Mariana Arantes Nasser

Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Ines Battistella Nemes

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Nasser, Mariana Arantes

Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo / Mariana Arantes Nasser. -- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Maria Ines Battistella Nemes.

Descritores: 1.Avaliação em saúde 2.Avaliação de programas e projetos de saúde 3.Saúde sexual e reprodutiva 4.Doenças sexualmente transmissíveis 5.Síndrome de imunodeficiência adquirida 6.Atenção primária à saúde 7.Sistema Único de Saúde 8.Movimentos sociais

USP/FM/DBD-397/15

**Para que possamos brincar e rir um para o outro
e o dia amanheça em paz**

Agradecimentos

Ao Trance essa Rede, pelos amigos e pela escola de prevenção, sexualidade e adolescência. Por nossos sonhos para o futuro, um agradecimento especial à Beth G, ao Tigrão, ao Marcinho, à Karen e à Thaís S. À União de Mulheres do Município de São Paulo, pelas amizades e pelo feminismo como possibilidade de transformação – particularmente, Amelinha, Criméia, Terezinha. Aos amigos que fiz no Movimento de Adolescentes Brasileiros (MAB), na Rede Latinoamericana e Caribenha de Jovens pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos (REDLAC) e na Youth Coalition, nos nomes de Léo, Ricardo, Ceci, Fê, Rose e Steven.

À Faculdade de Medicina de Botucatu, ao Departamento de Saúde Pública, ao Centro de Saúde Escola (CSE) de Botucatu e ao seu Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/aids, pelos ensinamentos para o começo. À Liga de Saúde Sexual e Reprodutiva (SASERE), em que construímos nossos primeiros projetos.

Aos Professores do Departamento de Medicina Preventiva e do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (CSE Butantã) da FMUSP, pelo aprendizado na Residência, na Pós-Graduação e, também, pela recepção, depois, como profissional do CSE Butantã. Aos colegas com quem dividi os tempos de Residência / Aprimoramento e Pós-Graduação, por compartilharmos o aprendizado.

Ao José Ricardo, pelo entusiasmo e carinho com que me apresentou a área de saúde coletiva quando eu estava delineando o meu projeto de felicidade. À Elen, pelo amor com que me recebeu em Botucatu e na saúde pública, pela generosidade em compartilhar o QualiAB e seu conhecimento. Ao Toninho e à Eliana, por me receberem como “filha caloura” e por transmitirem aprendizados e histórias. À Ana Sílvia, pelos ensinamentos de APS, pela leitura cuidadosa, pelo apoio no dia a dia à concretização deste estudo, e por toda a amizade.

Aos colegas do CSE Butantã, por me ensinarem sobre APS, saúde coletiva, gestão e o significado de equipe. À equipe do Setor de Atenção aos Adultos, um destaque especial, pelo companheirismo e pelo trabalho em saúde na prática. À equipe do Programa de Atenção à Saúde na Adolescência (PASA), por compartilharmos o Cuidado voltado para a felicidade de adolescentes. Às novas turmas de residentes e aprimorandos, que acompanho, pela parceria na construção do aprendizado.

Aos professores, profissionais e amigo(a)s que me receberam para o estágio no Departamento de Atenção Primária e Ciências de Saúde Pública do King's College, em Londres - Mark, Patrick, Alex -; e pela amizade nesta cidade - Paul, Gabi, Dani, Pedro e Paul.

Às companheiras do trio 100%, Fest e Val, pelo carinho e aprovação sinceros. Ao grupo F, por tornarem o Internato possível, com companheirismo e aprendizado. Aos colegas e amigos da Quadragésima, por sermos parte dessa história - Sko, Kuki, Neca, Eum, Val, K, Fest, Jade: *hasta la victoria, siempre!*

Às amigas Maira, Mun, Neca e Kuki, por dividirem casas e vidas. Ao Barba, por compartilharmos o nascimento de nossos ideais e projetos; por nossa amizade. À Ju, pelos “*brindes mágicos*” quando este estudo era apenas um projeto. Aos amigos Margot e Marcos, por serem da família. À Val, porque “*amizade é um amor que nunca morre*”, como diz Quintana; e por sua coragem na construção da SASERE, em nosso caminho na medicina, na saúde pública, e na vida. À Ana Amorim, pela amizade incondicional com que acompanhou essa fase de minha vida; por conciliar militância, leveza, Cuidado e alegria. Ao André, Forgs, por sempre acreditar, com amor, que eu estava avançando.

À vovó Lourdes, à tia Gi, por estarem sempre no “meu pertinho”. Aos Arantes e aos Nasser, por nossa família.

À/Aos vô Roberto, vô Lili, vô Dirceu, tia Katy, Xandro, tia Zina e tio José, pelas bonitas lembranças. Ao Grande e à Blume, pela sensibilidade e pelo carinho recebido.

À Louri, pela parceria na trajetória, pelo carinho, e um muito obrigada especial por ser minha ligação com o mundo das artes e belezas. Ao meu pai, Gordon, pela conversa sempre franca e aberta, pelo gosto de estudar e viajar, e pelas orientações precisas. À minha mãe, Juji, pelo amor, pela inspiração para seguir a área social da saúde, pelo companheirismo nesta jornada e todo o apoio para este estudo.

Ao João, por me ensinar a ver que eu tenho escolha.

Aos serviços de APS do estado de São Paulo, que participaram da avaliação *QualiAB* em 2010, e possibilitaram que este estudo acontecesse. Às áreas técnicas de atenção básica / atenção primária à saúde, saúde da mulher, saúde na adolescência, e aos programas de DST, Aids e Hepatites Virais do estado de SP e dos municípios, e às pessoas que são destinatárias das ações de saúde, por conferirem sentido a este trabalho.

Ao Rogério, pela consultoria em análise estatística. À Helena, pelas aulas amigas e pela versão para o inglês do resumo. À Equipe “QualiAAA”, pelo apoio carinhoso - Ana Cristina, pela imprescindível revisão da tese; Aninha, pela formatação dos elementos gráficos; Ana Paula, pela formatação das referências e diagramação. À Miriam, pela formatação final cuidadosa da tese. Às integrantes da Banca do Exame de Qualificação – Ana Flávia, Regina e Simone -, pela recepção ao meu trabalho e pelas valiosas contribuições teóricas e metodológicas.

Às Equipes Qualiaids e QualiRedeHIV – especialmente, Maria Ines, Elen, Maria, Felipe, Ana Cristina, Aninha, Ana Paula, Ju, Cacá, Jô, Renata, Teresa, Wânia, Ruth, Regina, Carol A., Alexandre – pelos aprendizados em importantes ações de saúde pública e pelo companheirismo. À Equipe QualiAB – especialmente, Elen, Maria Ines, Marta, Thaís, Joseane, Patrícia, Olívia, Nádia, Carol S., Pinho, Ivete, Adriano, por compartilharem o QualiAB e acolherem a dimensão Saúde Sexual e Reprodutiva.

À Maria Ines, pela orientação cuidadosa, estimulante e amiga. Pela abertura às minhas propostas. Por sua atuação compromissada com a saúde pública, que tanto admiro e com a qual muito tenho aprendido.

Amor – pois que é palavra essencial

*Amor – pois que é palavra essencial –
comece esta canção e toda a envolva.
Amor guie o meu verso, e enquanto o guia
reúna alma e desejo, membro e vulva.*

*Quem ousará dizer que ele é só alma?
Quem não sente no corpo a alma expandir-se
até desabrochar em puro grito
de orgasmo, num instante de infinito?*

*O corpo noutro corpo entrelaçado,
fundido, dissolvido, volta à origem
dos seres, que Platão viu completados:
é um, perfeito em dois: são dois em um.*

*Integração na cama ou já no cosmo?
Onde termina o quarto e chega aos astros?
Que força em nossos flancos nos transporta
a essa extrema região, etérea, eterna?*

*Ao delicioso toque do clitóris,
já tudo se transforma, num relâmpago.
Em pequenino ponto desse corpo,
a fonte, o fogo, o mel se concentraram.*

*Vai a penetração rompendo nuvens
e devassando sóis tão fulgurantes
que nunca a vista humana os suportara,
mas, varado de luz, o coito segue.*

*E prossegue e se espraia de tal sorte
que, além de nós, além da própria vida,
como ativa abstração que se faz carne,
a ideia de gozar está gozando.*

*E num sofrer de gozo entre palavras,
menos que isso, sons, arquejos, ais,
um só espasmo em nós atinge o clímax:
é quando o amor morre de amor, divino.*

*Quantas vezes morremos um no outro,
no úmido subterrâneo da vagina,
nessa morte mais suave do que o sono:
a pausa dos sentidos, satisfeita.*

*Então a paz se instaura. A paz dos deuses,
estendidos na cama, qual estátuas
vestidas de suor, agradecendo
o que a um deus acrescenta o amor terrestre.*

(Carlos Drummond de Andrade, *O amor natural*,
publicação póstuma, em 1992)

Lista de abreviaturas

AB	Atenção básica
ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção primária à saúde
C	Comunidade
CIR	Comissão Intergestora Regional
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DNC	Doença de notificação compulsória
DIU	Dispositivo intrauterino
DRS	Departamento Regional de
DST	Doença sexualmente transmissíveis
GVE	Grupo de Vigilância Epidemiológica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PACS	Programa de agentes comunitários de saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAM	Plano de Ações e Metas
PNAB	Política Nacional de atenção Básica
QualiAB	Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica
Qualiaids	Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS
QualiRedeHIV	Qualificação da rede ambulatorial do SUS de prevenção, diagnóstico e assistência em HIV/Aids no estado de São Paulo: aplicabilidade de metodologias para monitoramento dos serviços de uma rede regional de atenção à saúde
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de atenção especializada
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da família
SSR	Saúde sexual e reprodutiva
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
U	Unidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Lista de quadros, figuras e gráficos

Quadro 1 – Síntese das atribuições da atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), segundo políticas, recomendações e manuais técnicos	12
Quadro 2 - Características para análise dos serviços de atenção primária à saúde (APS) participantes da avaliação QualiAB, SP, 2010.....	56
Quadro 3 - Modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR) na atenção primária à saúde (APS), especificadas para o Domínio promoção à saúde sexual e reprodutiva (SSR).....	78
Quadro 4 - Modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR) na atenção primária à saúde (APS), especificadas para o Domínio prevenção e assistência às DST/aids	79
Quadro 5 - Modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR) na atenção primária à saúde (APS), especificadas para o Domínio atenção à saúde reprodutiva.....	80
Quadro 6 - Síntese do modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR) na atenção primária à saúde (APS), segundo número de indicadores, por domínio e subdomínio	81
Figura 1 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) na Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR): comparação entre domínios e subdomínios e distribuição dos serviços segundo média de desempenho em SSR (N = 2735)	96
Gráfico 1 - Representação dos serviços de cada grupo de desempenho (Cluster) no ponto de intersecção de sua distância em relação à média para cada domínio da Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR), a partir de agrupamento por k-médias.....	97
Gráfico 2 - Representação dos grupos de desempenho (cluster), em relação ao seu desempenho médio para a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR)	98
Anexo B. Gráfico 3 - Distribuição dos serviços, de acordo com arranjo organizacional por autotclassificação	214
Anexo B. Gráfico 4 - Distribuição dos serviços, de acordo com tipo de arranjo organizacional por reclassificação, de acordo com categorias profissionais.....	214
Anexo B. Gráfico 5 - Distribuição dos serviços, de acordo com zona de localização geográfica.....	215
Anexo B. Gráfico 6 - Distribuição dos serviços, de acordo forma de delimitação da área de abrangência	215

Anexo B. Gráfico 7 - Representação dos serviços de cada grupo de desempenho (Cluster) no ponto de intersecção de sua distância em relação à média para cada subdomínio do Domínio promoção à SSR, a partir de agrupamento por k-médias	216
Anexo B. Gráfico 8 - Representação dos serviços de cada grupo de desempenho (Cluster) no ponto de intersecção de sua distância em relação à média para cada subdomínio do Domínio prevenção e assistência às DST/aids, a partir de agrupamento por k-médias	217
Anexo B. Gráfico 9 - Representação dos serviços de cada grupo de desempenho (Cluster) no ponto de intersecção de sua distância em relação à média para cada subdomínio do Domínio atenção à saúde reprodutiva, a partir de agrupamento por k-médias	218

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio promoção à saúde sexual e reprodutiva - Subdomínio educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede, 2010. N = 2735.....	86
Tabela 2 -	Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio promoção à saúde sexual e reprodutiva - Subdomínio investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação, 2010. N = 2735.....	87
Tabela 3 -	Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio promoção à saúde sexual e reprodutiva - Subdomínio abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução, 2010. N = 2735.....	88
Tabela 4 -	Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio prevenção e assistência às DST/aids - Subdomínio prevenção às DST/aids, 2010. N = 2735.....	89
Tabela 5 -	Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio de prevenção e assistência às DST/aids – Subdomínio tratamento, parceria com outros serviços ou apoio aos pacientes com DST/aids, 2010. N = 2735.....	90
Tabela 6 -	Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de Ações do Domínio de prevenção e assistência às DST/aids, - Subdomínio vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids, 2010. N = 2735.....	91
Tabela 7 -	Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio atenção à saúde reprodutiva - Subdomínio planejamento reprodutivo, 2010. N = 2735.....	92
Tabela 8 -	Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio atenção à saúde reprodutiva - Subdomínio atenção ao pré-natal e ao puerpério, 2010. N = 2735.....	93
Tabela 9 -	Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio atenção à saúde reprodutiva - Subdomínio atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade, 2010. N = 2735.....	94
Tabela 10 -	Grupos de desempenho (Cluster) ¹ , por frequência e porcentagem de serviços, 2010. N= 2735.....	99
Tabela 11 -	Grupos de desempenho (Cluster), de acordo com a média de seus desempenhos para a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR) e cada domínio e subdomínio, 2010. N=2735.....	100
Tabela 12 -	Diferença média de desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) entre os três domínios e seus subdomínios, 2010. N=2735.....	102

Tabela 13 -	Correlações entre a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR) e cada domínio, para avaliação dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em 2010. N = 2735.....	105
Tabela 14 –	Média do desempenho em saúde sexual e reprodutiva (SSR) dos serviços de atenção primária à saúde (APS), de acordo com a localização em municípios com a presença de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviços de Atenção Especializada em HIV/aids (SAE) e Plano de Ações e Metas (PAM), dados de 2010. N=2735.....	109
Tabela 15 –	Média do desempenho em saúde sexual e reprodutiva (SSR) dos serviços de atenção primária à saúde (APS), de acordo com a localização em municípios, Comissão Intergestora Regional (CIR) e Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) com a presença de Serviços de atenção especializada em HIV/aids (SAE), dados de 2010. N=2735.....	111
Tabela 16 -	Associação entre cada grupo de desempenho e variáveis independentes analisadas para os serviços, 2010. N=2735	112
Tabela 17 -	Distribuição dos serviços de atenção primária à saúde (APS) segundo cluster de desempenho em saúde sexual e reprodutiva (SSR), de acordo com a localização em municípios, Comissão Intergestora Regional (CIR) e Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) com a presença de serviços que atendem HIV/aids (SAE), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Plano de Ação e Metas (PAM), dados de 2010. N=2735	115
Tabela 18 -	Modelo para serviços de atenção primária à saúde (APS) do melhor grupo de desempenho em saúde sexual e reprodutiva (SSR), por autotclassificação do tipo de unidade, 2010. N=2735	117
Tabela 19 -	Modelo para serviços de atenção primária à saúde (APS) do melhor grupo de desempenho em saúde sexual e reprodutiva (SSR), por reclassificação do tipo de Unidade, 2010. N=2735	118
Anexo B.	Tabela 20 - Serviços de atenção primária à saúde (APS) avaliados para a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR), por Departamento Regional de Saúde (DRS), 2010. N=2735	176
Anexo B.	Tabela 21 - Serviços de atenção primária à saúde (APS) avaliados para a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR), por Comissão Intergestora Regional, 2010. N=2735	177
Anexo B.	Tabela 22 - Serviços de atenção primária à saúde (APS) avaliados para a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR), por Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), 2010. N=2735	178
Anexo B.	Tabela 23 - Serviços de atenção primária à saúde (APS) avaliados para a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR), por Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS), 2010. N=2735.....	179
Anexo B.	Tabela 24 - Comparação entre os domínios e subdomínios da Dimensão Saúde sexual e reprodutiva (SSR), por meio das comparações múltiplas não paramétricas de Dunn, 2010. N = 2735	180
Anexo B.	Tabela 25 - Correlações entre a Dimensão saúde sexual e reprodutiva e cada domínio e subdomínio, para avaliação dos serviços de atenção primária à saúde (APS), com N = 2735, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman	182

Anexo B.	Tabela 26 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), segundo Diretoria Regional de Saúde (DRS), 2010. N=2735	183
Anexo B.	Tabela 27 - 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	184
Anexo B.	Tabela 28 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em Saúde sexual e reprodutiva (SSR), segundo Rede regionalizada de atenção à saúde (RRAS), 2010. N=2735	187
Anexo B.	Tabela 29 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em Saúde sexual e reprodutiva (SSR), segundo Grupo de vigilância epidemiológica (GVE), 2010. N=2735.....	188
Anexo B.	Tabela 30 - 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	190
Anexo B.	Tabela 31 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação para os diferentes tipos de unidade, definidas por reclassificação, com base nas categorias profissionais envolvidas (2010). N=2735.....	191
Anexo B.	Tabela 32 - 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	192
Anexo B.	Tabela 33- Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo formas de delimitação da área de abrangência (2010). N=2735	193
Anexo B.	Tabela 34 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a utilização de informação para a organização do trabalho (2010). N=2735	194
Anexo B.	Tabela 35 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a utilização de dados epidemiológicos para o planejamento (2010). N=2735	195
Anexo B.	Tabela 36 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no município (2010). N=2735	196
Anexo B.	Tabela 37 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) na Comissão Intergestora Regional (2010). N=2735	197
Anexo B.	Tabela 38 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), 2010. N=2735	198

Anexo B.	Tabela 39 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Departamento Regional de Saúde (DRS), 2010. N=2735.....	199
Anexo B.	Tabela 40 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) na Rede Regionalizada de Atenção à Saúde (RRAS), 2010. N=2735.....	200
Anexo B.	Tabela 41 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) no município (2010). N=2735	202
Anexo B.	Tabela 42 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) na Comissão Intergestora Regional (CIR), 2010. N=2735	202
Anexo B.	Tabela 43 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) no Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), 2010. N=2735	203
Anexo B.	Tabela 44 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) no Departamento Regional de Saúde (DRS), 2010. N=2735	204
Anexo B.	Tabela 45 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) na Rede Regionalizada de Atenção à Saúde (RRAS), 2010. N=2735.....	205
Anexo B.	Tabela 46 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a localização em municípios com e sem Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) do melhor grupo de qualidade, segundo avaliação Qualiaids, para 2010. N=2735.....	206
Anexo B.	Tabela 47 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a localização em Comissões Intergestoras Regionais (CIR) com e sem Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) do melhor grupo de qualidade, segundo avaliação Qualiaids, para 2010. N=2735.....	207
Anexo B.	Tabela 48 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a localização em Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) com e sem Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) do melhor grupo de qualidade, segundo avaliação Qualiaids, para 2010. N=2735.....	208
Anexo B.	Tabela 49 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a inclusão ou não do município no Plano de Ações e Metas (PAM), 2010. N=2735	209

Anexo B.	Tabela 50 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a inclusão ou não de municípios da Comissão Intergestora Regional (CIR) no Plano de Ações e Metas (PAM), 2010. N=2735.....	210
Anexo B.	Tabela 51 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a inclusão ou não de municípios do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) no Plano de Ações e Metas (PAM), 2010. N=2735.....	211
Anexo B.	Tabela 52 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a inclusão ou não de municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS) no Plano de Ações e Metas (PAM), 2010. N=2735.....	212
Anexo B.	Tabela 53 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a inclusão ou não de municípios da Rede Regionalizada de Atenção à Saúde (RRAS) no Plano de Ações e Metas (PAM), 2010. N=2735.....	213

Sumário

Lista de abreviaturas

Lista de quadros, tabelas e gráficos

Resumo

Abstract

Apresentação 1

PARTE I 9

1 INTRODUÇÃO 9

1.1 O papel da APS para a implementação de políticas e programas de SSR 9

1.2 A SSR como objeto de trabalho para a APS 20

2 OBJETIVOS 23

2.1 Objetivo geral 23

2.2 Objetivos específicos 23

3 REFERENCIAIS, CONCEITOS E CONTEXTOS 24

3.1 O campo da saúde sexual e reprodutiva (SSR) 24

3.2 Vulnerabilidade e direitos sexuais e reprodutivos 31

3.3 As práticas de atenção à saúde como trabalho 37

3.4 A integralidade 39

3.5 A atenção primária, o sistema e as redes de saúde 44

PARTE II 49

4. O CAMINHO DA PESQUISA E A CONSTRUÇÃO DA
AVALIAÇÃO 49

4.1 Sobre a avaliação realizada no estudo 49

4.2	O <i>Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica - QualiAB</i>	51
4.3	Fontes complementares de dados	54
4.4	Desenvolvimento da avaliação	57
4.4.1	A eleição e a categorização das questões do <i>QualiAB</i> para o estudo da temática SSR	57
4.4.1.1	Os itens selecionados e a constituição dos indicadores	57
4.4.1.2	Categorização dos indicadores e composição da dimensão SSR	62
4.4.2	O estudo das práticas de atenção à SSR, com base nas respostas dos serviços às questões do <i>QualiAB</i> escolhidas para a temática	71
4.5	O emprego da estatística	72
4.6	Aspectos éticos	74
4.7	Devolutiva	74
PARTE III		76
5 RESULTADOS		76
5.1	Modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à SSR na APS	76
5.2	Os serviços participantes	82
5.3	Desempenho dos serviços de APS paulistas em ações de SSR	85
5.4	Relações entre o desempenho dos serviços de APS em SSR e características organizacionais das unidades de APS, da região de localização (quanto a dados sociodemográficos e de organização do sistema de saúde), bem como com os Programas Nacional e Estadual de SP de DST, Aids e Hepatites Virais.	106
PARTE IV		119
6	DISCUSSÃO DA AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EM SSR DESENVOLVIDAS EM SERVIÇOS DE APS NO ESTADO DE SP	119
6.1	A avaliação e a dimensão SSR	119
6.2	A SSR na APS paulista: o trabalho como foco e a integralidade como analisador	120

6.2.1	Finalidades do trabalho com atenção à SSR na APS paulista	121
6.2.2	Sobre o objeto SSR e as tecnologias de trabalho na APS	123
6.3	Implementação incipiente de ações de SSR na APS paulista	133
6.4	Análise das relações entre o desempenho dos serviços de APS em SSR e características organizacionais das unidades de APS, das regiões de saúde e de componentes dos Programas Nacional e Estadual de SP de DST, Aids e Hepatites Virais	134
6.5	Limites e possibilidades do estudo.....	139
6.6	Explicações sobre as práticas de SSR na APS no estado de SP.....	143
7	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA PRÁTICAS, PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SSR NA APS.....	147
8	ANEXOS.....	152
	ANEXO A: Questionário <i>QualiAB</i>	152
	ANEXO B: Tabelas e gráficos	176
	ANEXO C: Questões novas para a temática SSR na APS.....	219
	ANEXO D: Documentos.....	221
	REFERÊNCIAS	229

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

RESUMO

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.

O conceito de saúde sexual e reprodutiva (SSR) ganha visibilidade na década de 1990, marcada por ativismo social e pela IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e a IV Conferência Internacional sobre Mulheres, que afirmam a atenção primária à saúde (APS) como prioritária. No Brasil, a APS é considerada estratégica para efetivar políticas de SSR no Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de avaliar a implementação de ações de SSR em serviços de APS, no SUS, no estado de São Paulo (SP), foi desenvolvida avaliação que adota a teoria do trabalho em saúde e a integralidade como referenciais, e utiliza banco de respostas de 2735 serviços ao questionário *QualiAB - Avaliação da qualidade da Atenção Básica em Municípios de SP*, em 2010. Construiu-se um modelo teórico da avaliação de práticas de SSR na APS - compreendendo os domínios *promoção à SSR*, *prevenção e assistência às doenças sexualmente transmissíveis (DST)/aids*, e *atenção à saúde reprodutiva*, com 25, 43 e 31 indicadores, respectivamente. As respostas dos serviços apontam: pré-natal com início e exames adequados, melhor organização para puerpério imediato do que tardio, planejamento reprodutivo seletivo para alguns contraceptivos; prevenção baseada em proteção específica, limites na prevenção da sífilis congênita, no tratamento de DST, no rastreamento do câncer cervical e mamário; atividades educativas pontuais, com restrita abordagem das vulnerabilidades, e predomínio do enfoque da sexualidade centrado na reprodução. A média geral de desempenho em SSR é 56,84%. O domínio *atenção à saúde reprodutiva* tem maior participação, seguido por *prevenção e assistência das DST/aids* e *promoção à SSR* (teste de Friedman estimou a contribuição no escore; Dunn, a participação relativa). Os três domínios são correlacionados (Spearman $> 0,5$). Técnica de agrupamento por k-médias mostrou 5 grupos de desempenho: A, B, C, D e E, compostos por 675, 811, 346, 676 e 227 serviços, com médias de 74,71; 61,95; 55,19; 45,57; e 21,56%, respectivamente. Arranjos organizacionais com saúde da família, ou saúde da família com Unidade Básica de Saúde; localização urbana periférica; delimitação da área de abrangência por planejamento; uso de dados de produção e epidemiológicos para organização do trabalho; presença de serviço especializado de atenção à aids no município, são variáveis associadas ao pertencimento do serviço de APS ao grupo A. Ajustadas em modelo de regressão logística, duas variáveis se apresentam independentemente associadas à maior chance de o serviço pertencer ao grupo A: uso de dados de produção e de dados epidemiológicos para organização do trabalho. Os resultados indicam que a implementação das ações de SSR na APS paulista é incipiente e corroboram a hipótese do reconhecimento inadequado da SSR como objeto de trabalho na APS; bem como de definição inapropriada das tecnologias, que limitam a tradução operacional do programa de SSR. Faz-se necessário: rever o objeto SSR para a APS, enfatizando sua abordagem integral; disseminar tecnologias de atenção à SSR; investir em capacitações, sobretudo, de gerências realmente técnicas; e ainda, fortalecer redes regionais temáticas para SSR. O modelo teórico da avaliação construído mostra-se viável e pode ser utilizado em futuras avaliações.

Descritores: Avaliação em saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde; Saúde sexual e reprodutiva; Doenças sexualmente transmissíveis; Síndrome de imunodeficiência adquirida; Atenção primária à saúde; Sistema Único de Saúde; Movimentos sociais.

ABSTRACT

Nasser MA. *Evaluation of the implementation of sexual and reproductive health actions developed in primary health care in the state of São Paulo* (theses). São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2015.

The concept of sexual and reproductive health (SRH) gains visibility in the 1990s, a decade characterized by social activism and by the IV International Conference on Population and Development and the IV World Conference on Women, which affirm that primary health care (PHC) is a priority. In Brazil, PHC is considered strategic for the implementation of SRH in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). An evaluation was developed with the purpose of assessing the implementation of SRH actions in PHC at the SUS units in the state of São Paulo (SP), adopting the theory of work in health and comprehensiveness as references and using response database from 2735 units to the *Questionnaire PHC Quality Evaluation in SP Municipalities - QualiAB* in 2010. A theoretical model of evaluation for SRH actions in the PHC was designed - comprising the following domains: *SHR promotion, prevention and assistance of sexually transmitted disease (STD)/AIDS, and reproductive care*, with 25, 43 and 31 indicators, respectively. The responses from the units indicate: early start of antenatal care with proper test delivery, more effective organization for immediate postpartum than for late postpartum, and selective reproductive planning for some contraceptives; predominance of specific protection actions, limits in prevention of congenital syphilis, STD syndromic treatment and cervical and breast screening; occasional education activities with a restricted approach to vulnerabilities, an approach to sexuality predominantly through reproduction. The general performance score for dimension *SRH* at the units is 56,84%. The *Reproductive care* domain has a bigger participation in the general score, followed by *STD/AIDS prevention/assistance* and *SRH promotion* (Friedman test estimated contribution to the general score; Dunn, relative participation). The three domains are correlated (Spearman $>0,5$). K-means clustering method showed 5 performance groups: A, B, C, D and E, consisting of 675, 811, 346, 676 and 227 units, with an average of 74,71; 61,95; 55,19; 45,57; and 21,56%, respectively. Organizational arrangements for work in PHC with family health, or the traditional health center combined with family health; urban outskirts, delimitation of area through management criteria; use of epidemiological and production data for work organization; specialized AIDS care in the municipality, are variables associated with PHC units taking part in group A. Adjusted in logistic regression model, two variables are independently associated to a higher chance of the unit to belong to group A: use of epidemiological and production data for work organization. The results indicate that the implementation of SRH services in PHC in the state of São Paulo is incipient and corroborate with the hypothesis of inadequate recognition of SRH as a PHC object of work; as well as inappropriate definition of technologies, which limit the operational translation of the SRH program. It is necessary to: review the SRH object for the PHC emphasizing its comprehensive approach; disseminate technologies of SRH care; invest in training, mainly in technical management, as well as strengthen thematic regional networks for SRH. The theoretical evaluation model designed is feasible and can be used in future evaluations.

Keywords: Health evaluation; Programs evaluation; Sexual and reproductive health; Sexually transmitted diseases; Acquired immunodeficiency syndrome; Primary health care; Unified health system; Social movements.

APRESENTAÇÃO

As práticas de saúde sexual e reprodutiva (SSR), desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde (APS)^I, são meu objeto de interesse no presente estudo, concebido como uma avaliação em saúde, com características de um estudo de caso para serviços de APS do Sistema Único de Saúde (SUS) do estado de São Paulo. A atenção à SSR é analisada a partir do enfoque de ações de promoção à SSR, prevenção e assistência às doenças sexualmente transmissíveis (DST)^{II} e aids^{III}, e atenção à saúde reprodutiva.

A escolha da SSR como tema de pesquisa está relacionada à sua relevância social, que pude primeiramente reconhecer nas experiências que desenvolvi em movimentos sociais: o projeto *Trance essa Rede*, do *Grupo de Trabalho em Pesquisa em Orientação Sexual* (de que participei de 1996 a 2002), em que adolescentes realizavam ações de educação em saúde sobre sexualidade, vulnerabilidade e prevenção das DST/aids e da gestação não desejada; e a *União de Mulheres do Município de São Paulo*, entidade feminista (em que atuo desde 2000) dedicada à promoção das relações igualitárias de

^I As expressões *atenção primária à saúde* e *atenção básica* (APS e AB, respectivamente) guardam algumas semelhanças e diferenças, que serão descritas oportunamente. Por ora, interessa dizer que ambas se referem ao primeiro nível de atenção em saúde; e recebem o mesmo identificador, pelos Descritores em Saúde Coletiva (D011320).

^{II} As expressões *doenças sexualmente transmissíveis* (DST) e *infecções sexualmente transmissíveis* (IST) designam o mesmo conjunto de patologias, sendo consideradas sinônimas pelos Descritores em Saúde Coletiva (identificador comum D012749). DST é termo historicamente mais frequente e mais corrente no Brasil. Recentemente, houve período em que a expressão IST foi considerada mais adequada e recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para os países de linha portuguesa: “O termo infecção sexualmente transmissível tem sido adotado desde 1999, por abranger melhor as infecções assintomáticas. Além disso, o termo tem sido utilizado por uma vasta gama da sociedade e publicações científicas”. (OMS, 2005). Entretanto, observa-se que o termo DST permaneceu mais frequente, inclusive nas políticas públicas. Desse modo, para favorecer a comunicação com os interlocutores aos quais este estudo pode interessar, foi feita a opção por empregar DST.

^{III} O termo *aids* vem da sigla em inglês para Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), ou Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que é pouco corrente no Brasil. A palavra *aids* passou a designar a doença em português. Registram-se as grafias Aids, AIDS e aids. A grafia com todas as letras minúsculas, empregada no estudo, respeita o modo corrente para nomes de doenças na língua portuguesa, tomando a palavra como um substantivo comum que designa a doença (Neves, 2003).

gênero, ao enfrentamento da violência contra a mulher e à defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. Essas experiências representa(ra)m, para mim, também um aprendizado sobre a potência de trabalhar com a referida problemática, particularmente pelos conceitos teóricos discutidos, as reivindicações em fóruns políticos e as ações educativas desenvolvidas junto a coletivos, como modo de conhecer a realidade e atuar sobre ela, com vistas à sua transformação:

*“Vamos lá,
deêm as mãos,
juntem-se
nessa rede.
Nessa rede
que não pode
jamais terminar.
Com a sua ajuda,
essa rede
podemos
trançar...
podemos
transar...”*

(letra e música de Fábio Stucchi Vannucchi e Luiz Fernando Panadés Aranha. *Trance essa Rede*, Grupo de Trabalho em Pesquisa em Orientação Sexual - GTPOS, 1996)¹

Com a atuação nesses grupos, tive a oportunidade de participar de encontros e conferências nacionais e internacionais, voltadas ao tema da SSR e dos direitos das mulheres. Destaco o contexto da revisão do Programa de Ação da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e da Plataforma de Ação da IV Conferência Internacional sobre as Mulheres, 1999 e 2000, respectivamente, uma vez que constituem marcos internacionais na definição e visibilidade da SSR, e apontam a APS como nível prioritário para o acesso de todos à SSR^{2,3}. Foi interessante perceber que as recomendações finais decorrem de disputas de projetos dos movimentos sociais e das delegações de cada país, acompanhar o processo de discussão e participar de estratégias de *advocacy*. Além disso, pude observar que essas recomendações são pouco

conhecidas pelos agentes das ações e que não há correspondência total entre elas, as políticas públicas propostas pelos países signatários das conferências e as práticas desenvolvidas nas realidades locais.

Durante a graduação, na Faculdade de Medicina de Botucatu / UNESP, entre 2002 e 2007, pude articular o interesse pela temática SSR e as atividades acadêmicas de extensão universitária, colaborando para a constituição da *Liga Acadêmica de Saúde Sexual e Reprodutiva – SASERE* - voltada às ações de promoção e educação em saúde, prevenção de doenças e aconselhamento em atividades assistenciais -, em parceria com o Departamento de Saúde Pública e com o Centro de Testagem e Aconselhamento do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu / UNESP; como também desenvolvendo projetos de pesquisa sobre: direitos sexuais e reprodutivos e participação de jovens; metodologias de educação em SSR voltadas a adolescentes; ações e representações de usuárias e profissionais de uma unidade de saúde da família sobre violência contra a mulher. Essas oportunidades permitiram a consideração da questão SSR a partir de conhecimentos mediados pelo aprendizado da medicina e, especialmente, da saúde pública e da saúde coletiva, inclusive em relação com as práticas dos serviços de APS. É nesse período que começa a se desenhar o projeto de estudar o que chamei de “as teorias e práticas de SSR”.

A Residência em Medicina Preventiva e Social (realizada no HC-FMUSP, entre 2008 e 2009), incluindo as disciplinas teóricas e, particularmente, o estágio no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa da FMUSP, onde atuo profissionalmente desde 2010, contribuíram (e contribuem) para trilhar o caminho para a concretização do referido projeto, com o aprofundamento da experiência e do estudo da APS, bem como de conteúdos e instrumentos da saúde coletiva. Destaco, respectivamente, o cuidado de indivíduos e grupos populacionais, como o Programa de Atenção à Saúde na Adolescência - PASA (no qual tive a possibilidade de exercitar práticas de atenção à SSR na APS); e aprendizados relacionados à organização do trabalho e gestão do serviço, como a avaliação em saúde - que contemplo com encantamento, visto sua potência de contribuir para melhorias ou mudanças de uma situação ou realidade. Para o presente estudo, a avaliação representou a ferramenta que permitiu viabilizar o projeto de pesquisar as “teorias e práticas de SSR”.

Os papéis atribuídos à APS internacionalmente ^{2,3} e sua consideração no contexto brasileiro como estratégica para a efetivação de políticas de SSR no Sistema Único de Saúde (SUS) ^{4,5,6,7}, e o intuito de conhecer como a atenção à SSR ocorre na realidade concreta dos serviços constituem as motivações principais para a proposição da avaliação a ser aqui desenvolvida.

Este estudo integra a linha de pesquisa *Avaliação de serviços e programas de saúde*^{IV}, particularmente no que se refere aos temas *Avaliação das ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids em serviços de atenção primária à saúde*; e *Avaliação da qualidade de serviços de atenção primária à saúde*. Para o estudo, utilizei principalmente o banco de dados resultante da aplicação do questionário *QualiAB - Avaliação da qualidade da Atenção Básica em Municípios do Estado de São Paulo*^V, em 2010; além do emprego de outras fontes de dados secundários, como, por exemplo, a avaliação *Qualiaids*^{VI}, em sua aplicação em 2010, para o estado de São Paulo.

