

Desempenho de serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo em saúde sexual e reprodutiva, segundo características organizacionais e locais regionais

Performance of primary health care units in the State of São Paulo in sexual and reproductive health, according to organizational and locoregional characteristics

Mariana Arantes Nasser^I, Maria Ines Battistella Nemes^{II}, Marta Campagnoni Andrade^{III},
Ana Maroso Alves^{IV}, Rogério Ruscitto do Prado^V, Elen Rose Lodeiro Castanheira^{VI}

Resumo

A atenção primária à saúde (APS) é estratégica para a atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR). Para descrever o desempenho em SSR de serviços de APS do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo (SP), realizou-se avaliação que empregou banco do questionário QualiAB – Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em Municípios de SP, respondido por 2.735 serviços, de 586 municípios, em 2010. Construiu-se quadro avaliativo para a dimensão SSR, com 99 indicadores. O desempenho médio dos serviços, analisado pela proporção de respostas positivas aos indicadores, foi 56,84%. O domínio de atenção à saúde reprodutiva teve melhor desempenho do que os de prevenção/assistência às DST/aids e promoção à SSR. Serviços autotclassificados como Unidade Básica de Saúde com equipe de Saúde da Família e aqueles localizados em região urbana periférica apresentaram melhor desempenho. A avaliação revelou a necessidade de investimentos no gerenciamento locoregional e na capacitação em SSR.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Saúde sexual e reprodutiva; Atenção primária à saúde.

Abstract

Primary health care (PHC) is strategic for attention to sexual and reproductive health (SRH). Aiming to describe how PHC units of the Public Unified Health System in the State of São Paulo (SP) perform in relation to SRH, an assessment was held using the database of the QualiAB Questionnaire - PHC Quality Evaluation in SP Municipalities, answered by 2735 units, located in 586 municipalities, in 2010. An evaluative framework was built for SRH dimension, composed by 99 indicators. Average units' performance, analyzed by proportion of positive answers to the indicators, was 56.84%. Performance in the reproductive health care domain was better than in STD/AIDS prevention / care and SRH promotion. Units self-categorized as Basic Health Care Units with Family Health Team and those located in peripheral urban areas performed better. The evaluation indicated the need for investment in locoregional management and training in SRH.

Keywords: Health evaluation; Sexual and reproductive health; Primary health care.

^I Mariana Arantes Nasser (manasser@usp.br) é médica, Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo, Diretora Técnica do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel Barnsley Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

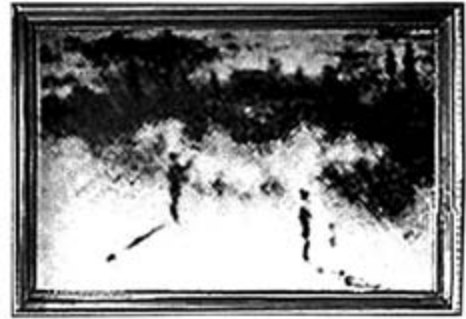
^{II} Maria Ines Battistella Nemes (mibnemes@usp.br) é médica, Livre-docente em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo, professora associada II do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

^{III} Marta Campagnoni Andrade (martacamp@usp.br) é médica, doutoranda em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) e professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

^{IV} Ana Maroso Alves (anamarosoalves@gmail.com) é geógrafa, pesquisadora da Equipe QualiAids, sediada no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

^V Rogério Ruscitto do Prado (ruscittosp@yahoo.com.br) é estatístico, Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo.

^{VI} Elen Rose Lodeiro Castanheira é médica, professora assistente doutora do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP).



Introdução

A saúde sexual e reprodutiva (SSR) tem formulação recente, relacionada ao questionamento da insuficiência e fragmentação dos programas de saúde voltados à reprodução humana, por meio da incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos na agenda pública^{5,11,27}. Historicamente, esta constituição decorreu do ativismo social – com destaque para os movimentos feminista, gay, e, no caso brasileiro, sanitário^{6,10} – e de conferências de direitos humanos e políticas de desenvolvimento, tendo como principais marcos a IV Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994)²⁵ e a IV Conferência Internacional sobre as Mulheres (Pequim, 1995)²⁶.

O programa de ação de Cairo considera que: a saúde reprodutiva é um completo bem-estar físico, mental e social relacionado às funções reprodutivas; a assistência inclui métodos, técnicas e serviços para o bem-estar reprodutivo,

prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva; a saúde sexual é tomada como parte da saúde reprodutiva, voltada para a melhoria da qualidade de vida; a SSR pode ser acessível a todos, a partir da atenção primária à saúde (APS)²⁵. A plataforma de ação de Pequim reitera a definição de SSR do Cairo e destaca prioridades: acesso das mulheres à saúde, direito às escolhas reprodutivas, prevenção da mortalidade materna, igualdade nas relações de gênero, e prevenção da violência contra a mulher²⁶.

O Brasil considera que a APS tem papel estratégico para a SSR no Sistema Único de Saúde – SUS^{7,14}. O país elaborou políticas e publicações técnicas próprias, com destaque para a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos¹³ e o Caderno de Atenção Básica nº 26 “Saúde Sexual e Reprodutiva”¹⁴. Ressaltam-se particularidades brasileiras: a APS assume características que remontam ao movimento da reforma sanitária, como a inclusão dos princípios

de universalidade e atenção integral, além de seu papel na porta de entrada e na organização do sistema, tendo atributos da APS abrangente¹²; há relação entre a experiência do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, e as políticas de SSR, com propostas e metodologias marcadas pelo feminismo⁶.

O estado de São Paulo (SP) é caracterizado por uma grande diversidade locorregional em termos socio sanitários, a começar pelo tamanho dos municípios: apesar de ser o estado com maiores concentrações populacionais nas grandes cidades, 524 municípios do total de seus 645 municípios têm menos de 50 mil habitantes. Além das diferentes condições socioeconômicas das várias realidades culturais, a organização do sistema de saúde, incluindo equipamentos, práticas e fluxos, também não é uniforme^{1,3}.

