

# Gravidez na adolescência e abortos provocados: efetividade da Estratégia de Saúde da Família em eventos de saúde reprodutiva<sup>1</sup>

**Teenage pregnancy and abortions: effectiveness of the Health Strategy of the Family in reproductive health events**

Regina Figueiredo<sup>II</sup>, Suzana Kalckmann<sup>III</sup>, Tereza Etsuko da Costa Rosa<sup>IV</sup>, Sonia Isoyama Venancio<sup>V</sup>

## Resumo

Neste estudo, objetiva-se analisar a efetividade da cobertura da Estratégia de Saúde da Família sobre o planejamento reprodutivo, especificamente, gravidez na adolescência e nos abortos provocados. Trata-se de estudo ecológico longitudinal envolvendo todos os municípios do estado de São Paulo no período de 1998 a 2009. Os desfechos foram a proporção de partos de adolescentes menores de 20 anos e a taxa estimada de internações por aborto induzido. A variável independente principal foi “cobertura da ESF”; as covariáveis consideraram o contexto sociodemográfico e do sistema de saúde. Utilizaram-se modelos de regressão binomial negativa de efeitos fixos, no pacote estatístico Stata 11.1. Observou-se efeito da ESF, tanto sobre a redução de partos em menores de 20 anos quanto para a redução de internações por aborto induzido somente na análise bruta, sendo que os fatores contextuais mostraram maior influência sobre tais indicadores. Assim, o estudo mostrou a importância relativa da ESF sobre os indicadores abordados e que o desenvolvimento econômico, representado por mais acesso a informações, maior número de serviços e serviços de melhor qualidade, incluindo os disponibilizados por planos de saúde complementares do município e preponderância sobre os indicadores.

**Palavras-chave:** Gravidez na adolescência; Estratégia de Saúde da Família; Estudos ecológicos.

## Abstract

In this study the objective was to analyse the effectiveness of the coverage of the Family Health Strategy (FHS) over the reproductive planning, specifically, adolescent pregnancy and the induced abortion. It is an ecological longitudinal study involving all the municipalities of the state of Sao Paulo, Brazil, from 1998 through 2009. The outcomes were the proportion of births in adolescents with less than 20 years old, and the estimated rate of internment for induced abortion. The main independent variable was the “coverage of FHS”; the co-variables consider the socio-demographic and health system context. Fixed-effect negative binomial regression models were used, using Stata 11.1. An effect of the FHS was observed, both over the reduction of births in adolescents with less than 20 years old, as over the reduction of the internments for induced abortion only in the raw analysis, and the contextual factors showed greater influence on such indicators. Hence, the study showed a relative importance of FHS over the addressed indicators and that economic development, represented by more access to information, more and better services, including those provided by complementary health plans of the city are preponderant over the indicators.

**Key-words:** Teenage pregnancy; the Family Health Strategy; Ecological studies.

<sup>1</sup> Artigo baseado nos resultados da pesquisa “Efetividade da Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS-SP”, processo 53143-8 do PPSUS 2009/2010, desenvolvida pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>II</sup> Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, Mestre em Antropologia Social e Doutora em Ciências na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro do Grupo Técnico de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>III</sup> Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.gov.br) é bióloga, Mestre em Epidemiologia pela UNIFESP e Doutora em Ciências pela CCD da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>IV</sup> Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>V</sup> Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Pesquisadora Científica VI e Vice-Diretora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



## Introdução

O papel da Atenção Primária vem sendo enfatizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como principal estratégia de reorganização dos sistemas de saúde para superação das desigualdades de acesso, dos altos custos dos serviços e das dificuldades para implementação das políticas de saúde no mundo<sup>24</sup>.