Saliento que o contexto de desenvolvimento do curso de pós-graduação propiciou aprendizagens e condições para o desenvolvimento deste estudo, pela participação em disciplinas e estágios e, especialmente, pelo envolvimento em equipes de pesquisa.

^{IV} Linha de pesquisa coordenada pela Profa. Associada Maria Ines Battistella Nemes, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

^V Projeto de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira (Departamento de Saúde Pública, FMB-UNESP), em parceria com a Profa. Associada Maria Ines Battistella Nemes (Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP), a partir de estudo desenvolvido com financiamento PPSUS/SP - Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – FAPESP/ SES SP/CNPq/DECIT/MS, em 2007. Processo nº 05/58652-7. Em 2010, o instrumento resultante tornou-se oficial no processo de apoio à gestão no estado de São Paulo. O questionário *QualiAB* está disponível em www.abasica.fmb.unesp.br e pode ser conhecido no anexo QualiAB.

^{VI} O *QualiAids* – Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS integra a linha de pesquisa *Qualiaids*, sob a coordenação da Profa. Associada Maria Ines Battistella Nemes (Departamento de Medicina Preventiva/FMUSP), e é desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil.

Dentre as disciplinas oferecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, destaco, pela relação com a temática do estudo, as aulas de *Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde*, ministradas pelas professoras Hillegonda Maria Dutilh Novaes, Maria Ines Battistella Nemes e Patricia Coelho de Soárez; e também o curso *Prevenção de Agravos, Promoção da Saúde e Redução de Vulnerabilidade: Evolução Histórica dos Conceitos e Oportunidades de Práticas Interprofissionais*, conduzido pelos professores Ana Cláudia Camargo Gonçalves Germani, André Mota e José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

O período de estágio no Departamento de Atenção Primária à Saúde e Saúde Pública, da Faculdade de Medicina do King's College of London, sob a supervisão do Dr. Mark Ashworth, em agosto e setembro de 2013, trouxe a possibilidade de um exercício comparativo sobre a avaliação de SSR em serviços de APS, por meio da visita a serviços de APS e de SSR em Londres, e do desenvolvimento de uma análise comparativa de indicadores de qualidade para avaliações em saúde utilizados no Reino Unido e no Brasil, a partir dos instrumentos de avaliação empregados pelos pesquisadores do King's College e da equipe *QualiAB*.

A participação na equipe de pesquisa *QualiAB* e a parceria com a equipe de pesquisa *Qualiaids* proporcionaram a possibilidade de interlocução com colegas, de orientações sobre a tese no bojo das pesquisas mais amplas, bem como de contribuições para as mesmas a partir do presente estudo. A equipe *QualiAB* atualmente está realizando a revisão do questionário, a partir do projeto *Avaliação e monitoramento de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional*. As equipes *Qualiaids* e *QualiAB* estão desenvolvendo conjuntamente projeto sobre *Qualificação da rede ambulatorial do SUS de prevenção, diagnóstico e assistência em HIV/Aids no estado de São Paulo: aplicabilidade de metodologias para monitoramento dos serviços de uma rede regional de atenção à saúde (QualiRedeHIV)*. Destaco que, nas duas atividades, pude contribuir com resultados relativos a esta tese, os quais também representaram oportunidades de devolutiva da pesquisa.

A partir do curso de pós-graduação, da experiência propiciada pela participação nas atividades anteriormente mencionadas, e com a presente tese de doutorado, espero contribuir para o campo da saúde coletiva, enquanto interlocutora para os temas: das

práticas de saúde, mais especificamente da APS e da SSR; da avaliação em saúde, enquanto instrumento para a compreensão e, principalmente, gestão das práticas de saúde; das relações entre os movimentos sociais e a saúde, particularmente no que diz respeito à proposição de temáticas de discussão, com interfaces para as políticas públicas e práticas de saúde.

O estudo está organizado em:

Parte I

1. Introdução - composta pelos itens: O papel da APS para a implementação de políticas e programas de SSR, que justifica o estudo; e A SSR como objeto de trabalho para a APS, que apresenta a hipótese para a discussão do problema;
2. Objetivos - compostos pelo Objetivo geral e por dois Objetivos específicos^{VII};
3. Referenciais, conceitos e contextos - este capítulo é subdividido nos itens O campo da saúde sexual e reprodutiva (SSR); Vulnerabilidade e direitos sexuais e reprodutivos; As práticas de atenção à saúde como trabalho; A integralidade; A atenção primária, o sistema e as redes de saúde;

Parte II

4. O caminho da pesquisa e a construção da avaliação - capítulo que agrupa os itens: Sobre a avaliação realizada no estudo; O questionário *QualiAB*; Fontes complementares de dados; Desenvolvimento da avaliação (enfocando, particularmente, A eleição e a categorização de questões do *QualiAB* para o estudo da temática SSR; e O estudo das práticas de atenção

^{VII} A temática desenvolvida no primeiro objetivo específico foi trabalhada em artigo intitulado *Avaliação na atenção primária paulista: incipiência de ações em saúde sexual e reprodutiva*: já submetido à Revista de Saúde Pública, em coautoria com Maria Ines Battistella Nemes, Marta Campagnoni Andrade, Rogério Ruscitto do Prado e Elen Rose Lodeiro Castanheira. Este artigo tem como objetivo avaliar o desempenho de serviços de APS do SUS paulista em ações de promoção à SSR, prevenção e assistência às DST/aids, e atenção à saúde reprodutiva.

à SSR, com base nas respostas dos serviços às questões do *QualiAB* escolhidas para a temática); O emprego da estatística; Aspectos éticos; e Devolutiva.

Parte III

5. Resultados - capítulo que compreende os itens: Modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à SSR na APS; Os serviços participantes; Desempenho dos serviços de APS paulistas em ações de SSR; Relações entre o desempenho dos serviços de APS em SSR e características organizacionais das unidades de APS, da região de localização (quanto a dados sociodemográficos e de organização do sistema de saúde), bem como com os Programas Nacional e Estadual de SP de DST, Aids e Hepatites Virais.

Parte IV

6. Discussão da avaliação da implementação de ações em SSR desenvolvidas em serviços de APS no estado de SP; este capítulo é composto pelos tópicos: A avaliação e a dimensão SSR; A SSR na APS paulista: o trabalho como foco e a integralidade como analisador – compreendendo os itens Finalidades do trabalho com atenção à SSR na APS paulista e Sobre o objeto SSR e as tecnologias de trabalho na APS -; Implementação incipiente de ações de SSR na APS paulista; Análise das relações entre o desempenho dos serviços de APS em SSR e características organizacionais das unidades de APS, das regiões de saúde e de componentes dos Programas Nacional e Estadual de SP de DST, Aids e Hepatites Virais; Limites e possibilidades do estudo; Explicações sobre as práticas de SSR na APS no estado de SP.
7. Conclusões e recomendações para práticas, programas e políticas de SSR na APS
8. Anexos Anexo A: o questionário *QualiAB* 2010; Anexo B: tabelas e gráficos complementares e relativos aos resultados (capítulo 5); Anexo C:

Questões novas para a temática SSR na APS; Anexo D: documentos - a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da FMUSP; a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu / Universidade Estadual Paulista; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde; a autorização para utilização de banco de dados *QualiAB*.

9. Referências.

PARTE I

1 INTRODUÇÃO

1.1 O papel da APS para a implementação de políticas e programas de SSR

As primeiras políticas públicas a incorporar os direitos sexuais e reprodutivos e a SSR em sua formulação foram elaboradas a partir da IV Conferência sobre População e Desenvolvimento (Cairo, Nações Unidas, 1994)² e da IV Conferência Internacional sobre as Mulheres (Pequim, Nações Unidas, 1995)³; e datam, portanto, do final dos anos 1990 e início dos anos 2000. No Brasil, país signatário das plataformas de ambas as Conferências, é exemplo a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos⁷, com tradução operacional por meio de publicações direcionadas aos profissionais de saúde, como a *Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*⁸. Outros marcos correlacionados são a Política Nacional de DST/aids⁹, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹⁰ – que remonta ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983 - e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem¹¹.

No contexto atual, quando a Conferência do Cairo completa duas décadas, é interessante avaliar qual foi o alcance de seu programa de ação (elaborado para os 20 anos seguintes a 1994), particularmente na APS, uma vez que este nível de atenção à saúde foi tomado como estratégico. A literatura traz artigos sobre as conquistas e os desafios desde Cairo, particularmente no marco dos 20 anos do programa de ação^{12,13,14,15}, mas a publicação integral sobre os 20 anos da Conferência não faz referências à APS¹⁶. Na 20ª Conferência Internacional de Aids, Merlbourne, 2014, a

Conferência do Cairo foi pouco abordada e não houve discussão com enfoque particular na APS nos principais eixos^{VIII}.

No Brasil, há marcante relação entre o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e as políticas de SSR; sendo pertinente considerar a história de três décadas do PAISM e analisar essa interface; sobretudo, quanto às propostas e aos alcances das políticas de SSR para a saúde da mulher. Há tanto argumentos de que a abordagem da SSR pode representar uma redução na integralidade do PAISM¹⁷, como também a consideração desse enfoque a partir da perspectiva feminista¹⁸, ou de que o PAISM contribuiu para a saúde reprodutiva no Brasil^{19,20}.

Dentre os estados brasileiros, São Paulo foi pioneiro na organização de respostas à epidemia de aids, a ponto de o Programa Estadual de DST/Aids, iniciado em 1983, ser tomado, em grande medida, como inspirador para o Programa Nacional²¹. Por isso, no contexto da trigésima década do Programa Estadual de DST/Aids, faz-se relevante discutir seus alcances e desafios, bem como as relações com o cenário nacional.

No que tange à atenção à saúde reprodutiva, o estado de São Paulo vem adotando proposições programáticas semelhantes às do Ministério da Saúde, que propõe a Rede Cegonha, instituída pela portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011²², com destaque para a Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera²³, isto é, com enfoque dirigido às mulheres e à saúde materno-infantil, em que pese a existência de publicações temáticas amplas sobre SSR e sobre planejamento reprodutivo^{24,25}.

A APS vem sendo enfatizada como prioritária para a promoção à SSR, de forma geral. O caderno de Atenção Básica *Saúde Sexual e Reprodutiva* descreve como papel da APS a abordagem da saúde sexual, visando “*contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde das pessoas*”, por ela ter “*atuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social*”⁵ e, além disso, destaca como sua função a promoção de vivências sexuais positivas, os esclarecimentos sobre a fisiologia sexual saudável, e a detecção de disfunções sexuais e parafilias. Em relação à atenção à saúde reprodutiva, aponta-se primeiramente que, conforme o programa de ações da IV Conferência sobre

^{VIII} Conforme relato referente aos eixos da Conferência e discussões, apresentado no encontro “Ecos da 20ª Conferência Internacional de Aids, Melbourne, Austrália, 2014”, organizado pelo Nepaids, e realizado na Faculdade de Saúde Pública - USP (São Paulo, agosto de 2014).

População e Desenvolvimento³, essa é uma prerrogativa da APS. Destacam-se como atribuições da APS a realização do planejamento reprodutivo^{IX}, a partir da perspectiva do direito a escolhas reprodutivas; a busca de ações centradas não apenas nas mulheres, mas também nos homens; e a prevenção das DST; entre outras. A partir de recomendações internacionais, políticas públicas nacionais e manuais técnicos, elaborou-se uma síntese das atribuições da APS em ações de SSR apresentada no Quadro 1.

^{IX} Planejamento reprodutivo é o termo atualmente considerado mais adequado para se referir ao aconselhamento sobre concepção e contracepção, uma vez que estas escolhas nem sempre coincidem com a constituição ou não de famílias, além de poderem concernir a indivíduos ou a diferentes formas de parcerias (Brasil, 2010).

Quadro 1 – Síntese das atribuições da atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), segundo políticas, recomendações e manuais técnicos

Políticas e Recomendações	Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) na Atenção Primária à Saúde (APS)
Programa de ação da IV Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) ²	Considera que a saúde reprodutiva inclui a saúde sexual e pode ser acessível a todos através da APS. Núcleos de ações: direitos reprodutivos e saúde reprodutiva; planejamento familiar; DST e prevenção do HIV; sexualidade humana e relações de gênero; especificidade de adolescentes.
Plataforma de Ação da IV Conferência Internacional da Mulher ³	Reafirma os direitos e a SSR como proposto pela IV CIPD, 1994. Prioridades: acesso das mulheres à saúde; direito às escolhas reprodutivas; prevenção da mortalidade materna; relações de gênero e prevenção da violência contra a mulher.
Política Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids: Princípios e Diretrizes ⁹	Política embasada nos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivos: diminuir incidência HIV/aids e outras DST; ampliar acesso e melhorar qualidade de diagnóstico, tratamento e assistência a pessoas com HIV/aids; fortalecer instituições públicas e privadas que atuam no controle HIV/aids. Ações: promoção, proteção e prevenção; diagnóstico e assistência; desenvolvimento institucional e gestão do Programa. Papel da APS: prevenção e controle DST/HIV/aids na comunidade e rede básica de saúde; testagem e aconselhamento pré e pós-teste HIV; referência de casos de HIV/aids para os Serviços de Atenção Especializada (SAE); realização de diagnóstico e tratamento sintomático das DST.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher ¹⁰	Política embasada nos princípios do SUS, que remonta ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1983). A IV CIPD é a referência para a SSR. A APS é considerada estratégica para a melhoria das condições de vida das mulheres, diminuição da morbimortalidade por causas evitáveis, ampliação e qualificação da atenção integral à saúde das mulheres. Objetivos em SSR: assistência ginecológica, planejamento reprodutivo, atenção obstétrica e neonatal humanizadas (incluindo abortamento), violência doméstica, prevenção DST/HIV/aids, diminuição da morbimortalidade por câncer.
Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ⁷	Preconiza a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, acesso à esterilização cirúrgica voluntária e a inserção da reprodução humana assistida no SUS. Publica o manual técnico para os profissionais de saúde, “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo”, 2005, e a cartilha para os usuários “Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais”, 2006. Ambos contemplam promoção à SSR, prevenção e assistência às DST/aids e atenção à saúde reprodutiva.
Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes ²⁶	Aborda a saúde de adolescentes nos contextos do SUS e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, lei nº8069, de 13 de julho de 1990). A SSR é considerada a partir da IV CIPD, 1994, com ênfase nos direitos de decisão livre e responsável sobre a vida sexual e reprodutiva e no acesso à informação. Destaca a recomendação da atenção aos menores de 18 anos, independentemente da anuência dos responsáveis. Não há menção específica aos serviços de APS.
Cadernos de Atenção Básica nº 18 “HIV/Aids, Hepatites e outras DSTs” ²⁷	Importância da APS para controle de DST/Aids, por meio de atividades educativas de promoção à saúde e prevenção; aconselhamento para testes diagnósticos e adesão à terapia; diagnóstico precoce de DST, HIV, hepatites e HTLV; tratamento adequado das DST; encaminhamento dos casos que transcendem APS, realizando acompanhamento conjunto; prevenção da sífilis congênita e transmissão vertical do HIV; manejo dos indivíduos em uso nocivo de drogas.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem ¹¹	Visa à melhoria das condições de saúde dos homens, redução de morbimortalidade, por meio de facilitação do acesso e de ações integradas à saúde. Alinhada com outras políticas, esferas governamentais e níveis de atenção, considera a APS como porta de entrada do sistema.
Cadernos de Atenção Básica nº26 “Saúde Sexual e Reprodutiva” ⁵	Papel da APS em SSR: promoção da SSR, a partir da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. Foco: mulheres e homens. Atribuições: discussão dos ciclos de respostas sexuais; abordagem de disfunções sexuais e das parafilias; oferta de informações e métodos para contracepção e prevenção das DST/aids; ações em caso de violência sexual. Atividades: aconselhamento, educação em saúde, atendimentos clínicos, prevenção e tratamento de DST, prevenção de aids; prevenção, identificação e encaminhamento de cânceres dos órgãos reprodutivos.
Política Nacional de Atenção Básica - PNAB ²⁸	Portaria 2488, de 21/10/2011, sobre a Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Considera como sinônimas as expressões Atenção Básica e APS. Detalha os princípios e os papéis da APS, com menção à SSR como atribuição da APS na educação em saúde nas escolas.
Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais ²⁹	Com o objetivo geral de promover a saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), além de eliminar a discriminação e o preconceito institucional, apresenta como um dos objetivos específicos a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas LGBT, no âmbito do SUS, da APS aos serviços especializados. Não especifica o papel da APS.

Estudos mostram que essa estratégia para buscar as finalidades relativas à SSR, por meio da ação na APS, não é exclusivamente brasileira. O Fórum Europeu de Atenção Primária, por exemplo, tem reafirmado o papel desse nível de atenção na promoção da SSR³⁰. Apenas a título de ilustração, cabe citar o caso da Inglaterra, onde a partir da National Strategy for Sexual Health and HIV, proposta em 2001, defende-se o papel da prática generalista nos cuidados à SSR, em especial às DST e prevenção de HIV³¹. Entretanto, aponta-se que na região nordeste daquele país, a APS opera principalmente no controle de algumas doenças e prevenção de gravidez na adolescência, bem como por meio da focalização em grupos considerados de maior risco, a despeito dos estudos epidemiológicos que indicariam a importância de estratégias populacionais. Além disso, ressalta-se a baixa integração lá existente entre os serviços e a necessidade de alocação de recursos humanos compromissados com a tarefa³².

Nesse sentido, a organização da atenção à SSR na cidade de Londres^X inclui serviços de APS do nível 1, que correspondem aos serviços organizados para atender às necessidades da população da área adscrita, e têm apenas algumas ações de SSR, como oferta de exames de HIV na recepção, coleta de exame de Papanicolaou, planejamento reprodutivo restrito a contraceptivo oral e preservativos e diagnóstico de gestação. Outras ações - como planejamento reprodutivo com outras formas de contraceptivos,

^X Os serviços de APS e SSR e os indicadores para sua avaliação foram conhecidos a partir de estágio realizado pela doutoranda, no Departamento de Atenção Primária à Saúde e Saúde Pública, da Faculdade de Medicina do King's College London, sob a supervisão do Dr. Mark Ashworth, em 2013. O relato dessa experiência foi apresentado por ela, no Seminário de Atenção Primária, intitulado "Atenção primária, saúde sexual e reprodutiva e instrumentos para avaliação da qualidade de serviços em Londres", realizado no Centro de Saúde Escola Butantã FMUSP, em novembro de 2013, e encontra-se disponível no site: www.fm.usp.br/cseb.

Observa-se que tanto para as unidades de APS nível 2 com SSR, como nos serviços específicos de SSR, há um comissionamento especial para SSR a partir de proposta enviada por este grupo de profissionais ao sistema nacional de saúde (NHS). Não há adscrição de usuários ou necessidade de referenciamento. O enfoque do trabalho nas três modalidades de serviço é principalmente individual, com poucas práticas coletivas e de promoção à saúde.

Em relação aos indicadores de avaliação, o Quality Outcome Framework, questionário de avaliação por paciente atendido, voltado para as clínicas generalistas, inclui apenas itens sobre contracepção, citologia oncológica e saúde materna. Há um questionário específico sobre ações de SSR, para as clínicas em que essas práticas foram comissionadas (Genitourinary Medicine Clinic Activity Dataset - GumCad), que inclui coleta de informação sobre promoção de SSR, prevenção de DST, identificação e tratamento de DST, e rastreamento de câncer de órgãos reprodutivos.

incluindo implantes e DIU, prevenção de DST/aids, tratamento de DST - são realizadas em APS de nível 2 em SSR, que são serviços de APS que têm o enfoque específico para SSR em alguns horários (terceiros períodos noturnos ou aos finais de semana); e também existem em clínicas exclusivas para SSR - responsáveis, por exemplo, por casos com indicação de profilaxia pós-exposição ao HIV, reprodução assistida, etc. Nesta forma de organização, usuários com necessidades relativas à sexualidade e à reprodução devem buscar serviços que não se localizam em seus bairros, ou que funcionam em horários alternativos. Desse modo, a integração entre a atenção à SSR e as ações básicas de saúde encontra limites.

Especificamente em relação à abordagem das DST/aids, hoje, no Brasil, os serviços de APS são considerados prioritários⁴. Há menção específica ao papel da APS na prevenção e assistência das DST, em documentos do Programa Nacional de DST/Aids⁹. Ainda que na Política Nacional de Atenção Básica não haja referência explícita a essa questão²⁸, ela consta das publicações da área, sendo um exemplo o Caderno de Atenção Básica nº18, *HIV/Aids, Hepatites e outras DST*²⁷.

Entretanto, existem dificuldades para a efetivação da atenção à SSR na APS, não apenas no que se refere ao trabalho com a sexualidade, mas também com temas da atenção à saúde reprodutiva, como o planejamento reprodutivo:

[...] as questões relacionadas à saúde sexual são pouco ou mesmo não são abordadas. [...] Os profissionais de saúde, em geral, sentem dificuldades de abordar os aspectos relacionados à sexualidade ou à saúde sexual de seus pacientes (Brasil, 2010, p.49)⁵.

Pesquisas indicam que os profissionais da Atenção Básica não se sentem preparados para implementar as ações referentes ao planejamento reprodutivo e que o planejamento reprodutivo ainda não é percebido como uma ação básica de saúde (Brasil, 2010, p. 60)⁵.

Reconhecem-se, também, desafios específicos em relação à abordagem das DST/aids na APS, bem como a necessidade de buscar aportes para a efetivação desta proposta. É neste sentido, que o Seminário do Programa Nacional de DST/Aids, realizado em 2006, discutiu os limites e as potencialidades da APS para a prevenção e assistência das DST/aids.

O IX Congresso Brasileiro de Prevenção às DST e aids, realizado em São Paulo, em 2012, contemplou o tema da prevenção e da atenção às DST/aids na APS, por meio de um curso^{XI}, dentre outras atividades. Nele, destacou-se o papel da APS como porta de entrada para o sistema; o que, somado às atribuições relativas à prevenção e atenção das DST/aids atualmente conferidas à APS, traz importantes tarefas: o trabalho em parceria com a rede local para a montagem de estratégias de prevenção que atinjam populações vulneráveis; a interação técnica e de fluxo de usuários entre a APS e os Serviços de Atenção Especializada em DST/aids; e o tratamento sindrômico das DST foram apontados como caminhos para a superação de desafios para a implementação de ações de prevenção e atenção às DST/aids na atenção básica.

Também com o objetivo de discutir limites e potencialidades da proposta de integração de ações especificamente de prevenção das DST/aids na APS, a avaliação sobre a implementação de ações de prevenção das DST/aids em serviços de APS, realizada por meio de um estudo de caso em uma Unidade de Saúde da Família, na região metropolitana de São Paulo, e de consulta à literatura na área, apontou que:

[...] a pouca definição tecnológica, no campo programático, sobre como as atividades de prevenção das DST/aids devem ser implantadas favorece abordagens pautadas por conhecimentos não técnicos, com base no senso comum, frequentemente orientadas pela moral e pelas características individuais de cada profissional (Ferraz e Nemes, 2009, p. 247)⁴.

No contexto do estado de São Paulo, a coordenação do Programa Estadual de DST/Aids-SP vem empreendendo iniciativas que têm o objetivo de promover “*ações de prevenção e assistência às DST/aids na Rede de Atenção Básica à Saúde do Estado de São Paulo*” (SES, Coordenadoria de Controle de Doenças, Programa Estadual DST/aids-SP, 2005, p.3)³³.

Essas iniciativas foram motivadas pelo que se considerou, à época, como tendência à heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia de aids, com conseqüente necessidade de “*ampliar e diversificar as ações de prevenção e assistência às DST/Aids*” (São Paulo [estado], Secretaria de Saúde, 2005, p.11; Paula e

^{XI} Curso “Prevenção das DST/HIV/Aids e hepatites virais na atenção básica: estratégias para o fortalecimento das ações”, São Paulo, 2012.

Santos, 2012)^{33,34}. Hoje, constata-se que a epidemia da aids é mais complexa: mantém-se principalmente nos grandes centros, onde a magnitude é considerada alta e a transmissão se associa a vários tipos de exposição; por sua vez, nas cidades do interior, verifica-se, de fato, aumento dos casos - mas de forma irregular e com pequena magnitude - associados principalmente à exposição heterossexual, que, isoladamente, contribui pouco para a epidemia. Em resumo, a epidemia não parece estar relacionada a indicadores clássicos de pobreza, mas sim de desigualdade social; sendo que a maior redução verificada na taxa de sua incidência se deve à diminuição na transmissão entre usuários de drogas injetáveis³⁵.

Não obstante, a consideração da expansão da epidemia de aids teve grande importância ao suscitar proposições relativas a abordar o problema como concernente a diversos grupos populacionais e a discutir o papel da rede básica na incorporação da integralidade nas práticas de saúde, na realização de ações de acolhimento, no acesso ao sistema, e também em sua capacidade resolutive dos problemas mais prevalentes (SES, Coordenadoria de Controle de Doenças, Programa Estadual DST/aids-SP, 2005, p. 11 e 12)³³. O supracitado documento aponta, ainda, estratégias para a efetivação dessas ações, como a “*identificação das pessoas em risco, realização de testagem sorológica para o HIV e realização de abordagem sindrômica no tratamento de DST/Aids*” (SES, Coordenadoria de Controle de Doenças, Programa Estadual DST/aids-SP, 2005, p. 15)³³.

Publicação do Programa Estadual DST Aids- SP de 2007 afirma como necessária a integração entre o Programa de DST/Aids e a rede básica, e traz justificativas relativas à crescente regionalização, em conformidade com a implementação do princípio SUS de descentralização do sistema, com direção única das ações e o novo papel do Estado a partir da municipalização das ações em saúde. O relato da experiência do projeto *Ações programáticas de doenças sexualmente transmissíveis (DST)/Aids*, financiado pelo Ministério da Saúde em 2003, apresenta um panorama da situação dos serviços básicos

e propostas, incluindo estratégias de monitoramento da atenção básica^{XII} e de educação continuada e discussão sobre o processo de trabalho, em curso desde então^{21,33, 34,36}.

Em fevereiro de 2015, resolução nº 16 da Secretaria Estadual de Saúde de SP instituiu a “Rede de Cuidados em DST/HIV/Aids e Hepatites Virais no estado de São Paulo”³⁷. A “atenção básica” é tomada como um dos componentes, responsável por: disponibilizar materiais informativos; ofertar aconselhamento e teste rápido para HIV e sífilis para gestantes, populações vulneráveis e portadores de tuberculose; realizar abordagem sindrômica de DST, disponibilizar e utilizar penicilina benzatina para tratamento de sífilis, inclusive de gestantes e parceiros; realizar controle sorológico das gestantes diagnosticadas com sífilis; disponibilizar vacinação para hepatite B; acolher e encaminhar pessoas com HIV/aids e hepatites virais e crianças expostas ao HIV a serviços de referência^{XIII}.

A APS do estado de São Paulo se caracteriza por uma ampla, heterogênea e antiga rede de serviços de APS, com uma história que inclui a proposta de integração médico-sanitária; a programação em saúde, aliada à gerência por sanitaristas e à parceria entre Estado e universidades; a ação programática e a defesa da vida como formulações críticas à programação; e, mais recentemente, a incorporação maior ou menor da estratégia de saúde da família^{38,39,40,41,42}. O debate paulista sobre formas de organização da APS, a partir de modelos de saúde pública³⁸, e a convivência entre remanescentes dessas propostas e o realinhamento tecnológico⁴³ contribuem para compreender características atuais dos serviços de APS. A forma de operação do SUS sobre a rede local (que em certa medida o antecede em SP), bem como a recente municipalização da

^{XII} O *Monitoramento dos processos de descentralização das ações em DST/Aids na Atenção Básica* vem sendo desenvolvido pelo Programa Estadual DST/Aids – SP desde 2007. Trata-se de um questionário respondido na web, preenchido pelos serviços dos municípios que aderiram à proposta. O formulário reúne 66 questões estruturadas sobre prevenção e assistência às DST/Aids na Atenção Básica. A principal finalidade do instrumento é propiciar reflexão sobre o processo de trabalho. Ver site: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/acoes-programaticas/monitoramento-atencao-basica>.

^{XIII} Note-se que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) têm posicionamento diferente do estado de SP, com recente proposição de tratamento de HIV/aids pela APS (Brasil, Ministério da Saúde. *Caderno de boas práticas em HIV/aids na Atenção Básica*. Brasília (DF):2014). Este tema envolve polêmica tanto entre os níveis da federação, como também na discussão acadêmica e técnica (Departamento de Medicina Preventiva, NEPAIDS. *Tribuna Aids*. 2014).

atenção à saúde local concorrem para a riqueza de formas da APS paulista. Essa heterogeneidade também se refere e corresponde a adequações ou contingências da diversidade locorregional, a começar pelo tamanho dos municípios: apesar de ser o estado brasileiro com maiores concentrações populacionais nas grandes cidades, 524 municípios do total de 645 municípios do estado 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^{44,45}; em que pesem esforços relacionados à regionalização, à conformação de redes e à gestão colegiada⁴⁶.

Por isso, ainda que se verifiquem novas estratégias e aportes para o desenvolvimento de ações em SSR na rede básica, pode-se dizer que a APS paulista tem, classicamente, algumas atividades voltadas para os enfoques de atenção ao ciclo gravídico-puerperal, como também para a prevenção das DST; remontando, primeiramente, ao sanitarismo e à programação em saúde - a partir do programa de atenção à saúde materno-infantil e de controle de doenças infecciosas -, e, mais contemporaneamente, à estratégia de saúde da família e à consideração das pessoas ao longo dos ciclos vitais.

Aos poucos e de modo não uniforme, a APS vem sendo permeada pelas recentes propostas relativas aos direitos em SSR, pela discussão de gênero^{17,47}, e pelo conceito de vulnerabilidade⁴⁸, embora essa mudança ainda seja frequentemente caracterizada como tênue.

Para o presente estudo, considera-se que a abordagem da SSR na APS permite múltiplos enfoques avaliativos, com destaque para a promoção à SSR, a prevenção e assistência às DST e Aids, e a atenção à saúde reprodutiva. Tais enfoques compõem partes específicas das atividades desenvolvidas pelos serviços de APS; as quais, em uma avaliação, podem ser tomadas como componentes passíveis de contribuir para a compreensão e o julgamento do problema em análise.

Considera-se aqui, portanto, a importância de que as temáticas escolhidas contemplem a esfera reprodutiva, mas também a sexualidade - aspecto que recebe menor reconhecimento como concernente à saúde, particularmente pela existência de

estigmas e tabus, além da relativa novidade na abordagem do tema e da fragilidade das tecnologias para o trabalho nos serviços. As políticas públicas e as publicações oficiais mencionadas enfocam prioritariamente temas relativos à reprodução e recaem sobre as mulheres em idade reprodutiva. Estudo baseado na observação etnográfica de quatro unidades de saúde da família, nos estados do Rio Grande do Norte e Pernambuco, apontam que na APS há:

[...] uma desarticulação entre essas esferas, que, de um lado, pouco efetiva a crítica feminista contra a redução da mulher ou da sexualidade à finalidade reprodutiva e, de outro, dificulta o aproveitamento das possibilidades de ação propiciadas pelos pontos de contato entre a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Assim, a sexualidade e a reprodução se polarizam na medida em que se desarticula o par masculino e feminino [...] ⁴⁷

Assim, justifica-se contemplar aqui as ações de promoção à SSR, por constituírem um desafio ainda maior para as práticas dos serviços de saúde em APS, em termos tecnológicos, e por serem fortemente relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, e às formas de favorecimento da vivência saudável e autônoma da sexualidade.

Por sua vez, o tema da prevenção e assistência às DST/aids permite discutir, no presente estudo, a SSR na APS, por duas razões principais: o reconhecimento da importância da resposta brasileira à problemática das DST/aids e o destaque que vem sendo dado ao papel da APS; a consideração de que o tema permitirá a inclusão não apenas das mulheres em idade reprodutiva, mas também dos homens, além de adolescentes e idosos, bem como a abordagem das relações de gênero e da diversidade sexual.

Já, o enfoque da atenção à saúde reprodutiva se deve ao fato de ela ser um componente da SSR que constitui uma prática já tradicional na APS, ainda que seja necessário revisar algumas marcas, como a busca de controle do corpo feminino e de proteção à saúde das crianças^{49,17}. A relevância de avaliar ações de atenção à saúde reprodutiva se deve à consideração de ações fundamentais em termos de saúde pública. As Unidades Básicas de Saúde são, no SUS, o principal local de acesso às tecnologias de planejamento reprodutivo^{24,25}. Os cuidados de pré-natal e puerpério, de responsabilidade da APS⁵⁰, vêm sendo considerados como capazes de modificar índices

de mortalidade materno-infantil. A APS também tem um papel relevante para o acolhimento e vínculo da mulher gestante e puérpera, da criança, e dos familiares a todos os cuidados perinatais, sendo importante elo nas propostas de humanização do parto e do nascimento⁵¹. O rastreamento, diagnóstico e apoio a pacientes com neoplasias prevalentes dos órgãos reprodutivos também são atribuição da APS⁵².

1.2 A SSR como objeto de trabalho para a APS

O presente estudo é uma avaliação em saúde^{XIV}, que reúne os objetivos de conhecer as práticas de atenção à SSR desenvolvidas em serviços de APS, bem como as intenções mais pragmáticas, relativas à avaliação e identificação de dispositivos que favoreçam a abordagem da SSR, e ainda, a formulação de recomendações para a melhoria dos serviços. A primeira característica apontada, qual seja a de pesquisa avaliativa, requer a formulação e investigação de hipóteses⁵³.

A partir do pressuposto inicial que emprega a teoria do trabalho em saúde^{XV}, de que as práticas de atenção à SSR ainda têm, com frequência, pequeno reconhecimento como objeto de trabalho para os serviços de saúde, além de definição e incorporação tecnológica insuficientes, em particular para as unidades de APS, foram elaboradas as seguintes proposições provisórias para orientar a abordagem do problema a ser investigado nesta avaliação:

A – apesar da existência de políticas públicas que enfocam direitos em SSR, e também, de programas específicos para a área de saúde, não há reconhecimento adequado ou suficiente da SSR como objeto do trabalho em saúde. Além disso, verifica-se uma cisão entre a esfera reprodutiva e a sexual, com predomínio do enfoque da primeira em relação à segunda, decorrente de estigmas relacionados às doenças de contágio sexual, e da menor valorização social de temas relativos à sexualidade;

^{XIV} As características da avaliação em saúde e o delineamento da investigação e análise do presente estudo serão mais bem detalhados no capítulo 4, referente ao caminho da pesquisa e à construção da avaliação.

^{XV} Essa teoria, que tem em Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves e grupo de profissionais do Centro de Saúde Escola B. Pessoa e do Departamento de Medicina Preventiva da FMUDP seus principais autores, será discutida no capítulo 3, que apresenta os referenciais, conceitos e contextos do estudo.

B - a tradução operacional das políticas públicas e dos programas em práticas de SSR é insuficiente, visto que a abordagem da sexualidade é complexa e requer trabalhar com ensinamentos do campo dos direitos humanos e com os conceitos de gênero e vulnerabilidade, entre outros. Uma vez que, do contrário, há a tendência à manutenção do enfoque excessivo nas doenças, nos fatores de risco para a sua aquisição e nas medidas prescritivas para o seu controle; bem como nos modos de lidar baseados no senso comum, em detrimento de uma aproximação integral e centrada nos direitos sexuais e reprodutivos;

C - apesar da existência de recomendações específicas para prevenção e assistência às DST/aids na APS, é usual verificar-se a compreensão de que essas atividades fogem à sua competência e caberiam exclusivamente ao serviço especializado, uma vez que o nível primário é tido como aquele habilitado apenas para atendimentos simplificados. Além disso, percebe-se que tanto para esta, como para outras atribuições da APS, no que tange ao cuidado da população, há predominantemente uma valorização da garantia de acesso, entretanto com pouco aporte conceitual e/ou tecnológico. Além da interação deficiente entre os níveis do sistema de saúde, o cenário descrito mostra a desconsideração da inserção do usuário em seu contexto de vida pessoal, familiar, comunitário e de trabalho, bem como uma busca de universalidade que prescinde da integralidade;

D - a atenção à saúde reprodutiva é atribuição clássica da APS e remonta ao programa de saúde materno-infantil, sendo marcada pelo controle do corpo feminino, pelo foco nas ações referentes às mulheres em idade reprodutiva e pela finalidade de proteção à saúde das crianças. Por isso, ainda é escassa a incorporação da atenção à saúde reprodutiva de outros grupos, como homens, adolescentes e idosos; bem como a consideração de temas relacionados ao referencial de gênero e aos direitos reprodutivos, incluindo as escolhas reprodutivas;

E - apesar de a construção das políticas públicas em SSR ter ligação histórica com a atuação dos movimentos sociais e com a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, verifica-se, atualmente, que a relação dos grupos sociais organizados com os serviços e o sistema de saúde caracteriza-se pela dificuldade de participação, pelo controle social exercido como legitimador do discurso oficial, e pela prestação de

serviços em lugar da participação crítica e da parceria na condução de ações. Tal situação pode ser explicada pela tendência de institucionalização da participação social no SUS, marcada pela burocratização e cooptação dos conselhos, e também pela atuação de organizações do terceiro setor em caráter substitutivo ao Estado; como ainda pela profissionalização dos militantes como funcionários de organizações não governamentais, levando à pulverização da gestão e a um enfraquecimento tanto dos movimentos sociais, como do próprio Estado.