O estado de São Paulo tem uma rede básica vasta, diversificada e de implantação antiga^{4,16}: a APS paulista tem algumas atividades voltadas para os enfoques de atenção ao ciclo gravídico-puerperal, como também para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), remontando ao sanitarismo e à programação em saúde – a partir do PAISM, com ênfase na atenção à saúde materno-infantil e no controle de doenças infecciosas –; e, contemporaneamente, à estratégia de saúde da família (ESF) e à consideração das pessoas ao longo dos ciclos vitais¹⁶.

Em relação às áreas técnicas, SP foi pioneiro na organização de respostas à epidemia de aids, a ponto de o Programa Estadual de DST/aids, criado em 1983, ser considerado inspirador para o Programa Nacional⁹. Para a saúde reprodutiva, o estado teve a implantação do PAISM, na década de 1980, e vem adotando proposições programáticas semelhantes às do Ministério da Saúde¹⁵, com enfoque dirigido às mulheres e à saúde materno-infantil²³, em que pese a existência de publicações temáticas amplas sobre SSR,

como o Boletim do Instituto de Saúde nº 46 “Saúde Sexual e Reprodutiva”, que contempla os enfoques de promoção à SSR, prevenção e assistência às DST/aids, atenção à saúde reprodutiva, de mulheres e homens, em diferentes fases da vida, incluindo adolescentes e idosos²².

Existem dificuldades para a implementação da SSR na APS, particularmente pela complexidade do tema direitos sexuais e reprodutivos²⁷; limites na abordagem pelos profissionais; falta de percepção da SSR como ação básica de saúde; e integração entre serviços¹⁴. Propostas para o enfrentamento desses desafios incluem treinamentos, publicações, formulação de políticas, estabelecimento de redes, participação em avaliações, entre outras. Em São Paulo, verificam-se as iniciativas para promover integração com a atenção básica²¹, a instituição da “Rede de Cuidados em DST/HIV/aids e Hepatites Virais no Estado de São Paulo”²⁴, e a linha de cuidado da gestante e puérpera²³, entre outras.

Este artigo apresenta as relações entre o desempenho dos serviços de APS em SSR e suas características organizacionais e locorregionais, com o objetivo de contribuir para a atenção à SSR em serviços de APS no estado de São Paulo. Este estudo integra a linha de pesquisa Avaliação da qualidade da Atenção Básica em Municípios do Estado de São Paulo (QualiAB)⁴, particularmente, a Avaliação da implementação da SSR na APS no estado de São Paulo, desenvolvida na Tese de Doutorado de Nasser (2015)¹⁷.

Métodos

Avaliações em saúde buscam conhecer e julgar um dado objeto, visando à sua melhoria¹⁸. Entende-se que o arcabouço de recomendações e políticas, bem como a rede de serviços e experiências de trabalho permitem considerar a

existência de um programa de atenção à SSR na APS em SP.

Os dados são provenientes da aplicação do questionário QualiAB em 2.735 serviços de APS paulistas, em 2010, quando o instrumento foi empregado como apoio à gestão da atenção básica, pela Secretaria Estadual de Saúde de SP⁴, com divulgação intermediada pelo “Programa Articuladores da Atenção Básica”⁵, incidindo principalmente em municípios de pequeno e médio porte.

Para a avaliação do desempenho em SSR de serviços de APS, construiu-se um quadro avaliativo para a dimensão SSR, a partir do enfoque em três domínios; sendo cada um deles composto por três subdomínios, totalizando 99 indicadores, que correspondem às ações pesquisadas (quadro 1). O domínio Promoção à SSR é composto pelos subdomínios Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede; Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação; e Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução. O domínio Prevenção e assistência às DST/aids inclui os subdomínios Prevenção e diagnóstico das DST/aids; Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids; e Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção às DST/aids. O domínio Atenção à saúde reprodutiva contempla os subdomínios Planejamento reprodutivo; Atenção ao pré-natal e ao puerpério; e Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade.

O desempenho médio para a dimensão SSR foi obtido pela razão entre a soma das respostas aos indicadores de cada subdomínio e o número total de indicadores do subdomínio, com o resultado variando entre 0 e 100. O mesmo foi feito para cada domínio e para a dimensão SSR.

As características tomadas como variáveis independentes são: tipo de arranjo organizacional (segundo autotclassificação), zona de localização

e a distribuição nas regiões em que se organiza o sistema de saúde em SP – os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) correspondem às macrorregiões; as Comissões Intergestoras Regionais (CIR), às microrregiões – A análise comparativa das relações foi feita pelo Teste de Kruskal-Wallis.

O presente estudo e a pesquisa QualiAB seguiram as normas de ética em pesquisa, com a concordância dos gestores por termo de adesão, bem como dos participantes por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram da avaliação 2.735 serviços de APS, localizados em 586 municípios paulistas⁴. Dados populacionais de 2010 mostram que 55,58% dos serviços estavam localizados em municípios de até 50 mil habitantes; 15,06%, de 50 a 100 mil habitantes; 12,72%, de 100 a 200 mil; 11,55%, de 200 a 500 mil; e 5,08%, de 500 mil habitantes ou mais (conforme dados do IBGE de 2010)⁴.

Todos os 17 DRS reúnem serviços que participaram da avaliação. Responderam serviços de 61 das 64 CIR; as CIR de Guarulhos, Litoral Norte e São Paulo não aderiram à avaliação. 56,60% dos serviços referem localização na zona urbana periférica; 33,89%, urbana central; e 9,51%, rural.

Em relação ao arranjo organizacional, os serviços se autotclassificaram como: 43,69% de Unidades de Saúde da Família (USF); 31,96%, Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem especialidades; 8,52%, UBS com Programa de Agentes Comunitários (PACS); 5,63%, UBS com equipe de saúde da família; 4,50%, USF com especialidades; 0,73%, Postos Avançados; 4,97%, outros.

O desempenho médio dos serviços de APS nas ações de SSR foi de 56,84%, com a mesma mediana, desvio padrão de 16,22% e significância menor do que 0,005 para todos os testes.

