia la información de 2023 del Departamento de Informática del Sistema Único de Saúde (Departamento de Informática del Sistema Único de Salud – DATASUS), del Ministerio de Salud y del *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde* (Registro Nacional de Establecimientos de Salud – CNES), recopilando el número de procedimientos realizados por unidad administrativa regional. Se perciben patrones espaciales distintos en la oferta de procedimientos para los tres métodos anticonceptivos analizados, destacándose la concentración en algunos establecimientos de referencia, lo que suscita la necesidad de reflexionar sobre el acceso a los servicios de salud especializados en anticoncepción, considerando las dimensiones y los diversos contextos socioespaciales del municipio.

PALABRAS CLAVE: anticoncepción, género, políticas públicas, SUS, desigualdades socioespaciales.

Artigo recebido em fevereiro de 2025. Aprovado em abril de 2025.