No Brasil, desde 1994, o Ministério da Saúde vem estimulando a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), objetivando a reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Atenção Primária tendo papel principal e estruturante ao ser caracterizada pelo *“conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”*<sup>19</sup>. Em 2009, a ESF atingiu cerca de 94,3% dos municípios brasileiros, com mais de 31.400

equipes multiprofissionais<sup>21</sup>. No estado de São Paulo, a proporção de municípios atingidos foi de cerca de 80% e a população estimada coberta, aproximadamente de 30% da população<sup>15</sup>.

Avaliações realizadas sobre o impacto da ESF indicam que a sua presença no município está associada a melhores resultados em seus indicadores de saúde, como, por exemplo, a redução da mortalidade infantil em municípios com maior cobertura de ESF<sup>1,6,13</sup>. Quanto, especificamente, à saúde sexual e ao planejamento reprodutivo, estudos qualitativos apontam que a ESF pode favorecer o envolvimento das equipes de saúde com a população local, com seus códigos, seus recursos comunitários e públicos, gerando indiscutivelmente maior possibilidade de melhoria dos indicadores de saúde<sup>4,10</sup>.

Por isso, espera-se que, com a ampliação de cobertura da ESF, a Atenção Básica desempenhe o esperado papel estruturante na promoção da saúde sexual e reprodutiva, na medida em

que não apenas permita a prevenção de males e doenças, mas também possibilite a realização de acompanhamentos de pré-natal, pós-parto e acesso a métodos de controle da fecundidade, evitando ocorrências de morbidade. Na Atenção Básica, essa possibilidade se efetiva, em especial, nas ações relativas às consultas ginecológicas, que facilitam o acesso à contracepção, incluindo o fornecimento dos insumos<sup>7</sup>.

Espera-se, também, que, através do maior vínculo da população com os serviços e com a oferta de atividades de planejamento familiar, haja uma diminuição de gestações não planejadas e de abortos provocados, tanto em mulheres adultas quanto em adolescentes.

No Brasil, é alta a proporção das mulheres em idade reprodutiva que afirma usar algum método contraceptivo, cerca de 80%<sup>20</sup>. Contudo, observam-se altas proporções de gravidezes indesejadas ou não planejadas e de abortos provocados, indicando uso incorreto e/ou inconsistente de métodos contraceptivos, especialmente por mulheres jovens, de estratos sociais desfavorecidos e residentes em áreas periféricas das cidades<sup>14,22</sup>.

O panorama exposto nos leva a crer que, para haver mudanças positivas nas ações ligadas ao planejamento familiar, não se trata apenas de haver dispensa de contraceptivos pelos serviços de saúde, mas, também, concomitantemente, fornecer orientações adequadas e retaguarda para os eventuais problemas que ocorrem durante o uso dos métodos contraceptivos. A proximidade da equipe da ESF com a população deveria propiciar maior acesso à informação, bem como maior prontidão para tal utilização.

O presente artigo objetiva analisar a efetividade da cobertura da Estratégia de Saúde da Família sobre o planejamento reprodutivo, através de seu impacto na gravidez na adolescência e nos abortos provocados.

## Método

A pesquisa “Efetividade da Estratégia de Saúde da Família no âmbito do SUS-SP”, realizada em 2009 e 2010, é um estudo ecológico longitudinal, com caráter avaliativo. Foram coletados e sistematizados dados secundários (epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos) para cada ano do período de 1998 a 2009, dos 645 municípios do estado de São Paulo.

Os dados coletados foram selecionados com base na construção de modelos teóricos para análise da influência da Estratégia de Saúde da Família sobre indicadores em diversas linhas de cuidado. Os indicadores selecionados para avaliar a efetividade da cobertura da ESF sobre a linha de cuidado à Saúde da Mulher no item Planejamento Familiar e Reprodutivo foram “partos de adolescentes menores de 20 anos” e “taxa estimada de internações por aborto induzido”, que refletem indiretamente a efetividade das intervenções e/ou assistência em planejamento reprodutivo e contracepção às mulheres, especialmente as jovens.