Quadro 1 – Quadro avaliativo para a Dimensão Saúde sexual e reprodutiva (SSR)

Domínio Promoção e SSR	Domínio Prevenção e assistência DST/aids
<p>Subdomínio Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede</p> <p>Atividades de educação em saúde, na comunidade, no último ano: campanhas anuais sobre os diferentes temas (como DST/aids, HA, DM, Raiva, etc.)</p> <p>Atividades de educação em saúde, na comunidade, no último ano: atividades periódicas junto com instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)</p> <p>Atividades de educação em saúde, na comunidade, no último ano: articulação com outras secretarias do município (como Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros)</p> <p>Atividades realizadas na sala de espera: discussão de temas propostos pelos pacientes</p> <p>Atividades realizadas na sala de espera: uso de vídeos com temas de educação em saúde</p> <p>Atividades realizadas na sala de espera: palestras</p> <p>Atividades regularmente programadas para atendimento aos adolescentes: educação em saúde nas escolas</p> <p>Na consulta de enfermagem realizada orientação sobre autocuidado</p> <p>Subdomínio Investigações de situações de vulnerabilidade e medidas para a superação</p> <p>Atividades de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, etc.)</p> <p>Atividades de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram uso de álcool e outras drogas</p> <p>Atividades de educação em saúde na Unidade, no último ano, abordaram violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, etc.)</p> <p>Atividades de educação em saúde na Unidade, no último ano, abordaram uso de álcool e outras drogas</p> <p>Atividades planejadas para saúde da mulher contemplam atendimento a situações de violência doméstica e sexual</p> <p>Atividades programadas para atendimento aos adolescentes contemplam orientação sobre o uso de drogas</p> <p>Atividades programadas para atendimento aos adolescentes contemplam orientação específica para casos de violência doméstica</p> <p>Atividades programadas para atendimento aos adultos contemplam alcoolismo</p> <p>Atividades programadas para atendimento aos adultos contemplam violência doméstica</p> <p>Atividades programadas para atendimento aos idosos contemplam violência doméstica</p> <p>Atividades programadas para atendimento aos idosos contemplam orientações sobre os direitos dos idosos</p> <p>Realização de diagnóstico, orientação e seguimento para os casos de alcoolismo na própria Unidade</p> <p>Realização de diagnóstico e orientação para mulheres em situação de violência doméstica na própria Unidade, com encaminhamento e seguimento dos casos</p> <p>Subdomínio Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução</p> <p>Atividades de educação em saúde realizadas na Unidade, no último ano, incluíam grupos de menopausa</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de adolescentes contemplam orientação sobre o desenvolvimento/mudanças na adolescência</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de idosos contemplam climatério</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de idosos contemplam sexualidade</p>	<p>Subdomínio Prevenção e diagnóstico das DST/aids</p> <p>Aplicação de vacina para Hepatite B na Unidade</p> <p>Realização de colposcopia na Unidade</p> <p>Realização de teste rápido para HIV na Unidade</p> <p>Realização de biópsias (colo, vulva, pele, outros) na Unidade</p> <p>Atividades de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram prevenção do câncer ginecológico (cêter/mama)</p> <p>Atividades de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram prevenção de DST e aids</p> <p>Atividades de educação em saúde na Unidade, no último ano, abordaram prevenção do câncer ginecológico (cêter/mama)</p> <p>Atividades de educação em saúde na Unidade, no último ano, abordaram prevenção de DST e aids</p> <p>Atividades realizadas na pré-consulta (atendimento de técnicas e auxiliares de enfermagem após a consulta médica) incluem fornecer preservativos</p> <p>Atividades realizadas na pré-consulta (atendimento de técnicas e auxiliares de enfermagem após a consulta médica) incluem orientar uso de preservativos</p> <p>Atividades planejadas para saúde da mulher contemplam coleta de Papanicolaou</p> <p>Atividades planejadas para saúde da mulher contemplam prevenção de DST/aids</p> <p>Categorias profissionais de coleta de Papanicolaou</p> <p>Adequação de critérios empregados para a coleta de Papanicolaou</p> <p>Oportunidades de oferta de Papanicolaou</p> <p>Durante o pré-natal, a Unidade solicita duas sorologias, tanto para sífilis como para aids</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de adolescentes contemplam orientação sobre sexualidade, prevenção de DST/aids</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de adultos contemplam: prevenção de câncer de mama/colo de cêter</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de adultos contemplam: aconselhamento de DST e aids</p> <p>A dispensação de preservativos feita para a população em geral, conforme demanda</p> <p>A dispensação de preservativos feita para grupos de exposição diferenciada (como profissionais do sexo por exemplo) com cotas maiores do que para população em geral</p> <p>A dispensação de preservativos inclui a oferta de preservativos femininos</p> <p>Na consulta de enfermagem realizada orientação sobre o uso de preservativos</p> <p>Subdomínio Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids</p> <p>Procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina: aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)</p> <p>Procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina: cauterização em ginecologia</p> <p>Nos casos de diagnóstico de sífilis durante a gestação, o tratamento feito na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de adultos contemplam DST/aids</p> <p>Dentre os medicamentos disponíveis na Unidade constam os utilizados no tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)</p> <p>Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST), a Unidade investiga e trata após confirmação do diagnóstico</p> <p>Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST), a Unidade faz tratamento sintomático</p> <p>Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST), a Unidade faz orientação e aconselhamento sobre o uso de camisinha (preservativo)</p> <p>Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST), a Unidade faz orientação e aconselhamento para testagem sorológica</p> <p>Na consulta de enfermagem realizada discussão sobre a adesão</p> <p>Na consulta de enfermagem realizado atendimento a DST</p> <p>Subdomínio Vigilância e informação em saúde e oportunidade de prevenção</p> <p>O número de vacinas realizadas dado registrado pela Unidade</p> <p>O número de coletas de Papanicolaou dado registrado pela Unidade</p> <p>Quando ocorrem casos de doenças de notificação compulsória, a Unidade realiza busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente</p> <p>Quando ocorrem casos de doenças de notificação compulsória, a Unidade realiza atividades de educação e prevenção para os usuários da Unidade em relação aos agravos notificados</p> <p>Quando ocorrem casos de doenças de notificação compulsória, a Unidade realiza atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade</p> <p>Os resultados de exames são avaliados quando chegam na Unidade</p> <p>A convocação de faltosos em atividades agendadas feita em situação de resultado(s) de exame(s) alterado(s)</p> <p>A convocação de faltosos em atividades agendadas feita em situação de vacinação</p> <p>Não houve nenhum caso de sífilis congênita entre as gestantes que realizaram pré-natal na Unidade nos últimos três anos</p>
<p style="text-align: center;">Domínio Atendimento à saúde reprodutiva</p> <p>Subdomínio Planejamento reprodutivo</p> <p>Atividades de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram planejamento familiar</p> <p>Atividades de educação em saúde na Unidade, no último ano, abordam planejamento familiar</p> <p>Atividades planejadas para saúde da mulher contemplam planejamento familiar</p> <p>A pílula (anticoncepcional oral) foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>O anticoncepcional injetável foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>A camisinha (preservativo masculino) foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>O preservativo feminino foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>O DIU foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>O diafragma foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>A pílula do dia seguinte foi um método contraceptivo disponível na Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>O encaminhamento para laqueadura foi um método contraceptivo disponibilizado pela Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>O encaminhamento para vasectomia foi um método contraceptivo disponibilizado pela Unidade, nos últimos 6 meses</p> <p>Na consulta de enfermagem realizada orientação sobre métodos de contraceção</p> <p>Subdomínio Atendimento ao pré-natal e parto</p> <p>O teste de gravidez tipo Pregnoticon (na urina) ou o βHCG (no sangue) são realizados pela Unidade</p> <p>As atividades de educação em saúde desenvolvidas na Unidade, no último ano, incluíam grupos de gestantes adolescentes</p> <p>A convocação de faltosos em atividades agendadas feita para gestantes</p> <p>A convocação de faltosos em atividades agendadas feita para revisões pré-parto/parto</p> <p>As atividades planejadas para saúde da mulher contemplam pré-natal</p> <p>Diante do diagnóstico de gravidez, a inscrição no pré-natal realizada imediatamente, por profissional da enfermagem (enfermeira e/ou auxiliar)</p> <p>A maior parte das gestantes que realiza o pré-natal inicia o acompanhamento no primeiro trimestre</p> <p>Exames realizados de rotina para todas as gestantes</p> <p>Atividades de educação em saúde desenvolvidas regularmente para gestantes incluem grupos de gestantes</p> <p>Forma de agendamento e local de realização da consulta de pré-parto imediato (1 a 10 dias)</p> <p>Forma de agendamento e local de realização da consulta de revisão do parto tardia (até 42 dias após o nascimento)</p> <p>Realizada assistência odontológica para gestantes</p> <p>Subdomínio Atendimento à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade</p> <p>As atividades planejadas para saúde da mulher contemplam atendimento ginecológico</p> <p>As atividades planejadas para saúde da mulher contemplam prevenção de câncer de mama</p> <p>Categorias profissionais que realizam exame físico de mama</p> <p>O exame físico de mama realizado quando hígidas da paciente</p> <p>Adequação dos critérios de solicitação da mamografia</p> <p>Atividades programadas para atendimento à saúde de adultos contempla prevenção de câncer de próstata</p>	