A consideração dessas proposições permitiu a formulação da hipótese a seguir, que orientará a condução da avaliação:

Hipótese: Apesar da existência de políticas públicas específicas, bem como de programas de saúde relacionados, verifica-se a implementação incipiente das práticas de atenção à SSR - incluindo ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção, diagnóstico e assistência das DST e aids, bem como atenção à saúde reprodutiva - , na APS, no estado de São Paulo, devido ao limitado reconhecimento da SSR como objeto de trabalho para os serviços de atenção primária à saúde; bem como à insuficiência da definição e da incorporação tecnológica para a tradução operacional das políticas e dos programas de SSR em práticas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a implementação de ações de saúde sexual e reprodutiva (SSR) em serviços de atenção primária à saúde (APS), no Sistema Único de Saúde, no estado de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar o desempenho de serviços de APS paulistas em ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção e assistência às DST/aids, e atenção à saúde reprodutiva;
- Analisar possíveis relações entre o desempenho dos serviços de APS em SSR e características organizacionais das unidades de APS, da região de localização (quanto a dados sociodemográficos e de organização do sistema de saúde), bem como componentes dos Programas Nacional e Estadual de SP de DST, Aids e Hepatites Virais.

3 REFERENCIAIS, CONCEITOS E CONTEXTOS

3.1 O campo da saúde sexual e reprodutiva (SSR)

A formulação do conceito e a proposição do campo da SSR são recentes^{54,55}, resultam da crítica à insuficiência e à fragmentação dos programas de saúde voltados à reprodução humana; como também, da inclusão dos direitos humanos e, mais especificamente, dos direitos sexuais e reprodutivos, na agenda das políticas públicas^{56,57}. Tais direitos - ainda que já discutidos, ou até mesmo garantidos, em alguns contextos específicos - derivam de conceituações adotadas pelo movimento feminista do final da década de 1970, tendo por referenciais importantes a sexualidade e as relações de gênero^{58,59,60}, e ganham visibilidade com o Programa de Ação da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento² e a Plataforma de Ação da IV Conferência Internacional sobre as Mulheres³. As definições internacionalmente adotadas, a partir dos marcos citados, remetem a um conceito ampliado de saúde:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções, processos, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade. [...] Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis. (NAÇÕES UNIDAS, 1994, trad: Linhares, 1999. In: VENTURA, 2001, p. 41)⁵⁴.

Estudos de referência e documentos relativos às duas supracitadas Conferências Internacionais afirmam a relevância da participação dos movimentos sociais: sobretudo, dos movimentos feminista e gay, mundialmente, e também, do movimento sanitário, no caso brasileiro, para a elaboração das referidas políticas^{58,60,61}. Tradicionalmente, os movimentos sociais têm o papel de trazer questões a público e angariar o

reconhecimento de méritos para temas que passam posteriormente a configurar políticas públicas⁶².

Os estudos sobre direitos sexuais e reprodutivos contêm, ainda, a filiação à demografia e ao desenvolvimento populacional. Embora a abordagem demográfica não constitua o objetivo do presente estudo, cabe assinalar que se trata da demografia social - que faz oposição à visão malthusiana da necessidade de diminuir a população para se atingir maior desenvolvimento pela via do controle da natalidade entre as populações mais pobres – e que incorpora, também, influências do pensamento feminista, como, por exemplo, a reivindicação de autodeterminação⁶³.

A emergência do conceito, das políticas e das práticas em SSR ocorreu, então, com a participação significativa de grupos organizados da sociedade civil, e no contexto nacional e internacional de valorização das políticas de população e desenvolvimento^{56,64}.

Cabe ainda mencionar que esse caminho se deu com algumas inflexões em posições que poderiam ser consideradas mais radicais dos referidos movimentos⁶³. Assim, no primeiro momento, eles passaram a almejar metas, como a redução das taxas de adoecimento por DST, ou a diminuição do índice de gestação não desejada na adolescência – ambas associadas, em muito, aos paradigmas do desenvolvimento social e às finalidades de áreas técnicas e pragmáticas, como a saúde -; sem, entretanto, abandonar objetivos mais amplos, como a autonomia de escolha, ponto sujeito a controvérsias de ordem moral. O texto do Programa de Ação da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas, 1994, inclui, por exemplo, algumas reservas feitas pelo Estado do Vaticano e alguns outros países^{xvi}, referentes, sobretudo, à constituição das famílias, orientação sexual, concepção de vida, contracepção e aborto².

^{xvi} Argentina, Afeganistão, Egito, El Salvador, Emirados Árabes, Estado do Brunei Darussalam, Guatemala, Honduras, Irã, Jordânia, Kuwait, Líbia, Malta, Nicarágua, Paraguai, Peru, República Dominicana, República do Djibouti e Síria.

É nesse sentido, que estudos sobre outras realidades, além da brasileira, também apontam que a emergência de programas voltados para a SSR, bem como a inclusão do tema na educação e na formação em saúde pública, relacionam-se fortemente com as condições políticas e sociais vigentes em uma determinada localidade⁶⁵, sem contar as políticas de saúde e a organização de sistemas de saúde; uma vez que o alcance das proposições dos movimentos sociais para as políticas públicas depende também da reação da sociedade e do Estado⁶².

Apesar da existência de políticas avançadas, cabe enfatizar, em contrapartida, a retomada de rumos conservadores, nesse período. O Brasil é um país geralmente considerado avançado e liberal em relação à moral sexual, inclusive, no que se refere a políticas públicas e programas de saúde: sua delegação para as conferências que trataram da temática dos direitos sexuais e reprodutivos foi tida como progressista^{XVII}, pelos demais países. Ele é também conhecido por seu programa de enfrentamento da aids⁹, incluindo ações para lidar com a estigmatização das pessoas vivendo com HIV/aids e a ênfase na (re)discussão das temáticas da sexualidade e do risco^{61,66} e seu Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher apresentou visível permeabilidade a propostas feministas^{10,1717}. Entretanto, é necessário reconhecer os desafios que sempre se verificaram quanto aos preconceitos, às questões religiosas, ou mesmo, à operação prática das propostas citadas. Nesse sentido, mais recentemente, o país experimentou polêmicas, como o veto à distribuição do material de campanha do “kit anti-homofobia”, em escolas da rede pública, em 2011; como também, o veto à campanha “eu sou feliz sendo prostituta”, para combater o preconceito contra profissionais do sexo, em 2013^{XVIII}.

^{XVII} Durante participação no processo de revisão dos 5 e dos 10 anos do Programa de Ação da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, e da Plataforma de Ação da IV Conferência Internacional sobre as Mulheres, a autora pôde observar que a percepção geral sobre a delegação brasileira era a de sua consideração como progressista, isto é, como aliada favorável aos direitos sexuais e reprodutivos (Nasser, MA, 1999)¹.

^{XVIII} Pinheiro (2015) descreve, como sendo os dois fatores principais para o moralismo e o endurecimento político, a expansão do fundamentalismo religioso na política brasileira, particularmente a partir da década de 2010, e a conjuntura político-governamental-partidária mais ampla, marcada por uma negociação em que são escolhidos prioridades e temas que poderiam ser prescindidos. Ambos os vetos às campanhas foram emblemáticos dessa situação; sendo que a primeira delas foi proposta por um conjunto

Ainda nesse sentido, pode-se também mencionar, por exemplo, o caso da Argentina, que, apesar de leis distritais - com alcance para quase todo o país desde 1991, e destaque para o programa de Salud Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires, de 2000 -, enfrenta desafios relativos às oposições conservadoras e à sobrecarga dos profissionais⁶⁷. Há também o caso do Peru, que sob o governo de Fujimori (de 1990 a 2000) e a tradição católica influente na sociedade, mostrou-se refratário aos direitos em saúde sexual e reprodutiva, nas conferências internacionais mencionadas⁶⁸.

Apesar de o programa de ação da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento² ter a meta de oferecer, até o corrente ano de 2015, acesso à SSR para todos, por meio da APS, seu conteúdo não consta geralmente dos currículos de formação em saúde pública e medicina^{65,69}, o que traz implicações para que as ações de SSR possam ser operadas na prática generalista.

A despeito de a maior parte das lideranças na temática dos direitos sexuais e reprodutivos não ter, ainda hoje, formação específica em saúde pública, Allotey et al.⁶⁵ argumentam que os programas de educação superior em saúde pública estão produzindo a próxima geração de profissionais, e que, portanto, os currículos deveriam contemplar adequadamente a temática. Esses autores definem que a educação em SSR deve abranger não apenas os aspectos biológicos, mas também o histórico e o contexto político dos movimentos pelos direitos sexuais e reprodutivos; além da fundamentação em políticas de gênero e justiça social, a abordagem da sexualidade e da violência sexual, e ainda, a consideração da temática a partir do sistema de saúde, de reformas do setor e da saúde global⁶⁵.

Como essa temática dos direitos sexuais e reprodutivos é fortemente política, e a maioria dos cursos de saúde enfoca habilidades técnicas, a sua abordagem nos programas de formação pode ocorrer em contexto pouco confortável. Os referidos autores observam que os cursos sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos não compõem os currículos nucleares; e, quando ofertados, são atrelados ao interesse e à iniciativa de membros individuais das respectivas faculdades. Frequentemente, aquelas

de organizações não governamentais, com a supervisão do Ministério da Educação, e a segunda foi produzida pelo Ministério da Saúde.

que os oferecem, têm parceria com grupos de advocacy⁶⁵, determinando uma interface entre academia, políticas públicas e movimentos sociais^{XIX}.

Assim sendo, a evolução do campo da SSR se deu principalmente em duas grandes vertentes, a atenção à saúde da mulher e a prevenção e o tratamento das DST/aids, marcadas por críticas e ações propostas por ambos os movimentos, mas com mais ênfase, respectivamente, nos grupos feministas e gays.

Em relação à saúde da mulher, houve uma importante revisão das finalidades associadas, tradicionalmente, à esfera reprodutiva e ao controle do corpo feminino - por meio da declaração do direito das mulheres ao prazer sexual e à escolha conceptiva ou contraceptiva (o qual vem sendo chamado de planejamento reprodutivo, e tem como marco tecnológico o advento do anticoncepcional oral) -; e também, graças à tendência de humanização da atenção ao pré-natal, parto e puerpério. No Brasil, destaca-se, como mencionado, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, constituído em 1983, com ênfase nas ações básicas e na educação em saúde, e que representa um exemplo de política pública em que houve receptividade às propostas dos movimentos sociais, notadamente o feminismo e a agenda da reforma sanitária¹⁷.

Cabe destacar a contribuição dessa área de saúde da mulher para o início das discussões sobre gênero na saúde coletiva; o que, por sua vez, tem se refletido em políticas e ações do setor. Gênero diz respeito à *“idéia da construção histórica e social dos papéis masculino e feminino que impõem determinados comportamentos, juízos de valor e status na sociedade”* (TELES e MELO, 2003)⁷⁰. Inicialmente mais utilizado para explicar as diferenças entre homens e mulheres, esse conceito passa a ser, então, compreendido como relacional e caracterizado pelo exercício de poder, a partir da publicação dos estudos de Scott, em 1990, citados por D'Oliveira¹⁷, e o entendimento de que os papéis de mulheres e homens se dão a partir da relação de poder entre ambos, a qual também é marcada por experiências de classe, raça, geração, entre outras.

^{XIX} Ricoldi AM. *Os trânsitos de gênero na “academia” e na “militância”*: entre usos e abusos? (Seminário proferido durante o Congresso da Associação de Estudos Latino-Americanos – LASA; 2009; Rio de Janeiro, RJ).

Segundo Couto, Schraiber e Ayres (2009)⁷¹, há, no campo da saúde, o reconhecimento do fato de que os processos sociais marcados pelas relações de gênero influenciam tanto na morbimortalidade de mulheres e homens, como no acesso a serviços e no tipo de resposta oferecido às demandas. Além disso, os autores argumentam que os estudos sobre gênero e saúde têm influenciado o campo da saúde pública, a elaboração de políticas públicas, programas e protocolos dos serviços.

A incorporação de aprendizados, sobre as relações de gênero e os direitos sexuais e reprodutivos em práticas na APS, pode constituir o diferencial entre abordagens predominantemente biomédicas - de cunho prescritivo e descontextualizado da realidade - e outras que favorecem o reconhecimento dos indivíduos como sujeitos; embora, por exemplo, estudos em unidades de saúde da família, no Rio Grande do Norte e em Pernambuco, ainda apontem para o trabalho desarticulado entre sexualidade e reprodução, bem como para a separação entre assistência para homens e mulheres⁴⁷.

É importante que a *promoção à SSR* e a *prevenção das DST/aids* considerem aspectos da sexualidade, direito ao prazer e orientação sexual, bem como a prevenção, o diagnóstico e a assistência às vítimas de violência doméstica e sexual. Entretanto, a sexualidade relacionada ao prazer e não restrita à reprodução ainda constitui um tabu, que dificulta a abordagem do tema. As ações para mulheres são frequentes, mas tratam preferencialmente da reprodução; enquanto os homens são um grupo menos considerado na assistência à saúde, de modo geral, e sua sexualidade é abordada apenas de modo marginal⁴⁷. Apesar das recentes políticas específicas²⁹, a questão das identidades de gênero e orientações sexuais ainda tem sido pouco trabalhada nas práticas de saúde. Em relação à violência contra a mulher, sabe-se da dificuldade de reconhecimento do problema como concernente à área da saúde⁷², limite este relacionado à existência de escassa tecnologia para abordar e lidar com a violência^{73,74}. Estudo sobre representações e ações de enfrentamento de situações de violência contra a mulher em uma unidade de saúde da família no interior paulista mostrou que as mulheres procuram a USF para “desabafar”, mas não recorreriam a ela em situação aguda de violência; por sua vez, os profissionais reconhecem a violência como demanda para a unidade de saúde, mas têm percepção limitada sobre as ações já realizadas e consideram sua abordagem como atribuição de outras instâncias⁷³.

Atividades que enfocam o planejamento reprodutivo favorecem a participação de pessoas que não integrem famílias tradicionais, ou o almejem; como pode ser o caso, por exemplo, de adolescentes que poderiam se sentir constrangidos com convites para atividades voltadas ao planejamento familiar, ou que tenham como objetivo evitar a “gravidez precoce”⁷⁵.

Do mesmo modo, é relevante que atividades de pré-natal levem em consideração a mulher, o parceiro e suas famílias, discutindo condições concretas de vida, planos, escolhas reprodutivas, maternidade e paternidade, além de orientações e direitos relativos ao parto humanizado^{XX}. No puerpério, é importante que o foco não recaia exclusivamente sobre a criança, mas sim, que a mulher e sua família também recebam atenção.

No que concerne às DST, a história das sociedades em relação aos seus portadores tem sido caracterizada por episódios de exclusão do convívio social, atenuados por breves e intermitentes momentos de distensão, quando da descoberta de tratamentos ou formas de lidar com as afecções; sendo possível dizer que as DST guardam similaridades com a “lepra” e a loucura, no que diz respeito à intolerância e à estigmatização⁷⁶. A sífilis é doença paradigmática dentre as DST, tendo sido sua descrição relacionada à hipótese de infecção pelo contato sexual (a qual embasou com ineditismo investigações empíricas e causais), mas também à ideia de culpa ou pecado, com tratamentos que empregavam princípios biomédicos e mágicos. Além disso, sua descoberta como entidade nosológica e, particularmente, a ampliação do número de casos, tiveram relação com o expansionismo e as mudanças sociais do capitalismo mercantilista: o “*luxo*” e a “*luxúria*” (Scliar, p.62)⁷⁷ - situação que possivelmente contribuiu para seus inúmeros apelidos, que a tomam como “*doença estranha e das mais obscenas*”^{XXI} de um outro povo: “*doença francesa*”, “*espanhola*”, “*castelhana*”, “*portuguesa*”, “*italiana*”, “*polonesa*”, “*alemã*”, entre outras (Scliar, 1996)⁷⁷.

^{XX} Freitas VS. Grupo de gestantes: relato de experiência. Seminário do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, 2009.

^{XXI} “Não terão fim vossos sofrimentos; estranha doença, e das mais obscentes, de vossos corpos se apoderará”: trecho do poema *Sífilis ou a doença francesa*, de autoria do médico e poeta Fracastoro, em 1530, quando o nome da doença é escrito pela primeira vez (apud Scliar, 1996, p. 60)⁷⁷.

O início da epidemia de aids no Brasil não foi diferente. Grangeiro e colaboradores (2009)⁶¹ descrevem que a mídia veiculava imagens moralistas, discriminatórias e associadas ao sofrimento e à morte. Cunhou-se logo o estigmatizante termo “aidético”, vinculando doença e doente exclusivamente ao aspecto biológico. O movimento gay, que no país começou a se articular a partir do período de contestação de valores sociais vigentes nas décadas de 1960 e 1970, passou a ser fortemente associado, já nos anos 1980 e 1990, ao enfrentamento da aids, sendo paulatinamente institucionalizado nas chamadas Organizações Não Governamentais de aids. As principais bandeiras enfocavam a afirmação da identidade e do direito homossexual, a solidariedade a quem adoecia, e a necessidade de formulação de políticas públicas de saúde. Aliado às mudanças no tratamento e às políticas públicas para prevenção e controle da epidemia, o referido movimento conseguiu, aos poucos, construir a mudança do termo “aidético” para “soropositivo”, e, por fim, para “pessoas vivendo com HIV/Aids”, marcando, assim, as diversas possibilidades de vida e também a compreensão de que se trata de uma doença crônica^{66,78}. Dessa forma, *“um dos principais consensos na literatura disponível é o importante papel que a sociedade civil desempenhou na construção da resposta à epidemia de aids.”* (GRANGEIRO et al., 2009, p. 89)⁶¹.

Esse movimento de contribuição para a prevenção e o tratamento das DST/aids se deu pela promoção do direito à diversidade de orientação sexual, bem como pelo questionamento da noção de grupos de risco como estratégia para a prevenção; o que corroborou a necessidade de se passar a adotar outros conceitos, com maior potencial para explicar as transformações da realidade de saúde e social.

3.2 Vulnerabilidade e direitos sexuais e reprodutivos

A noção de vulnerabilidade tem grande relação com a história da epidemia de aids e o movimento dos direitos humanos⁴⁸. A doença era considerada um problema do “outro”, levando à discriminação e culpabilização do indivíduo, e à negligência quanto às medidas de prevenção. Com a mobilização do movimento gay norteamericano e a constatação de que a doença também crescia entre as mulheres e entre casais heterossexuais, passou-se a falar na vivência de comportamentos de risco e a abordar a

aids como um problema de saúde pública. Apesar da proposta de adoção de práticas seguras, o conceito de comportamento de risco também não foi suficiente, uma vez que nem sempre as pessoas têm todas as condições de tomar as decisões relativas à sua sexualidade, ou garantir os meios de se prevenir. Com isso, passou-se a considerar que todas as pessoas podem vivenciar momentos em que estão vulneráveis, ou seja, expostas a uma situação de risco.

A vulnerabilidade pode ser analisada sob três eixos articulados: individual (conhecimentos, valores e escolhas de cada pessoa); social (relacionamentos interpessoais, grupos sociais, modismos); e programático (serviços de saúde disponíveis, práticas de atenção em saúde ofertadas, informações veiculadas). Esse referencial tem como problema-alvo as suscetibilidades populacionais, e como proposta de mudança, a resposta social. Seu emprego deve levar à adoção de compromisso universal; e, por outro lado, à escolha de medidas específicas para cada grupo populacional ⁴⁸.

Recentemente, a consideração de que a epidemia está recrudescendo e de que o número de casos em homossexuais e jovens vem aumentando, assim como a prevalência do HIV em populações específicas^{79,XXII}, levou à estratégia de buscar atingir as chamadas populações-chave (homens que fazem sexo com homens, gays, transgêneros, trabalhadoras do sexo, pessoas privadas de liberdade e usuários de droga)^{XXIII} para ações de prevenção, incluindo profilaxia pré-exposição (PrEP). Entre jovens de 15 a 24 anos, vem se verificando aumento da prevalência^{XXIV}; por isso, embora não sejam incluídos entre as populações-chave, são também considerados para as propostas de PrEP. Por sua vez, os questionamentos às mesmas - que incluem a possibilidade de acarretamento da estigmatização, o retorno à noção de grupos de risco, e a desconsideração de situações de vulnerabilidade para todas as pessoas – confrontam-

^{XXII} Departamento de Medicina Preventiva, NEPAIDS. Tribuna Aids. 2014.

^{XXIII} As populações-chave foram tematizadas na 20ª Conferência Internacional de Aids, em Melbourne, na Austrália, em 2014. Segundo o diretor da OMS, Gottfried Hirnschall, essas “populações têm até dezenove vezes mais chance de contrair o vírus HIV”.

^{XXIV} Capítulo “Adolescência, juventude e vulnerabilidade ao HIV/aids”, de autoria de Nasser MA, Zucchi EM, Calazans GJ, França-Junior I, Saletti Filho HC, Ayres JRCM, aceito para publicação, em 2015, no livro *Adolescência*, do Programa Estadual de Saúde do Adolescente da SES SP.

se com a necessidade concreta de empregar ações específicas para cada grupo e de combinar tecnologias de prevenção^{79,XXV}.

Atualmente, o Programa Nacional de DST Aids, assim como o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo empregam o conceito de vulnerabilidade, tanto para o apontamento de diretrizes, como para a proposição de estratégias. Desse modo, eles expressam propostas governamentais emblemáticas, com marcada influência dos movimentos sociais, e que refletem os rumos atuais do pensamento acadêmico sobre os temas.

Inicialmente desenvolvido a partir de publicação *A aids no mundo* - editada por Mann, Tarantola e Netter, nos Estados Unidos, em 1992, com produção pela Coalizão Global de Políticas contra a aids (que, mais tarde, originou a UNAIDS) -, o quadro da vulnerabilidade chegou ao Brasil em 1993, por tradução para o português. Em 1996, um segundo volume, *Aids in the World II*, passou a incorporar mais ativamente os direitos humanos. No Brasil, o quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos se desenvolveu de forma expressiva, com incorporação às políticas e práticas de saúde, possivelmente por uma combinação de fatores relacionados aos movimentos sociais, às áreas acadêmicas de saúde coletiva, epidemiologia e psicologia social no marco das perspectivas construcionistas, bem como pela influência de Paulo Freire para as práticas de educação⁸⁰.

Os direitos humanos podem ser tomados como um acordo prévio, um referencial positivo⁸⁰, que pode contribuir tanto para a ação dos profissionais de saúde, como também para a construção da resposta social, resultado esperado para as práticas de saúde que incorporem a vulnerabilidade⁴⁸. A consideração dos direitos humanos favorece um posicionamento dos envolvidos quanto ao quê fazer; isto é, apontam um “*horizonte normativo*” para os serviços e programas, que, ao integrarem a perspectiva do indivíduo, permitem um “*horizonte normativo-ético*”, combinando o “*projeto de felicidade*”⁸¹ dos sujeitos às finalidades dos serviços e programas de saúde⁸².

^{XXV} Departamento de Medicina Preventiva, NEPAIDS. Tribuna Aids. 2014.

Gruskin e Tarantola afirmam que a integração entre a saúde pública e os direitos humanos requer a observação de “*sinergias e conflitos de decisão entre saúde e direitos humanos e trabalhar em um sistema de transparência e responsabilização, de modo a alcançar o mais alto padrão de saúde possível*” (Gruskin e Tarantola, 2012, p.28)⁵⁷. Eles relatam como, nos anos 1990, conceituou-se uma abordagem para programas de desenvolvimento baseada nos direitos humanos, pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, em 1998, com destaques para temas de saúde, como a SSR, e também para grupos populacionais, como as mulheres, por exemplo. As Nações Unidas também propuseram revisões de programas de saúde pública com base em documento que foi chamado de *Entendimento Comum* sobre Direitos Humanos (Nações Unidas, 2003 apud Gruskin e Tarantola, 2012)⁵⁷. Para a abordagem dos direitos humanos na prática de saúde, os autores apontam que ambos os referenciais – direitos humanos e saúde pública – são necessários para o planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações. Nesse sentido, apresentam um quadro que relaciona, em um dos eixos, elementos considerados centrais para os direitos humanos: participação, atenção às populações mais vulneráveis, não discriminação e responsabilização⁵⁷.

Dentre os direitos humanos, incluem-se os direitos reprodutivos - que contam com reconhecimento em leis internacionais e no Brasil -, bem como um conjunto de normativas que visam à função instrumental de estabelecer tais direitos. Nos dias atuais, o conceito de direitos reprodutivos não se limita à proteção da reprodução, mas inclui os direitos individuais e sociais relativos ao exercício da sexualidade e da reprodução. Entretanto, os direitos sexuais, que nos documentos internacionais são incluídos nos direitos reprodutivos, ainda não têm reconhecimento na dimensão ideal. Ventura considera que isso se deve à dificuldade da sociedade em compartilhar moralidades referentes à sexualidade, implicando em cultura de silêncio em torno do que é considerado da vida privada, e em estigmas sobre os papéis masculino e feminino, com consequências negativas para a saúde de indivíduos e grupos. Por isso, a autora afirma ser importante trabalhar com os direitos sexuais não apenas na área da saúde ou a partir das normativas jurídicas, mas também lidar com sua dimensão política, relacionada ao exercício da cidadania plena (Ventura, 2001)⁵⁴.

É importante salientar que os direitos reprodutivos são direitos humanos fundamentais, visto que isso significa dizer que eles têm caráter histórico e social; isto é, atendem às necessidades de cada época e lugar, em constantes modificações. A forma de intervenção proposta pelos direitos humanos deve acontecer por meio de ações afirmativas, de modo que os direitos já consagrados possam se efetivar, e que os referentes a novas reivindicações possam ser acolhidos (Ventura, 2001)⁵⁴.

As principais bases internacionais para os direitos reprodutivos estão na *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, de 1948, e em documentos posteriores. A IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Nações Unidas, 1994)² e a IV Conferência Internacional sobre as Mulheres (Nações Unidas, 1995)³ avançam para uma concepção mais ampla dos direitos reprodutivos, incluindo os direitos sexuais, e pautam a saúde sexual e reprodutiva (Ventura, 2001)⁵⁴.

O Programa de Ação da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento representou um avanço ao incluir como sujeitos não apenas casais, mas também adolescentes, mulheres solteiras, homens e pessoas idosas (Ventura 2001)⁵⁴; e destaca como direitos humanos fundamentais:

Decidir livremente e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos;

Ter acesso à informação e aos meios para decidir e gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminações, coerções e violências.

(Ventura, 2001, p.17)⁵⁴.

Já, a Plataforma de Ação da IV Conferência Internacional sobre as Mulheres enfatiza a importância da garantia da autodeterminação, igualdade e segurança sexual e reprodutiva para as mulheres; considera o impacto da falta desses direitos para sua SSR; e recomenda, no plano jurídico-normativo, a revisão de legislações punitivas do aborto, considerado como problema de saúde pública (Ventura, 2001)⁵⁴.

Uma atividade de educação em SSR pode ser tomada, aqui, como um exemplo para a descrição da articulação entre a noção de vulnerabilidade e os direitos humanos e, particularmente, os direitos sexuais e reprodutivos, com vistas à revisão de práticas de saúde, que incorporem esse quadro para ações que favoreçam a mencionada

combinação entre o “*projeto de felicidade*” dos sujeitos e as finalidades dos serviços e programas de saúde⁸¹.

Trata-se da “caça aos direitos sexuais e reprodutivos”^{XXVI}. Para a atividade, é feita uma lista destes direitos, que são anotados em papéis e escondidos pelo coordenador do grupo no espaço em que se desenrolará a dinâmica, de modo que alguns fiquem mais fáceis (visíveis à altura dos olhos) e outros mais difíceis (embaixo de objetos, muito alto, longe do ponto de início da tarefa, entre outros obstáculos) de ser encontrados. Os participantes recebem a tarefa de procurar os direitos e, para tanto, podem escolher como proceder para empreender a busca (individualmente, ou em grupo, por exemplo). Após o tempo previsto, os participantes são reunidos e, depois de um levantamento de quais foram os direitos acessados e quais permaneceram ocultos e, portanto, inacessíveis, discutem-se os possíveis significados dessa situação, bem como o que pode ter favorecido ou dificultado a busca: incluindo características do contexto, dos indivíduos e dos grupos por eles formados, das estratégias empregadas, entre outras. O objetivo é favorecer a compreensão do caráter histórico e social dos direitos sexuais e reprodutivos e de que os modos de articulação das pessoas para a reivindicação desses direitos podem favorecer a sua construção, que é também política.

Além de uma atividade como a anteriormente descrita poder ser empreendida por um serviço de saúde para a educação em SSR, seja no espaço da unidade ou da comunidade, ela pode igualmente contribuir para a reflexão de que a própria implementação e o acesso a ações de SSR permitem o conhecimento de situações de vulnerabilidade e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos. Em outras palavras, a oferta de ações de SSR pode constituir um trabalho em saúde e em direitos humanos, e, desse modo, uma intervenção na realidade social.

^{XXVI} Atividade baseada em metodologia participativa, desenvolvida junto a grupos de jovens e de mulheres (Nasser, 2004).

3.3 As práticas de atenção à saúde como trabalho

No presente estudo, as práticas de atenção em saúde são compreendidas a partir do referencial teórico do trabalho em saúde^{83, 84, 85, 86, XXVII}.

Compreender as práticas em saúde por sua dimensão de trabalho permite entender suas ações enquanto intervenção técnica e política na realidade de saúde; e, portanto, intencionalmente realizadas, com vistas a produzir transformações. Assim, essas ações correspondem a processos de trabalho, cujo produto é a atenção organizada à saúde. Nessa operação, as necessidades sociais de saúde, de indivíduos e grupos, constituem o objeto que determina o trabalho, conduzido por agentes, saberes competentes e instrumentos específicos, com vistas a atender a finalidade de realizar aquelas necessidades que suscitaram o trabalho. Ou seja, *“as finalidades dos trabalhos são correspondentes à construção sociopolítica do modo social de viver; a produção através do trabalho é, portanto, uma expressão técnica da direção dessa construção”* (Nemes, 2000, p.49)⁸⁵. É importante ressaltar que, ao realizar o trabalho, o agente opera um saber; isto é, traduz um conhecimento em tecnologia, e, ao fazê-lo, ele (re)produz as necessidades, e pode reiterar ou criticar a finalidade do trabalho⁸⁵. Dito de outra forma, as finalidades, se entendidas enquanto objetivos dos serviços, dirigem as ofertas; sendo, desse modo, instauradoras de necessidades⁸⁴. As atividades de organização e avaliação podem atuar no direcionamento das tecnologias empregadas para o trabalho – produzindo, assim, modelos de atenção (re)produtores de necessidades e finalidades⁸⁵.

A ação programática em saúde^{XXVIII}, tomando por base a teoria do trabalho, poderia assemelhar-se ao planejamento; contudo, a primeira tem relação com a organização das práticas nos serviços e, por isso, principalmente com a dimensão técnica; enquanto a segunda tem ligação com a gestão e, portanto, com as políticas em

^{XXVII} A teoria do trabalho em saúde tem relação com os estudos sobre as ações programáticas em saúde, empreendidas nas décadas de 1980 e 1990, por pesquisadores ligados ao Departamento de Medicina Preventiva/FMUSP e ao Centro de Saúde Escola da FMUSP, sob a coordenação de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves.

^{XXVIII} A ação programática é aqui discutida por sua relação com a teoria do trabalho. Conforme mencionado na Introdução desta tese, a ação programática é uma das propostas em debate na APS paulista (Mota e Sharaiber, 2011)³⁸.

saúde⁸⁵. Entretanto, é essa relação entre organização e gestão, técnica e política, que pode permitir aos serviços a busca por concretizar (ou questionar) as propostas governamentais⁸⁷. É também nessa interface, bem como na mencionada autonomia dos agentes de trabalho de reiterar ou criticar a direcionalidade do trabalho, que têm lugar a realização de avaliações em saúde - como as propostas pelo presente estudo -, em que as práticas efetuadas pelos serviços de APS interessam para a discussão da implementação do programa em SSR.

O saber pode ser tomado como uma tecnologia, sendo importante que haja integração entre saberes clínicos e epidemiológicos, sob a gerência do segundo, considerado mais eficaz para favorecer a abordagem do plano coletivo, incluindo a possibilidade de procedimentos avaliativos (Mendes-Gonçalves, 1994):

A mais expressiva característica da Epidemiologia por contraste com a Clínica, no que diz respeito à racionalidade tecnológica do trabalho reside na capacidade da primeira de gerenciar a segunda, enquanto o inverso não é verdadeiro. Pode-se submeter os atos clínicos individuais a controles do tipo avaliação de eficácia e eficiência que dão parâmetros lógicos, no plano coletivo, para decidir como, quantos, onde, com quais características técnicas os atos clínicos serão cabíveis ou não. A esta possibilidade aplica-se aqui a noção de ‘integração sanitária’, e não à mera coexistência dos dois tipos de práticas em instituições únicas. (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 94)⁸⁶

Mendes-Gonçalves - ao tecer comentários sobre a compreensão de tecnologia empregada em pesquisa empreendida em centros de saúde da rede estadual paulista, para conhecer como os dois saberes supracitados estavam sendo operados na prática e, particularmente, verificar se poderia existir uma gerência epidemiológica e quais as tensões disso resultantes; ou, por outro lado, se haveria uma supremacia da clínica individual, com descaracterização da saúde pública - ensina que tecnologia é “*algo que se constitui dentro dos processos de trabalho, e só dentro deles, apontando ao mesmo tempo para dimensões técnicas e sociais*” (Mendes-Gonçalves, 1994, p.126)⁸⁶. Por isso, seu objeto é a tecnologia do processo de trabalho, que não está dada, mas depende de escolhas, socialmente articuladas no momento do trabalho, de técnicas e saberes. Essa consideração interessa para a perspectiva de avaliação orientada pela teoria do trabalho em saúde, que embasa a presente tese, de modo que a própria investigação possa se

tornar um meio ou uma tecnologia para o processo estudado (Mendes-Gonçalves, 1994)⁸⁶.

Observa-se que há uma contradição entre o que propõem a teoria do trabalho e as avaliações em saúde. A primeira, ao considerar a tecnologia em processo, isto é, reconhecer que as ações realizadas dependem de uma série de condições que interagem sobre o trabalho em ato; inclusive, sobre a finalidade pretendida para aquela ação pelo serviço ou programa de saúde. E as segundas, ao pressuporem a existência de uma norma para o programa, que é passível de deslocamento ou redefinição pela análise empírica do real (tal como ocorre, por exemplo, no presente estudo), mas que sempre avalia o que é feito por referência a uma projeção do que deveria ser feito. Até mesmo as avaliações que incorporam a teoria do trabalho em saúde como referencial, em busca de atuar no direcionamento das tecnologias empregadas para o trabalho, são incapazes de superar esse paradoxo, originado na própria natureza do trabalho e da avaliação; ainda que seja possível tratar dessa condição, seja por sua discussão, seja pelo estabelecimento de uma interface entre ambos - conforme se busca, aqui, por meio do modelo teórico da avaliação^{XXIX} de práticas de atenção à SSR na APS.

3.4 A integralidade

As práticas de saúde também podem ser analisadas a partir do referencial da integralidade.