Para “partos de adolescentes menores de 20 anos” foram levantados, para cada município, nos anos de 1998 a 2009: o número de nativos de mulheres residentes com idade menor que 20 anos, no mesmo período<sup>16</sup>. A “taxa estimada de internações por aborto induzido” foi calculada dividindo-se o número de internações por aborto induzido em cada município, nos anos de 1998 a 2009, pela população feminina em idade fértil (10 a 49 anos) residente em cada município, no mesmo período<sup>17</sup>.

A principal variável independente analisada foi a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no município, que expressa o percentual de pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica em relação ao total da população do município. Foram consideradas três categorias para essa variável: municípios sem cobertura/

nenhuma unidade de ESF (= 0%), municípios com baixa cobertura (= 0,1% a 50%) e municípios com maior cobertura (= 51% e mais).

Foram também analisadas outras covariáveis independentes de controle:

• Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS):

Considerando-se baixo IPRS = -3+4+5 (referência) e alto IPRS = 1+2<sup>8</sup>, os grupos de municípios foram agrupados em:

- 1) municípios que se caracterizam por um nível elevado de riqueza com bons níveis nos indicadores sociais;
- 2) municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não são capazes de atingir bons indicadores sociais;
- 3) municípios com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores sociais;
- 4) municípios que apresentam baixos níveis de riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade;
- 5) municípios mais desfavorecidos do estado, tanto em riqueza quanto nos indicadores sociais.

• % de população beneficiária de saúde suplementar; % da população com planos de saúde privados no total da população do município por ano<sup>15</sup>;

• % de pretos e pardos: calculada pelo total de pretos e pardos do município, por ano, pelo total da população<sup>8,9</sup>;

• % de mulheres em idade reprodutiva: calculada pelo total de mulheres entre 10 e 49 anos do município por ano, no total da população<sup>8,9</sup>;

• Taxa de leitos de obstetrícia: nº leitos de obstetrícia, por município, por ano, na população feminina em idade fértil no mesmo período<sup>17</sup>;

• Taxa de leitos de UTI adulto: nº de leitos de UTI adulto em relação à população de maiores

de 15 anos nos municípios para os anos de 1998 a 2009<sup>17</sup>;

• Taxa de cesária: nº cesárias em cada município nos anos de 1998 a 2009, tendo como referência o número de nascidos vivos nos municípios no mesmo período<sup>17</sup>;

• Porte populacional dos municípios por ano<sup>9</sup>:

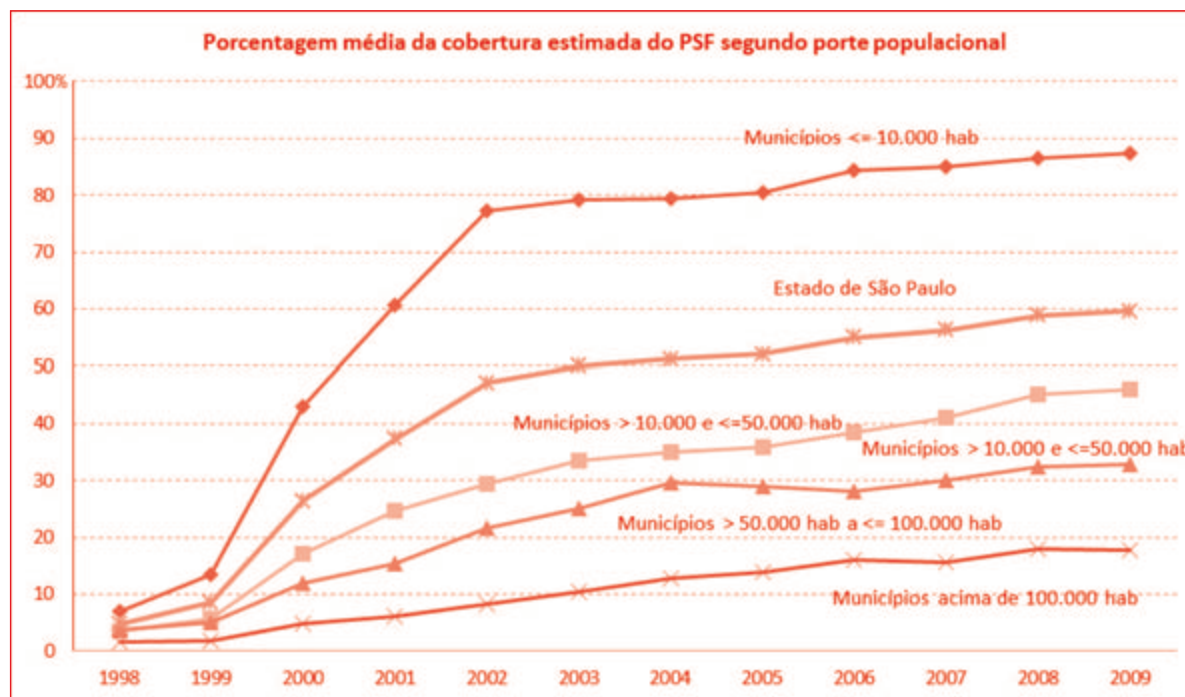
- < 10.000 habitantes (referência);
- . + 10.000 a 50.000 habitantes;
- . + 50.000 até 100.000 habitantes;
- . + de 100.000 habitantes