Fonte: QualiAB, 2010; Nasser, 2015.

Atenção à Saúde Reprodutiva foi o domínio com maior desempenho (64,86%), seguido de Prevenção e Assistência às DST/aids (62,96%), e Promoção à SSR (36,37%).

Quanto ao tipo de arranjo organizacional, o desempenho foi melhor entre os serviços que se autoclassificam como UBS com equipe de Saúde da Família; tendo a média mais alta para ações de SSR, e em todos os domínios e subdomínios, à exceção de vigilância e informação em saúde com chance de prevenção e planejamento reprodutivo, em que o melhor desempenho foi das USF com especialidades – arranjo que corresponde à segunda posição para a dimensão SSR. As UBS com PACS têm as terceiras maiores médias e, subseqüentemente, as USF, as UBS com ou sem especialidades, e os postos avançados (tabela 1).

De modo geral, o desempenho das unidades localizadas em zona urbana periférica é discretamente melhor do que o das unidades

localizadas em zona urbana central e ambas têm melhor desempenho do que as unidades rurais – o que se pode observar em relação à dimensão SSR, e aos domínios promoção à SSR e atenção à saúde reprodutiva; sendo que no domínio prevenção e assistência às DST/aids, as unidades localizadas em área urbana central têm melhor desempenho em todos os subdomínios, exceto vigilância e informação em saúde com chance para a prevenção de DST/aids (tabela 2).

O DRS de melhor desempenho médio é o da Grande São Paulo. São João da Boa Vista tem o pior desempenho (tabela 3). A CIR de melhor desempenho é a do Grande ABC, com 70,27%, participando do grupo que reúne as CIR na faixa com maior realização média de ações de SSR; já o Centro Oeste do DRS III tem desempenho de 37,93%, o menor na faixa, que inclui as CIR que apresentaram a menor realização média de ações de SSR (ver mapa 1).