Um dos princípios defendidos pelo movimento sanitário, e que, na Constituinte de 1988, foi apenas parcialmente reconhecido, e traduzido na lei 8080 pelo princípio da assistência integral, a integralidade continua, ainda hoje, representando um desafio para o sistema e é, portanto, tomada como sua “*imagem-objetivo*” - conforme as palavras de Mattos (2004)⁸⁸, autor que, dentre os sentidos da integralidade, destaca três. O primeiro faz referência às características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde - o que está em questão é a articulação de ações de alcance preventivo com as assistenciais, retomando o anseio pela integração médico-sanitária. O

^{XXIX} Este modelo será apresentado na parte referente aos resultados desta tese.

segundo refere-se à organização dos serviços de saúde, e também do sistema, particularmente quando se pensa em rede de serviços. O terceiro centra-se em atributos das práticas de saúde e, por isso, interessa mais aos objetivos do presente estudo:

[...] o que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente esta habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde (MATTOS, op. cit., p.1414)⁸⁸.

Ayres et al. (2006 apud Ayres 2009)⁸⁹ definem a integralidade por referência à teoria do trabalho em saúde - aqui já discutida - e à noção de Cuidado, a seguir brevemente apresentada:

A noção de Cuidado compreende que as ações de saúde não devem ser predefinidas ou limitadas pela busca do “*êxito técnico*”, mas requerem a construção do “*sucesso prático*”, que mobiliza e dá sentido ao “*encontro cuidador*”, no qual profissionais e usuários devem identificar e compartilhar “*os recursos necessários para se prevenir, tratar ou recuperar situações de saúde tidas como obstáculos aos projetos de felicidade das pessoas, comunidades ou grupos populacionais*” (Ayres, Paiva e Buchalla, 2012, p.15)⁸⁰.

A proposta de grafar o termo Cuidado com a letra inicial maiúscula diz respeito à abordagem de um quadro conceitual, que tem como característica buscar a reconstrução das práticas de saúde^{80,90}, sentido que o torna caro para a compreensão da integralidade, e também, que remete à necessidade de adoção de diferentes tecnologias para propiciar a interação entre sujeitos e alcançar novos horizontes. Destacam-se o dispositivo do acolhimento, o compromisso e o compartilhamento de responsabilidades, para o estabelecimento de relações que favoreçam a “*(re)construção da identidade*” dos sujeitos, por meio da intencionalidade de usuário e profissional orientada pelo projeto de felicidade de quem está sendo cuidado⁸¹.

Também é relevante apontar para a possibilidade de aplicação do conceito de Cuidado a coletivos humanos, entendendo-se a saúde e o adoecimento como individual e social, simultaneamente⁸¹. Acolhimento, responsabilidade e identidade se dão no plano individual e, também, coletivo: “*Não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento*

Cuidado de cada um de seus sujeitos” (Ayres, 2004, p.28)⁸¹.

A partir da definição acima exposta de Cuidado e do referencial da teoria do trabalho em saúde, retoma-se a discussão sobre a integralidade. Segundo Ayres e colaboradores, a integralidade pode ser entendida a partir de quatro eixos relacionados à organização da atenção à saúde; sendo eles: eixos das necessidades, das finalidades, das articulações e das interações.

As “*necessidades*” concernem ao acolhimento e às correspondentes respostas às demandas em saúde; enquanto as “*finalidades*” dizem respeito à relação entre medidas de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento de agravos e recuperação, bem como, à interação entre ações individuais e coletivas. Por sua vez, as “*articulações*” tratam da forma de atuação de equipes multiprofissionais, integração de saberes interdisciplinares e ações intersetoriais. Já, as “*interações*” abordam as possibilidades e estratégias para encontros intersubjetivos entre sujeitos envolvidos nas práticas voltadas a atendimentos individuais e coletivos, tomadas como fundamentais para que as propostas dos demais eixos aconteçam (AYRES et al., 2006 apud AYRES, 2009, p.14)⁸⁹.

Assim, relacionando o conceito de integralidade ao referencial do trabalho em saúde, pode-se dizer que a integralidade constitui um princípio fundamental para que as necessidades em saúde sejam trabalhadas com vistas a atingir as finalidades almejadas por um determinado serviço / programa, como também a comunhão dessa intencionalidade com os projetos do sujeito do Cuidado. Nesse sentido, ela pode ser compreendida, portanto, como direcionadora das práticas em saúde.

No presente estudo, a consideração da integralidade das práticas em SSR é pesquisada por meio do estabelecimento de relações entre as questões do *QualiAB* - que abordam a *promoção à SSR*, a *prevenção e assistência às DST/aids* e a *atenção à saúde reprodutiva*.

Já, para explicar o que se entende por promoção à saúde e prevenção de doenças, toma-se o quadro conceitual elaborado por Leavel e Clark, 1965, a partir da história natural das doenças. Com seu conceito, esses autores postulam a superação de distinções entre medicina e saúde pública e entre medidas curativas e preventivas⁸². Para Leavel e Clark, a prevenção deveria estar presente em todos os momentos da

intervenção em saúde, com a decorrente classificação em níveis de prevenção; a promoção, que constitui um componente do primeiro nível de prevenção (juntamente com as medidas de proteção específicas), deve ser desenvolvida em um período pré-patogênese, e não se dirige especificamente a um agravo, mas tem o objetivo de conferir bem-estar às pessoas. A prevenção denota focos específicos e se divide em níveis, de acordo com as fases de evolução das doenças, em primária, secundária e terciária, com objetivos, respectivamente, de evitar o adoecimento; realizar diagnóstico e tratamento precoce, limitando a invalidez; e reabilitar para a funcionalidade⁹¹.

Ainda que essa divisão tenha vantagens didáticas e boa aplicação para as doenças transmissíveis, como é o caso das DST e aids, ela apresenta algumas limitações, tendo como um exemplo relevante o enfoque da promoção centrado na transformação de comportamentos do indivíduo, com pequena extensão para suas famílias e grupos sociais - o que é pouco satisfatório, considerando-se que a atenção à SSR requer desde medidas de “empoderamento” dos indivíduos e participação social, até políticas públicas e reorganização do sistema de saúde; o que corresponde, segundo Sutherland e Fulton, 1992, a uma caracterização moderna da promoção à saúde⁹¹. Nesse sentido, as cartas das conferências de promoção à saúde trazem mudanças conceituais e políticas: a Carta de Bogotá representa um marco, ao incluir críticas à responsabilização do indivíduo por seu cuidado, e à não responsabilização do Estado. Na América Latina e no Brasil, verifica-se maior politização do conceito⁹².

A promoção à saúde pode ser entendida para além de um componente do primeiro nível de prevenção, como uma proposta política que busca intensificar as relações entre conhecimento técnico e científico e os valores de indivíduos e comunidades; como também, a capacidade progressiva em controlar o processo de saúde e doença, o sistema de saúde e a qualidade de vida⁸². A proposta de promoção à saúde pode ser potencializada pela incorporação do conceito de vulnerabilidade, e pela intensificação da interdisciplinaridade, intersetorialidade e participação social⁸², além de sua aplicação prática, com vistas à identificação de contextos de exposição a situações de risco, e também à proposição de alternativas para sua superação – notadamente, a adoção da perspectiva dos direitos humanos⁵⁷.

A assistência pode ser compreendida como parte das ações de prevenção, não só por seu papel de evitar as limitações destas ações, mas também por poder romper cadeias de transmissão - abordagem frequentemente verificada, hoje, em propostas como a da cascata epidemiológica e sua tradução para o continuum do cuidado⁹³. Para tanto, além do diagnóstico precoce, são atividades fundamentais o aconselhamento pós-teste, abrangendo orientações para evitar a transmissão, e o estabelecimento do tratamento adequado das DST na APS³⁴, incluindo recomendações sobre a importância da adesão, particularmente no caso de doenças crônicas, como a aids⁹⁴. A assistência, enquanto prática, também pode ser apreendida por seu caráter de cuidado individual e coletivo. Atualmente, no Brasil e no estado de São Paulo, considera-se que as unidades de APS têm como atribuição a oferta de tratamento para as DST. Em relação à aids e às hepatites, além dos casos de DST em que são verificadas complicações, preconiza-se, hoje, que o tratamento seja realizado em serviços de atenção especializada. Entretanto, existem debates sobre instituir o tratamento da aids como responsabilidade das unidades de APS^{xxx}.

No Brasil, a articulação de ações de caráter preventivo e curativo, voltadas a indivíduos e populações, está expressa na Constituição Federal Brasileira de 1988⁹⁵, e na lei 8080 de 1990⁹⁶, que fundam o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual pode ser compreendido como política pública de saúde e forma de organização da rede assistencial. O SUS expressa as propostas defendidas pelo movimento de reforma sanitária^{61,97,98}, que foram reconhecidas pela sociedade e pelos legisladores da época, com destaque para os princípios ético-normativos de universalidade, assistência integral, igualdade/equidade e participação da comunidade. Além disso, o SUS pressupõe princípios organizativos, como a descentralização com sentido único, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços, e, por fim, a integração de ações^{99,100,101}.

^{xxx} Para a presente avaliação, em conformidade com as propostas para o estado de SP, considerou-se destacar ações e atividades que visam ao tratamento das DST nas unidades de APS, bem como seu papel no apoio aos pacientes com aids e DST complicadas, além das interações com os demais níveis do sistema de saúde.

3.5 A atenção primária, o sistema e as redes de saúde

Enquanto a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo tomada, no mundo todo, como estratégia para a conquista de níveis mínimos de saúde para as populações - desde a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde e a Declaração de Alma Ata (1978) -; no Brasil, por sua vez, ela assume algumas características próprias que remontam ao movimento de reforma sanitária: como, por exemplo, a sua consideração como estratégica para a inclusão dos princípios de universalidade e atenção integral; além de seu papel na porta de entrada e na organização do sistema - o que vem sendo ressaltado mais contemporaneamente no Pacto pela Saúde, e especificamente no Pacto pela Vida¹⁰⁰, documentos que permitem caracterizar a APS brasileira como abrangente⁹⁹.

A APS pode ser interpretada, segundo Paim (2006, p. 50-51)¹⁰², sob três perspectivas: a) como a “*atenção primitiva à saúde*”, conforme compreendida por Testa, 1992, podendo ser traduzida como a noção de “*cesta básica de saúde*”; b) como uma “atenção primeira e básica”, e de primeiro nível, com integração complexa de saberes e práticas, segundo proposição de Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996); e c) como um componente estratégico da proposta de saúde para todos, para os anos 2000, defendido pela Organização Panamericana de Saúde (1990).

A expressão “atenção básica” (AB) tem sido usada frequentemente pelo Ministério da Saúde do Brasil, e também por estados e municípios, com a ideia de evitar a confusão com o termo “atenção primitiva à saúde”, conforme mencionado acima, como primeira perspectiva¹⁰². A definição de AB, expressa na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012, aproxima-se da segunda noção:

A atenção básica caracteriza-se por um 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, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. [...] Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior

frequência e relevância em seu território. [...] Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

(PNAB, 2012, p.19, anexo A - Disposições gerais: 1 dos princípios e diretrizes gerais da atenção básica)²⁸.

Recentemente, o termo APS voltou a constar do discurso oficial governamental, como se verifica na PNAB 2012:

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento (PNAB, 2012, p.22, anexo A - Disposições gerais: diretriz V) ²⁸.

Dessa forma, pode-se perceber que quando as propostas do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES SP), e também do instrumento *QualiAB*³⁹ falam em AB ou APS, aproximam-se muito do segundo sentido, acima descrito, de atenção primária à saúde - o que favorece a apreensão desses serviços a partir do referencial do trabalho em saúde, que é empregado no presente estudo, adotando-se, por isso, preferencialmente o termo APS.

É importante também assinalar que, desde 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo ressaltada como modelo capaz de melhor favorecer a organização do SUS a partir da APS - o que, em alguns casos, levou a interpretações de que este seria o único modelo recomendável, ou que levaria a bons resultados. Sua característica de APS abrangente e, acima de tudo, sua adoção como estratégia de implantação e consolidação da APS por meio de políticas de indução, podem estar relacionadas a melhores avaliações⁹⁹. Recentemente, há reconhecimento da realidade nacional, em que a APS não é composta apenas por ESF, havendo a necessidade de qualificação de gerentes e equipes de toda a rede SUS¹⁰³. A PNAB 2012 salienta a ESF, mas também considera as “outras estratégias de organização da atenção básica”:

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais e regionais. (PNAB, 2012, p.23, anexo A - Disposições gerais: diretriz V)²⁸.

No estado de SP, particularmente pelas características locais e regionais, socioeconômicas e pelo histórico de implantação da rede de serviços primários, que determinou a heterogeneidade de arranjos, a citada consideração é de particular relevância³⁹.

A saúde coletiva vem sendo marcada por debates acerca de como atingir na prática esses valores da APS, conforme afirmam Castanheira et al. (2011)³⁹, que destacam as seguintes proposições: o acolhimento (Gomes e Pinheiro, 2005), a clínica ampliada (Campos, 2005), a vigilância em saúde (Paim, 2003), e as ações programáticas (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000; Nemes, 2000). Ainda assim, persistem desafios, quando se considera a perspectiva de integrar o coletivo no cuidado individual em saúde (Ayres, 2009), ou a busca da integralidade em saúde, tomada, por isso mesmo, como imagem-objetivo do sistema (Mattos, 2004). O estado de SP, como mencionado foi sede de debates em torno de proposições para a APS, a partir de modelos de saúde pública (Mota e Schraiber, 2011).

É exatamente a consideração deste conjunto de políticas, proposições, experiências e discussões, que permite a condução de avaliações, assim como traz possibilidades para o seu emprego, como é o caso da Avaliação da qualidade da Atenção Básica em municípios do Estado de São Paulo - *QualiAB*:

A existência desse conjunto discursivo claramente atua como arcabouço geral – ético e normativo – que aponta a direção e o projeto do SUS para a atenção básica. Ainda que muitas carências do “como fazer” persistam, esse ideário permite a identificação de valores e diretrizes, condição fundamental para o estabelecimento de avaliações, bem como para sua adoção como instrumentos de gestão que favoreçam a própria consolidação e melhoria do sistema e dos serviços³⁹.

Uma mudança recente, e não isenta de tensões - que traz influências para a APS e diz respeito ao incremento da regionalização, com as ações em saúde sob a responsabilidade direta dos municípios -, é a tendência de formação de redes regionais^{XXXI} para a gestão do sistema^{104,46,105,106,107} em respeito à diretriz organizacional do SUS de descentralização com direção única⁹⁶, e em adesão à Norma Operacional Básica de 1996 e ao pacto de gestão^{101,100}. Dessa forma, os municípios adquiriram o papel de executores e gerentes dos sistemas locais, e os estados, de apoiadores técnicos e gestores. Vale destacar que a tendência de regionalização e a municipalização da atenção à saúde importam para que a APS seja considerada estratégica para a oferta de ações relativas à SSR.

Em relação às redes, outra tendência é a constituição de redes temáticas com base em linhas de produção de cuidado. É o caso de redes estabelecidas, como a Rede Cegonha (de proposição federal), que se volta à atenção materno-infantil – sendo alvo de críticas pelo movimento feminista, devido à redução e ao nome descontextualizado –, e da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera²³, que tem o pré-natal e o atendimento ao puerpério na APS como um dos pontos da rede. Existem também propostas novas, como a Linha de Cuidado em HIV/aids^{XXXII}, a partir da resolução de janeiro de 2015, e

^{XXXI} Redes regionais são organizações de regiões sanitárias – definidas como uma área geográfica com características epidemiológicas e de necessidades de saúde específicas, bem como com os recursos de saúde ali disponíveis - com o objetivo de promover articulações e buscar complementar os recursos de cada uma das partes (Lavras, 2011)¹⁰⁶.

Portaria do Ministério da Saúde define as redes de atenção à saúde como:

“A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizacionais de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (portaria MS/ GM 4279, de 30 de dezembro de 2010)” (Ferreira et al., 2011)⁴⁶.

Nessa definição há uma aproximação à integralidade no cuidado de problemáticas de saúde. Uma forma de o nível federal e também os estados estimularem as redes é por meio da proposição de redes temáticas regionais, isto é, que se organizam a partir de uma condição ou necessidade específica.

As linhas de produção de cuidado correspondem à organização de atenção para temas prioritários, com direcionalidade a partir da APS. No estado de SP, as linhas de cuidado vêm sendo discutidas. Segundo Ferreira et al., 2011⁴⁶, devem ser sistematizadas e fomentadas pelo fortalecimento da atenção básica, incluindo propostas como o apoio, o monitoramento e os agentes Articuladores da Atenção Básica, em política da SES SP de 2009.

^{XXXII} A Linha de Cuidado de HIV/aids poderá receber contribuições do projeto Qualificação da rede ambulatorial do SUS de prevenção, diagnóstico e assistência em HIV/aids no estado de SP (Qualirede HIV), que contou com a participação do Programa Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais de SP.

ainda a ser implantada. Essa linha de cuidado visa à identificação e ao fortalecimento dos pontos da rede para a prevenção do HIV/aids, diagnóstico, e tratamento, em que a APS constitui um dos pontos.

PARTE II

4. O CAMINHO DA PESQUISA E A CONSTRUÇÃO DA AVALIAÇÃO

4.1 Sobre a avaliação realizada no estudo

A área de avaliação de programas, serviços e tecnologias, como campo produtor de saberes e práticas, vivência de forma evidente e aguda as dificuldades a serem enfrentadas por aqueles que buscam produzi-la, na identificação das condições necessárias para a construção do conhecimento, produto de natureza abstrata, e daqueles que organizam a sua transformação em práticas, sempre concretas (Novaes, 2000, p.547)⁵³.

Este estudo é uma avaliação em saúde, desenhada para conhecer e julgar as práticas de SSR desenvolvidas em serviços de APS no estado de SP.

Com base tanto nas características metodológicas, como na história de seus principais atores, Novaes (2000)⁵³ propõe agrupar as avaliações em saúde em três grandes vertentes: avaliação de tecnologias (quando a avaliação tem como foco principal um conjunto de tecnologias); de serviços (quando o foco principal é a prática dos profissionais nos serviços); de programas (quando o foco principal é a implantação de normas e a implementação de processos em um conjunto de serviços de saúde e/ou o impacto destes programas para a saúde da população). A imagem que sintetiza esse entendimento é a de uma lente que observa a paisagem geral (o programa) e, progressivamente, tem seu *zoom* aumentado para as partes que a compõem (os serviços) e para as técnicas utilizadas nestas partes (as tecnologias).

Do ponto de vista das características metodológicas, o estudo é uma avaliação de serviços, uma vez que o foco do julgamento está em processo conduzido por profissionais, no interior de práticas institucionalizadas de atenção à saúde. Não se trata, contudo, das dimensões técnicas ‘mais internas’ do processo de trabalho de cada

profissional (como as tradicionalmente tratadas no campo da qualidade do trabalho médico - *quality care*), e sim, das dimensões técnicas ‘mais externas’, as da organização dos processos, próximas, assim, das avaliações de “qualidade organizacional”. Por outro lado, os serviços analisados constituem um conjunto muito heterogêneo, em termos de porte, complexidade e arranjos organizativos institucionais. Tal conjunto está sujeito, contudo, a um plano ético-normativo, cujas finalidades compõem um objeto populacional; sendo estas dirigidas para impactos em populações (como, por exemplo, a diminuição da incidência da aids, ou da mortalidade neonatal). Assim, o foco avaliado pode também ser entendido como um programa. Por isso, preferiu-se denominar o foco avaliativo central, como implementação, e os indicadores construídos, como desempenho; ambos os termos utilizados com mais frequência em avaliações de programas e/ou de sistemas.

Novaes (2000)⁵³ aponta que as avaliações podem ainda ser entendidas segundo seu principal objetivo. Assim sendo, a pesquisa avaliativa julga e produz conhecimento sobre uma prática de saúde; a avaliação para a decisão está voltada para a incorporação de tecnologias; e a avaliação para a gestão, destinada ao aperfeiçoamento das práticas existentes. Todas estas classificações servem, sobretudo, para o entendimento das práticas avaliativas e, evidentemente, pressupõem a possibilidade de existência de intersecções.

Este estudo tem, nesse sentido, objetivos que permitem entendê-lo como uma pesquisa avaliativa: o ineditismo, sobretudo, da consideração da SSR como objeto da atenção em serviços de APS, exigiu uma abordagem teórica, que possibilitou a formulação de uma hipótese. Além disso, como é próprio das pesquisas avaliativas, o estudo procurou possíveis explicações para o julgamento efetuado. Complementarmente, a avaliação desenvolvida pode vir a atender a objetivos mais instrumentais, uma vez que empregou o questionário *QualiAB*, originalmente destinado a apoiar a gestão no estado de SP e, também, porque a partir da discussão dos resultados favoreceu a elaboração de algumas recomendações que, eventualmente, podem interessar ao programa de SSR na APS paulista.

4.2 O Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica - QualiAB

Para o desenvolvimento dessa avaliação, utilizou-se como fonte principal para a produção de dados o *Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica - QualiAB*^{xxxiii}, descrito a seguir:

O *QualiAB* tem por base, para sua elaboração e desenvolvimento, a teoria do trabalho em saúde e seus desdobramentos para as avaliações em saúde, em particular para serviços de atenção primária¹⁰⁸. Ele remonta a outro questionário para autoavaliação de serviços, o *Qualiaids*, devido à adoção de estrutura avaliativa semelhante.

Instrumento metodológico do presente estudo e fonte para a produção de dados, o *QualiAB* é um questionário estruturado e autoaplicável, construído a partir de pesquisa avaliativa realizada no estado de São Paulo, em 2007, com recursos da linha de fomento PPSUS¹⁰⁹. Esta pesquisa, inicialmente aplicada apenas no município de Bauru, foi posteriormente expandida para os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Bauru, Registro e Sorocaba, a partir de metodologias que incluíram entrevistas com integrantes da Secretaria Municipal de Saúde e grupos focais com trabalhadores, gerentes e usuários. O *QualiAB* foi validado por discussão com grupo de especialistas, e por avaliação da consistência interna (α de Cronbach e análise fatorial) e avaliação do poder de discriminação em relação ao universo estudado (Análise de Componente Principal), utilizando-se o programa SPSS, versão 14.0.

O questionário resultante é composto de 85 questões: sendo 20 descritivas (caracterizando os serviços), 65 pontuadas (gerando indicadores de qualidade), e divididas em: I) identificação e características gerais do serviço; II) registro de dados e informações em saúde; III) organização da atenção à saúde (com subdivisão por perfil geral de atividades, recepção, acompanhamento de rotina, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde bucal); IV) perfil das atividades; e V) características do

^{xxxiii} O questionário *QualiAB* pode ser conhecido no anexo *QualiAB*.

processo gerencial. As questões pontuadas têm uma escala de padrão 0, 1 e 2, sendo 0 padrão insuficiente; 1 padrão aceitável e 2 melhor padrão esperado.

O *QualiAB* “tem como foco avaliativo a organização do trabalho como forma de aproximar-se do modo como as ações assistenciais são gerenciadas e diretamente operadas na atenção aos usuários, dentro dos limites permitidos por um instrumento estruturado” (Castanheira et al., 2011)³⁹. Para isso, ele busca conciliar a quantificação de elementos que indicam o êxito técnico e as características do trabalho, que podem auxiliar os sujeitos envolvidos na superação de dificuldades³⁹. É essa proposta que permite supor que, concluída a presente avaliação, será possível obter não apenas um diagnóstico da situação atual relativa à implementação do programa de SSR em ações dos serviços de APS, mas também subsídios para o propiciamento do mesmo.

Em 2010, após aprovação em comissão bipartite, o referido questionário foi tomado como um instrumento de apoio à gestão da saúde no estado de São Paulo. Ele foi respondido, via web, em 586 Municípios (dos 645 existentes; contabilizando, assim, 90,8% do total do estado), por 2735 unidades (dentre as 2844 cadastradas pelos 586 municípios, 95% responderam), e 61 das 64 Regiões de Saúde do estado contaram com ao menos um serviço. Com essa cobertura, pode-se considerar que houve, portanto, grande adesão ao instrumento - o que constitui base fundamental para uma avaliação.

Além de estruturado e validado, o *QualiAB* vem sendo considerado de boa capacidade para avaliação da APS (Castanheira et al., 2011). Uma de suas características, que favorece essa potencialidade, é a de permitir a avaliação de UBS organizadas segundo diferentes arranjos do trabalho e em diferentes realidades locorregionais; sendo, portanto, adequado à realidade paulista. Trata-se de um questionário com grande sensibilidade - particularmente relacionada aos princípios da APS, às ações prioritárias e à forma de atuação dos profissionais -, mas em que a especificidade tem limites, uma vez que destina-se a estabelecer avaliações aplicáveis a todas as unidades de APS do estado de SP. Essa condição exige que a abordagem avaliativa abstraia a maioria das características específicas locais, operando o julgamento mediante padrões válidos para todos os contextos¹¹⁰.

Avaliar a organização do processo de trabalho simultaneamente em muitos serviços com diferentes modelos assistenciais exigiu a utilização de um instrumento fechado que pudesse ser homogeneamente respondido. Dada a diversidade estrutural dos serviços, o instrumento aborda dimensões estratégicas do trabalho: as condições objetivas necessárias para a implementação das finalidades éticas e técnicas da Atenção Básica (Castanheira et al., 2011)³⁹.

Essa importante característica presente no *QualiAB* traz a chance de que as UBS respondam em apenas um formulário questões sobre as diferentes atuações que se esperam delas. É justamente nesta particularidade que reside a possibilidade de se empregar o *QualiAB* como fonte para a produção de dados relativos a uma parte das atribuições da APS: a SSR.

Vale dizer que quando se propõe endereçar a análise para secções do *QualiAB*, a ideia subjacente é a organização de agrupamentos de questões para a avaliação, não requerendo a formação de blocos rígidos para a resposta dos serviços participantes, tampouco impedindo que algumas questões ora integrem um componente, ora outros. Existem, por exemplo, interfaces muito grandes entre questões da SSR e áreas como a saúde da mulher, que, entretanto, não apresentam exclusividade ou identidade total. Disso decorre a flexibilidade para a composição de dimensões, de acordo com o foco da avaliação.

Além disso, informações do próprio questionário *QualiAB*^{xxxiv}, que não dizem respeito à temática SSR, também foram utilizadas para permitir caracterização dos serviços, quanto ao tipo de organização do trabalho da unidade, localização, forma de adscrição da clientela, e uso de dados de produção e epidemiológicos.

^{xxxiv} Essas informações do *QualiAB*, juntamente com outras provenientes de fontes complementares de dados, descritas no próximo tópico, compõem variáveis independentes que contribuíram para a análise das ações de SSR desenvolvidas pelos serviços de APS estudados. Tais variáveis independentes são apresentadas no quadro 2.

4.3 Fontes complementares de dados

As demais fontes empregadas dizem respeito aos municípios e às divisões regionais da saúde, adotadas no estado de São Paulo – Comissão Intergestora Regional (CIR), Gerências de Vigilância Epidemiológica (GVE), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), e Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) –, no que tange à composição de cada uma delas e às características socioeconômicas e do sistema de saúde locorregional. Essas informações são provenientes dos sites do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, o Departamento de Informática do SUS - DATASUS e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, entre outros.

Foram ainda empregadas fontes relativas aos dados sobre os Programas Nacional e Estadual de SP de DST/Aids e Hepatites Virais, com o intuito de proceder à análise das possíveis influências de equipamentos desses programas para o desempenho em SSR dos serviços de APS estudados.

Assim sendo, utilizou-se a avaliação *Qualiaids*^{xxxv} para o estado de São Paulo no ano de 2010, como fonte de dados secundários para o presente estudo, visando identificar a relação entre a abordagem das DST/aids na APS e no nível secundário. Foram então aqui utilizados dados do cadastro e de desempenho de serviços avaliados no Qualiaids 2010, para os quais adotou-se a denominação de serviços de assistência especializada às DST/aids (SAE)^{xxxvi} do estado de São Paulo.

Em 2010, a avaliação conduzida classificou os serviços em 5 diferentes grupos de qualidade; sendo o primeiro, o de melhor, e o quinto, o de pior desempenho, respectivamente. Assim, utilizaram-se, no presente estudo, os dados do grupo de melhor

^{xxxv} O *Qualiaids* é um instrumento de avaliação construído a partir de pesquisa avaliativa conduzida pela linha de pesquisa *Avaliação de serviços e programas de saúde*. Ele foi desenvolvido para ser respondido na web pelo gerente técnico e pela equipe responsável pela assistência a pacientes de HIV/aids nos serviços do SUS.

^{xxxvi} Sabe-se que nem todos os serviços que atendem HIV/aids tem o perfil tecnológico e a equipe mínima que caracterizam a rigor um SAE, entretanto optou-se por essa denominação para marcar a diferença entre o nível primário e o secundário.

desempenho, considerando que eles seriam os mais capazes de ter influência positiva sobre o desempenho em ações de SSR dos serviços de APS em saúde.

Além disso, apreenderam-se informações sobre os municípios que receberam financiamento federal a partir da Política de Financiamento das ações em HIV/aids e outras DST no ano de 2010, conhecida como Plano de Ações e Metas (PAM) - contabilizando 145 municípios no estado de São Paulo -; visto que o presente estudo buscava verificar se existem diferenças no desempenho entre os serviços localizados nos municípios que recebem, ou não, o referido incentivo, e se houve também diferença para as regiões em que esses municípios estão localizados.

Ainda integrando o Programa Estadual de SP de DST, Aids e Hepatites Virais, considerou-se para o estudo a relação entre a existência no município (e nas regiões em que se localizam), em 2010, dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e dos serviços de APS avaliados, com a intenção de verificar sua influência no desempenho em SSR.

Os dados complementares constituem, assim, características, ou variáveis independentes para análise de possíveis relações com o desempenho em SSR dos serviços paulistas de APS participantes da avaliação *QualiAB*, em 2010; e podem ser conhecidos no Quadro 2.

Quadro 2 - Características para análise dos serviços de atenção primária à saúde (APS) participantes da avaliação *QualiAB*, SP, 2010

Variáveis independentes	Detalhamento
Características dos serviços de APS FONTE: QualiAB 2010	Tipo por autoclassificação Tipo de acordo com categorias profissionais Forma de delimitação da área de abrangência Utilização de dados de produção para organização do trabalho Utilização de dados epidemiológicos para planejamento das ações
Localização e pertencimento às regiões e redes de organização do sistema de saúde no estado de SP FONTE: QualiAB 2010 e site SES SP	Zona de localização geográfica Departamentos Regionais de Saúde (DRS) Comissão Intergestora Regional (CIR) Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE) Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS)
Relação com Componentes dos Programas Nacional e Estadual de SP de DST, Aids e Hepatites Virais FONTE QualiAids 2010, cadastro de CTA estado de SP e Programa Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais	Serviço de Atenção Especializada à DST/aids, no município, na CIR e no GVE de localização do serviço de APS, segundo grupo de qualidade na avaliação QualiAids (dados de 2010) Centro de Testagem e Aconselhamento no município de localização do serviço de APS (dados de 2010) Recebimento de recursos da Política de Financiamento das Ações em HIV/aids e outras DST. 2010
Indicadores sócio demográficos, de recursos e acesso à saúde FONTE: QualiAB 2010, Censo 2010 e DATASUS e site SES SP	Número de habitantes do município em que o serviço de APS está localizado, em 2010 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, em 2010 Piso de Atenção Básica fixo do município, em 2010 População com acesso a saúde suplementar, em 2010

FONTE: a autora, a partir das fontes citadas

4.4 Desenvolvimento da avaliação

O desenvolvimento da avaliação dos serviços de APS em SSR foi realizado a partir de dois procedimentos: a eleição e a categorização de questões do *QualiAB* para estudo da temática SSR; e o estudo das práticas de atenção à SSR, com base nas respostas dos serviços às questões do *QualiAB* escolhidas para a temática.

4.4.1 A eleição e a categorização das questões do *QualiAB* para o estudo da temática SSR

Para o estudo da temática SSR a partir do *QualiAB*, adotou-se como critério a seleção de questões que se relacionam ao objeto SSR, considerando os focos de *promoção à SSR, prevenção e assistência às DST/aids, e atenção à saúde reprodutiva*.

A identificação, eleição e posterior categorização de tais questões foram oportunizadas pelo conhecimento detalhado do instrumento, a adoção de referenciais conceituais e bibliográficos tomados como orientação sobre o tema, além da experiência prévia da autora do estudo com o tema.

4.4.1.1 Os itens selecionados e a constituição dos indicadores

O questionário *QualiAB* original tem cinco divisões, sendo que as partes que concentram a abordagem da temática de SSR são as III e IV, embora as demais contenham algumas questões igualmente consideradas para análise.

Ainda que em algumas questões o tema SSR seja predominante - como é o caso das questões sobre dispensação de preservativos (Q64^{xxxvii}), tratamento de sífilis na gestação (Q42), entre outras -, foi logo possível notar que, muitas vezes, a temática era abordada apenas parcialmente na questão. Como exemplo, pode-se citar a Q59, sobre medicamentos disponíveis na unidade, em que apenas a alternativa Q59.4 concerne ao tema SSR: “*entre os medicamentos disponíveis constam os utilizados no tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST)*”. Outro exemplo é a questão 19, sobre ações de educação em saúde realizadas na comunidade, em que os itens 1, 2, 4, 13 e 14 foram

^{xxxvii} Numerações referentes ao questionário original QualiAB versão 2010, em anexo.

escolhidos por terem relação com a temática, dentre um total de 19 itens da questão. Esses exemplos expressam, portanto, a necessidade de selecionar partes das questões do *QualiAB*, para a avaliação das ações de SSR realizadas na APS.

Dessa forma, construíram-se paulatinamente novos indicadores, que guardam sua origem no *QualiAB*, mas não mais permitem a avaliação baseada na pontuação proposta no instrumento original. Para possibilitar a avaliação das práticas em SSR, cada alternativa foi tomada como uma ação a ser desempenhada, ou não, pelo serviço. Por esse motivo, tornou-se fundamental trabalhar apenas com itens positivos. Isto é, não foram incluídas alternativas como, por exemplo, as do tipo “*a unidade não realiza o pré-natal*” (que compõem o *QualiAB* original, em todas as questões sobre o pré-natal), para evitar a falta de respostas pelo serviço.

O *QualiAB* tem como uma de suas características o propósito de fornecer avaliações válidas para serviços de APS organizados de acordo com diferentes arranjos; por isso, conforme já mencionado, ele cobre grande gama de atividades que são de atribuição da APS, de modo sensível, embora pouco específico. Ainda que essa seja a razão que possibilita destacar partes do *QualiAB* para a obtenção de uma avaliação sobre SSR, é também aí que reside um limite nele encontrado; visto que, em algumas questões, itens sobre o tema SSR são exemplos das práticas interrogadas – como é o caso da questão 6.1, em que apenas se poderia inferir que práticas de atenção à SSR estavam dentre as avaliadas, já que ela aborda campanhas de educação em saúde, que têm como enfoque o tema DST/aids, mas também hipertensão arterial, diabetes mellitus, raiva, entre outras.

O questionário propõe uma avaliação de serviços de APS, com base na análise de processos, e foi construído tomando por referência a teoria do trabalho em saúde^{39,43,108}, conforme se verifica pelo fato de a maior parte das questões indagar sobre atividades, fluxos, agentes de trabalho e aspectos organizacionais e gerenciais. Isso contribui sobremaneira para permitir a realização de uma avaliação relativa às ações de SSR desenvolvidas na APS, gerando informações sobre o desempenho dos serviços.

Entretanto, ainda que a avaliação baseada nas atividades desempenhadas por agentes de trabalho seja adequada ao referencial, observa-se que ela não se distribui

igualmente entre todas as profissões, recaindo, preferencialmente, sobre os profissionais não médicos (certamente, na busca de identificar a multiprofissionalidade) e os agentes comunitários de saúde (talvez, por estes comporem uma categoria que caracteriza alguns arranjos organizacionais dos serviços, como unidade de saúde da família, ou unidade com a presença de programa de agente comunitário de saúde - PACS). Embora o trabalho em equipe multiprofissional e multidisciplinar contribua para a realização de ações de saúde centradas no usuário¹¹¹, verifica-se que tal característica do *QualiAB* representa um dilema para a seleção dos indicadores, ao poder implicar na sobreposição de questões que abordem exatamente a mesma atividade; sem contar que nem todas as unidades dispõem de alguns dos profissionais destacados, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde (ACS) e assistentes sociais.

Optou-se, então, por apenas incluir as questões específicas sobre atividades desempenhadas por cada categoria profissional, quando o seu conteúdo não estava contemplado em nenhuma outra questão. No que se refere às categorias profissionais não uniformemente distribuídas em todos os serviços - como é o caso dos agentes comunitários, que constituem um contingente expressivo e um marcador de formas específicas de arranjos organizacionais, embora podendo gerar limites para a análise - optou-se por excluir as questões que versavam sobre as atividades do ACS. No caso dos assistentes sociais, considerou-se ser melhor excluir as questões a eles especificamente referidas, pois como nem todas as unidades contam com tais profissionais em seus quadros, seria um modo de evitar uma avaliação injusta dessas unidades.