Para a análise da cobertura municipal da Estratégia de Saúde da Família foi usada a regressão binomial negativa para painel de dados, onde a ocorrência de determinados eventos em sucessivos intervalos de tempo é definida com o uso de painel de dados ou modelos para dados longitudinais, nos quais múltiplas unidades ( $n > 1$ ) possuem observações repetidas<sup>1,5,13,25</sup>. Realizaram-se regressão simples ou bivariada, para a seleção das variáveis explicativas, e regressão múltipla, frente a mais de uma variável independente selecionada<sup>10</sup>. O processamento estatístico foi realizado por meio do pacote estatístico Stata 11.1

## Resultados

Foram analisados dados referentes a 645 municípios paulistas, com diferentes proporções de cobertura de Estratégia de Saúde da Família – percentual de pessoas cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica pelo total da população residente no município.

A Figura 1 apresenta a distribuição dos municípios paulistas, segundo as categorias adotadas para a cobertura da ESF em dois anos.

**Figura 1.** Cobertura da ESF nos municípios paulistas, de acordo com o porte populacional, 1998-2009.

Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica<sup>15</sup>.

### – Partos em menores de 20 anos

Durante o período de tempo estudado, 1998 a 2009, a proporção de partos em menores de 20 anos passou de 24,8% para 21,6%, nos municípios do estado de São Paulo.

Na análise bivariada, o risco relativo bruto com respeito à proporção de partos em menores de 20 anos nos municípios paulistas indica que a ESF apresenta efeito protetor (de auxílio na redução do número de partos), quando comparada aos municípios que têm ausência total deste modelo de Atenção Básica. Essa associação foi observada, tanto no grupo de municípios com cobertura pela ESF de até 50% da população quanto nos com cobertura superior a 50%.

No entanto, essa associação se manteve significativa, após o ajuste para as outras

covariáveis, somente nos municípios com cobertura de ESF até 50%. Nos municípios com cobertura acima de 50%, o efeito protetor passou a não ter significância estatística. Isso ocorre, provavelmente, devido ao fato de que os municípios com maior cobertura de ESF apresentam outros fatores contextuais, tais como alto IPRS (portanto, maior padrão socioeconômico), maior cobertura de planos de saúde privados e maior proporção de pretos e pardos, ou seja, onde a ESF não é fator determinante para a redução de partos em adolescentes. O porte populacional se mostrou fator de forte influência sobre a ocorrência de partos entre menores de 20 anos, com tendência ao menor risco nos municípios com maior população.

**Tabela 1.** Modelos de regressão sobre a relação entre cobertura da ESF e ocorrência de parto em menores de 20 anos em municípios paulistas, 1998 a 2009.