Figura 1 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), segundo Comissão Intergestora Regional (CIR), 2010. N=2735

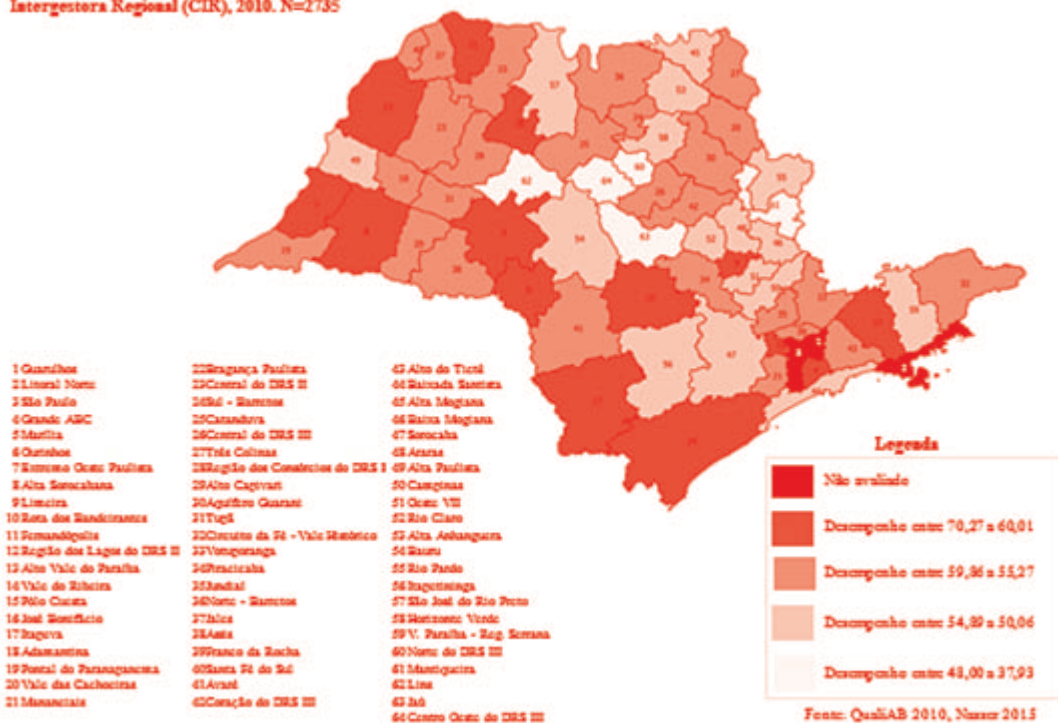


Tabela 1. Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação para os diferentes arranjos organizacionais definidos por autotclassificação em 2010. N=2735

	Autotclassificação																							
	USF		USF com especialidades		UBS com ou sem especialidades		UBS com equipe de saúde da família		UBS com PACS		Postos avançados		Outros											
	n	média	DP ¹	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP									
Promoção à SSR	1195	42,05	22,22	123	22,79	28,82	20,34	874	20,34	28,82	20,34	154	44,47	24,95	233	36,05	20,67	14,00	10,50	20	13,75	23,61	18,01	26,12
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede		50,16	19,99	52,34	21,07	40,03	21,37		54,55	23,91	45,23		54,55	23,91		45,23	18,91	25,63	17,43		25,63	17,43	35,94	24,22
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação		37,34	27,91	35,02	27,96	22,94	24,14		39,61	29,74	30,84		39,61	29,74		30,84	26,09	6,92		11,94	11,94	19,97	23,54	
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução		41,13	33,09	43,29	32,02	25,49	29,20		40,10	34,47	34,66		40,10	34,47		34,66	30,50	13,75		23,61	23,61	18,01	26,12	
Prevenção e assistência às DST/aids		64,56	13,19	67,88	12,90	60,61	17,03		71,10	14,00	67,70		71,10	14,00		67,70	13,48	35,47		21,56	21,56	46,36	25,94	
Prevenção e diagnóstico DST/aids		62,01	12,92	64,69	11,96	59,20	16,65		67,36	14,90	64,10		67,36	14,90		64,10	13,49	33,04		20,85	20,85	44,66	25,63	
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids		59,53	20,16	63,71	23,03	57,13	24,61		71,37	18,93	64,73		71,37	18,93		64,73	21,66	32,73		23,48	23,48	45,12	32,06	
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids		77,21	19,07	81,12	16,65	68,45	22,16		80,30	17,63	80,54		80,30	17,63		80,54	16,82	45,00		26,36	26,36	52,21	29,17	
Atenção à saúde reprodutiva		67,30	14,93	71,65	12,33	62,51	19,33		71,74	14,08	68,45		71,74	14,08		68,45	15,30	35,16		25,80	25,80	42,81	31,04	
Planejamento reprodutivo		62,80	18,43	69,86	15,81	61,59	22,26		66,98	17,17	67,91		66,98	17,17		67,91	17,83	33,85		24,63	24,63	44,34	30,87	
Atenção ao pré-natal e ao puerpério		72,86	20,11	74,80	17,58	63,45	24,39		77,76	20,55	71,14		77,76	20,55		71,14	22,03	31,67		29,69	29,69	40,56	36,81	
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade		65,96	17,22	69,24	14,16	62,62	20,44		70,02	15,76	64,23		70,02	15,76		64,23	15,59	45,00		31,11	31,11	44,00	30,94	
Dimensão SSR		59,73	13,69	62,49	13,16	53,18	16,10		64,57	14,65	59,94		64,57	14,65		59,94	13,35	29,95		18,68	18,68	39,80	23,67	

Fonte: QualiAB 2010; Nasser 2015

Notas: p<0,001; Teste: Kruskal-wallis

1 - Desvio padrão.

SF - Saúde da Família; SF+UBS - Saúde da Família com UBS; UBS - Unidade Básica de Saúde; PACS - Programa de Agente comunitário de Saúde.