Em relação às ações de SSR, particularmente as direcionadas à *atenção à saúde reprodutiva*, além de algumas de *prevenção e assistência às DST/aids*, uma particularidade do *QualiAB* consiste em sua exploração mais aprofundada desses conteúdos, possivelmente por referirem a práticas que podem ser consideradas tradicionais para a APS. Em alguns casos, trata-se de um detalhamento, como a enumeração de exames solicitados no pré-natal; em outros, de interrogar quais são os profissionais responsáveis por ações como a palpação de mamas - o que significaria ampliação do acesso e investimento na potencialidade da equipe multiprofissional -; e, em outros casos, ainda, concerne às diferentes possibilidades de adequação do agendamento de atividade de puerpério, enquanto expressão da responsabilidade pela

saúde da usuária. De certo modo, os itens mencionados forneceriam avaliações mais específicas; entretanto, com a “abertura” do questionário, se cada um deles recebesse o mesmo peso das alternativas dos demais campos, e se o total de ações fosse considerado como denominador do que deveria ser cumprido, haveria o risco de maior exigência para se poder considerar o desempenho em saúde reprodutiva como adequado.

Nesses casos, quando todos os itens são necessários e complementares para que se considere uma prática adequada, utilizaram-se conjuntos compostos por somatórias (“e”). Já, quando as questões trazem ações que poderiam ser consideradas adequadas, enquanto diferentes possibilidades de boa prática - em que uma substitui a outra, sem possibilidade de atribuir maior valoração a uma ou outra -, utilizaram-se conjuntos formados por alternativas (“ou”). Na primeira situação, dos conjuntos por somatórias, é preciso que a unidade realize todas as práticas nela previstas, para que lhe seja atribuído o valor 1. Nos conjuntos formados por alternativas, apenas a realização de uma das práticas já confere o valor 1; e se a unidade tiver assinalado mais de uma alternativa, o valor máximo atribuído seguirá sendo 1.

No caso dos exames solicitados durante a gestação, como no enunciado da Q40 - *“Os exames solicitados de rotina para TODAS as gestantes são”* -, construiu-se um conjunto apenas com os exames considerados básicos ou imprescindíveis nessa fase - incluindo hemograma completo ou eritrograma (alternativamente) e a somatória de urocultura, urina I, VDRL, FTA-Abs, tipagem sanguínea, sorologia para HIV, sorologia para toxoplasmose, sorologia para hepatite B, glicemia, ultrassom obstétrico, pesquisa de estreptococo beta-hemolítico, Papanicolaou. Para a unidade apresentar desempenho adequado, é preciso que tenha cumprido os exames previstos no citado conjunto. Por sua vez, não foram considerados para essa avaliação os exames que não eram prioritários, não determinavam alguma conduta durante a gestação, nem eram prescritos a todas as gestantes, mas apenas àquelas com algum fator de risco.

A atenção ao puerpério, com consultas de pós-parto imediato e tardio, também incluiu diferentes formas de oferta/realização (na maternidade, na UBS ou no domicílio, no caso do puerpério precoce) e agendamento (tanto no caso da consulta de pós-parto imediato, como tardio). Ainda que as alternativas possam sugerir diferentes possibilidades e graus de integração do nível primário e secundário, bem como maior ou

menor grau de planejamento, não é possível atribuir maior valoração a uma ou outra prática. É provável, por exemplo, que a unidade que agende consultas de puerpério ainda no pré-natal tenha uma organização considerável; mas também é possível que se trate de uma unidade dotada de cobertura plena da área por agentes comunitários, e que opte por agendamento durante visita domiciliar, como modo de favorecer o comparecimento à consulta: seja pelo aviso próximo à data, para evitar o esquecimento; seja pela oportunidade de vínculo. Por isso, foram compostos dois conjuntos: um, para consultas de pós-parto imediato, abrangendo as questões Q44.1, Q44.2, Q44.3, Q44.4, Q44.5, alternativamente; e outro, para as consultas de pós-parto tardio, considerando as questões Q45.1, Q45.3, Q45.4, alternativamente.

No caso do exame de mama, compôs-se um conjunto em que os itens sobre a palpação por cada profissional são considerados alternativamente. Isto é: Q36.1, ou Q36.2, ou Q36.3, ou Q36.4 (exame por ginecologista, enfermeira, médico de saúde da família, ou todos os médicos da unidade, respectivamente). A Q36.5, que versa sobre o critério de realização do exame (quando há queixa da paciente, correspondendo à orientação de *breast awareness*^{xxxviii}), foi considerada separadamente.

No caso da coleta de Papanicolaou, as questões Q33.1, Q33.2, Q33.3 - correspondentes à coleta por médico, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem, respectivamente - foram consideradas alternativamente para a composição de um conjunto^{xxxix}. As questões Q34.4 e Q34.5, que abordam o critério de coleta do Papanicolaou (oferta para mulheres entre 25 e 59 anos, e a periodicidade trienal para mulheres com dois exames anteriores normais), compõem outro conjunto, que requer somatória. Quanto às oportunidades de oferta do exame dentro da rotina da unidade, as duas práticas consideradas mais favoráveis à universalidade e à integralidade – oferta

^{xxxviii} O Instituto Nacional do Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde recomendam como um dos critérios para exame físico da mama a queixa ou percepção de alterações por parte da mulher, o que juntamente com a consideração de eventuais alterações no exame de mama é chamado de *breast awareness*⁵², que indicaria prosseguir com investigações para o diagnóstico oportuno de lesões.

^{xxxix} Vale destacar que, em 2010, quando o questionário foi aplicado, não havia nenhuma limitação para a coleta de Papanicolaou por profissionais de nível médio de enfermagem, como se verifica desde 2013, por determinação do Conselho Federal de Enfermagem.

diária; ou sempre que houver procura, com coleta no mesmo dia - foram consideradas alternativamente, para a formação do conjunto.

A indicação de mamografia está relacionada a propostas de rastreamento de câncer de mama para população feminina com baixo risco (Q 37.4 - a cada 2 anos para mulheres entre 50 e 69 anos), ou para mulheres com risco aumentado por antecedentes familiares (Q37.1), ou pessoais (Q37.2) - nesses casos, a partir dos 35 anos e com intervalo anual. Também há indicação da solicitação de mamografia para o diagnóstico precoce de lesões, com importância para o critério de exame físico de mama sugestivo, correspondente à Q37.6 (em conformidade com a orientação de *breast awareness*). Sendo assim, propôs-se um conjunto por somatória dessas questões.

4.4.1.2 Categorização dos indicadores e composição da dimensão SSR

Uma vez que a seleção dos indicadores se orientou pela busca de fragmentos das questões que permitissem a avaliação dos serviços de APS de acordo com os focos avaliativos, a categorização constituiu uma decorrência, e se realizou a partir dos conceitos que embasam cada um deles - *promoção à SSR, prevenção e assistência das DST/aids, e atenção à saúde reprodutiva*. Em cada um dos focos avaliativos foram necessárias subcategorias, com o propósito de organizar o banco de dados para favorecer a análise. De modo geral, é possível afirmar que as questões sobre *promoção à SSR*, escolhidas a partir do questionário *QualiAB* original, são muito sensíveis, mas pouco específicas; enquanto as questões sobre *prevenção e assistência às DST/aids* e sobre *atenção à saúde reprodutiva* são mais específicas – característica esta, que provavelmente se deve não apenas às formulações contidas no instrumento, mas também às áreas em que as Unidades Básicas de Saúde apresentavam maior experiência prática, no momento da pesquisa.

No presente tópico, os indicadores selecionados^{XL} são apresentados por categorias, que organizam as ações de atenção à SSR em domínios e subdomínios, destacados abaixo e explicados a seguir:

As ações de *promoção* foram destacadas em um domínio, e agregadas em três subdomínios: *educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede; investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para a superação; e abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução.*

No domínio *Prevenção e assistência às DST/Aids*, foram incluídas ações relacionadas aos temas de três 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 das DST/Aids.*

Já, no domínio *Atenção à Saúde Reprodutiva*, foram alocadas ações relacionadas aos temas descritos, agregadas em três subdomínios: *planejamento reprodutivo; atenção ao pré-natal e puerpério; e atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade.*

Promoção à SSR

Na APS, tem sido um desafio avaliar ações de promoção à saúde⁸¹. Não obstante, são frequentemente consideradas como ações de promoção à saúde, as atividades centradas no período pré-patogênese⁹¹, com destaque para a educação em saúde¹¹².

Para dar conta do conceito ampliado, também foram consideradas, juntamente com as atividades de educação em saúde, as oportunidades para o trabalho em rede e as atividades no serviço e na comunidade, compreendidas como potencializadoras da promoção¹¹³. Assim, esse subdomínio incluiu questões sobre atividades em serviço e na comunidade, com destaque para escolas e para atividades intersetoriais. Considerou-se

^{XL} Os indicadores selecionados a partir do *QualiAB*, e que compõem cada domínio e subdomínio, podem ser vistos nas tabelas 1 a 9, nos resultados.

que orientações para o autocuidado também adotam pressupostos da educação em saúde e favorecem a capacidade de os indivíduos lidarem com seu processo de saúde e doença. Essa discussão remete à ideia de que a promoção não se restringe ao período pré-patogênese e pode ser incorporada pelos serviços de saúde em outros momentos assistenciais¹¹⁴.

Em seguida, buscou-se identificar ações que visam à identificação e redução da vulnerabilidade, bem como à proteção dos direitos humanos. De modo geral, destacaram-se as ações que levam em conta o componente programático da vulnerabilidade, ao enfocarem ofertas do serviço para lidar com situações de exposição ao risco⁹⁰, com ênfase nas ações de educação em saúde, acolhimento e orientações sobre direito⁸⁰. Incluíram-se medidas para a identificação e abordagem do uso abusivo e da dependência de álcool, uma vez que o uso de substâncias que fazem “perder a cabeça” podem ser associadas ao aumento da vulnerabilidade (GTPOS – Trance essa Rede, 1998)¹¹⁵. De igual modo, como a exposição e a vivência de situações de violência vêm sendo identificadas como desfavoráveis aos cuidados em saúde e também como potencializadoras de riscos de adoecimento - incluindo DST/aids, e dificuldades para a plena possibilidade de escolha reprodutiva⁷² - foram também consideradas questões sobre abordagem de violência direcionada a diferentes grupos populacionais, como mulheres, adolescentes e idosos.

É corrente considerar que a promoção à saúde deve incluir ações amplas e não focadas em tópicos particulares, nos casos em que têm um conteúdo aproximado de propósitos de iniciativas de prevenção ou assistência, específicos e relacionados aos demais domínios. Desse modo, questões que abordam explicitamente temas como as DST/aids, a gestação, entre outros, foram alocadas nos domínios seguintes. Por outro lado, considerou-se que abordagens positivas, ainda que mais particulares, sobre o corpo, a sexualidade e a reprodução deveriam ser tomadas como possibilidades de promoção do bem-estar na vivência da sexualidade e da reprodução, em conformidade com o conceito ampliado de saúde sexual e reprodutiva e o exercício dos direitos^{54,56}.

Alocaram-se, portanto, no domínio *Promoção à Saúde Sexual e Reprodutiva*, as ações relacionadas ao favorecimento do bem-estar em SSR, compreendidas de forma ampla; isto é, sem focar risco de adoecimentos, diagnósticos, terapêuticas,

planejamento reprodutivo, pré-natal ou puerpério. Foram incluídas ações tanto individuais, como coletivas, com ênfase na comunicação e educação em saúde, o trabalho em rede, a participação dos usuários, os direitos humanos, as formas de lidar com a vulnerabilidade, e as temáticas sobre o corpo, a sexualidade e a reprodução.

Prevenção e assistência às DST/aids

Tomando o quadro conceitual da história natural das doenças, de Leavel e Clark, pode-se dizer que as ações de prevenção primária e secundária são as que mais foram contempladas na composição do presente domínio. Além disso, buscou-se refletir sobre as noções de vulnerabilidade e direitos humanos^{80,114}, na alocação de indicadores para esse domínio.

As ações de proteção específica, o aconselhamento para evitar doenças e o diagnóstico oportuno são importantes, e podem ser voltados à abordagem de grupos populacionais e indivíduos. São exemplos: a disponibilidade, o fornecimento e a orientação para o uso de preservativos (masculinos e femininos), bem como a vacinação para hepatite B. É importante notar que o papel da APS na prevenção e assistência das DST/aids pode ir além, ao desempenhar, de modo mais completo, outras atribuições da prevenção primária, como a orientação específica e o aconselhamento sobre DST/aids para grupos de adolescentes, adultos e mulheres; e medidas de rastreamento e diagnóstico, já relacionadas ao segundo nível de prevenção: a orientação e a realização de coleta de exame de Papanicolaou, a colposcopia e a biópsia de vulva e colo (quando disponíveis), a coleta de sorologias para DST/aids, entre outras. Todas essas ações foram tomadas como primeiro subdomínio do presente domínio.

A assistência pode ser compreendida como parte das ações de prevenção (integrando o nível secundário e terciário), não só por seu papel de buscar evitar, ou efetivamente lidar com diferentes ordens de limitações impostas ao indivíduo; mas também, por poder diminuir cadeias de disseminação de doenças, tendo em vista o coletivo^{114,93}. Nesse sentido, consideraram-se como atividades de tratamento das DST/Aids^{34,37} o tratamento sintomático ou etiológico das DST - sendo o primeiro deles, a principal recomendação atual para a APS -, a disponibilidade de medicamentos para

DST na farmácia da unidade, a aplicação de penicilina benzatina para o tratamento de sífilis, o tratamento de gestantes com sífilis e de seus parceiros, a cauterização em ginecologia (tratamento de condiloma acuminado), a conduta de aconselhamento para o uso de preservativos e para a testagem sorológica em vigência de DST, e as orientações para adesão ao tratamento¹¹⁶.

Para a avaliação do tratamento, foram principalmente utilizados processos com definição tecnológica bem acurada, destinados a cada patologia^{XLI}, como também algumas atitudes comunicacionais em que cada conduta é ampliada para o escopo mais completo da SSR; como é o caso, por exemplo, das questões sobre o aconselhamento para uso de preservativos e adesão ao tratamento. Dessa forma, buscou-se aproximação à consideração do cuidado e do encontro entre sujeitos na avaliação, que, entretanto, seguem sendo desafios para a área¹¹⁷.

As ações de vigilância em saúde e os recursos de informação em saúde adotados pelos serviços são potentes ferramentas de saúde pública, voltadas para coletivos e indivíduos, e que oportunizam a prevenção e o cuidado. Quando aliadas ao gerenciamento, elas podem contribuir para o planejamento, considerando-se a potência da “*Epidemiologia*” para gerenciar a “*Clínica*” (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 94)⁴³. Quando permeia momentos assistenciais, a epidemiologia pode contribuir para organizar a atenção à saúde nos serviços, incluindo as práticas de vigilância da saúde no território e, assim, apoiar a gestão do sistema de saúde^{118,119}. Destacaram-se, assim, ações de: registros de informações relevantes para a vigilância à saúde (como número de vacinas e de exames de Papanicolaou); notificação de agravos, seguida de controle de comunicantes e do ambiente, ações de educação em saúde, parceria com outros setores e convocação de indivíduos; vigilância de exames alterados e de pacientes faltosos, e convocação de indivíduos considerados em situação de risco, ou que

^{XLI} Mesmo sendo possivelmente interessante avaliar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do HIV, separadamente dos de sífilis e outras DST, isso não foi feito neste estudo, visto que a avaliação das ações em SSR pretende ser adequada e factível para unidades de APS (em futuras aplicações do instrumento); como também por não haver um conjunto suficientemente grande de questões, e caso se fizesse tal separação, haveria a possibilidade de acarretar dificuldades para a análise estatística. Entretanto, subdivisões específicas serão consideradas para fins de detalhamento da discussão.

requeiram apoio. Neste tópico, merece destaque a inclusão de uma questão sobre a não ocorrência de casos de sífilis congênita, nos últimos três anos, entre recém-nascidos de gestantes que fizeram pré-natal na unidade. Diferentemente da maioria dos outros indicadores, centrados principalmente em estrutura e processo, é possível dizer que este é um exemplo de indicador de resultado, que também fornece esse caráter à avaliação para a dimensão *SSR*.

Pela particularidade do enfoque em prevenir, diagnosticar, prover assistência e realizar ações de vigilância e informação em saúde, concernente especificamente às DST e aids, incluíram-se no presente domínio todas as questões que abordam atividades relativas a esses temas, mesmo quando guardam interface com iniciativas para a *promoção à SSR* (notadamente, conteúdos de educação em saúde e trabalhos com grupos de usuários), ou com a *atenção à saúde reprodutiva* (com destaque para cuidados dos órgãos reprodutivos e atenção ao pré-natal), respectivamente; as quais estejam relacionadas à *prevenção e assistência às DST/aids*. Ou seja, as questões relativas ao diagnóstico precoce do câncer de colo uterino (pelo caráter de transmissão sexual do papiloma vírus humano) e à realização de sorologias para HIV e sífilis no primeiro e no terceiro trimestres de gestação, por exemplo.

Atenção à Saúde Reprodutiva

Tendo em vista a compreensão de saúde reprodutiva, como “*um estado de completo bem-estar físico mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo*”; de assistência à saúde reprodutiva, como “*a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas reprodutivos*”; e, ainda, de que a saúde reprodutiva inclui a saúde sexual (Nações Unidas, 1994, trad. Linhares, 1999. In: Ventura, 2001)^{3,54}, pode-se dizer que a *atenção à saúde reprodutiva* também se refere aos tópicos abordados nos domínios anteriormente descritos.

Entretanto, a saúde reprodutiva tem sido frequentemente considerada no âmbito da saúde da mulher, ou ainda, da saúde materno-infantil - em que pese a já exposta crítica

apresentada pelos movimentos feministas. Nesse sentido, verifica-se que o *QualiAB* tem uma extensa gama de questões dirigidas à saúde da mulher, compatível com essa tradição corrente na rede básica. Para o estudo da temática SSR, foi feita a opção de contemplar não apenas as referidas questões, mas também cotejá-las com as perguntas do instrumento que abordam a saúde reprodutiva de idosos, adolescentes e homens. Buscou-se também atentar não apenas para os cuidados relacionados ao ciclo gravídico-puerperal, mas igualmente garantir o enfoque sobre as escolhas reprodutivas e a saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade.

As ações de planejamento reprodutivo^{XLII} referem-se ao aconselhamento sobre as escolhas de concepção e contracepção, bem como aos métodos para assegurar tais decisões, e se dirigem a indivíduos ou a diferentes formas de parcerias e agrupamentos familiares⁵. No que concerne a este tema, foram englobadas atividades de educação em saúde na comunidade e na unidade; ações de contracepção na área de saúde da mulher; orientações sobre contracepção na consulta de enfermagem e a disponibilidade de métodos anticoncepcionais reversíveis (incluindo preservativo masculino e feminino, anticoncepcional oral, injetável, DIU, diafragma, anticoncepção de emergência), ou o encaminhamento para métodos cirúrgicos (laqueadura e vasectomia). A disponibilidade de insumos e métodos cirúrgicos é considerada prioritária, pela Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos^{7,8,120} e a disponibilidade e a dispensação de contraceptivos de emergência vêm sendo apontadas como um insumo de destaque para os direitos em SSR²⁵.

Em que pese a citada prioridade, pode-se verificar que, excetuando as questões sobre ações de educação em planejamento reprodutivo - que adotam formulações amplas e podem ter referido a escolha de ter filhos e orientações a esse respeito -, os demais itens abordam exclusivamente a contracepção. Essa característica aponta para a avaliação de ações de controle da fertilidade que recaem preferencialmente sobre o feminino^{49,17}, podendo sugerir não só um aspecto do instrumento, mas também das práticas em APS.

^{XLII} No *QualiAB 2010*, utiliza-se a expressão “planejamento familiar”. Já, em sua versão 2015, adota-se o termo mais atualizado de “planejamento reprodutivo”.

A atenção ao pré-natal e ao puerpério são áreas de dedicação tradicional nos serviços da rede básica, com marcado delineamento por finalidades de proteção da saúde materno-infantil^{49,17,47}. A crítica que poderia ser, então, feita diz respeito à frequente redução da saúde reprodutiva exclusivamente a essa área, cuja importância é, contudo, indiscutível. A ampla justificativa para ela reside nos pilares clássicos da saúde pública de magnitude, transcendência e vulnerabilidade, isto é representatividade dos números de morbimortalidade materno-infantil, os impactos socioeconômicos decorrentes e a possibilidade de mudança dessa situação por meio de intervenções de saúde, que também estão entre as principais metas do programa de ação da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento¹⁹.

Entre as ações voltadas ao pré-natal e puerpério^{XLIII}, encontram-se as atividades e a disponibilidade de insumos e exames que possibilitem o diagnóstico de gestação, a atenção ao pré-natal e puerpério na unidade, tais como: inscrição no pré-natal, trimestre de início do pré-natal, ações de educação em saúde dirigidas às gestantes, grupos específicos para adolescentes, exames de rotina solicitados para todas as gestantes, assistência odontológica para gestantes, convocação de gestantes e puérperas faltosas, consultas de pós-parto imediato e tardio. Essas atividades são abordadas em publicação sobre as atribuições para a APS em pré-natal e puerpério⁵⁰.

O subdomínio *Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade* reúne atividades que visam, principalmente, ao rastreamento e à detecção de neoplasias dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade, sobretudo de mulheres, propondo questões sobre exame físico de mama e indicação de exame mamográfico. Cabe ressaltar que essas ações encontram respaldo na literatura científica e são recomendadas pelo Ministério da Saúde⁵², desde que seguindo os critérios.

^{XLIII} Apesar de poder haver interesse em conhecer especificidades das ações de pré-natal e puerpério, essa subdivisão não foi contemplada, por se considerar que a presente avaliação das ações em SSR pretende ser adequada e factível para unidades de APS; além do fato de que não haveria um conjunto suficientemente grande de questões, caso fosse feita essa separação, trazendo assim possíveis dificuldades para a análise estatística. Entretanto, as subdivisões serão consideradas para fins de detalhamento da discussão.

Há também uma questão sobre atenção ginecológica à saúde das mulheres. Está claro que a disponibilidade de ginecologista depende do arranjo organizacional empregado; porém, dada a alta frequência de resposta, é provável que essa questão tenha sido considerada enquanto oferta de atividades de atendimento a queixas de saúde da mulher, também realizadas, portanto, por médicos e enfermeiros generalistas, em consequência, optou-se por manter a questão.

Está claro que as medidas para detecção precoce de câncer de colo uterino, bem como a colposcopia, a biópsia de vulva e a cauterização em ginecologia, poderiam também ser alocadas nesse item, por representarem cuidados com os órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade, com medidas de diagnóstico precoce e de tratamento de câncer. Entretanto, conforme já mencionado, considerando-se a relação desses agravos com um vírus de transmissão sexual, fez-se a opção por alocá-los no domínio *prevenção e assistência às DST/aids*.

Há apenas uma questão relativa à prevenção do câncer de próstata em ações programadas de saúde do homem^{XLIV}. A formulação do texto é ampla, incluindo desde a conversa sobre antecedentes familiares e pessoais, fatores de risco, abordagem de sintomas de prostatismo e diferenciação de doença benigna da próstata (atividades que estariam indicadas), até propostas que visem ao rastreamento e ao diagnóstico precoce de câncer de próstata, que, a despeito de constituírem temas específicos para a saúde do homem na APS, são controversas¹¹. Não obstante tais considerações, incluiu-se essa questão, devido à sua alta sensibilidade e baixa especificidade; pois, sabe-se que muitos homens procuram as unidades de APS com preocupações manifestas sobre a próstata, quando têm, alternativamente ou aditivamente, preocupações relativas a outras necessidades de saúde, ao modo como percebem a sua masculinidade, e ainda, a outros temas da SSR, como desempenho, orientação e satisfação sexuais, ou agravos como DST. Além disso, no contexto em que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem ainda é recente, é interessante conhecer como vem se dando sua implementação nos serviços públicos em nível local, sendo que estudo etnográfico em um estado de cada uma das cinco macrorregiões brasileiras apontou que a

^{XLIV} O QualiAB 2010 apresentava poucas questões voltadas aos homens, mas a revisão realizada para a versão de 2015 ampliou o número e enfoques das questões.

implementação teve limites por falta de conhecimentos sobre a política e as especificidades de atender homens e de abordar gênero, além de uma estrutura organizacional e de uma rede consolidada de atenção¹²¹. As questões de saúde do homem ainda são novidade para as práticas de saúde e para a saúde coletiva; por isso, argumenta-se que trabalhar com o tema pode contribuir não apenas para a saúde desses sujeitos, como também, mais amplamente para cuidar de mulheres e homens¹²².

4.4.2 O estudo das práticas de atenção à SSR, com base nas respostas dos serviços às questões do *QualiAB* escolhidas para a temática

Tomando por referencial a teoria do trabalho em saúde⁸⁶, as respostas dos serviços de APS ao *QualiAB* podem ser consideradas para a caracterização de suas práticas, enquanto componentes do processo de trabalho. A partir das frequências de respostas às questões escolhidas para a temática SSR, traçou-se um estudo descritivo-analítico, que permitiu informar sobre a frequência em que ações de *promoção à SSR, prevenção e assistência às DST/aids, e atenção à saúde reprodutiva* vêm sendo realizadas pelos serviços, além de estabelecer comparações e correlações entre os agrupamentos de indicadores.

Cabe dizer que o cálculo original de pontuação do *QualiAB* foi montado tendo em vista o conjunto de indicadores. Considerou-se, entretanto, que além de permitir a avaliação de cada UBS, e da rede básica paulista, através do instrumento global, também é possível apreender cada uma de suas partes: tanto as cinco originalmente previstas e anteriormente descritas; como também, os agrupamentos e categorias montados a posteriori. Por isso, para avaliar a parte relativa à SSR, foi preciso estudar o modo de analisar as respostas e avaliar o desempenho dos serviços, por meio de procedimentos descritivos e estatísticos.

Partiu-se da hipótese de trabalho, de que os indicadores selecionados permitem gerar avaliação entre as UBS; ou seja, diferenciar desempenhos relativos às práticas de atenção à SSR. A análise da avaliação *QualiAB*, empreendida em 2010, ainda está em curso³⁹, entretanto, os resultados da avaliação *QualiAB* de 2007 mostraram maior variabilidade em alguns indicadores bastante relacionados com a temática de saúde

sexual e reprodutiva, como, por exemplo: as condutas nos casos sugestivos de DST, os critérios para a dispensação de preservativos, e as ações de educação na unidade e na comunidade^{39,123}, corroborando, assim, a hipótese apontada no início do presente estudo.

Partiu-se, também, da suposição de que o conhecimento das relações entre essas ações e as características da unidade, localização regional e relação com componentes dos Programas Nacional e Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais poderiam favorecer a compreensão das influências para a operacionalização do programa de SSR na APS.

4.5 O emprego da estatística

Para a descrição e a análise estatísticas^{XLV}, foram adotados os procedimentos descritos a seguir.

No que se refere à caracterização das práticas dos serviços, considerou-se que cada indicador poderia ter sido ou não assinalado - o que, para fins de descrição, foi traduzido para um sistema binário, no qual um (1) corresponde ao que o serviço refere que faz; e zero (0), ao que o serviço refere não fazer.

Em cada serviço, as respostas aos indicadores que compõem cada subdomínio foram somadas; o valor obtido teve como denominador o número total de indicadores que compõem o subdomínio, com o resultado variando entre 0 e 100. Esse procedimento foi repetido para cada domínio e para a dimensão SSR.

Para a análise do desempenho dos serviços para a dimensão SSR, bem como para a comparação dos desempenhos de cada um dos domínios e subdomínios, empregou-se o teste de Friedman - um teste não paramétrico para a análise da variância a dois critérios (Callegari-Jacques, 2003, p.181)¹²⁴, visando verificar a contribuição de cada um para a composição do escore para a dimensão SSR.

Empregou-se um histograma para conhecer a distribuição dos serviços dentro do escore criado para a dimensão SSR (Callegari-Jacques, 2003, p. 38-43)¹²⁴, permitindo o conhecimento não apenas do desempenho da maior parte dos serviços, como também

^{XLV} Para a realização da análise estatística, o estudo contou com consultoria de Rogério Ruscitto do Prado, estatístico, doutor em ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.

dos extremos. Quando a distribuição dos dados é normal, a média aritmética representa bem a população (Doria Filho, p.40)¹²⁵.

As análises das relações entre os agrupamentos de indicadores foram realizadas por meio de comparações e correlações. A participação relativa de cada domínio ou subdomínio para a composição da dimensão *SSR* foi analisada por meio do emprego das comparações múltiplas não paramétricas de Dunn, utilizadas para verificar a existência de diferenças significativas entre grupos, tomados dois a dois (Callegari-Jacques, 2003, p. 183)¹²⁵. Para verificar a existência de correlações entre os agrupamentos de indicadores e estabelecer sua intensidade, foi empregado o coeficiente de correlação Spearman, estatística baseada em postos e utilizada para verificar relações entre variáveis quantitativas (Callegari-Jacques, 2003, p, 85, 86 e 173)¹²⁴. Correlações positivas significam que cada um dos elementos do par influencia o outro de forma direta.

De acordo com a porcentagem em que realizam as ações, os serviços foram classificados em grupos de diferentes níveis de qualidade, por meio da análise de agrupamentos por k-médias, de modo a obter a máxima heterogeneidade possível entre os diferentes grupos e a máxima homogeneidade interna em cada grupo⁷⁸.

O Teste de Kruskal-Wallis - uma análise de variância não paramétrica, utilizada para comparar três ou mais grupos quanto à tendência central dos dados (Callegari-Jacques, 2003, p. 181)¹²⁴ - permitiu estabelecer a comparação dos serviços quanto às suas características organizacionais, ao pertencimento às diferentes regionais em que se organiza a saúde no estado de São Paulo, e à relação com componentes dos Programas Nacional e Estadual de SP de DST, Aids e Hepatites Virais.

Buscou-se aprofundar o conhecimento sobre os diferentes grupos de desempenho, por meio da análise de quais variáveis estão associadas ao pertencimento a cada grupo; por exemplo, as características do serviço, a localização regional e a relação com componentes dos Programas Nacional e Estadual de SP de DST, Aids e Hepatites Virais foram testadas pelo teste Qui-quadrado.

Teste da razão de verossimilhança tem a mesma função do teste Qui-quadrado, mas é utilizado quando a amostra foi insuficiente para aplicação do teste Qui-quadrado. Para determinar quais variáveis se associam independentemente ao grupo de melhor desempenho, isto é, conhecer as características que apresentam maior razão de chances de um serviço pertencer ao grupo de melhor desempenho, foram construídos modelos baseados em regressão logística, com intervalo de confiança de 95% e estabelecimento da significância estatística em 0,05.

4.6 Aspectos éticos

O projeto que baseia a tese foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP FMUSP 471631/2013). Todas as etapas do estudo desenvolvidas no âmbito da pesquisa *QualiAB* encontram-se em conformidade com as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde), e receberam a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu / Universidade Estadual Paulista - UNESP, que consta do anexo *QualiAB* (CEP UNESP 435/2005). Os gestores municipais concordaram com o termo de adesão, disponível no site <<http://www.abasica.fmb.unesp.br>> e também no anexo *QualiAB*. Em 2010, após aprovação na comissão bipartite, o instrumento resultante tornou-se oficial no processo de apoio à gestão no estado de São Paulo. Cada município recebeu os dados referentes aos seus serviços cadastrados. O banco de dados proveniente da aplicação do *QualiAB* em serviços de APS do estado de SP, em 2010, pertence à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e à equipe *QualiAB*. Disponho de autorização para a utilização dos dados para o presente estudo.

4.7 Devolutiva

Compartilha-se da visão de que *“hoje o mais importante é produzir um conhecimento que, além de útil, seja explicitamente orientado por um projeto ético visando à solidariedade, à harmonia e à criatividade”* (MARTINS, 2004, p. 289)¹²⁶, entendendo-se que uma forma de divulgar o conhecimento produzido, sobretudo aos

pesquisados - parceiros dessa construção -, será através da disponibilização dos dados e da análise concluída, aos serviços participantes e aos órgãos gestores em saúde dos municípios e do estado de SP.

A devolutiva já começou a ser realizada, seja com a revisão do instrumento *QualiAB* com a inclusão da temática SSR; seja com a divulgação dos dados analisados para a dimensão *SSR* em oficinas e a publicação de materiais didáticos do projeto *QualiRedeHIV*. Existe, também, a possibilidade de compartilhamento dos dados com gestores relacionados ao programa de SSR na APS, incluindo a utilização dos dados na Linha de Cuidados em HIV/Aids/DST, no estado de SP. A divulgação para a comunidade acadêmica, já iniciada com a submissão de artigo referente à tese e de sua apresentação em congresso, poderá ser intensificada a partir da publicização da tese.

PARTE III

5 RESULTADOS

5.1 Modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à SSR na APS

A apreciação geral sobre o desenvolvimento do estudo realizado permite apontar, como um importante resultado, sua contribuição para a proposição de um modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à SSR na APS. Neste modelo, a teoria e a metodologia se relacionam de modo dialético, na medida em que o componente teórico emerge da produção da análise, por meio da aplicação da metodologia avaliativa sobre a realidade – os dados empíricos referentes às práticas de SSR realizadas pelos serviços de APS no estado de SP, em 2010 -; e, uma vez construído, o modelo permite elaborar explicações generalizáveis, passíveis de orientar caminhos para a prática de SSR na APS. Já, o componente metodológico possibilita a avaliação conduzida por este estudo, origina aportes ao próprio instrumento original *QualiAB*, e pode ser utilizado também em outras avaliações sobre SSR na APS. Ele se desdobra, portanto, em novas formas, (re)configuradas a partir de outros contextos e realidades. São essas características de generalização e aplicabilidade, que embasam a pertinência do modelo construído pelo estudo, cujos resultados serão apresentados nesta seção da tese.

O componente teórico do modelo toma como referencial a teoria do trabalho em saúde, particularizada para a APS e para o objeto atenção à SSR, a partir da relação dialeticamente estabelecida com o componente metodológico baseado na avaliação em saúde para essa dimensão. Isso significa dizer que as práticas de *promoção à SSR, prevenção e assistência às DST/aids, e atenção à saúde reprodutiva* são aqui analisadas, a partir das finalidades das ações na APS e dos núcleos de ações, descrevendo atividades prioritárias e indicadores, com base em exemplos do *QualiAB*

para a temática SSR (*QualiAB-SSR*), quanto aos desempenhos esperados. Tais desempenhos pressupõem a integralidade na realização das ações e atividades propostas, voltadas a mulheres e homens - em suas diversidades, inclusive de faixa etária, identidade de gênero, expressão de gênero e orientação sexual -, de modo articulado com as demais práticas de SSR e com o trabalho em APS em geral, por meio de atuação em equipe e de condução por mecanismos de gerência e gestão.

Por sua vez, o componente metodológico do modelo é construído com base em normas, critérios, indicadores e padrões, conforme estabelece Nemes (2001)¹²⁷, a partir do proposto por Donabedian^{128,129}, para a avaliação de serviços e programas. Por norma, entende-se a orientação do programa, sua finalidade. Os critérios constituem os focos para a avaliação. Os indicadores são elementos expressivos para conhecer e julgar um dado objeto. O padrão para a avaliação conduzida reside em sua aproximação em relação à realização de 100% das ações analisadas e concerne ao desempenho esperado de integralidade das ações.

O modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à SSR na APS é apresentado nos Quadros 3, 4 e 5, que enfocam, respectivamente, os domínios *promoção à SSR*, *prevenção e assistência às DST/aids*, e *atenção à saúde reprodutiva*, e trazem exemplos a partir do questionário *QualiAB*. O Quadro 6 apresenta uma síntese do mencionado modelo, destacando o número de indicadores considerados por domínio e subdomínio, sempre tendo por base o questionário *QualiAB*.