Variáveis	Partos em menores de 20 anos		
	RR bruto (IC 95%)	RR ajustado (IC 95%)	p
<b>Cobertura da ESF</b>			
Sem cobertura	1.000	1.000	
<=50%	0.919(0.907-0.931)	0.968 (0.950-0.986)	0.001
> 50%	0.914 (0.893-0.935)	0.978 (0.953-1.005)	0.113
<b>IPRS</b>			
3/4/5 (Referência)		1.000	
1/2		0.818 (0.788-0.848)	0.000
% população preta		0.971 (0.943-0.999)	0.050
% população parda		0.985 (0.980-0.991)	0.000
% população com planos de saúde		0.989 (0.987-0.990)	0.000
<b>Porte populacional</b>			
<= 10.000 hab (Referência)		1.000	
>10.000 <=50.000 hab		0.537 (0.503-0.574)	0.000
>50.000 <=100.000 hab		0.302 (0.278-0.328)	0.000
> 100.000 hab		0.279 (0.256-0.304)	0.000
<b>Ano</b>			
1998 (Referência)		1.000	
1999		1.020 (0.998-1.043)	0.066
2000		1.007 (0.984-1.031)	0.505
2001		1.044 (1.019-1.069)	0.000
2002		1.005 (0.981-1.030)	0.670
2003		0.900 (0.875-0.927)	0.000
2004		0.940 (0.916-0.964)	0.000
2005		0.964 (0.940-0.989)	0.006
2006		0.970 (0.946-0.995)	0.022
2007		1.002 (0.977-1.028)	0.851
2008		0.883 (0.857-0.911)	0.000
2009		0.962 (0.938-0.988)	0.004

ESF=Estratégia Saúde da Família; IPRS=Índice Paulista de Responsabilidade Social;

RR= Risco Relativo; IC = Intervalo de Confiança.

Likelihood-ratio test = 0.000 Hausman test = 0.0000

### – Taxa de internações por aborto induzido

Com relação às internações por aborto induzido ocorridas nos municípios do estado de São Paulo entre 1998 e 2009, o modelo de análise bivariada mostrou uma redução estatisticamente significativa frente à presença de ESF, tanto no grupo de município com cobertura até 50% quanto naqueles acima de 50%, se comparadas à cobertura zero de ESF (Tabela 2). Porém, após o

ajuste considerando as covariáveis selecionadas, a associação deixa de ser estatisticamente significativa em ambos os grupos.

Os fatores de contexto que mostraram influência significativa sobre o menor risco de internações por aborto induzido foram: a presença de IPRS mais alto, a maior proporção de população parda e a maior cobertura de saúde suplementar, além do maior porte populacional dos municípios.

**Tabela 2.** Modelos de regressão sobre a relação entre cobertura da ESF e taxas estimadas de interações por aborto induzido em municípios paulistas, 1998 a 2009.

Variáveis	Taxa estimada de interações por aborto induzido		
	RR bruto (IC 95%)	RR ajustado (IC 95%)	p
<b>Cobertura da ESF</b>			
Nenhuma (Referência)	1.000	1.000	
<=50%	0.868 (0.851-0.886)	0.982 (0.957-1.008)	0.178
> 50%	0.917 (0.887-0.948)	1.004 (0.969-1.042)	0.792
<b>IPRS</b>			
3/4/5 (Referência)		1.000	
1/2		0.892 (0.851-0.936)	0.000
% população preta		1.005 (0.982-1.029)	0.646
% população parda		0.992 (0.988-0.996)	0.001
% população com planos de saúde		0.989 (0.987-0.991)	0.000
<b>Porte populacional</b>			
<= 10.000 hab (Referência)		1.000	
>10.000 <=50.000 hab		0.792 (0.739-0.850)	0.000
>50.000 <=100.000 hab		0.399 (0.364-0.438)	0.000
> 100.000 hab		0.350 (0.319-0.385)	0.000
<b>Taxa de leitos hospitalares</b>			0.068
<b>Ano</b>			
1998 (Referência)		1.000	
1999		1.064 (1.029-1.100)	0.000
2000		1.035 (1.000-1.072)	0.045
2001		1.022 (0.987-1.058)	0.216
2002		1.014 (0.978-1.050)	0.435
2003		0.923 (0.886-0.961)	0.000
2004		0.998 (0.963-1.035)	0.950
2005		0.944 (0.910-0.979)	0.002
2006		0.888 (0.856-0.921)	0.000
2007		0.874 (0.842-0.907)	0.000
2008		0.787 (0.754-0.821)	0.000
2009		0.866 (0.834-0.899)	0.000