Tabela 2. Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação para as diferentes localizações dos serviços (2010). N=2735

	Localização					
	Rural		Urbana central		Urbana periférica	
	n		n		n	
	260	260	927	927	1548	1548
	média	DP ¹	média	DP	média	DP
Promoção à SSR	32,62	23,42	35,57	22,18	37,49	22,66
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	41,68	22,86	45,85	20,98	46,75	21,68
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	27,40	27,34	30,40	27,11	32,19	27,51
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	31,44	32,94	31,85	31,48	36,19	32,64
Prevenção e assistência às DST/aids	56,55	19,55	64,17	16,92	63,32	15,16
Prevenção e diagnóstico DST/aids	56,72	18,51	61,48	17,03	60,79	14,73
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	46,26	24,60	61,68	23,12	59,79	22,27
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	68,68	25,54	74,07	21,62	74,08	20,84
Atenção à saúde reprodutiva	58,65	22,88	64,42	19,26	66,17	17,21
Planejamento reprodutivo	56,39	23,76	62,24	21,18	63,28	20,24
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	60,58	28,84	67,47	25,08	69,85	22,69
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	59,68	22,67	63,05	20,94	65,07	18,25
Dimensão SSR	51,16	19,41	57,03	16,41	57,69	15,31

FONTE: QualiAB 2010; Nasser 2015.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis; $p < 0,05$ para todos os grupos

1 Desvio padrão.

Tabela 3 - Mês de desempenho dos serviços de atenção primária - saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), segundo Distrito Regional de Saúde (DRS), segundo Distrito (DP), 2010, N=2735

DRS	Promoção - SSR	Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	Prevenção e assistência DST/aids	Prevenção e diagnóstico DST/aids	Tatamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Atenção - saúde reprodutiva	Planejamento reprodutivo	Atenção ao parto e ao puerpério	Atenção - saúde dos ligandos - sexualidade	Dimensão SSR
I Grande São Paulo (n=285)	m dia 38,74 DP 24,49	44,21 22,70	34,98 34,23	40,00 30,98	67,35 13,58	64,04 13,58	66,48 21,72	76,88 18,75	73,85 12,71	73,79 14,19	77,02 17,53	67,66 16,49	62,16 14,21
II Araraquã (n=92)	m dia 39,13 DP 21,03	50,27 28,11	34,78 28,11	30,98 31,53	66,58 15,90	63,56 15,21	65,51 22,69	75,60 21,62	66,62 17,18	62,29 19,02	72,10 23,42	65,04 16,40	59,66 14,67
III Araraquã (n=148)	m dia 29,84 DP 21,35	39,53 25,77	24,48 21,58	28,20 30,48	58,61 63,62	57,02 57,24	56,76 64,76	64,94 78,54	60,77 65,27	56,60 59,22	65,32 73,29	60,70 20,11	52,02 16,50
IV Baixada Santista (n=73)	m dia 27,01 DP 15,98	39,90 19,17	18,02 19,15	30,48 25,43	63,62 13,60	57,24 11,57	64,76 24,62	78,54 18,55	65,27 11,85	59,22 15,58	73,29 13,68	62,33 17,13	54,89 11,53
V Baretos (n=84)	m dia 36,19 DP 23,06	46,88 21,60	36,19 28,67	30,49 30,14	46,88 16,75	30,49 17,20	46,88 20,89	56,17 22,77	64,06 18,70	58,24 22,09	68,15 22,78	57,46 21,65	57,46 16,50
VI Bauru (n=229)	m dia 32,17 DP 22,04	44,92 22,69	25,70 25,65	27,73 29,91	58,68 18,28	55,90 18,86	53,75 22,61	71,81 23,60	59,29 21,07	54,82 21,88	63,68 26,69	60,19 22,63	52,18 18,06
VII Campinas (n=287)	m dia 32,57 DP 19,16	42,64 19,88	27,50 23,25	28,92 30,29	60,69 15,60	57,98 14,42	57,93 23,91	71,00 22,01	66,61 16,10	65,13 19,55	69,43 20,15	64,17 19,12	55,44 14,27
VIII Franca (n=103)	m dia 43,50 DP 22,68	49,51 21,43	40,93 21,43	39,81 35,60	61,28 16,43	61,67 16,21	59,49 24,87	62,46 21,00	57,38 19,91	56,24 22,57	55,91 26,80	62,78 21,29	55,57 16,34
IX Marília (n=239)	m dia 40,60 DP 22,51	50,31 20,21	35,56 27,61	37,55 34,52	67,86 14,14	65,04 13,82	62,99 21,90	81,03 17,43	69,42 16,57	66,14 19,13	74,62 22,18	66,11 17,34	61,46 14,86
X Piraicatu (n=112)	m dia 32,93 DP 21,10	43,19 21,41	25,82 24,76	35,49 31,95	60,84 15,06	58,77 13,96	57,39 21,69	70,34 21,79	65,35 16,57	65,18 18,38	66,07 22,08	64,29 17,02	55,20 14,84
XI Presidente Prudente (n=183)	m dia 40,79 DP 22,50	49,86 19,48	36,19 27,83	37,57 33,03	67,24 11,08	64,98 11,74	60,85 18,49	80,81 14,60	69,72 11,71	66,46 16,29	74,00 16,48	68,21 15,79	61,33 11,68
XII Registro (n=73)	m dia 39,89 DP 21,45	51,20 22,45	30,87 25,43	46,58 31,27	66,93 14,43	66,05 14,61	59,40 18,81	78,39 21,27	69,02 16,03	69,86 17,98	70,32 20,22	64,61 20,59	60,76 14,12
XIII Ribeirão Preto (n=154)	m dia 40,57 DP 23,93	48,94 22,95	36,16 29,45	38,15 33,72	60,19 20,07	58,58 19,34	57,44 25,07	67,68 26,42	61,88 21,44	61,29 22,05	62,39 28,78	62,12 23,05	55,77 19,12
XIV São João da Boa Vista (n=115)	m dia 30,30 DP 21,93	39,67 21,16	25,42 25,94	27,39 32,61	59,23 19,27	55,84 19,02	56,92 24,18	70,72 24,51	55,96 21,85	60,47 23,21	49,93 28,22	58,26 25,01	50,90 17,71
XV São José do Rio Preto (n=243)	m dia 39,88 DP 23,32	47,84 20,05	35,90 29,59	36,93 32,72	64,18 16,86	61,98 16,25	59,45 24,75	75,58 19,88	60,89 19,45	55,30 21,11	65,47 26,82	63,85 19,82	57,01 17,12
XVI Sorocaba (n=187)	m dia 28,73 DP 20,67	40,98 21,76	21,18 22,90	28,74 30,44	60,17 18,12	57,43 16,75	55,71 26,70	72,61 22,73	65,45 21,85	64,46 23,26	68,18 20,34	62,12 20,34	53,88 17,97
XVII Taubaté (n=128)	m dia 44,19 DP 24,08	54,98 21,64	39,18 29,79	38,87 32,88	60,76 15,78	60,53 15,43	52,13 21,20	71,88 20,68	60,74 19,82	52,10 21,13	69,66 28,15	61,59 19,46	56,57 17,00
XVIII SP (n=2735)	m dia 36,37 DP 22,61	45,96 21,60	31,12 27,39	34,27 32,34	62,96 16,36	60,64 15,97	59,15 23,18	73,56 21,64	64,86 18,64	62,27 21,00	68,16 24,30	63,88 19,71	56,84 16,22