Quadro 3- Modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR) na atenção primária à saúde (APS), especificadas para o Domínio promoção à saúde sexual e reprodutiva (SSR)

Trabalho em saúde	Avaliação das práticas de atenção à SSR na APS			Avaliação em saúde
Objeto de trabalho na APS	Atenção à SSR			Dimensão da avaliação
Práticas de Atenção à SSR na APS	Promoção à SSR			Domínio / Enfoque da avaliação
Finalidade das ações na APS	Bem-estar na vivência da sexualidade e da reprodução, por meio de educação em saúde, empoderamento individual, participação comunitária, atividades intersetoriais. Orientação pelas perspectivas de direitos humanos, vulnerabilidade, direitos sexuais e reprodutivos e gênero.			Norma
Núcleos de Ações	<i>Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede</i>	<i>Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação</i>	<i>Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução</i>	Subdomínios / Critérios
Ações e atividades (descrição)	<ul style="list-style-type: none"> - realizar educação em saúde (C) incluindo campanhas temáticas, encontros periódicos, em articulação com a população, instituições locais e outros setores; - adotar mecanismos de participação, comunicação e educação em saúde (U): sala de espera, grupos assistenciais a segmentos populacionais, consultas individuais. 	<ul style="list-style-type: none"> - levantar situações de vulnerabilidade para a SSR (condições socioeconômicas, situações de negação de direitos humanos, violência doméstica e sexual, uso de álcool e drogas, etc.), (U) e (C); - desenvolver e adotar mecanismos para lidar com as situações de vulnerabilidade mais comuns, incluindo atendimentos pelo serviço, mas também articulações intersetoriais. 	<ul style="list-style-type: none"> - abordar temas relativos ao corpo, à sexualidade e à reprodução em atividades individuais ou de grupo, (U) e (C), incluindo: mudanças do corpo na adolescência e no envelhecimento, por exemplo; - sexualidade nas diferentes faixas etárias; diversidade de identidade de gênero e orientação sexual. 	Indicadores (Descrição a partir do QualiAB-SSR)
Ações e atividades (Exemplos)	<ul style="list-style-type: none"> - educação em saúde para adolescentes em escolas; - atividades de sala de espera com discussões propostas por pacientes; 	<ul style="list-style-type: none"> - ações educativas sobre álcool e drogas (C); - diagnóstico, orientação e seguimento de mulheres em situação de violência (U). 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação sobre desenvolvimento/ mudanças na adolescência; - atenção aos idosos inclui abordagem da sexualidade. 	Indicadores do QualiAB-SSR ¹ (Exemplos)
Desempenho esperado	Educação em saúde, (U) e (C), baseada na construção de conhecimentos a partir da realidade dos indivíduos e do território; utilização de metodologia ativa em atividades com continuidade, desenvolvida por meio do trabalho multiprofissional, intersetorial e com participação da comunidade.	Consideração de aspectos individuais, sociais e programáticos da vulnerabilidade, bem como as chances de proteção de indivíduos e comunidades; identificar possibilidades de atuação do serviço, incluindo o desenvolvimento e a adoção de ferramentas de trabalho.	Abordagem integrada, incluindo aspectos biomédicos e histórico-sociais; voltada à promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e da SSR; dirigida a mulheres e homens, adolescentes, adultos e idosos, contemplando diversidades culturais, de identidade de gênero e orientação sexual.	Padrão

Fonte: A autora, QualiAB 2010

SSR: saúde sexual e reprodutiva; APS: atenção primária à saúde; DST: Doenças Sexualmente Transmissível; DNC: Doenças de Notificação Compulsória; C: na comunidade; U: na unidade. ¹ Os demais indicadores podem ser conhecidos nas tabelas 4, 5 e 6.

Quadro 4 - Modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR) na atenção primária à saúde (APS), especificadas para o Domínio prevenção e assistência às DST/aids

Trabalho em saúde	Avaliação das práticas de atenção à SSR na APS			Avaliação em saúde
Objeto de trabalho na APS	Atenção à SSR			Dimensão da avaliação
Práticas de Atenção à SSR na APS	Prevenção e assistência às DST/aids			Domínio / Enfoque da avaliação
Finalidade das ações na APS	Prevenção, diagnóstico das DST/aids, cuidado e apoio a indivíduos portadores, considerando o conceito de vulnerabilidade em seus aspectos individuais, sociais e programáticos, a articulação com outros serviços e setores, a importância de estratégias para a adesão e as contribuições das atividades de informação e vigilância em saúde.			Norma
Núcleos de Ações	<i>Prevenção e diagnóstico DST/Aids</i>	<i>Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids</i>	<i>Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção</i>	Subdomínios / Critérios
Ações e atividades (descrição)	Realizar atividades de proteção específica, incluindo vacinação e distribuição de preservativos; educação em saúde, (U) e (C); aconselhamento a indivíduos e grupos populacionais, para evitar riscos ou adoecimentos; estratégias de rastreamento de neoplasias relacionadas ao contato sexual; diagnóstico oportuno de HIV e DST, com oferta e realização dos exames.	Realizar tratamento sintomático de DST; cauterização de condiloma acuminado; aconselhar sobre uso de preservativo e comunicação aos parceiros; tratar gestante com sífilis e seu parceiro; dispor de medicamentos para DST e aplicação de penicilina benzatina (U).	Registrar informações relevantes para vigilância e organização do trabalho, incluindo procedimentos, vacinas e notificação negativa de condições como sífilis congênita; realizar vigilância de exames e de faltosos; notificar DNC, realizar ações de controle de comunicantes, ambiente e educação em saúde, (U) e (C).	Indicadores (descrição a partir do QualiAB-SSR)
Ações e atividades (Exemplos)	- dispensação de preservativos para a população geral, conforme demanda; - realização de 2 sorologias para sífilis e HIV no pré-natal.	- em caso sugestivo de DST: tratamento sintomático (U); - tratamento da gestante com sífilis e do parceiro (U).	- avaliação dos resultados de exames quando chegam (U); - ausência de sífilis congênita em pré-natal (U), em 3 anos.	Indicadores do QualiAB-SSR ¹ (exemplos)
Desempenho esperado	Prevenção de DST/aids, voltada a mulheres e homens, de diferentes idades, identidades de gênero e orientação sexual, a partir das perspectivas de gênero, vulnerabilidade e direitos em SSR. Contemplação de medidas de proteção específica, educação em saúde e aconselhamento. Oferta ampla e oportuna de atividades e exames para o diagnóstico de HIV e DST, bem como rastreamento de neoplasias relacionadas ao contágio por via sexual.	Tratamento de DST com incorporação da abordagem sintomática, acompanhado por aconselhamento de comunicação aos parceiros e uso de preservativos. Tratamento da gestante com sífilis e do parceiro. Disponibilidade de medicamentos e aplicação de penicilina benzatina (U). Apoio aos usuários com HIV/ aids em seu acompanhamento por serviço especializado e tratamento.	Vigilância de doenças, exames e faltosos, como estratégia para realizar ações de prevenção individual e coletiva. Registro de informações em saúde, orientado pela utilidade para a organização do trabalho e planejamento do serviço.	Padrão

Fonte: A autora, QualiAB 2010

SSR: saúde sexual e reprodutiva; APS: atenção primária à saúde; DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis; DNC: Doenças de Notificação Compulsória; C: na comunidade; U: na unidade. ¹ Os demais indicadores podem ser conhecidos nas tabelas 4, 5 e 6.

Quadro 5 - Modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR) na atenção primária à saúde (APS), especificadas para o Domínio atenção à saúde reprodutiva

Trabalho em saúde	Avaliação das práticas de atenção à SSR na APS			Avaliação em saúde
Objeto de trabalho na APS	Atenção à SSR			Dimensão da avaliação
Práticas de Atenção à SSR na APS	Atenção à saúde reprodutiva			Domínio / Enfoque da avaliação
Finalidade das ações na APS	Educação em saúde e garantia das escolhas reprodutivas, orientadas pelas perspectivas de direitos sexuais e reprodutivos e de gênero; cuidados de pré-natal e puerpério para a saúde de mulheres, crianças e famílias; redução da morbimortalidade; e humanização da assistência e atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e relacionados à sexualidade, incluindo rastreamento e diagnóstico de neoplasias.			Norma
Núcleos de Ações	<i>Planejamento reprodutivo</i>	<i>Atenção ao pré-natal e ao puerpério</i>	<i>Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade</i>	Subdomínios / Critérios
Ações e atividades (descrição)	Acolher, aconselhar e possibilitar escolhas concepcionais ou contraceptivas; dispor de métodos contraceptivos reversíveis e possibilidade de encaminhamento para métodos cirúrgicos; realizar educação e comunicação em saúde para indivíduos e coletivos (U) e (C).	Diagnosticar a gestação (U) e iniciar pré-natal precoce; dispor de exames de rotina para todas as gestantes; dispor de grupos para gestantes e familiares (U) e (C); incluir atividades específicas para adolescentes; realizar agendamento de consultas de puerpério durante pré-natal, na maternidade ou em visita domiciliar.	Realizar ações de atenção à saúde de mulheres e homens, voltadas a cuidados com os órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade, incluindo o rastreamento e a detecção precoce de neoplasias, de acordo com recomendações e evidências atuais.	Indicadores (Descrição a partir do QualiAB-SSR)
Ações e atividades (Exemplos)	- educação sobre planejamento familiar (C) - pílula do dia seguinte disponível nos últimos 6 meses.	- a maioria das gestantes inicia pré-natal no 1º trimestre; - forma de agendamento / local da consulta de pós-parto imediato.	- adequação dos critérios de solicitação da mamografia; - atenção aos adultos inclui prevenção de câncer de próstata.	Indicadores do QualiAB-SSR ¹ (exemplos)
Desempenho esperado	Garantia das escolhas reprodutivas, articuladas à vivência da sexualidade, com ações de educação em saúde (U) e (C); oferta de todos os métodos contraceptivos.	Atenção ao pré-natal e ao puerpério, orientada pela saúde de mulheres e crianças, incluindo exames e número de consultas indicados. Incorporação de aspectos ligados às escolhas e outras dimensões da vida da mulher; aos significados da gestação, do parto e da maternidade, paternidade e vida familiar.	Seguimento dos critérios preconizados para a atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade, incluindo indicações de rastreamentos de neoplasias e assistência à saúde da mulher e do homem.	Padrão

FONTE: a autora, QualiAB 2010

SSR: saúde sexual e reprodutiva; APS: atenção primária à saúde; DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis; DNC: Doenças de Notificação Compulsória; C: na comunidade; U: na unidade. ¹Os demais indicadores podem ser conhecidos nas tabelas 7, 8 e 9.

Quadro 6 - Síntese do modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva (SSR) na atenção primária à saúde (APS), segundo número de indicadores, por domínio e subdomínio

Domínios	Subdomínios	Número de indicadores
Promoção à SSR	Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	8
	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	13
	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	4
	Total de indicadores no Domínio promoção à SSR	25
Prevenção e assistência às DST/aids	Prevenção e diagnóstico de DST/Aids	23
	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	11
	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	9
	Total de indicadores no Domínio prevenção e assistência às DST/aids	43
Atenção à saúde reprodutiva	Planejamento reprodutivo	13
	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	12
	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	6
	Total de indicadores no Domínio atenção à saúde reprodutiva	31
TOTAL de indicadores na Dimensão SSR		99

FONTE: a autora, QualiAB 2010

5.2 Os serviços participantes

Participaram da avaliação 2735 serviços de APS localizados em 586 municípios do estado de São Paulo. As características analisadas para os serviços participantes podem ser vistas no quadro 2^{XLVI}.

Os números populacionais dos municípios participantes refletem a estrutura populacional da realidade do estado: segundo o IBGE 2010, a grande maioria dos municípios do estado (524 de um total de 645 municípios) tem menos de 50 mil habitantes. Esta configuração ocorreu porque a participação no *QualiAB* foi predominantemente estimulada pelo Programa de Articuladores da Atenção Básica, especialmente voltado para os municípios com menos de 100 mil habitantes^{39,130}.

Contudo, houve presença de municípios maiores que aderiram à avaliação: em 2010, Campinas, Santo André, Osasco, Ribeirão Preto e Sorocaba tinham população entre 1 milhão e 500 mil habitantes; Santos, Mauá, Diadema, Jundiaí, Piracicaba, Bauru, Franca, Praia Grande, Taboão da Serra, São Carlos, Marília, Americana, Araraquara, Presidente Prudente e Cotia tinham população entre 500 mil e 200 mil habitantes.

Dos 2735 serviços participantes, segundo dados da população em 2010, 55,58% estavam localizados em municípios com menos de 50 mil habitantes; 15,06%, em municípios com a população entre 50 e 100 mil habitantes; 12,72%, em municípios com a população entre 100 e 200 mil habitantes; 11,55%, em municípios com a população entre 200 e 500 mil habitantes; 5,08%, em municípios com mais de 500 mil habitantes.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2011, registrava em 2010, 4334 Unidades Básicas de Saúde e 400 postos de saúde, para uma população de 39.924.091 habitantes (IBGE, 2010), resultando em média de 9211 habitantes/serviço - relação esta, que diminui para municípios menores, com aproximadamente 3000 habitantes por serviço; e aumenta para municípios maiores, com aproximadamente 20 mil habitantes por serviço, na Grande São Paulo³⁹.

^{XLVI} O Quadro 2 integra o item 4.3 sobre fontes complementares.

Dentre os municípios participantes, o IDH variou entre 0,645 e 0,919, no ano de 2010. A proposta do piso de atenção básica fixo para os municípios participantes levou em conta o cálculo de R\$ 1,00/hab/ano para municípios com IDH maior do que 0,8; e de R\$ 2,00/hab/ano para municípios com IDH menor do que 0,8. A população com acesso à saúde suplementar, além dos SUS nesses municípios, variou de 25 a 6.644.755 indivíduos.

As Comissões Intergestoras Regionais (CIR) foram pesquisadas por constituírem o arranjo das microrregiões em que são combinadas pactuações para compartilhamento de responsabilidades assistenciais, e utilização do orçamento, entre outras questões relevantes para os municípios. Os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), por constituírem territórios administrativos macrorregionais formais, sob influência da Secretaria Estadual de Saúde. As Gerências de Vigilância Epidemiológica (GVE), por serem instâncias organizadas pelo nível estadual para a realização e supervisão de ações de vigilância; as GVE são o nível em que se busca a realização das propostas do programa estadual de DST/aids no nível local. As Redes Regionais de Assistência à Saúde (RRAS), pela relevância no contexto atual de organização tanto das redes regionais como temáticas, para a organização de fluxos específicos e para a integração da assistência^{21,34,46}.

Todos os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) reúnem serviços que participaram da avaliação, como é apresentado no Anexo B. Tabela 20. Em relação às CIR, (representadas no Anexo B. Tabela 21), do total de 64, 61 tiveram participação de pelo menos um serviço. As regiões de saúde que não participaram são: Guarulhos, Litoral Norte e São Paulo. Dentre as 28 GVE do estado de São Paulo, participaram unidades que são da responsabilidade em vigilância epidemiológica de todas, com exceção da GVE I – Capital e XXVIII – Caraguatatuba (Anexo B. Tabela 22). Em todas as Redes de Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), houve a participação de serviços na avaliação *QualiAB* (Anexo B. Tabela 23).

9,51% dos serviços referiram ser localizados em zona rural, 33,89% em zona urbana central, e 56,60% em zona urbana periférica (Anexo B. Gráfico 5).

Em relação ao perfil institucional, optou-se neste estudo por apresentar a descrição da divisão segundo a autoclassificação dos serviços, a partir da primeira questão do *QualiAB*, e também de acordo com a reclassificação^{XLVII}, tendo as categorias profissionais vinculadas ao trabalho assistencial (correspondente à questão 5 do *QualiAB* 2010) como critério para a identificação do tipo de arranjo organizacional do trabalho. As representações gráficas da autoclassificação e da reclassificação do tipo de organização do trabalho correspondem aos Gráficos 3 e 4 no Anexo B.

A distribuição das unidades, segundo autoclassificação, foi de: 43,69% de unidades de Saúde da Família (USF), 4,50% USF com especialidades, 31,96% Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem especialidades, 5,63% UBS com equipe de saúde da família, 8,52% UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 0,73% postos avançados, e 4,97% outros.

Utilizando-se como critério as categorias profissionais de saúde envolvidas no trabalho, foi proposta a seguinte reclassificação: quando havia apenas médico de família e comunidade, a unidade era considerada de Saúde da Família (SF); quando havia clínico, pediatra e ginecologista-obstetra e não havia Agente Comunitário de Saúde (ACS), era considerada Unidade Básica de Saúde (UBS); USF e UBS, quando havia ginecologista-obstetra, pediatra e médico de família; UBS e especialidade, quando havia clínico, ginecologista-obstetra, pediatra e outras especialidades, sem médico de saúde da família e comunidade; UBS com especialidade e médico de saúde da família e comunidade; SF e outras especialidades; volantes (sem médico fixo); enfermeira e programa de agente comunitário de saúde (PACS); outros. A distribuição das unidades foi de: 18,35% USF; 29,69% UBS; 24,20% USF com UBS; 12,03% UBS com especialidades; 9,69% volantes; 3,66% UBS com USF com especialidades; 1,94% PACS; e 0,44% outros.

62,60% dos serviços declaram definir a área de abrangência a partir de planejamento, incluindo definição do território, levantamento de necessidades, entre outros. 13,67% definem a área de abrangência na prática, pelo acesso dos moradores de

^{XLVII} Essa reclassificação do tipo de arranjo organizacional está proposta em estudo que compõe tese de doutorado em elaboração por Marta Campagnoni Andrade, com orientação da Profa. Associada Maria Ines Battistella Nemes.

bairros próximos. 23,73% não têm área delimitada e são abertos a todos que procurem atendimento (Anexo B. Gráfico 6).

Os serviços participantes provêm de municípios que, em sua maioria, não têm SAE (2091 serviços localizados em município sem SAE e 644, em municípios com SAE). 1952 serviços estão localizados em CIR com SAE, e 783 serviços estão localizados em CIR sem SAE. 2416 serviços de APS estão localizados em GVE com SAE e 319 em GVE sem SAE. 256 serviços estão localizados em DRS sem SAE (as DRS XI – Presidente Prudente e XII - Registro não tinham SAE em 2010), 282 serviços localizados em RRAS sem SAE (e as RRAS 2 - Guarulhos, Alto do Tietê, 5 – Rota dos Bandeirantes e 11 - Alta Paulista, Extremo Oeste Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari, Pontal do Paranapanema não têm SAE em 2010). 1981 serviços estão localizados em municípios sem CTA e 754, em municípios com CTA. O financiamento da Política de Financiamento das Ações em HIV/aids e outras DST (denominado PAM) foi recebido, em 2010, por municípios em que se localizam 937 dos serviços de APS.

5.3 Desempenho dos serviços de APS paulistas em ações de SSR

Domínio Promoção da saúde sexual e reprodutiva

Subdomínio Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede

Nas ações de educação em saúde desenvolvidas na comunidade e na unidade, predominam atividades pontuais, como campanhas restritas ao serviço e ao setor saúde, baseadas na transmissão de informações. As principais ações realizadas na comunidade são campanhas anuais sobre temas como DST/aids. Parte das unidades realizam ações programadas de educação em saúde em escolas voltadas a adolescentes, em apenas um terço dos casos. Atividades em sala de espera são pouco presentes e mais frequentemente conduzidas por meio de palestras e vídeos, do que a partir de temas propostos pelos usuários. Já, a temática do autocuidado foi frequente em consultas de enfermagem (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio promoção à saúde sexual e reprodutiva - Subdomínio educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede, 2010. N = 2735

Indicador	n	%
Ações de educação em saúde, na comunidade, no último ano: campanhas anuais sobre os diferentes temas (como DST/aids, HA, DM, Raiva, etc.)	2247	82,16
Ações de educação em saúde, na comunidade, no último ano: atividades periódicas junto com instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)	1600	58,50
Ações de educação em saúde, na comunidade, no último ano: articulação com outras secretarias do município (como Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros)	1264	46,22
Atividades realizadas na sala de espera: discussão de temas propostos pelos pacientes	269	9,84
Atividades realizadas na sala de espera: uso de vídeos com temas de educação em saúde	465	17,00
Atividades realizadas na sala de espera: palestras	861	31,48
Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes: educação em saúde nas escolas	926	33,86
Na consulta de enfermagem é realizada orientação sobre autocuidado	2424	88,63

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Subdomínio *Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação*

Situações de vulnerabilidade, como abuso de álcool e violência, são mais abordadas em ações educativas na comunidade, do que acompanhadas nas unidades. Ainda que a temática álcool e drogas, quando comparada à questão da violência, apareça com frequência um pouco maior nas ações de educação em saúde, tanto na comunidade como dentro da unidade, cabe apontar que quando se trata de realizar diagnóstico de alcoolismo e acompanhamento dos casos, poucos serviços afirmam essa prática. Há maior ocorrência de ações programadas sobre violência doméstica e sexual na atenção à saúde da mulher, seguida por abordagem da violência doméstica na atenção a adultos, idosos e adolescentes, em proporções respectivamente decrescentes. Quando se trata de diagnosticar e acompanhar os casos, a resposta afirmativa é maior do que no caso do problema com álcool e drogas, mas restrita a poucas unidades. A

abordagem dos direitos do grupo de idosos também tem ocorrência apenas em parte dos serviços (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio promoção à saúde sexual e reprodutiva - Subdomínio investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação, 2010. N = 2735

Indicador	n	%
Ações de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram violência (doméstica, sexual, maus tratos a crianças e idosos, etc.)	659	24,1
Ações de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram violência (doméstica, sexual, maus tratos a crianças e idosos, etc.)	659	24,10
Ações de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram uso de álcool e outras drogas	970	35,47
Ações de educação em saúde na unidade, no último ano, abordaram violência (doméstica, sexual, maus tratos a crianças e idosos, etc.)	657	24,02
Ações de educação em saúde na unidade, no último ano, abordaram uso de álcool e outras drogas	954	34,88
Ações planejadas para saúde da mulher contemplam atenção a situações de violência doméstica e sexual	1312	47,97
Ações programadas para atenção aos adolescentes contemplam orientação sobre o uso de drogas	1183	43,25
Ações programadas para atenção aos adolescentes contemplam orientação específica para casos de violência doméstica	532	19,45
Ações programadas para atenção aos adultos contemplam alcoolismo	1355	49,54
Ações programadas para atenção aos adultos contemplam violência doméstica	771	28,19
Ações programadas para atenção aos idosos contemplam violência doméstica	739	27,02
Ações programadas para atenção aos idosos contemplam orientações sobre os direitos dos idosos	1054	38,54
Realização de diagnóstico, orientação e seguimento para os casos de alcoolismo na própria unidade	286	10,46
Realização de diagnóstico e orientação para mulheres em situação de violência doméstica na própria unidade, com encaminhamento e seguimento dos casos	594	21,72

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Subdomínio Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução

A abordagem do corpo e das funções reprodutivas prevalece sobre os temas relacionados aos direitos e à sexualidade. O trabalho na unidade com o tema do climatério, em atividades programadas para idosos, é mais frequente do que o enfoque da sexualidade para o mesmo grupo, e por fim, as ações educativas sobre menopausa. Ações programadas para saúde de adolescentes, que abordam desenvolvimento e mudanças na adolescência, são realizadas apenas por parte dos serviços (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio promoção à saúde sexual e reprodutiva - Subdomínio abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução, 2010. N = 2735

Indicador	n	%
Ações de educação em saúde realizadas na unidade, no último ano, incluíram grupos de menopausa	280	10,24
Ações programadas para atenção à saúde de adolescentes contemplam orientação sobre o desenvolvimento/mudanças na adolescência	1061	38,79
Ações programadas para atenção à saúde de idosos contemplam climatério	1422	51,99
Ações programadas para atenção à saúde de idosos contemplam sexualidade	986	36,05

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Domínio Prevenção e assistência às DST/aids

Subdomínio Prevenção e diagnóstico das DST/aids

Ações de proteção específica, como vacinação para hepatite B e dispensação de preservativos para a população geral, estão entre as principais medidas de prevenção. Entretanto, a disponibilidade de preservativo feminino é restrita. Ações educativas de prevenção de DST/aids ocorrem preferencialmente nas unidades do que na comunidade. As mulheres são o principal público-alvo, antes de adultos e adolescentes. Há limites no rastreamento do câncer cérvico-uterino, por baixo seguimento dos critérios e oferta irregular do exame de Papanicolaou. O diagnóstico de sífilis e HIV durante o pré-natal é prejudicado pela inadequação na oportunidade de coleta de exames (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio prevenção e assistência às DST/aids - Subdomínio prevenção às DST/aids, 2010. N = 2735

Indicador	n	%
Aplicação de vacina para Hepatite B na unidade	2038	74,52
Realização de colposcopia na Unidade	300	10,97
Realização de teste rápido para HIV na unidade	157	5,74
Realização de biópsias (colo, vulva, pele, outros) na unidade	683	24,97
Ações de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)	1832	66,98
Ações de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram: prevenção de DST/aids	1921	70,24
Ações de educação em saúde na unidade, no último ano, abordaram prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)	2376	86,87
Ações de educação em saúde na unidade, no último ano, abordaram prevenção de DST/aids	2196	80,29
Ações realizadas na pós-consulta (atendimento de técnicas e auxiliares de enfermagem após a consulta médica) incluem fornecer preservativos	1953	71,41
Ações realizadas na pós-consulta (atendimento de técnicas e auxiliares de enfermagem após a consulta médica) incluem orientar uso de preservativos	1702	62,23
Ações planejadas para a saúde da mulher contemplam coleta de Papanicolaou	2574	94,11
Ações planejadas para a saúde da mulher contemplam prevenção de DST/aids	2364	86,44
Categorias profissionais que coletam o Papanicolaou	2583	94,44
Adequação de critérios empregados para a coleta de Papanicolaou	148	5,41
Oportunidades de oferta do Papanicolaou	1251	45,74
Durante o pré-natal, a unidade solicita duas sorologias, tanto para sífilis como para aids	1878	68,67
Ações programadas para atenção à saúde de adolescentes contemplam orientação sobre sexualidade, prevenção de DST/aids	1664	60,84
Ações programadas para atenção à saúde de adultos contemplam: prevenção de câncer de mama/colo de útero	2315	84,64
Ações programadas para atenção à saúde de adultos contemplam: aconselhamento de DST/aids	1771	64,75
A dispensação de preservativos é feita para a população em geral, conforme demanda	2538	92,80
A dispensação de preservativos é feita para grupos de exposição diferenciada (como profissionais do sexo, por exemplo) com cotas maiores do que para população em geral	666	24,35
A dispensação de preservativos inclui a oferta de preservativos femininos	733	26,80
Na consulta de enfermagem é realizada orientação sobre o uso de preservativos	2501	91,44

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Obs: Categorias de profissionais que coletam Papanicolaou: correspondentes a coleta por médico, enfermeiro, médico e técnico/auxiliar de enfermagem. Conjunto por alternativa.

Adequação do critério de coleta do Papanicolaou: oferta para mulheres entre 25 e 59 anos e a periodicidade trienal para mulheres com 2 exames anteriores normais. Conjunto por somatória.

Oportunidades de coleta do exame de Papanicolaou: oferta diária ou sempre que houver procura, com coleta

Subdomínio Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids

O tratamento de casos de DST encontra restrições, pela pequena adoção do tratamento sintomático e predomínio da abordagem mediante confirmação diagnóstica, requerendo maior especialização profissional e trazendo riscos para a adesão do usuário. O uso de preservativo e a testagem sorológica são aconselhados frequentemente. A disponibilização de medicamentos para DST, a aplicação de penicilina benzatina e o tratamento da gestante com sífilis e do parceiro encontram limites. (Tabela 5).

Tabela 5 - Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio de prevenção e assistência às DST/aids – Subdomínio tratamento, parceria com outros serviços ou apoio aos pacientes com DST/aids, 2010. N = 2735

Indicador	n	%
Procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina: aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)	1138	41,61
Procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina: cauterização em ginecologia	1114	40,73
Nos casos de diagnóstico de sífilis durante a gestação, o tratamento é feito na unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro	1261	46,11
Ações programadas para atenção à saúde de adultos contemplam DST/aids	1561	57,07
Dentre os medicamentos disponíveis na unidade constam os utilizados no tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	1285	46,98
Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST), a unidade investiga e trata após confirmação do diagnóstico	1844	67,42
Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST), a unidade faz tratamento sintomático	1041	38,06
Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST), a unidade faz orientação e aconselhamento sobre o uso de camisinha (preservativo)	2289	83,69
Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST), a unidade faz orientação e aconselhamento para testagem sorológica	1956	71,52
Na consulta de enfermagem é realizada discussão sobre a adesão	2212	80,88
Na consulta de enfermagem é realizado atendimento a DST	2093	76,53

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Subdomínio Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção

As atividades de vigilância em saúde, como avaliação de exames, têm ocorrência parcial. A vigilância epidemiológica é caracterizada por enfoque do caso e dos comunicantes, em detrimento de ações educativas, além de limitada relação entre os serviços e órgãos gestores. As informações mais registradas, como número de vacinas aplicadas e coletas de Papanicolaou, referem-se à produtividade. Casos de sífilis congênita são ausentes apenas em parte das unidades (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de Ações do Domínio de prevenção e assistência às DST/aids, - Subdomínio vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids, 2010. N = 2735

Indicador	n	%
O número de vacinas realizadas é dado registrado pela unidade	2013	73,60
O número de coletas de Papanicolaou é dado registrado pela unidade	2494	91,19
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	2187	79,96
Quando ocorrem casos de doenças de notificação compulsória, a unidade realiza ações de educação e prevenção para os usuários da Unidade em relação aos agravos notificados	1761	64,39
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	2019	73,82
Os resultados de exames são avaliados quando chegam na unidade	1365	49,91
A convocação de faltosos em atividades agendadas é feita em situação de resultado(s) de exame(s) alterado(s)	2335	85,37
A convocação de faltosos em atividades agendadas é feita em situação de vacinação	2174	79,49
Não houve nenhum caso de sífilis congênita entre as gestantes que realizaram pré-natal na unidade nos últimos três anos	1760	64,35

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Domínio Atenção à saúde reprodutiva

Subdomínio Planejamento reprodutivo

O planejamento reprodutivo é atividade frequente na atenção à saúde da mulher, com maior ocorrência de atividades de educação em saúde nas unidades, do que na comunidade. A disponibilização de contraceptivos é grande para o preservativo masculino e o anticoncepcional oral. A oferta de métodos cirúrgicos é comum. O dispositivo intrauterino (DIU) é alocado em parte das unidades. Já, o preservativo feminino e o contraceptivo de emergência têm ocorrência restrita (Tabela 7).

Tabela 7 - Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio atenção à saúde reprodutiva - Subdomínio planejamento reprodutivo, 2010. N = 2735

Indicador	n	%
Ações de educação em saúde na comunidade, no último ano, abordaram planejamento familiar	1514	55,36
Ações de educação em saúde na Unidade, no último ano, abordam planejamento familiar	1983	72,50
Ações planejadas para a saúde da mulher contemplam planejamento familiar	2241	81,94
A pílula (anticoncepcional oral) foi um método contraceptivo disponível na unidade, nos últimos 6 meses	2280	83,36
O anticoncepcional injetável foi um método contraceptivo disponível na unidade, nos últimos 6 meses	1990	72,76
A camisinha (preservativo masculino) foi um método contraceptivo disponível na unidade, nos últimos 6 meses	2596	94,92
O preservativo feminino foi um método contraceptivo disponível na unidade, nos últimos 6 meses	863	31,55
O DIU foi um método contraceptivo disponível na unidade, nos últimos 6 meses	1337	48,88
O diafragma foi um método contraceptivo disponível na unidade, nos últimos 6 meses	60	2,19
A pílula do dia seguinte foi um método contraceptivo disponível na unidade, nos últimos 6 meses	926	33,86
O encaminhamento para laqueadura foi um método contraceptivo disponibilizado pela unidade, nos últimos 6 meses	1964	71,81
O encaminhamento para vasectomia foi um método contraceptivo disponibilizado pela unidade, nos últimos 6 meses	1888	69,03
Na consulta de enfermagem é realizada orientação sobre métodos de contracepção	2499	91,37

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Obs: O indicador 40 é composto pelo conjunto dos exames indicados como necessários para todas as gestantes pré-natal: hemograma completo ou eritograma (Hb e Ht); e a somatória de urocultura; urina I; VDRL; FTA-Abs; tipagem sanguínea; sorologias para HIV, toxoplasmose e hepatite B; glicemia; ultrassom obstétrico; pesquisa de estreptococo beta hemolítico; papanicolao, sendo necessária a marcação de todos eles para a consideração do indicador como positivo.

Consulta de pós parto imediato: forma de agendamento e local de realização; conjunto formado por alternativa.

Consulta de revisão do parto tardia; conjunto formado por alternativamente.

Fonte: QualiAB 2010; as autoras.

Subdomínio Atenção ao pré-natal e ao puerpério

A maioria dos serviços oferece pré-natal como atividade programada, com ingresso das gestantes no primeiro trimestre e realização dos exames preconizados. Ações de educação em saúde para gestantes acontecem em grande parte das unidades, algumas com grupos para adolescentes. A forma de agendamento e o local de realização de consulta de pós-parto imediato são, em geral, mais adequados, do que para o pós-parto tardio. A vigilância de faltosas é mais comum para gestantes, do que para puérperas (Tabela 8).

Tabela 8 - Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio atenção à saúde reprodutiva - Subdomínio atenção ao pré-natal e ao puerpério, 2010. N = 2735

Indicador	n	%
O teste de gravidez tipo Pregnosticon (na urina) ou o β HCG (no sangue) são realizados pela unidade	1499	54,81
As ações de educação em saúde desenvolvidas na unidade, no último ano, incluíram grupos de gestantes adolescentes	787	28,78
A convocação de faltosos em atividades agendadas é feita para gestantes	2222	81,24
A convocação de faltosos em atividades agendadas é feita para revisão pós-parto/puerpério	1813	66,29
As ações planejadas para saúde da mulher contemplam pré-natal	2431	88,88
Diante do diagnóstico de gravidez, a inscrição no pré-natal é realizada imediatamente, por profissional da enfermagem (enfermeira e/ou auxiliar)	1848	67,57
A maior parte das gestantes que realiza o pré-natal inicia o acompanhamento no primeiro trimestre	2373	86,76
Exames realizados de rotina para todas as gestantes	2347	85,81
Atividades de educação em saúde desenvolvidas regularmente para gestantes incluem grupos de gestantes	1676	61,28
Forma de agendamento e local de realização da consulta de pós-parto imediato (1º ao 10º dia)	2081	76,09
Forma de agendamento e local de realização da consulta de revisão do parto tardia (até 42 dias após o nascimento)	1722	62,96
É realizada assistência odontológica para gestantes	1572	57,48

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Obs: O indicador 40 é composto pelo conjunto dos exames indicados como necessários para todas as gestantes pré-natal : hemograma completo ou eritograma (Hb e Ht); e a somatória de urocultura; urina I; VDRL; FTA-Abs; tipagem sanguínea; sorologias para HIV, toxoplasmose e hepatite B; glicemia; ultrassom obstétrico; pesquisa de estreptococo beta hemolítico; papanicolao, sendo necessária a marcação de todos eles para a consideração do indicador como positivo.Consulta de pós parto imediato: forma de agendamento e local de realização; conjunto formado por alternativa. Consula de revisão do parto tardia; conjunto formado por alternativamente.

Subdomínio *Atenção à saúde, com enfoque nos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade*

A abordagem do câncer de mama integra frequentemente as ações planejadas para saúde da mulher, que, entretanto, raramente cumprem os critérios para a solicitação de mamografia. O atendimento ginecológico é proporcionado em grande parte dos serviços. Ações para a saúde dos homens incluem a prevenção de câncer de próstata em muitas unidades (Tabela 9).

Tabela 9 - Frequência de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações do Domínio atenção à saúde reprodutiva - Subdomínio atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade, 2010. N = 2735

Indicador	n	%
As ações planejadas para a saúde da mulher contemplam atendimento ginecológico	2285	83,55
As ações planejadas para a saúde da mulher contemplam prevenção de câncer de mama	2509	91,74
Categorias profissionais que realizam exame físico de mama	2557	93,49
O exame físico de mama é realizado quando há queixas da paciente	1099	40,18
Adequação dos critérios de solicitação da mamografia	323	11,81
Ações programadas para atenção à saúde de adultos contemplam prevenção de câncer de próstata	1709	62,49

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Categorias de profissionais que realizam o exame de mama: exame por ginecologista, enfermeira, médico de saúde da família ou todos os médicos da Unidade, respectivamente. Conjunto por alternativa.

Critérios para solicitação de mamografia: rastreamento de câncer de mama para população feminina com baixo risco (entre 50 e 69 anos), para mulheres com risco aumentado por antecedentes familiares ou pessoais (a partir dos 35 anos e com intervalo anual) e também há indicação da solicitação de mamografia para o diagnóstico precoce de lesões diagnosticadas ao exame físico. Conjunto por somatória.