ESF=Estratégia Saúde da Família; IPRS=Índice Paulista de Responsabilidade Social;

RR= Risco Relativo; IC = Intervalo de Confiança.

Likelihood-ratio test = 0.000 Hausman Test =0.000

### Discussão

No Brasil, no ano de 2008, em torno de 50% da população estava coberta pela ESF<sup>15</sup>, enquanto que, no estado de São Paulo, as coberturas eram mais baixas, atingindo pouco mais de 25% da população. Esse fator pode ter influenciado a análise da efetividade da ESF em diversos desfechos, uma vez que o seu maior impacto é verificado em locais onde há maiores coberturas<sup>22</sup>.

Outro aspecto específico que deve ser lembrado para a análise do impacto da ESF no estado de São Paulo, é a ampla rede de serviços de atenção primária anteriores à implantação da

ESF, diferente de outras regiões do país que só implementaram a Atenção Básica a partir da implantação deste modelo.

Conforme Souza *et al*<sup>28</sup>, no período anterior, de 1960 a 1990, São Paulo pode ser considerado o estado que mais implementou uma rede de centros de saúde, posteriormente denominados unidades básicas de saúde (UBS). Esse processo foi reforçado pelo Movimento de Alma-Ata, de 1978<sup>24</sup>, uma vez que esses centros de saúde adotavam um modelo assistencial baseado em programas de saúde do adulto, de saúde da criança e de saúde da mulher, contando com

médicos especialistas das áreas de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia, respectivamente, para efetivá-los.

Neste cenário, a partir da década de 1990, a implantação da ESF trouxe não especificamente a montagem da rede de serviços em locais onde já havia uma rede instalada, mas mudanças na sua forma execução, que ocupou o do modelo anterior, principalmente em municípios pequenos e em regiões onde os centros de saúde eram escassos ou estavam desestruturados<sup>11</sup>. A pesquisa confirma esta maior implantação das coberturas de ESF em municípios com menos de 10.000 habitantes; enquanto que nas regiões metropolitanas e na maioria dos municípios de médio e grande porte populacional as coberturas da ESF são inferiores a 10% e há coexistência dos dois modelos de atenção.

Especificamente com relação aos desfechos ligados à saúde reprodutiva não há estudos que possam servir de base para a comparabilidade da efetividade da ESF sobre a ocorrência de partos entre menores de 20 anos ou sobre as internações por aborto induzido.

O presente estudo, de forma geral, evidenciou que a ESF apresenta impacto positivo sobre a redução de partos em adolescentes, porém, o mesmo não se observa com relação às internações por aborto induzido. Possui, portanto, um potencial preventivo com relação ao provável acesso de adolescentes a informações e aos insumos contraceptivos e consultas ginecológicas requeridas para sua utilização e, portanto, ao planejamento reprodutivo, tal como encontrou Fachini e colegas<sup>6</sup>, em estudo realizado nas regiões Nordeste e Sul do país, mostrando favorecer a redução da ocorrência de gestações e, portanto, de partos entre menores de 20 anos. Porém, não apresenta o mesmo efeito benéfico com relação a abortos induzidos, que continuam a ocorrer, independentemente da adoção desse modelo de ESF na Atenção Básica.