FONTE: QualiAB 2010; Nasser 2015.
NOTA: p<0,001 para todos os grupos

Discussão

Considerando que a efetividade da APS é influenciada por causas históricas e conjunturais¹², a comparação dos desempenhos médios para a dimensão SSR – de acordo com as características: tipo de arranjo organizacional, zona de localização e região de saúde – visa propiciar a reflexão sobre escolhas gerenciais dos serviços e de gestão do sistema de saúde paulista⁸.

O debate sobre os arranjos assistenciais mais adequados, ou de qualidade, é frequente^{12,20}. A ESF vem obtendo melhores resultados, que podem se dever a medidas governamentais indutivas¹². Independentemente do arranjo, alguns grupos de ações ainda não atingem padrões satisfatórios¹², como é o caso da SSR, que apesar de ser um campo recente e de complexa abordagem, os resultados mostram que existe a necessidade de melhorar o desempenho, considerando-se que a APS é nível prioritário para o acesso da população à SSR^{7,14,25,26}, particularmente por sua proximidade ao território¹⁹.

O debate paulista sobre formas de organização da APS, a partir de modelos de saúde pública¹⁶, bem como a permanência entre remanescentes dessas propostas e o realinhamento tecnológico, contribuem para compreender características atuais dos serviços de APS. A forma de operação do SUS sobre a rede local, assim como a recente municipalização da atenção à saúde local concorrem para a riqueza de formas da APS paulista. Ao invés de buscar a homogeneização ou a substituição de todos os tipos por um único – tendência da fase inicial da proposição da ESF como modelo pelo governo federal¹² –, o contexto paulista é mais adequado à convivência entre os arranjos organizativos.

As respostas analisadas para o desempenho em ações de SSR podem contribuir para essa discussão, particularmente pelo conhecimento da realidade concreta. Verifica-se que o híbrido

entre os dois tipos polares – UBS tradicional e ESF – apresenta melhor desempenho. Certamente, há componentes de cada um dos dois arranjos que, juntos, favorecem esse melhor desempenho, sendo interessante a investigação de quais são e o seu emprego. É possível que a tradição das UBS¹⁶ em ações relacionadas à saúde materno-infantil e à prevenção de doenças infecciosas no estado de SP tenha contribuído para contrabalançar o investimento preferencial dirigido às unidades com saúde da família¹².

A relação observada nas comparações entre o desempenho das unidades de APS e ações de SSR e a localização da unidade merece ser melhor compreendida e considerada no planejamento de treinamentos e investimentos. Nos cenários nacional e paulista, muitos dos esforços foram concentrados nos centros, com menor difusão e investimento para o interior¹.

Em SP, o processo histórico, marcado pelo polo cafeeiro e ferrovias e, depois, pelo desenvolvimento da industrialização e das rodovias, ocasionou o aspecto de V central⁹, com marginalização das regiões localizadas nas pontas, inclusive no que tange aos equipamentos de saúde. Nesse sentido, a confluência de interesses corporativos sobre o processo de urbanização e modernização determinou a conformação de espaços luminosos e opacos, no que diz respeito à densidade técnica, informacional e à atração de capital, influenciando seletividades geográficas do SUS, em termos de oferta, acesso e complexidade de serviços de saúde¹.

Entre regiões, e em uma mesma localidade, o pior desempenho em SSR das unidades rurais provavelmente se deve ao investimento historicamente diferenciado em estrutura e tecnologia, para pontos mais centrais e periféricos do sistema. O pequeno destaque para as unidades urbanas periféricas, em relação às urbanas centrais, pode estar ligado às características: proximidade

entre o serviço e a população, número de pacientes, tipo e complexidade de demandas³ – aspectos para os quais pode haver direcionamento de ações. Note-se que essa ordem apenas se inverte nos subdomínios de prevenção e diagnóstico das DST/aids e tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids, em que as unidades urbanas centrais se sobressaem, possivelmente em conformidade com as exigências tecnológicas dessas ações e a proximidade entre esses serviços de APS e outros da saúde e de demais setores, incluindo eventualmente equipamentos do Programa de DST/Aids e Hepatites Virais, que apontam para a potencialidade das redes⁸.

Uma possibilidade explicativa para o mencionado destaque das unidades urbanas periféricas está nas formas de uso dos serviços de saúde e do espaço social – os setores sociais mais excluídos são atraídos por polos locais (periféricos) das cidades³; são pouco habituados, ou enfrentam mais obstáculos em acessar o centro e, geralmente, procuram postos de saúde no bairro onde residem, recorrendo a centros de especialidades e hospitais apenas em caso de última necessidade. De forma compatível a essa realidade, os serviços de APS têm como uma de suas características precisamente o trabalho em proximidade com o território¹⁹; e alguns de seus arranjos organizacionais, particularmente a ESF e o PACS, são orientados pela equidade¹², estando, por isso, voltados às classes populares que habitam a periferia do sistema.