A média geral do desempenho para a dimensão SSR é 56,84. O teste de Friedman^{XLVIII} foi utilizado na comparação entre subdomínios e domínios, para verificar sua contribuição para o escore criado para a dimensão SSR. O teste mostra que há diferença entre os domínios e subdomínios. O desempenho médio na dimensão, em cada domínio e subdomínio, pode ser conhecido na figura 1.

Atenção à saúde reprodutiva é o domínio com maior contribuição para a dimensão SSR, com 64,86 %. O subdomínio atenção ao pré-natal e ao puerpério atingiu a maior média, seguido por atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade e, depois, por planejamento reprodutivo.

Prevenção e assistência às DST/aids é o domínio em que o desempenho dos serviços atingiu a segunda maior média, 62,96%. Dentre seus subdomínios, vigilância e informação em saúde com oportunidade para a prevenção às DST/aids têm a maior média, seguido por prevenção e diagnóstico das DST/aids e, depois, por tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids.

Promoção à saúde sexual e reprodutiva é o domínio em que os serviços atingiram menor desempenho, com realização em média de 36,37% das ações. O subdomínio educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede atingiu o maior desempenho, seguido por abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução, e por investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação.

A distribuição dos serviços no escore para SSR originou um histograma que se aproxima da curva normal, característica que indica adequação da avaliação, possibilita discriminação dos desempenhos dos serviços, e também sua descrição pela média aritmética. Apesar da variância considerável, a análise tem significância, dado os números de indicadores e de serviços participantes (Figura 1).

^{XLVIII} Informações sobre o teste de Friedman foram apresentadas no item 4.5, sobre o emprego da estatística.

FONTE: QualiAB 2010, a autora.
 Teste de Friedman: $p < 0,001$ para todos os valores.
 1 - Desvio Padrão

Figura 1 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) na Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR): comparação entre domínios e subdomínios e distribuição dos serviços segundo média de desempenho em SSR (N = 2735)

O agrupamento por k-médias^{XLIX}, obtidas a partir dos subdomínios e domínios que compõem a avaliação, trouxe a identificação de cinco grupos, referidos como A, B, C, D e E, em gradação decrescente de desempenho - em que os serviços se distribuem com desempenho diferente entre si e com grande homogeneidade interna, como se pode ver

^{XLIX} Informações sobre o agrupamento por k-médias foram apresentadas no item 4.5, sobre o emprego da estatística.

nos Gráficos 1 e 2. No Gráfico 1, cada serviço é representado no ponto de intersecção de sua distância em relação à média para cada domínio da dimensão SSR. No Gráfico 2, são representados cada um dos grupos de desempenho (cluster) em relação ao seu desempenho médio para a dimensão SSR. O tamanho de cada box tem relação com a quantidade de representantes. A linha horizontal no meio corresponde à mediana; e os extremos, ao valor mínimo e máximo de cada grupo. Nos gráficos 7, 8 e 9 (em anexo), cada serviço é representando no ponto de intersecção de sua distância em relação à média para cada subdomínio dos domínios *promoção à SSR*, *prevenção e assistência às DST/aids* e *atenção à saúde reprodutiva*, respectivamente.

Gráfico 1 - Representação dos serviços de cada grupo de desempenho (Cluster) no ponto de intersecção de sua distância em relação à média para cada domínio da Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR), a partir de agrupamento por k-médias

FONTE: QualiAB 2010, a autora

Gráfico 2 - Representação dos grupos de desempenho (cluster), em relação ao seu desempenho médio para a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR)

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Para a dimensão *SSR*, o grupo A reúne 24,7% dos serviços e tem média de 74,71%; o grupo B inclui 29,7% das unidades e tem desempenho médio de 61,95%; o grupo C tem 12,7% de participantes com desempenho de 55,19%; o grupo D reúne 24,7% dos serviços, com média de 45,57%; e o grupo E inclui 8,3% das unidades, com desempenho de 21,56%, como mostra a Tabela 10.

Tabela 10 - Grupos de desempenho (Cluster)¹, por frequência e porcentagem de serviços, 2010. N= 2735

Grupos de desempenho (Cluster)	n	%
Grupo A	675	24,7
Grupo B	811	29,7
Grupo C	346	12,7
Grupo D	676	24,7
Grupo E	227	8,3
TOTAL	2735	100

FONTE: *QualiAB* 2010, a autora

1 – agrupamento por K-médias

Os desempenhos de cada grupo para cada domínio e subdomínio podem ser vistos na Tabela 11.

Tabela 11 - Grupos de desempenho (Cluster), de acordo com a média de seus desempenhos para a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR) e cada domínio e subdomínio, 2010. N=2735

Dimensão, domínios e subdomínios	Grupo de Desempenho	média	DP ¹	mediana	Mín	Máx	n	p ²
Promoção à SSR	A	66,19	13,87	64,00	32,00	96,00	675	<0,001
	B	32,38	11,23	32,00	4,00	68,00	811	
	C	42,50	13,35	40,00	16,00	88,00	346	
	D	16,12	7,98	16,00	0,00	48,00	676	
	E	12,99	12,32	8,00	0,00	72,00	227	
Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	A	65,19	18,46	62,50	12,50	100,00	675	<0,001
	B	48,12	16,68	50,00	12,50	100,00	811	
	C	45,95	17,49	50,00	0,00	87,50	346	
	D	31,88	14,20	25,00	0,00	75,00	676	
	E	23,02	17,88	25,00	0,00	87,50	227	
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	A	64,16	20,95	69,23	0,00	100,00	675	<0,001
	B	25,72	18,03	23,08	0,00	84,62	811	
	C	36,15	22,06	30,77	0,00	84,62	346	
	D	9,38	10,79	7,69	0,00	53,85	676	
	E	9,29	14,63	0,00	0,00	76,92	227	
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	A	74,78	19,02	75,00	25,00	100,00	675	<0,001
	B	22,53	18,72	25,00	0,00	75,00	811	
	C	56,21	17,79	50,00	0,00	100,00	346	
	D	6,51	11,55	0,00	0,00	50,00	676	
	E	4,96	11,77	0,00	0,00	50,00	227	
Prevenção e assistência às DST/aids	A	76,55	7,18	76,74	46,51	93,02	675	<0,001
	B	71,00	6,97	69,77	51,16	93,02	811	
	C	60,34	8,17	60,47	37,21	79,07	346	
	D	53,02	9,12	53,49	16,28	76,74	676	
	E	27,43	14,23	27,91	0,00	62,79	227	
Prevenção e diagnóstico das DST/aids	A	73,16	8,08	73,91	43,48	95,65	675	<0,001
	B	66,21	8,61	65,22	39,13	91,30	811	
	C	61,25	9,46	60,87	30,43	82,61	346	
	D	52,10	10,98	52,17	17,39	86,96	676	
	E	27,96	16,10	30,43	0,00	65,22	227	
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	A	74,83	15,04	72,73	27,27	100,00	675	<0,001
	B	71,24	15,13	72,73	27,27	100,00	811	
	C	52,36	16,14	54,55	9,09	90,91	346	
	D	45,20	17,52	45,45	0,00	90,91	676	
	E	21,19	18,20	18,18	0,00	81,82	227	
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	A	87,34	11,62	88,89	33,33	100,00	675	<0,001
	B	82,93	13,44	88,89	11,11	100,00	811	
	C	67,76	17,79	66,67	11,11	100,00	346	
	D	64,94	17,89	66,67	11,11	100,00	676	
	E	33,68	20,55	33,33	0,00	88,89	227	
Atenção à saúde reprodutiva	A	79,04	8,13	80,65	48,39	96,77	675	<0,001
	B	73,24	7,93	74,19	51,61	96,77	811	
	C	58,29	12,66	61,29	19,35	80,65	346	
	D	58,98	10,86	58,06	25,81	87,10	676	
	E	20,35	13,07	19,35	0,00	51,61	227	
Planejamento reprodutivo	A	74,93	12,71	76,92	23,08	100,00	675	<0,001
	B	71,60	12,91	69,23	23,08	100,00	811	
	C	55,05	16,73	53,85	7,69	92,31	346	
	D	55,28	18,33	53,85	7,69	92,31	676	
	E	23,14	16,49	23,08	0,00	76,92	227	
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	A	85,37	12,12	83,33	16,67	100,00	675	<0,001
	B	76,73	13,17	75,00	16,67	100,00	811	
	C	60,07	22,75	66,67	0,00	100,00	346	
	D	62,80	16,38	66,67	0,00	100,00	676	
	E	14,72	17,00	8,33	0,00	66,67	227	
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	A	75,28	12,65	66,67	33,33	100,00	675	<0,001
	B	69,79	12,96	66,67	33,33	100,00	811	
	C	61,75	16,45	66,67	16,67	100,00	346	
	D	59,34	14,83	66,67	16,67	100,00	676	
	E	25,55	22,19	16,67	0,00	83,33	227	
Dimensão SSR	A	74,71	6,20	74,75	60,61	91,92	675	<0,001
	B	61,95	5,37	61,62	50,51	78,79	811	
	C	55,19	6,46	56,57	33,33	67,68	346	
	D	45,57	6,05	46,46	26,26	57,58	676	
	E	21,56	10,38	24,24	0,00	42,42	227	

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

1 - Desvio Padrão; 2 - Teste Friedman.

A comparação entre os domínios e subdomínios foi obtida por meio do emprego das comparações múltiplas não paramétricas de Dunn^L, com representação na Tabela 12, a seguir. No Anexo B, Tabela 24, é apresentada versão completa das comparações entre dos domínios e subdomínios que compõem a dimensão *SSR*. O teste mostra que cada um dos pares analisados são diferentes dois a dois.

Quanto maior a diferença média, maior a participação do domínio ou subdomínio analisado, em relação ao outro do par em questão, para a composição da dimensão *SSR*.

^L Informações sobre o teste de Dunn foram apresentadas no item 4.5, sobre o emprego da estatística.

Tabela 12 - Diferença média de desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) entre os três domínios e seus subdomínios, 2010. N=2735

DIMENSÃO - SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA (SSR)			D¹	EP²	p
Domínios	Prevenção e assistência às DST/aids	Promoção à SSR	26,59	0,35	<0,001
	Atenção à Saúde Reprodutiva	Promoção à SSR	28,49	0,41	<0,001
	Atenção à Saúde Reprodutiva	Prevenção e assistência às DST/aids	1,90	0,23	<0,001
Domínio	Atenção à saúde reprodutiva				
Subdomínios	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Planejamento reprodutivo	5,89	0,40	<0,001
	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Planejamento reprodutivo	1,60	0,40	0,002
	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	4,29	0,41	<0,001
Domínio	Prevenção e assistência às DST/aids				
Subdomínios	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	14,42	0,42	<0,001
	Prevenção e diagnóstico das DST/aids	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	1,49	0,35	0,001
	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Prevenção e diagnóstico das DST/aids	12,93	0,33	<0,001
Domínio	Promoção à SSR				
Subdomínios	Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	14,84	0,47	<0,001
	Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	11,69	0,55	<0,001
	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	3,15	0,49	<0,001

FONTE: *QualiAB* 2010; a autora

Teste: comparações múltiplas não paramétricas de Dunn

1- Diferença Média; 2 - Erro Padrão

Pode-se concluir que o domínio *Atenção à saúde reprodutiva* é o que tem maior participação para o desempenho dos serviços, em comparação com os domínios *prevenção e assistência às DST/aids* e *promoção à SSR*. O domínio *prevenção e assistência às DST/aids* é o segundo mais influente, sendo que a diferença média entre os domínios *atenção à saúde reprodutiva* e *prevenção e assistência às DST/aids* é pequena, de 1,90.

No domínio *atenção à saúde reprodutiva*, o subdomínio de maior peso relativo é o de *atenção ao pré-natal e ao puerpério*, seguido por *atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade*, e, depois, por *planejamento reprodutivo*. Os três subdomínios que compõem esse grupo têm maior participação relativa para a composição da dimensão, do que dois dos subdomínios do domínio *prevenção e assistência às DST/aids* – *prevenção e diagnóstico das DST/aids e tratamento, parceria com outros serviços ou apoio aos pacientes com DST/aids* – e têm menor importância relativa do que o subdomínio *vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção*. Os três subdomínios que compõem o domínio *atenção à saúde reprodutiva* têm maior importância relativa, do que todos os subdomínios componentes do domínio *promoção à SSR*.

No interior do domínio *prevenção e assistência às DST/aids*, o subdomínio *vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção* tem preponderância sobre os demais - aliás, é o subdomínio com maior participação relativa para a composição da dimensão *SSR* em comparação com todos os subdomínios -; sendo seguido por *prevenção e diagnóstico das DST/aids*, ambos com maior participação do que *tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids*. Todos os subdomínios deste domínio têm maior participação para a composição da dimensão, do que cada um dos subdomínios do domínio *promoção à SSR*.

No domínio *promoção à SSR*, o subdomínio de maior influência é *educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede*, seguido por *abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução* e, depois, por *investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação*. Entretanto, nenhum dos subdomínios têm comparações positivas com nenhum dos demais grupos de indicadores.

Analisando a síntese do modelo teórico da avaliação de práticas de SSR na APS, apresentado no quadro 6, pode-se perceber que a diferença entre as contribuições de cada um dos agrupamentos não se deve apenas ao tamanho de cada domínio ou subdomínio (que variam em número de indicadores na sua composição), mas também às ações realizadas na prática dos serviços de APS, em que as performances variam para cada domínio e subdomínio - o que pode ser observado na figura 1.

Essa consideração fica particularmente clara ao se tomar para análise o subdomínio *prevenção e diagnóstico das DST/aids*, que, apesar de ser o que reúne maior número de indicadores, não tem a maior contribuição para a composição da dimensão SSR, quando comparado com os demais grupos.

Para verificar a ocorrência de correlação entre os domínios e subdomínios que compõem a dimensão SSR, foi empregado o coeficiente de correlação de Spearman. A tabela 13, a seguir, mostra as correlações entre a dimensão e os domínios. Coeficiente de correlação de Spearman^{LI} positivo entre os pares em análise significa que a realização de ações de um domínio ou subdomínio influencia de modo direto as ações do outro elemento do par. A Tabela 25 (Anexo B) mostra as correlações entre os subdomínios. Pode-se observar a existência de correlação positiva entre todos os indicadores - o que sugere que a realização de ações medidas por um domínio ou subdomínio depende das demais.

^{LI} O teste de Spearman é explicado no item 4.5, sobre o emprego da estatística.

Tabela 13 - Correlações entre a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR) e cada domínio, para avaliação dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em 2010. N = 2735

	Promoção à SSR	Prevenção e assistência às DST/aids	Atenção à saúde reprodutiva	Dimensão SSR
Promoção à SSR	1	0,644	0,525	0,837
Prevenção e assistência às DST/aids	0,644	1	0,699	0,906
Atenção à saúde reprodutiva	0,525	0,699	1	0,828
Dimensão SSR	0,837	0,906	0,828	1

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

Teste: correlação de Spearman

As maiores correlações podem ser verificadas entre cada domínio e a dimensão; seguidas pelas correlações entre cada subdomínio e o domínio de que participam; entre cada subdomínio e a dimensão; entre os domínios; entre os subdomínios que participam de um mesmo domínio; e, por fim, entre subdomínios provenientes de domínios distintos.

Observa-se que dentre os domínios, *prevenção e assistência às DST/aids* é o que tem a maior correlação com a dimensão SSR. Pode-se ainda verificar que o domínio *prevenção e assistência às DST/aids* é o único que apresenta correlações maiores do que 0,6 com todos os demais agrupamentos de indicadores. O mesmo acontece com o subdomínio *prevenção e diagnóstico de DST/aids*, que é o único subdomínio que apresenta correlações maiores do que 0,5 com todos os demais agrupamentos, à exceção do subdomínio *atenção aos órgãos reprodutivos*, quando a correlação é de 0,464. Essa constatação aponta não apenas para a nuclearidade do domínio *prevenção e assistência às DST/aids* para a avaliação da SSR na APS, como também a centralidade das ações de prevenção e assistência às DST/aids para as práticas de atenção à SSR na APS.

5.4 Relações entre o desempenho dos serviços de APS em SSR e características organizacionais das unidades de APS, da região de localização (quanto a dados sociodemográficos e de organização do sistema de saúde), bem como com os Programas Nacional e Estadual de SP de DST, Aids e Hepatites Virais.

Para conhecer as relações entre o desempenho dos serviços de APS em SSR e as variáveis independentes apresentadas no quadro 2, empregou-se, inicialmente, o teste de Kruskal-Wallis^{LII}, para comparar mais de dois grupos quanto à tendência central dos dados.

Ao tomar cada uma das divisões em regiões de saúde adotadas para o estado de SP, percebe-se que existem aquelas que ocupam posição acima e outras abaixo da média do estado de SP (de 56,84%); e que também há variações para os domínios e subdomínios. Dentre os DRS, o de melhor desempenho é a grande São Paulo, com 62,16%; São João da Boa Vista tem o pior desempenho, com 50,90%. A CIR de melhor desempenho é o Grande ABC, com 70,27%; já, o Centro Oeste do DRSIII tem desempenho de 37,93%. A RRAS 1 (Grande ABC) tem o melhor desempenho, com 70,27% e a RRAS 15 (Rio Pardo, Mantiqueira, Baixa Mogiana, Oeste VIII e Campinas) tem a pior média, com 51,95%. O GVE 7 de Santo André tem a melhor média, com 70,27%; já, o GVE de Bauru tem o pior desempenho, com 47,76%. Também existem desempenhos diferenciados para os domínios e subdomínios.

As tabelas que apresentam as diferenças de desempenho entre as regiões do estado de São Paulo estão no Anexo B Tabelas 26 a 29.

A Tabela 30 no Anexo B mostra que houve diferenças significativas no desempenho dos serviços de APS em ações de SSR, de acordo com o tipo de unidade, por autoclassificação tanto para a dimensão, como para os domínios e subdomínios.

É possível afirmar que o desempenho foi melhor entre os serviços autoclassificados como UBS com equipe de Saúde da Família, os quais tiveram a média mais alta para

^{LII} O teste de Kruskal-Wallis é apresentado no item 4.5, sobre o emprego da estatística.

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*, tópicos em que o melhor desempenho foi das USF com especialidades, modelo que ocupa a segunda melhor posição. As UBS com PACS têm as terceiras maiores médias, seguidas pelas USF, e por fim, pelas UBS com ou sem especialidades.

Utilizando-se a reclassificação das unidades de acordo com o número de profissionais, observa-se que as Unidades de Saúde da Família (SF) com UBS (SF+UBS) tiveram o melhor desempenho, com 63,05, seguidas por UBS com SF e especialidade; unidades com SF; UBS; unidades com PACS; e volantes. As unidades que assinalaram “outros” são as de pior desempenho, com 38,3% (Anexo B. Tabela 31).

Para a questão que caracteriza as unidades - quanto à sua localização em zona rural, urbana central ou urbana periférica -, a análise dos desempenhos médios mostrou que as unidades urbanas tiveram melhor desempenho do que as rurais - tanto para a dimensão SSR, como para cada domínio e para cada subdomínio (Anexo B. Tabela 32). 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 - o que se pode observar em relação à dimensão SSR (com média de 57,69% e 57,03%, respectivamente, contra 51,6% das unidades rurais), 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 para todos os subdomínios, exceto para *vigilância e informação em saúde com chance para a prevenção de DST/aids*.

A Tabela 33 no Anexo B apresenta a comparação entre desempenho dos serviços de APS para ações de SSR, de acordo com a adoção e a forma de delimitação da área de abrangência. O desempenho dos serviços que delimitam sua área de abrangência por meio de planejamento é melhor para a dimensão e para todos os domínios e subdomínios; sendo seguido pelos serviços que realizam delimitação na prática, e, por fim, pelas unidades que não têm área de abrangência delimitada. A média dos desempenhos para a dimensão SSR é, respectivamente, de 60,30%, 52,16%, 50,42%.

A comparação do desempenho entre as unidades, segundo o uso de informação de dados de produção para o planejamento, pode ser vista no Anexo B. Tabela 34. Existe uma diferença muito nítida, em que a dimensão, os domínios e os subdomínios são melhores nos casos em que os serviços utilizam as informações de dados de produção assistencial para planejar a assistência. Em segundo lugar, vêm os serviços que dispõem das informações, mas não as utilizam e, por fim, aqueles em que as informações não estão disponíveis para o conhecimento da unidade. O desempenho para a dimensão *SSR* é, respectivamente, de 60,60%, 52,64% e 42,73%.

A Tabela 35 do Anexo B ilustra a comparação entre os desempenhos em *SSR* dos serviços, de acordo com o uso de dados epidemiológicos. Há uma gradação decrescente na performance entre as unidades que utilizam os dados epidemiológicos para planejamento de ações de saúde; e aquelas que dispõem dos dados, mas não os utilizam; e, ainda, as que não conhecem os dados, com desempenho médio na dimensão *SSR* de 60,07%, 49,48% e 44,51%, respectivamente.

A Tabela 14, a seguir, apresenta a comparação do desempenho de serviços localizados em municípios em que estão presentes ou ausentes componentes dos Programas Nacional e Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais, como o Serviço de Atenção Especializada em DST/aids (SAE), o Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/aids (CTA) e os recursos da Política de Financiamento das ações em HIV/Aids e outras DST (Plano de Ações e Metas - PAM), em 2010.

Tabela 14 – Média do desempenho em saúde sexual e reprodutiva (SSR) dos serviços de atenção primária à saúde (APS), de acordo com a localização em municípios com a presença de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviços de Atenção Especializada em HIV/aids (SAE) e Plano de Ações e Metas (PAM), dados de 2010. N=2735

Componente do programa de DST/Aids e Hepatites Virais	Serviço de APS localizado em município						p
	SEM			COM			
	n	média	DP ¹	n	média	DP	
CTA	1981	55,13	16,66	754	61,33	14,04	<0,001
SAE	2091	55,43	16,64	644	61,42	13,81	<0,001
PAM	1798	56,25	16,77	937	57,98	15,03	0,020

FONTE: QualiAB, Qualiaids e SES SP (2010); a autora.

Teste: Kruskal-wallis

1 - Desvio padrão

A comparação entre o desempenho médio em SSR de unidades de APS localizadas em municípios em que existem CTA, e em que estes serviços não estão disponíveis, mostrou melhores desempenhos onde há CTA para a dimensão (61,33% contra 55,13%, respectivamente) e para todos os domínios e subdomínios. A diferença é significativa para todos os agrupamentos, exceto para *educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede* (em que o p é maior do que 0,05). Esses dados podem ser vistos no Anexo B. Tabela 36. A localização dos serviços de APS em CIR em que há também a presença de CTA mostrou desempenho um pouco superior a quando esses equipamentos estão ausentes (o teste foi significante para a dimensão e para a maioria dos domínios e subdomínios), como pode ser visto na Tabela 37 (AnexoB). Entretanto, a comparação para serviços de APS localizados em GVE, RRAS e DRS com ou sem CTA não foi significativa (Anexo B, Tabelas 38,39,40).

Também há desempenho melhor dos serviços de APS localizados em municípios que possuem SAE, para a dimensão e para todos os domínios e subdomínios. Para esta comparação, não foram consideradas diferenças quantos aos grupos de qualidade obtidos no *Qualiaids*, 2010 (Anexo B, Tabela 41). Entretanto, a existência de um SAE na mesma CIR, GVE, DRS e RRAS que o serviço não implica em melhor desempenho,

havendo inclusive média da realização das ações um pouco menor quando há a presença de SAE (Anexo B, Tabelas 42,43,44,45).

Também foram realizadas comparações entre os desempenhos dos serviços localizados em municípios que integram a lista dos contemplados com recursos da PAM, 2010, e aqueles que não receberam o recurso. Pode-se verificar, pela Tabela 14 e pelo detalhamento da tabela 49 do anexo B, que existem pequenas diferenças positivas e significativas na avaliação para a dimensão *SSR* (57,98% contra 56,25%), e em todos os domínios, à exceção de *promoção à SSR* (incluindo os seus subdomínios), em que os serviços tiveram menor desempenho quando o recurso esteve disponível. Entretanto, a comparação não é significativa para este domínio e seus componentes ($p > 0,05$). As Tabelas 50, 51, 52 e 53, no Anexo B, mostram que: quando o recurso esteve disponível nas GVE, DRS, RRAS em que os serviços de APS estavam localizados, não houve melhor desempenho; ao contrário, isso se verificou quando não havia esse recurso nas regiões de saúde. Para as CIR, a comparação pela presença ou ausência de CTA não foi significativa.

Com o intuito de verificar se haveria influência da qualidade dos SAE para o desempenho dos serviços de APS em *SSR*, realizou-se uma comparação considerando a avaliação *Qualiaids* para o ano de 2010, tomando como referência os SAE do melhor grupo de qualidade.

Na tabela 15, a seguir, pode-se observar que os serviços localizados em municípios que dispõem de SAE - considerados parte do melhor grupo de qualidade do *Qualiaids* 2010 - tiveram melhor desempenho nas ações de *SSR*, com desempenho de 61,39% contra os serviços localizados em municípios que não dispõem de SAE do melhor grupo de qualidade (55,4%). Entretanto, seja para as CIR como para os GVE, as médias em *SSR* dos serviços de APS localizados em regiões com SAE - considerados do melhor grupo de qualidade do *Qualiaids* - são menores do que para aqueles localizados em regiões que não dispõem de SAE, no melhor grupo de qualidade do *Qualiaids*. As Tabelas 46, 47 e 48 no Anexo B apresentam um detalhamento desses dados.

Tabela 15 – Média do desempenho em saúde sexual e reprodutiva (SSR) dos serviços de atenção primária à saúde (APS), de acordo com a localização em municípios, Comissão Intergestora Regional (CIR) e Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) com a presença de Serviços de atenção especializada em HIV/aids (SAE), dados de 2010. N=2735

Localização do serviço de APS	SAE de melhor grupo de qualidade						p
	AUSENTE			PRESENTE			
	n	média	DP ¹	n	média	DP	
Município	2077	55,40	16,64	658	61,39	13,84	<0,001
CIR	783	58,23	15,94	1952	56,29	16,29	0,002
GVE	319	60,26	12,88	2416	56,39	16,56	<0,001

FONTE: QualiAB, Qualiaids e SES SP (2010); a autora.

Teste: Kruskal-wallis

1 - Desvio padrão

Cada grupo de desempenho obtido pelos agrupamentos através das k-médias pode ser conhecido em maior profundidade a partir das relações com aspectos que caracterizam os serviços, como o tipo de organização do trabalho da unidade, sua localização, a realização e forma de delimitação, a utilização de dados epidemiológicos e de produção para o planejamento. Informações a esse respeito podem ser conhecidas na tabela 16, a seguir, obtidas a partir do teste de Qui-quadrado, que verifica associação entre duas variáveis qualitativas. O teste da razão de verossimilhança é utilizado quando a amostra foi insuficiente para aplicação do teste qui-quadrado^{LIII}.

^{LIII} O teste de qui-quadrado é apresentado no item 4.5, sobre o emprego da estatística.

Tabela 16 - Associação entre cada grupo de desempenho e variáveis independentes analisadas para os serviços, 2010. N=2735

Variável	Grupos de Desempenho (Cluster)										Total	p	
	A		B		C		D		E				
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%			n
Autoclassificação do tipo de unidade													
USF	381	56,40	305	37,60	190	54,90	274	40,50	45	19,80	1195	43,70	<0,001 ¹
USF com especialidades	45	6,70	38	4,70	15	4,30	22	3,30	3	1,30	123	4,50	
UBS com ou sem especialidades	125	18,50	277	34,20	91	26,30	286	42,30	95	41,90	874	32,00	
UBS com equipe de saúde da família	61	9,00	55	6,80	11	3,20	22	3,30	5	2,20	154	5,60	
UBS com PACS	54	8,00	99	12,20	25	7,20	46	6,80	9	4,00	233	8,50	
Postos avançados	0	0,00	1	0,10	3	0,90	4	0,60	12	5,30	20	0,70	
Outros	9	1,30	36	4,40	11	3,20	22	3,30	58	25,60	136	5,00	
Reclassificação do tipo de unidade													
SF	151	22,40	113	13,90	87	25,10	131	19,40	20	8,80	502	18,40	<0,001 ¹
SF+UBS	253	37,50	209	25,80	75	21,70	112	16,60	13	5,70	662	24,20	
UBS	139	20,60	291	35,90	88	25,40	210	31,10	84	37,00	812	29,70	
UBS + Especialidade	57	8,40	120	14,80	26	7,50	96	14,20	30	13,20	329	12,00	
Outros	1	0,10	1	0,10	0	0,00	6	0,90	4	1,80	12	0,40	
UBS + SF + Especialidade	36	5,30	26	3,20	17	4,90	19	2,80	2	0,90	100	3,70	
Volantes	29	4,30	40	4,90	40	11,60	87	12,90	69	30,40	265	9,70	
PACS	9	1,30	11	1,40	13	3,80	15	2,20	5	2,20	53	1,90	
Localização													
Rural	58	8,60	52	6,40	33	9,50	71	10,50	46	20,30	260	9,50	<0,001
Urbana central	219	32,40	308	38,00	100	28,90	221	32,70	79	34,80	927	33,90	
Urbana periférica	398	59,00	451	55,60	213	61,60	384	56,80	102	44,90	1548	56,60	
Delimitação da área de abrangência													
Por meio de planejamento	524	77,60	521	64,20	242	69,90	360	53,30	65	28,60	1712	62,60	<0,001
Na prática, pelo acesso de moradores	64	9,50	99	12,20	41	11,80	122	18,00	48	21,10	374	13,70	
Não é delimitada	87	12,90	191	23,60	63	18,20	194	28,70	114	50,20	649	23,70	
Dados de produção													
Uso de informações para organização	514	76,10	454	56,00	216	62,60	299	44,20	86	37,90	1569	57,40	<0,001
Informações disponíveis, mas não utilizadas	154	22,80	342	42,20	123	35,70	343	50,70	118	52,00	1080	39,50	
Informações não disponíveis para a unidade	7	1,00	15	1,80	6	1,70	34	5,00	23	10,10	85	3,10	
Dados epidemiológicos													
Dados epidemiológicos para planejamento	614	91,00	652	80,40	277	80,10	402	59,50	105	46,30	2050	75,00	<0,001
Dados epidemiológicos disponíveis, mas não utilizados	37	5,50	104	12,80	39	11,30	141	20,90	49	21,60	370	13,50	
Não são do conhecimento da unidade	24	3,60	55	6,80	30	8,70	133	19,70	73	32,20	315	11,50	
TOTAL	675	100,00	811	100,00	346	100,00	676	100,00	227	100,00	2735	100,00	

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Teste qui-quadrado; 1 - Teste da razão de verossimilhanças

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

Existe associação entre ser do grupo A e ser USF, pela autoclassificação; ou saúde da família com UBS, pela reclassificação. Também há relação com localização em zona urbana periférica, com delimitação da área de abrangência por planejamento, com uso dos dados de produção para organização do trabalho e dos dados epidemiológicos para planejamento das ações.

Os grupos B e C mantêm aproximadamente a mesma ordem de associações que o grupo A; sendo que em relação ao tipo, apesar de haver mudanças tanto na autoclassificação como na reclassificação, essa ordem não tem tendência uniforme. Pode-se dizer o mesmo em relação à forma de delimitação. Há discreto aumento de unidades rurais no grupo C. Há também pequeno aumento das unidades que não fazem uso dos dados de produção e epidemiológicos, no grupo C.

A partir do grupo D, há um aumento de tipos de unidades referidos pela autoclassificação, como UBS, ou UBS pura, ou USF pura pela reclassificação. Há aumento na associação localização em área rural, planejamento na prática ou não realizado; além de sensível diminuição na utilização dos dados, particularmente de produção, usados apenas por metade das unidades do grupo D.

Verifica-se a existência de associação se o serviço for do grupo E e se autoclassificar como UBS com ou sem especialidade; ou, por meio da reclassificação, ele for categorizado como UBS ou volante. Ainda que as unidades urbanas periféricas continuem predominando, há aumento importante das unidades rurais, chegando a um quinto dos serviços. A falta de delimitação ocorre em metade dos serviços, e mais do que a metade não utiliza os dados de produção e epidemiológicos para planejamento do trabalho, ou não tem conhecimento deles.

Os grupos de desempenho obtidos pelo emprego dos agrupamentos pelas k-médias também podem ser conhecidos pela análise das relações com a presença, nos municípios^{LIV}, de serviços dos Programas Nacional e Estadual de SP de DST, Aids e Hepatites Virais, como SAE, CTA, e PAM, em 2010 - como mostra a Tabela 17,

^{LIV} Como se viu pelas comparações com o teste de Kruskal Wallis, a presença de SAE, SAE de melhor qualidade pelo *Qualiaids*, CTA e PAM nas regiões de saúde (CIR, GVE, RRAS, DRS) não estiveram, de modo geral, relacionadas a um maior desempenho dos serviços de APS em SSR. Sendo assim, essas variáveis não foram consideradas para o estabelecimento de associações pelo teste de qui-quadrado.

construída pela aplicação do teste de qui-quadrado. Vale notar, entretanto, que a maior parte dos serviços se localizam em municípios em que esses serviços ou financiamentos estão ausentes.

Existe maior associação em o serviço de APS ser dos grupos A ou B para o desempenho em SSR e estar localizado em municípios com SAE, inclusive com SAE considerado do melhor grupo de qualidade pelo *Qualiaids*, CTA e PAM. Essa associação será decrescente para os serviços que pertencem aos grupos C e D. Para serviços do grupo E, há menor associação com a presença dos serviços SAE e CTA e com a disponibilidade da PAM.

Tabela 17 - Distribuição dos serviços de atenção primária à saúde (APS) segundo cluster de desempenho em saúde sexual e reprodutiva (SSR), de acordo com a localização em municípios, Comissão Intergestora Regional (CIR) e Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) com a presença de serviços que atendem HIV/aids (SAE), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Plano de Ação e Metas (PAM), dados de 2010. N=2735

	Cluster de desempenho												p
	A		B		C		D		E		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
CTA													
Não	451	66,80	518	63,90	270,0	78,00	541	80,00	201	88,50	1981	72,40	<0,001
Sim	224	33,20	293	36,10	76	22,00	135	20,00	26	11,50	754	27,60	
Municípios com SAE													
Não	476	70,50	584	72,00	270	78,00	554	82,00	207	91,20	2091	76,50	<0,001
Sim	199	29,50	227	28,00	76	22,00	122	18,00	20	8,80	644	23,50	
PAM													
Não	444	65,80	501	61,80	228	65,90	452	66,90	173	76,20	1798	65,70	0,002
Sim	231	34,20	310	38,20	118	34,10	224	33,10	54	23,80	937	34,30	
Município com SAE do melhor grupo de qualidade													
Não	474	70,20	578	71,30	269	77,70	550	81,40	206	90,70	2077	75,90	<0,001
Sim	201	29,80	233	28,70	77	22,30	126	18,60	21	9,30	658	24,10	
CIR com SAE do melhor grupo de qualidade													
Não	217	32,10	246	30,30	100	28,90	162	24,00	58	25,60	783	28,60	0,009
Sim	458	67,90	565	69,70	246	71,10	514	76,00	169	74,40	1952	71,40	
GVE com SAE do melhor grupo de qualidade													
Não	89	13,20	110	13,60	33	9,50	77	11,40	10	4,40	319	11,70	0,002
Sim	586	86,80	701	86,40	313	90,50	599	88,60	217	95,60	2416	88,30	
TOTAL	675	100,00	811	100,00	346	100,00	676	100,00	227	100,00	2735	100,00	

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Teste qui-quadrado.

Para verificar quais variáveis se associavam de modo independente ao serviço pertencer ao grupo A de desempenho em SSR, insto é, a relação conjunta de diversas variáveis em uma variável (resposta) binária, utilizou-se a regressão logística^{LV}, com a construção de um modelo pela verificação de associação pelo teste de qui-quadrado entre os serviços pertencentes ao grupo de desempenho A (que correspondem a aproximadamente um quarto da amostra) contra todos os demais. Ver tabelas 18 e 19, a primeira considerando o tipo de organização da unidade por autotransferência; e a segunda, por reclassificação.

As duas variáveis que apresentam a maior razão de chance para o serviço ser do grupo A e, portanto, ter bom desempenho, são a utilização de dados de produção para

^{LV} A regressão logística é apresentada no item 4.5, sobre o emprego da estatística.

organização do trabalho e a utilização de dados epidemiológicos para planejamento das ações.

Há menor razão de chance de ter bom desempenho para unidades que são volantes ou UBS puras pelo critério da reclassificação. Os modelos por regressão logística não mostraram diferenças entre as razões de chance para os tipos de unidades tomados pela autotclassificação.

Há maior razão de chance de ter bom desempenho para serviços de APS do SUS, localizados em municípios em que de 100 mil a 200 mil pessoas estão cobertas por atenção à saúde suplementar.