A pouca influência da ESF, verificada sobre a redução de partos em adolescentes em

municípios com cobertura menor ou até 50%, indica que fatores como o desenvolvimento socioeconômico e o acesso à saúde suplementar podem ser fatores determinantes para a prevenção dessas ocorrências. Imagina-se que tais fatores, além de propiciar melhores condições de saúde, devam interferir de forma decisiva no acesso à informação em geral e, em especial, com relação à sexualidade e à contracepção.

Por fim, a não verificação da efetividade da ESF sobre a redução de internações por abortos induzidos pode nos dar indícios de que essas ocorrências estariam mais associadas a questões de ordem socioeconômica, uma vez que os municípios com alto IPRS e maior cobertura de saúde suplementar apresentaram menor risco para a ocorrência deste desfecho. Segundo pesquisas de outros autores<sup>2,26</sup>, a ocorrência de abortos provocados está associada a uma população feminina mais vulnerável, com menos acesso à informação, a serviços de saúde e à atenção de qualidade, incluindo a falta de acesso a contraceptivos para evitar gestações indesejadas.

Nesse sentido, os achados deste estudo não confirmaram a hipótese da efetividade da ESF no tocante ao desenvolvimento de ações de planejamento familiar e reprodutivo para a redução de abortos provocados. Variáveis que impactem mais sobre esse fenômeno precisam ser mais estudadas, como, por exemplo, a dispensa em farmácias dos contraceptivos de emergência que vem sendo internacionalmente associada à queda de abortos provocados<sup>7</sup>.

Vale ressaltar, ainda, as dificuldades identificadas nesse estudo para a avaliação dos efeitos da ESF com relação à internação por abortos provocados, uma vez que não há disponibilidade de informações diretas sobre sua ocorrência em hospitais, fazendo-se necessário o uso de cálculos de correção para estimar seus números. A inexistência de informação disponível sobre retirada (dispensação) de métodos contraceptivos em serviços públicos de saúde, incluindo os da



ESF, também se mostra outro fator que dificulta pesquisas sobre as estratégias que melhoram a dificuldade de seu uso entre a população. Os dados existentes para avaliação de uso de contraceptivos são sempre aqueles obtidos em pesquisas populacionais, bem como dados sobre aquisição e remessa de contraceptivos realizados pelos gestores públicos<sup>7</sup>, resultando no uso constante de indicadores indiretos para a avaliação do planejamento reprodutivo no SUS.

Ressalte-se, ainda, que as taxas de internações por abortos induzidos utilizadas no estudo se constituíram como estimativas perante a dificuldade de cálculo das subnotificações no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e, por isso, não devem ser consideradas como medidas que retratam a realidade da ocorrência deste fenômeno no estado de São Paulo.

### Considerações finais

O estudo mostra que a utilização de modelos de painel para dados longitudinais possibilita ampliar o número de observações e analisar séries temporais para cada município, o que permite controlar características não mensuradas que não variam no tempo e que podem afetar desfechos em saúde, facilitando a análise dos impactos da ESF.

Como resultado, o estudo indica a importância da ESF para a redução de partos na população adolescente menor de 20 anos, em municípios de pequeno porte. Ao mesmo tempo, aponta que o fator de desenvolvimento socioeconômico do município, representado por mais acesso a informações, maior número de serviços e serviços de melhor qualidade, incluindo os disponibilizados por planos de saúde complementar, se mostra fundamental para a redução dessas gestações vividas por menores de 20 anos e de abortos provocados.

É fundamental que os serviços do SUS adotem o registro de dispensa de contraceptivos,

de forma a possibilitar avaliações sistemáticas, inclusive de impacto da atenção primária com relação à contracepção e planejamento familiar e reprodutivo, buscando continuamente reduzir gestações não planejadas e abortos provocados, inclusive entre adolescentes.