Há que reconhecer iniciativas relacionadas à regionalização, à conformação de redes e à gestão colegiada⁸. Entretanto, a variação do desempenho em ações de SSR, verificada para as regiões de saúde do estado de São Paulo – DRS e CIR –, aponta para a importância de investimento também diferenciado em mecanismos de gestão e apoio técnico para cada uma delas. A

diversidade de desempenho dos serviços de cada região em SSR pode expressar características dos sistemas regionais de saúde, incluindo componentes sociodemográficos e epidemiológicos⁴, “história” da rede, equipamentos instalados, arranjos organizacionais operados¹⁶, entre outras. O melhor desempenho do DRS Grande São Paulo, assim como das CIR da faixa de maior porcentagem de ações de SSR realizadas, não surpreende, uma vez que há, tradicionalmente, maior alocação de investimento em recursos, treinamento, fluxo e diversidade de equipamentos, no centro dos sistemas¹. Do mesmo modo, os piores desempenhos no DRS de São João da Boa Vista e nas CIR que estão na faixa de menor realização média de ações devem ser compreendidos à luz de aspectos geográficos, administrativos, de gestão de fluxos e de vigilância da saúde^{3,8}.

Recomendações

A avaliação comparativa do desempenho das unidades, segundo arranjo organizacional, localização e região em saúde, permite recomendações dirigidas principalmente aos gestores do programa de SSR na APS e aos gerentes das unidades. Profissionais de saúde podem se interessar por conhecer dados que consolidam algumas características de seu trabalho e assim considerar suas próprias necessidades para a melhoria da atenção à SSR. Usuários e movimentos sociais podem tomar o presente artigo como uma ferramenta para o acompanhamento do programa de SSR na APS por meio da participação social em saúde.

É importante que a constatação da diversidade da APS paulista e das diferenças entre os desempenhos não seja apreciada com conformismo ou como motivo de competição entre as regiões e tipos de unidade; mas sim enseje a oportunidade de reconhecimento das características

dos serviços e experiências regionais, que favoreçam o desempenho e possam ser replicadas, bem como o investimento em esforços de gestão dirigidos preferencialmente às regiões com pior desempenho, incluindo o treinamento para as funções de gestão.

Assim, recomendam-se: o estudo das características dos arranjos organizacionais que favoreçam a performance em SSR, verificando-se a possibilidade de incentivar a adoção das modalidades que combinem atributos favoráveis de cada tipo, com vistas à obtenção de unidades de APS mais efetivas; e a priorização das zonas de localização e regiões de pior desempenho, com o estímulo à constituição ou ao fortalecimento de redes temáticas micro e macrorregionais para o compartilhamento de serviços, a organização de fluxos e a troca de informações.

É importante haver investimento estrutural e financeiro, sobretudo, no processo de organização do trabalho, incluindo treinamentos para as ações de SSR e para aspectos gerenciais das unidades, bem como de gestão do programa de SSR na APS paulista.

Referências

- 1 Almeida EP, Antas Jr RM. Os serviços de saúde no estado de São Paulo: seletividades geográficas e fragmentação territorial. In: Mota A, Marinho MGMC. Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e editora; 2011. p.281-295.
- 2 Andrade MC, Castanheira ERL. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. Saude Soc. 2011; 20(4):980-990. [acesso em 11 julh 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400015>
- 3 Bousquat, AEM. Espaço e saúde. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHAd'A. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 243-260.
- 4 Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MAS, Puttini RF, Soares ID, Patrício KP, Nasser MA, et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saude Soc. 2011; 20(4):935-947. DOI: 10.1590/S0104-12902011000400011.
- 5 Cook R, Dickens B, Fathalla M. Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro: CEPIA; 2004.
- 6 D'Oliveira AFLP. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. Interface. 1999; 3(4):105-22.
- 7 Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/aids na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(2):240-250.
- 8 Ferreira JBB, Bombarda FP, Foster AC, et al. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 731-761.
- 9 Gianna MC, Kalichman A, Paula IA, Cervantes V, Shimma E. Políticas Públicas e prevenção das DST/aids: ontem, hoje e amanhã. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchala CM, organizadores. Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá; 2012. p.43-70.
- 10 Grangeiro A, Laurindo Da Silva L, Teixeira PR. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Rev. Panam. Salud Publica. 2009; 26(1):87-94.
- 11 Gruskin S, Tarantola D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos. Curitiba: Juruá; 2012. p.71-94.
- 12 Luppi CG, Andrade MC, Simões O, Pinho VP. Atenção primária a saúde/atenção básica. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p.332-53.
- 13 Ministério da Saúde. Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. [acesso 5 maio 2016] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/direitos_sexuais_port_210910.pdf.
- 14 Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 26 - Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [acesso em: 5 maio de 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php.
- 15 Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459 de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde

- SUS – a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [acesso em: 5 maio de 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
- 16 Mota A, Schraiber LB. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde & Soc.* 2011; 20(4):837-52.
- 17 Nasser MA. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015. [acesso em: 5 maio de 2016]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22012016-110316/>
- 18 Nemes MIB. Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 2001. p.7-28.
- 19 Oliveira GN, Furlan PG. A coprodução de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild; 2008. p.247-272.
- 20 Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no séc. XXI. Salvador: EDUFBA; 2006. p.49-78.
- 21 Paula IA, Santos NJS. A prevenção às DST/aids nos serviços de atenção básica no estado de São Paulo, 2012. In: Paiva V, Calazans G, Segurado A, organizadores. Vulnerabilidade e Direitos Humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade. Curitiba: Juruá Editora; 2012. p.219-238.
- 22 São Paulo (Estado). Boletim do Instituto de Saúde nº 46. *Saúde Sexual e Reprodutiva.* 2008; 46.
- 23 São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. Calife K, Lago T, Lavras C (organizadores). São Paulo: SES/SP; 2010.
- 24 São Paulo (Estado). Resolução n. 16 de 23 de Fevereiro de 2015. Institui a Rede de Cuidados em DST/HIV/Aids e Hepatites Virais no estado de São Paulo, e dá providências correlatas. *Diário Oficial, São Paulo (SP).* 24 fev. 2015. Seção 1:33.
- 25 United Nations, Fundo de População das Nações Unidas. Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 1994. New York: Fundo de População das Nações Unidas; 2004.
- 26 United Nations, Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher. Platform of Action. Adopted at the International Conference on Women, Beijing, 1995. New York: UNFPA; 2004.
- 27 Ventura M. Direitos reprodutivos no Brasil. São Paulo: MacArthur Foundation; 2001.