É importante também estabelecer outros estudos que avaliem variáveis que impactem sobre a realização de abortos provocados, como, por exemplo, pesquisas sobre o uso e venda da contracepção de emergência através de aquisição na rede privada de farmácias e drogarias.

O Brasil ainda necessita avançar na realização e modelos de avaliação da atenção primária em saúde, incluindo especificamente as que reportam melhorias com relação à saúde reprodutiva de sua população, incluindo adolescentes e aprofundando o conhecimento das estratégias que esses públicos encontram para resolver seus problemas, bem como os riscos que enfrentam na vivência em geral e na vivência específica da sexualidade.

### Referências

1. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am. J. Public Health.* 2009; 99:87-93.
2. Carvalho MLO, Cardelli AAM, Cestari NEW, Sodré TM. Os registros em prontuário de mulheres atendidas por aborto em Hospital Universitário de cidade da região Sul do Brasil de 2001 a 2005. *Fazendo Gênero.* 2008; 8:1-7. [Acesso em: 5 jun 2012]. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST37/Carvalho-Aparecida-Cardelli-Cestari-Sodre\\_37.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST37/Carvalho-Aparecida-Cardelli-Cestari-Sodre_37.pdf).
3. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(5):1566-94.
4. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, JJ Souza, Silva DO, Gusmão MEN et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2012; 25(3):415-22.
5. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG et al. Trends in Primary Health Care Care-sensitive Conditions In Brazil. The role of Family Health

- Program (Project ICSAP-Brazil). *Medical Care*. 2011; 49(6): 577-84.
6. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira ES, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciênc. Saúde Coletiva [on line]*. 2006; 11(3):669-681, 2006.
7. Figueiredo R, de Paula SHB. Distribuição da contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: avaliação de dispensa em serviços e fluxos estabelecidos. *Reprod & Climatério*. 2012; 2012; 27(2):64-72.
8. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Banco de Dados.[on line]. [acesso em: 8 de ago 2010]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/banco-de-dados/>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados. [on line]. [acesso em 3 fev 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
10. Hair Junio JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. São Paulo: Bookman; 2005.
11. Ibãñez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):683-703.
12. Lentsck M.H, Garabeli A C CK, Aragão FK. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(3):3455-3466.
13. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The Impact of Primary Healthcare on Population health in low- and middle-income countries. *J Ambulatory Care Manage*. 2009; 32(2):150-171.
14. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(suppl2):s193-S204.
15. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor. [acesso em: 3 fev 2010]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> .
16. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico. [on line]. [acesso em: 9 ago 2016]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php).
17. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Nascidos Vivos – DATASUS/SINASC. [on line]. [acesso em: 9 ago 2016]. Disponível em: <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>.
18. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares. [on line]. [acesso em: 9 ago 2016]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/>
19. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 28 de mar 2006.
20. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de demografia e da saúde da criança e da mulher PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília; 2009. [acesso em: 9 de ago 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília; 2010. 140p.
22. Monteiro MFG, Adesse L, Drezett J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprod. Clim*. 2015; 30(1):11-18.
23. Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). Ver. *Saude Sex. Reprod. [on line]*. 2006; 26:1-10. [acesso em: 3 mar 2016]. Disponível em: [<http://www.ipas.org.br/arquivos/ml2006.pdf>].
24. Organização Mundial da Saúde. Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasília; 1979. 64p.
25. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health*. 2010; 10:380.
26. Schor N, Alvarenga AT. O aborto: um resgate histórico e outros dados. São Paulo: Revista Brasil. de Cresc. e Desenv. Humano. 1994; 4(2):12-7. [acesso em: 3 jun 2016]. Disponível em: <http://www.abmp.org.br/textos/489.htm>.
27. Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saúde Soc*. 2007; 16(3):85-91.
28. Souza RR, Campagnoni M, Azevedo CN. Agenda do gestor municipal de saúde: organizando o sistema a partir da atenção básica. São Paulo: SES/SP; 2009. 190 p.