Todas as demais variáveis analisadas não foram significativas para a chance de bom desempenho. Destaca-se, nesse sentido, que o modelo não mostrou diferenças entre os serviços localizados, ou não, em municípios em que componentes dos Programas Nacional e Estadual de SP de DST/Aids e Hepatites Virais estão presentes. O IDH também não implicou em qualquer diferença para a razão de chance de pertencer ao grupo A.

Tabela 18 - Modelo para serviços de atenção primária à saúde (APS) do melhor grupo de desempenho em saúde sexual e reprodutiva (SSR), por autoclassificação do tipo de unidade, 2010. N=2735

Variável	OR	IC (95%)		p
		Inferior	Superior	
Arranjo organizaci onal por autocl assifi cação				
USF	1,00			
USF com especialidades	1,04	0,43	2,54	0,933
UBS com ou sem especialidades	0,60	0,34	1,05	0,075
UBS com equipe de saúde da família	1,73	0,88	3,39	0,111
UBS com PACS	0,81	0,40	1,67	0,573
Postos avançados	0,00	0,00	.	0,998
Outros	0,28	0,06	1,25	0,095
Localização				
Rural	1,00			
Urbana central	1,03	0,50	2,11	0,935
Urbana periférica	0,77	0,38	1,54	0,461
Delimitação da área de abrangência				
Por meio de planejamento	1,00			
Na prática, pelo acesso dos moradores	1,21	0,64	2,28	0,563
Não é delimitada	0,92	0,49	1,72	0,798
Dados de produção				
Uso de informações para organização	1,00			
Informações disponíveis no sistema de informação	0,22	0,11	0,41	0,000
Informações não disponíveis	0,70	0,16	3,06	0,630
Dados epidemiológicos				
Dados epidemiológicos para planejamento	1,00			
Dados epidemiológicos disponíveis, mas não utilizados	0,29	0,09	0,94	0,039
Não são do conhecimento	0,08	0,01	0,59	0,013
Muni cípios com SAE				
Não	1,00			
Sim	1,44	0,15	13,57	0,750
Muni cípio com SAE bom				
Não	1,00			
Sim	0,79	0,09	7,40	0,840
Muni cípios com PAM				
Não	1,00			
Sim	0,77	0,44	1,33	0,342
Muni cípios com CTA				
Não	1,00			
Sim	0,90	0,45	1,81	0,772
População				
< 50.000 habitantes	1,00			
50.000 a 99.999 habitantes	1,63	0,50	5,35	0,423
100.000 a 199.999 habitantes	3,48	0,61	19,79	0,160
200.000 a 499.999 habitantes	1,36	0,17	10,77	0,769
500.000 ou mais habitantes	5,77	0,46	72,22	0,174
População com saúde complementar				
< 50.000 habitantes	1,00			
50.000 a 99.999 habitantes	0,54	0,20	1,46	0,226
100.000 a 199.999 habitantes	5,84	1,41	24,13	0,015
200.000 ou mais habitantes	0,92	0,12	7,37	0,936
PAB fixo				
< R\$ 50.000	1,00			
R\$ 50.000 a R\$ 99.999	0,55	0,22	1,39	0,209
R\$ 100.000 a R\$ 499.999	0,73	0,15	3,53	0,693
R\$ 500.000 ou mais	0,39	0,04	3,95	0,425
IDH	4,45	0,00		0,696

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

Modelo por Regressão Logística. SF - Saúde da Família; SF+UBS - Saúde da Família com UBS; UBS - Unidade Básica de Saúde; PACS - Programa de Agente comunitário de Saúde; CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento; SAE Serviço de Assistência Especializada; PAM - Plano de Ação e Metas; IDH - índice de desenvolvimento humano; PAB - Piso Fixo de Atenção Básica.

Tabela 19 - Modelo para serviços de atenção primária à saúde (APS) do melhor grupo de desempenho em saúde sexual e reprodutiva (SSR), por reclassificação do tipo de Unidade, 2010. N=2735

Variável	OR	IC (95%)		p
		Inferior	Superior	
Arranjo organizacional por reclassificação				
Saúde da família	1,00			
SF+UBS	0,95	0,57	1,59	0,856
UBS	0,47	0,25	0,86	0,015
UBS + Especialidade	0,84	0,40	1,80	0,662
Outros	0,00	0,00	.	0,999
UBS + SF + Especialidade	0,60	0,21	1,74	0,347
Volantes	0,29	0,10	0,88	0,028
PACS	0,33	0,04	2,53	0,283
Localização				
Rural	1,00			
Urbana central	0,96	0,46	2,02	0,915
Urbana periférica	0,73	0,36	1,48	0,386
Delimitação da área de abrangência				
Por meio de planejamento	1,00			
Na prática, pelo acesso dos moradores	1,27	0,67	2,41	0,459
Não é delimitada	0,84	0,45	1,57	0,585
Dados de produção				
Uso de informações para organização	1,00			
Informações disponíveis no sistema de informação	0,22	0,12	0,43	0,000
Informações não disponíveis	0,71	0,16	3,16	0,653
Dados epidemiológicos				
Dados epidemiológicos para planejamento	1,00			
Dados epidemiológicos disponíveis, mas não utilizados	0,28	0,09	0,93	0,037
Não são do conhecimento	0,07	0,01	0,55	0,011
Municípios com SAE				
Não	1,00			
Sim	1,44	0,15	13,48	0,751
Município com SAE bom				
Não	1,00			
Sim	0,76	0,08	7,04	0,805
Municípios com PAM				
Não	1,00			
Sim	0,78	0,45	1,35	0,371
Municípios com CTA				
Não	1,00			
Sim	0,88	0,44	1,77	0,727
População				
< 50.000 habitantes	1,00			
50.000 a 99.999 habitantes	1,87	0,57	6,11	0,299
100.000 a 199.999 habitantes	4,25	0,77	23,56	0,098
200.000 a 499.999 habitantes	1,09	0,14	8,34	0,932
500.000 habitantes ou mais	4,57	0,37	56,24	0,236
População com saúde complementar				
< 50.000 habitantes	1,00			
50.000 a 99.999 habitantes	0,63	0,24	1,67	0,355
100.000 a 199.999 habitantes	9,26	2,32	37,01	0,002
200.000 habitantes ou mais	1,56	0,19	12,58	0,675
PAB fixo				
< R\$ 50.000	1,00			
R\$ 50.000 a R\$ 99.999	0,51	0,20	1,25	0,141
R\$ 100.000 a R\$ 499.999	0,61	0,13	2,86	0,526
R\$ 500.000 ou mais	0,31	0,03	3,16	0,323
IDH	1,42	0,00	2450,56	0,927

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

Modelo por Regressão Logística. SF - Saúde da Família; SF+UBS - Saúde da Família com UBS; UBS - Unidade Básica de Saúde; PACS - Programa de Agente comunitário de Saúde; CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento; SAE Serviço de Assistência Especializada; PAM - Plano de Ação e Metas; IDH - índice de desenvolvimento humano; PAB - Piso Fixo de Atenção Básica

PARTE IV

6 DISCUSSÃO DA AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EM SSR DESENVOLVIDAS EM SERVIÇOS DE APS NO ESTADO DE SP

6.1 A avaliação e a dimensão SSR

A avaliação realizada tem características de pesquisa avaliativa⁵³, ao estudar extensamente o caso do estado de SP¹³¹, e ao possibilitar a emergência de explicações sobre as práticas de SSR na APS, as quais, a partir do referido estudo de caso, podem ser generalizáveis. Além disso, investiga a dimensão SSR, aliando o componente teórico, para a sua compreensão e análise¹¹⁰ – o qual pode orientar atividades de organização e planejamento do trabalho -, e o metodológico, representado pelo quadro avaliativo em SSR, tornando viáveis avaliações do tema¹²⁷, com possibilidade de sua integração a questionários gerais dirigidos à APS.

Para o estado de SP, a avaliação trouxe conhecimento¹²⁷ sobre as práticas de SSR realizadas na APS; ensejou julgamento¹²⁷ sobre o desempenho dos serviços, com boa capacidade de discriminação; informou sobre as características e a forma de implementação das políticas e do programa de SSR na APS; e buscou estabelecer possibilidades explicativas; além de relações com variáveis do contexto regional e de localização da unidade, seu tipo de organização, adoção de procedimentos gerenciais e manejo dos dados, interface com serviços e outros elementos dos Programas Nacional e Estadual de SP de DST/Aids e Hepatites Virais. Desse modo, a avaliação suscitou também a formulação de recomendações¹²⁷ para a organização dos serviços de APS e para a gestão do programa de SSR na APS, trazendo ainda ao estudo realizado os contornos de avaliação para decisão e gestão, respectivamente⁵³.

O estudo explorou as interfaces entre práticas, serviços e programas de saúde. Dada a relação metonímica desses componentes em um sistema de saúde^{132,133}, e também

tomando como base o referencial da teoria do trabalho em saúde⁸⁶, combinaram-se a avaliação de tecnologias, serviços e programas, conforme categorias propostas por Novaes⁵³. Desse modo, ao avaliar ações em SSR desenvolvidas pelos serviços de APS do estado de SP, foram trazidas informações e elaboradas propostas para o programa paulista de SSR na APS.

A literatura vem apontando desafios para conduzir avaliações no contexto de promoção da saúde⁸¹, e do cuidado¹¹⁷, que incorporem o referencial da integralidade e sejam adequados ao contexto de proposição de trabalhos em redes^{46,119}, bem como integrem a participação dos atores envolvidos em projetos de promoção da saúde e prevenção, incluindo usuários e movimentos sociais^{127,134}. Nesse sentido, pode-se dizer que a avaliação realizada apontou alguns caminhos ao concretizar proposições, abordando, acima de tudo, a integralidade das ações de SSR na APS, e explorando cada um dos domínios; além de conciliar com tradições, em lugar de separar a avaliação normativa da formativa³⁹.

6.2 A SSR na APS paulista: o trabalho como foco e a integralidade como analisador

Os dois referenciais principais adotados para a elaboração da presente tese – a teoria do trabalho em saúde⁴³ e a integralidade⁸⁹ – são também tomados, aqui, para a discussão. Isto é, o enfoque do trabalho conduz a abordagem da SSR na APS paulista e sua análise se dá considerando a integralidade.

Primeiramente, a partir da comparação entre o desempenho do conjunto de serviços de APS em cada domínio e subdomínio, são discutidas as finalidades do trabalho com atenção à SSR na APS paulista. A especificação da finalidade decorre de ser adequada a uma avaliação de serviços que pretende informar sobre o programa de SSR na APS, pois as finalidades dizem respeito às normas, ao conjunto de princípios que são almejados. Além disso, tratar das finalidades contribui para analisar o que se chamou aqui de dimensão SSR, a partir dos mencionados domínios de promoção à SSR, prevenção e assistência às DST/aids e atenção à saúde reprodutiva.

Em seguida, aprofunda-se a reflexão sobre a SSR enquanto objeto de trabalho para a APS e sobre as tecnologias empregadas para este fim, em busca de discutir as proposições provisórias e a hipótese apresentadas na Introdução do presente estudo. Uma vez mais, a integralidade é adotada como um analisador, sugerindo questões tanto no que diz respeito ao reconhecimento da SSR na APS, como também à definição e incorporação de tecnologias.

Desse modo, os referenciais da teoria do trabalho em saúde e da integralidade constituem orientações fundamentais para a discussão da SSR na APS, ao mesmo tempo em que a consideração desta temática pode também ser tomada como um exemplo para a abordagem desses referenciais, contribuindo para seu emprego prático, no momento atual.

6.2.1 Finalidades do trabalho com atenção à SSR na APS paulista

Analisando cada um dos domínios especificamente, pode-se dizer que, em relação às finalidades do trabalho em saúde^{89,84,43}, a maior contribuição do domínio *atenção à saúde reprodutiva* para a composição do desempenho médio dos serviços reflete a tradição da área de saúde da mulher na APS, bem como as relações de poder na atenção a esse grupo^{17,10} - notadamente, as características de proteção à saúde materno-infantil e de controle do corpo feminino^{47,49}.

É possível que as diferenças na realização das ações pesquisadas e a ordem de participação entre os subdomínios – *atenção ao pré-natal e puerpério*, *atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade*, e *planejamento reprodutivo* – expressem diferenças de reconhecimento das práticas, tanto pelo setor saúde como pela sociedade, com maior valorização, por exemplo, daquelas relacionadas a diminuir a mortalidade materno-infantil e rastrear neoplasias, do que a garantir as escolhas reprodutivas na vivência da sexualidade^{17,47}. Os limites na oferta de preservativo feminino e da contracepção de emergência corroboram essa possibilidade.

Além disso, o conhecimento e a capacitação para o conteúdo tecnológico envolvido em cada tipo de ação são distintos, havendo maior ênfase para ações biomédicas do que de comunicação e educação em saúde¹³⁵, e predomínio de ações intra do que extra-

muro; além de maior adequação na oferta de exames, do que de grupos durante o pré-natal, por exemplo.

Verifica-se, ainda, a polarização entre reprodução e sexualidade⁴⁷, e a importância de considerar a complexidade da abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos e das relações de gênero⁵⁶, bem como da contextualização histórica e política, pois sem isso a SSR pode ficar restrita unicamente a componentes biológicos⁶⁵.

O domínio *prevenção e assistência às DST/aids* também apresenta participação importante na avaliação, ocupando a segunda posição na constituição da dimensão SSR. Seu conteúdo tem relação com atribuições da APS em SSR, mas, também, com desafios para a sua operacionalização; notadamente, a separação entre reprodução e sexualidade⁴⁷, o estigma das DST^{76,77} e as dificuldades de empreender ações de cuidado orientadas pelo conceito de vulnerabilidade e no marco dos direitos humanos⁸².

Os resultados mostram que há maior incorporação de medidas de prevenção (com destaque para prevenção específica) e diagnóstico de DST/aids, do que de assistência. Isso provavelmente se deve ao histórico de requisição da APS, quando houve destaque para as primeiras; sem contar a necessidade de maior reconhecimento da problemática da atenção às DST como pertinente à APS, e, conseqüentemente, de condução de capacitações e adoção de dispositivos tecnológicos³⁴. Também é possível que os resultados referidos expressem a questionável (auto) representação dos serviços de APS, como exclusivamente capazes de fornecer atenção simplificada^{102, 133}.

As ações de vigilância e informação em saúde constituem subdomínio de desempenho relativamente alto, com destaque para o registro de dados relacionados à produção. Entretanto, é preciso considerar essas informações criticamente, haja vista o alto registro do número de coleta de Papanicolaou, em contraste com a baixa adoção dos critérios de indicação do exame.

Essa situação remete à “baixa capacidade técnica e gerencial das equipes locais” (Ferreira et al., p.753)⁴⁶, um dos maiores obstáculos a regionalização e descentralização da saúde. O uso dos sistemas de informação pelas equipes locais é frequentemente percebido como uma tarefa burocrática e restrito aos sistemas de vigilância, “expondo a fragilidade no emprego da informação na formulação de política e no apoio à decisão”

(Ferreira et al., p.753)⁴⁶. Com o processo de municipalização, tanto a APS como a vigilância em saúde e gestão do sistema de informação se tornam responsabilidade do nível local. Para tanto, é necessário o desenvolvimento das funções gestoras, que incluem o planejamento, a avaliação, a prestação de serviços e o financiamento⁴⁶.

A menor realização das ações do domínio *promoção à SSR* expressa não apenas o desafio para o objeto específico, como também quanto às práticas de promoção da saúde^{89,114} – que, apesar de propostas para a APS, têm atualmente menor ocorrência. As práticas de promoção à SSR requerem trabalho de saúde coletiva, incluindo participação social, aproximação ao território¹³⁶, metodologias de educação e comunicação em saúde¹³⁵, interdisciplinaridade e intersetorialidade. A particularidade da SSR demanda também a abordagem de conceitos complexos - como os de direitos sexuais e reprodutivos⁵⁶, de vulnerabilidade⁴⁸ e de relações de gênero⁷⁰ - além da necessidade de adoção de dispositivos tecnológicos adequados.

A desarticulação entre reprodução e sexualidade⁴⁷ também aparece nesse domínio, afora a predominância das estratégias informativas sobre as participativas¹³⁵. A diferença entre a condução de ações educativas, sobre violência e uso de álcool e drogas, e a realização de acompanhamento desses casos denota a dificuldade de lidar com essas questões, na prática do trabalho em APS^{74,86} como também, a escassez de ferramentas para essa operação.

6.2.2 Sobre o objeto SSR e as tecnologias de trabalho na APS

Assim, no que se refere ao reconhecimento do objeto SSR pelos serviços de APS estudados, as diferenças médias verificadas na realização de ações da dimensão *SSR* – em ordem decrescente para os domínios de *atenção à saúde reprodutiva, prevenção e assistência às DST/aids, e promoção à SSR* e seus subdomínios – mostram que o objeto SSR não é apreendido de modo integral na APS: seja pela cisão entre reprodução e sexualidade (com maior valorização da primeira sobre a segunda); seja pelo predomínio de atividades com finalidades assistenciais sobre as preventivas e de promoção à saúde; ou ainda, pelo maior direcionamento a indivíduos do que à comunidade, ou a grupos populacionais.

Quanto à atenção à saúde reprodutiva, comparativamente, a maior ocorrência de ações relacionadas à histórica tendência de controle do corpo feminino e proteção materno-infantil, do que de temas relativos às escolhas - como a de planejamento reprodutivo -, expressa a deficiente incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos e, particularmente, da perspectiva de gênero e de reivindicações do movimento feminista.

A maior ocorrência de ações de prevenção e diagnóstico de HIV e DST, do que de tratamento das DST, reflete a permanência da representação dos serviços de APS como responsáveis por atendimentos simplificados. Também contribui para essa situação, o fato de que as DST são cercadas por estigmas relacionados à maior evidência da sexualidade e à pressuposição da multiplicidade de parcerias e de arranjos sexuais, a despeito das importantes iniciativas para debelar tais preconceitos, conduzidas particularmente pelo movimento gay. Por essa combinação de fatores, pode-se dizer que a atenção às DST não é tomada como objeto de trabalho da APS, levando ao comprometimento do cuidado integral à SSR.

Os limites encontrados nas ações que incluem orientações sobre direitos humanos e abordagem das relações de gênero e de situações de vulnerabilidade, aliados à maior ênfase em aspectos biomédicos do que comunicacionais e educativos, ocasionam uma redução da SSR ao seu componente biológico, ainda que sua abordagem também devesse requerer uma contextualização sócio-histórica e política.

Pelo exposto até o momento, pode-se afirmar que o reconhecimento da SSR como objeto de trabalho para serviços de APS apresenta, portanto, fragilidades e inadequações. Note-se que na Introdução do presente estudo, o pressuposto era de que tal reconhecimento seria baixo ou limitado; contudo, a análise dos resultados e a discussão mostram que a abordagem da questão reside não apenas na consideração de sua extensão (manifesta na porcentagem de realização das ações), mas também e, sobretudo, na completude da apreensão da SSR. Desse modo, o estudo permite afirmar que o reconhecimento da SSR como objeto de trabalho na APS é inadequado.

Já, no que se refere às tecnologias para a operação do trabalho⁸⁶ com SSR na APS, a análise das respostas dos serviços sugere a necessidade de adoção de conhecimentos e ferramentas específicos para este tema, relacionados a atividades comunicacionais e

educativas, a práticas de saúde coletiva em APS, e também a instrumentos gerenciais. Profissionais de saúde são técnicos por excelência^{137, 74}; isto é, realizam ações, desde que disponham, para tanto, de justificativas, conhecimentos e, acima de tudo, técnicas que tornem tais ações plausíveis e possíveis. Isso significa dizer que eles atuam no limite entre a autonomia e as normativas, regulamentos ou protocolos de suas áreas profissionais, bem como dos sistemas de saúde em que operam¹³⁷.

Dentre as necessidades de ferramentas específicas, pode-se destacar, por exemplo, o tratamento de DST na APS. A proposição de realização de tratamento sindrômico leva em conta a menor possibilidade de realização do diagnóstico etiológico na UBS e tem como justificativa a busca de adesão do usuário e a quebra oportuna na cadeia de transmissão. Entretanto, apesar dos esforços empreendidos, por exemplo, pelo Programa Estadual, verifica-se baixo seguimento da proposta. Um motivo estimado é que fazer o tratamento sindrômico requer a disponibilidade para conversar com o usuário sobre as DST, e fazer o aconselhamento para a testagem e o uso de preservativo (ações, entretanto, com maior realização referida pelos serviços, do que o tratamento sindrômico propriamente dito). Outra possibilidade reside na concepção do serviço de APS como sede de atividades simplificadas; ou ainda, na conhecida sobrecarga de tarefas da APS, comprometendo o reconhecimento da questão e gerando encaminhamento para serviços especializados. Pode-se ainda inferir que essa tecnologia, embora definida, não encontrou ressonância, seja por ainda requerer maior treinamento e institucionalização, seja por não ser adequada às expectativas de profissionais da APS, dada a forte lógica de primeiro avaliar ou diagnosticar, para depois cuidar ou tratar – a qual é comum à formação e constituição profissional de médicos e enfermeiros, dentre outros.

A ênfase em ações de proteção específica denota, certamente, que a disponibilidade de insumos propicia maior concretude às práticas, facilitando sua execução – os profissionais têm o quê oferecer aos usuários. Estes são os casos da vacinação para hepatite B e da dispensação de preservativos masculinos para a população geral. Essa característica sugere que tecnologias mais facilmente objetiváveis possam ser mais incorporadas no trabalho realizado pelos serviços. Em contrapartida, a baixa dispensação da camisinha feminina aponta que a disponibilidade de insumos não é tudo;

é necessário que exista sua valorização pelos profissionais, no sentido de promover sua aceitação por usuárias e usuários, dada a condição ambígua da camisinha feminina enquanto potencializadora do empoderamento das mulheres e, por outro lado, constituir um insumo pouco disponível nos serviços e ofertado pelos profissionais¹³⁸. Como as finalidades do trabalho em saúde podem atuar na construção de necessidades de saúde e interferir na realidade, transformando-a⁸⁴, um maior investimento em camisinha feminina poderia contribuir para a autonomia das mulheres.

Reforçando essa argumentação, verifica-se a menor realização de ações do subdomínio *planejamento reprodutivo*, comparativamente aos demais componentes do domínio *atenção à saúde reprodutiva*, particularmente quanto à oferta de métodos como o contraceptivo de emergência, que, embora considerado uma tecnologia⁸⁶, tem lugar ainda limitado nas práticas de saúde. Os conceitos de SSR abordam a “oferta da constelação de métodos contraceptivos” (Ventura, 2001)⁵⁴, mas a realidade do estado de SP apresenta poucas opções às pessoas, com predomínio do preservativo masculino e do anticoncepcional oral, seguidos de contraceptivos injetáveis e de encaminhamentos para métodos reversíveis e com menor disponibilidade de oferta de DIU e diafragma. Isso se verifica especialmente em relação ao contraceptivo de emergência, que, apesar do modo de funcionamento e das recomendações oficiais, ainda é cercado por polêmicas religiosas e bioéticas quanto à sua finalidade - contraceptiva ou abortiva - e ao seu conteúdo moralizante, que culpabiliza a mulher por necessitar da “pílula do dia seguinte”. Além disso, a indicação da contracepção de emergência também apresenta a dificuldade de requerer uma escuta qualificada, o aconselhamento e a verificação de riscos biológicos (aliás, na maioria das vezes, muito menores do que o benefício da medicação), bem como a possibilidade de acesso oportuno – fatores estes, que complexificam a oferta do método, não obstante o avanço que ele representa para a concretização dos direitos sexuais e reprodutivos. De igual modo, as disparidades na oferta dos diferentes métodos contraceptivos evidenciam os problemas de estrutura e gerência das unidades, sobretudo de gestão em maior escala, acompanhados do reconhecimento inadequado do objeto SSR pelo programa paulista de SSR.

Já, o pré-natal tem razoável adequação na utilização de protocolos, particularmente no que tange às propostas biomédicas, mas mesmo assim, verifica-se a dificuldade em

lidar com a sífilis congênita - evidenciando, novamente, o problema do estigma da doença, aliado à restrita prática de atendimento aos casais. Observa-se, também, ser muito menor a adoção de ações de educação em saúde sobre gestação - como, por exemplo, os grupos -, apesar de elas comporem a lista de atividades preconizadas para a humanização do pré-natal, do parto e do puerpério, podendo também ser utilizadas como mecanismo de racionalização para o atendimento da demanda com potencialização dos cuidados. Tais ações envolvem principalmente tecnologias que, por já serem protocoladas e conterem muitos relatos de experiência (Freitas, 2009)^{LVI}, poderiam ser de grande contribuição para o trabalho desenvolvido pelos serviços.

Por sua vez, as ações de promoção à saúde apresentam realização relativamente restrita, indicando que, apesar do tempo de sua preconização e da literatura existente sobre o tema, é preciso retomar sua valorização e significação, bem como propor ferramentas para sua aplicação dotadas, provavelmente, de novos desenhos e arranjos. Trata-se, portanto, de ações que requerem o conhecimento das necessidades de saúde, individuais e coletivas, relacionando a saúde à qualidade de vida e aos direitos humanos, por meio da análise das características do território, das estratégias comunicacionais, da incorporação da participação dos sujeitos e do desenvolvimento de parcerias intersetoriais, entre outros fatores.

No âmbito dos serviços, a forma como eles lidam com as situações de vulnerabilidade revela um paradoxo, ao priorizarem a realização de ações sobre um mesmo tema na comunidade, em vez da unidade (quando todas as demais ações pesquisadas ocorrem preferencialmente na unidade, em detrimento da comunidade). A abordagem sobre o uso de álcool e drogas, e também sobre a violência, é mais comum em ações realizadas na comunidade, do que na avaliação e acompanhamento dos casos na unidade; indicando, assim, a dificuldade em operar ações em saúde para o enfrentamento dessas questões sociais^{72,74}. Conhecer e lidar com situações de vulnerabilidade requer formas adequadas de escuta às necessidades individuais e conhecimento da realidade da população, abrangendo as possibilidades de resposta social e a oferta de ações programáticas que visem à diminuição⁴⁸ das dificuldades

^{LVI} Freitas VS. Grupo de gestantes: relato de experiência. Seminário do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, 2009.

apontadas. Para tanto, faz-se necessária a adoção de tecnologias, que incluem desde protocolos de avaliações e condutas, grupos operativos, terapias em saúde mental, até oferta de insumos - como remédios para profilaxia de DST e HIV; contraceptivo de emergência em caso de violência sexual, por exemplo; medicações para lidar com intoxicação e abstinência por álcool e drogas, entre outras -; sem contar o desenvolvimento de métodos para a conversa e o encontro voltados ao reconhecimento de necessidades, e que incluam as atitudes de acolhimento, responsabilidade e vínculo entre equipe de saúde e usuários^{81,139}.

Isso significa dizer que grande parte das tecnologias necessárias para a operação da SSR na APS não são novas ou diferentes; mas sim, que algumas estão em desuso e precisam ser retomadas; outras não estão bem adaptadas ao contexto da APS e requerem (re)adequação; outras não correspondem às expectativas de profissionais de saúde e usuários, e precisam ser revistas com este fim; e outras, ainda, não têm seu mérito reconhecido e devem ser mais amplamente discutidas. Em síntese, pode-se dizer que a definição dessas tecnologias para a APS ainda não é apropriada, e que os citados passos são requeridos para a sua disseminação e incorporação.

Entretanto, existem também novas tecnologias no campo de SSR, que poderiam ser relacionadas principalmente aos domínios de *prevenção e assistência às DST/aids*, e *atenção à saúde reprodutiva*. Atualmente, sob o contexto de concentração da epidemia nas chamadas “populações-chave”, e a argumentação que discute basear a prevenção apenas no tratamento de todos as pessoas infectadas com HIV como insuficiente^{LVII}, a proposta de prevenção tem sido revista, de modo a se expandir para outras possibilidades, além da preconização do uso do preservativo. Cabe enfatizar que o próprio preservativo vem sendo tema de debates, a começar pelo emprego do próprio termo; sugerindo-se, então, priorizar a palavra “camisinha”, como também propor formas de rever o seu modo de uso, relacionando-o ao prazer^{140,141}. Já, outras propostas de prevenção lidam com a sexualidade concreta dos indivíduos, sugerindo o uso da

^{LVII} Vide discussão a respeito das populações-chave, do tratamento como prevenção, e das propostas de conciliar estratégias preventivas, no capítulo 3.

camisinha articulado a outras iniciativas^{LVIII} ou, em alguns casos, prescindindo dela – para quem não pode, ou não quer usá-la⁷⁹.

Para o diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites, o emprego do teste rápido^{LIX} que oportuniza o aumento da testagem, ao garantir o resultado logo após sua realização, vem sendo recomendado na APS. Entretanto, sua utilização tem se restringido ao pré-natal. Verifica-se, assim, que apesar de o protocolo da Rede Cegonha o prever, a pertinência dessa proposta pode ser questionada, visto que a gestante já dispõe de um seguimento suficientemente longo para permitir sorologias e resultados, além de ter maior adesão à testagem. Portanto, faz-se necessária a adequação do uso do teste, de modo que ele seja prioritariamente dirigido às pessoas mais expostas a situações de risco para essas infecções. Isso ainda não acontece, possivelmente porque o teste rápido não supera dois obstáculos que também demandam saberes e ferramentas específicas: a oferta do exame e o aconselhamento pós-teste – sendo que especificamente neste último, o desafio é ainda mais agudo, dada a concentração em um tempo mais curto, que diminui a chance de preparação, a busca de orientação matricial ou, até mesmo, o encaminhamento a outros serviços, configurando um cuidado não integral.

Em relação ao subdomínio *tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids*, as propostas que atribuem a tarefa de tratamento da aids à APS podem representar um novo desafio técnico aos serviços da rede básica. Reforçando-as, existe o argumento de que o tratamento indiscriminado de todos os infectados por HIV poderia facilitar o manejo; contudo, não se pode ignorar a complexidade biomédica da patologia e de sua terapêutica, acrescida de questões psicossociais e da relação com a

^{LVIII} Essas iniciativas de prevenção incluem métodos que foram considerados clássicos pelos autores, como o preservativo masculino e o preservativo feminino; em que pese, em relação ao último, sua condição ambígua de, por um lado, favorecer o empoderamento feminino e, por outro, ser um dos métodos ainda menos acessíveis. Entre as novas propostas, os autores apresentam o tratamento como prevenção, a profilaxia pré-exposição sexual (PrePsexual), que seria indicada para indivíduos que não podem ou não querem usar preservativos e estão expostos a risco, e a profilaxia pós-exposição sexual (PePsexual), indicada quando o risco de infecção é relevante e deve ser avaliada caso a caso. Trata-se de uma medida que pode ser conciliada com os demais métodos e utilizada caso algum deles apresente uma falha. Apresentam ainda medidas estruturais que podem contribuir para a diminuição da vulnerabilidade e, assim, agir para a prevenção.

^{LIX} O questionário *QualiAB* de 2010 não abordava o teste rápido, por conformidade com as propostas vigentes à época; em contrapartida, a versão que está sendo revista para 2015, já o faz.

adesão, que pressuporiam que a existência de escala numérica de pacientes em tratamento pode favorecer a atenção de qualidade⁹³.

As chamadas novas tecnologias reprodutivas^{LX, 142} podem representar uma inovação, no que se refere ao domínio *atenção à saúde reprodutiva*. Entretanto, pelos critérios de indicação e pela complexidade técnica, os procedimentos propriamente ditos caracterizam-se principalmente como sendo da competência do nível secundário; de modo que o papel da APS poderia ser o de reconhecimento das necessidades a partir da procura pelos indivíduos, a realização de avaliações da indicação e o encaminhamento para serviços especializados. Ainda assim, essas tecnologias representarão uma nova oportunidade de lidar com as escolhas reprodutivas e sua relação com sujeitos concretos, dentro de suas condições de fertilidade, e segundo suas situações de parceria sexual e afetiva.

A propósito, a abordagem de orientações sexuais tem sido intensificada nos anos recentes, trazendo a possibilidade de influenciar o modo de perceber e lidar com a sexualidade e a reprodução; e, com isso, contribuir tanto para o reconhecimento do objeto SSR na saúde e na APS, como para a proposição de formas de abordar o tema. Nesse sentido, embora o trabalho com a população “LGBT” venha se voltando mais tradicionalmente para a produção de modos de lidar com os riscos e as vulnerabilidades, e, mais recentemente, para as tecnologias reprodutivas voltadas a casais “homoparentais”, é particularmente relevante considerar o aporte dos aprendizados do campo da diversidade sexual e afetiva para o trabalho com a *promoção à SSR*; uma vez que eles suscitam questões e propõem ferramentas, graças à sua estreita relação com os direitos sexuais e reprodutivos, e particularmente com a legitimidade do prazer e a busca da autodeterminação.

Está claro que a ampliação de tecnologias voltadas ao cuidado da SSR na APS - com a proposição de novas ferramentas, ou a transposição de instrumentos utilizados

^{LX} As novas tecnologias reprodutivas incluem: “[...]maturação artificial de oócitos, hiperestimulação ovulatória, transferência de gametas e sua conservação em banco de esperma, maturação artificial, fertilização in vitro e transferência, congelamento e armazenamento de embriões [...]”, “[...]doação de células reprodutivas, doação temporária do útero [...]”. A autora descreve como as novas tecnologias reprodutivas implicam em dilemas éticos e demandam procedimentos complexos, oferecem riscos à saúde e têm baixa resolutividade efetiva (Vitule, 2015, p. 45 e 46)¹⁴².

em outros níveis do sistema de saúde ou setores - poderia trazer benefícios. Entretanto, é possível dizer que, de modo geral, existem tecnologias para lidar com SSR na prática da APS, mas elas precisam ser revistas e/ou aprimoradas, com vistas a uma definição mais apropriada, para serem, então, incorporadas.

Por outro lado, afirma-se que o reconhecimento inadequado da SSR na APS pode ser, em alguns casos, a explicação para a não incorporação de tecnologias. Porém, não saber o quê fazer pode ser justificativa para não reconhecer um dado objeto. Consequentemente, a identificação e aplicação de ferramentas existentes, ou ainda, o desenvolvimento ou aprimoramento de instrumentos podem contribuir para lidar com uma dada problemática e contribuir para a intervenção na realidade da SSR.

A avaliação realizada pelo estudo indica não apenas as ações que precisam ser revistas ou ampliadas, como também considera os caminhos para a sua realização. Nesse sentido, faz-se relevante abordar as tecnologias relacionadas a atribuições de gerência: como as ações de vigilância e informação em saúde, que mesmo realizadas de modo relativamente frequente pelas unidades, têm seu significado esvaziado, quando denotam objetivos de contagem da produtividade; ainda que possam constituir uma importante ferramenta para favorecer a adoção de medidas de prevenção e estratégias gerenciais de organização do trabalho. A propósito, o modelo por regressão logística para serviços de APS do melhor grupo de desempenho em SSR aponta que o uso de dados epidemiológicos e de produção para planejamento e organização do trabalho tem maior razão de chances para o desempenho em SSR dos serviços. Desse modo, a adoção e a revisão de tecnologias gerenciais também são relevantes, incluindo a realização de reuniões, avaliações e planejamentos, todos necessários para que as tecnologias discutidas possam permear o trabalho.

Merece destaque o domínio *prevenção e assistência às DST/aids* e seus componentes - possíveis focos de proposição tecnológica. A análise das correlações positivas entre os domínios e subdomínios da dimensão SSR aponta que a realização de cada grupo de ações está relacionada às demais; ou seja, é possível dizer que as práticas de um domínio ou subdomínio têm interfaces com as demais. Entretanto, o destaque da maior correlação do domínio *prevenção e assistência às DST/aids* e, particularmente, do subdomínio *prevenção e diagnóstico das DST/aids*, assinala que estes são importantes

indicadores para a SSR, podendo contribuir não apenas para o conhecimento de como ocorre sua implementação nos serviços de APS do estado de SP; mas também, que essas finalidades, quando tomadas como núcleos de investimento em processos e tecnologias, podem fomentar a melhoria das práticas de atenção à SSR na APS.

Uma explicação plausível seria a de que a condução de ações de prevenção, diagnóstico e assistência às DST/aids requer disposição, por parte da equipe, para lidar com temas sensíveis, bem como o desenvolvimento de atividades que demandam conhecimento e técnicas específicas e complexas, a exemplo das orientações para a prática de sexo seguro, do aconselhamento para a testagem de HIV e outras DST e do tratamento sintomático das DST. Essas orientações contribuiriam também para outras atividades que requerem lidar com as escolhas dos usuários e com situações de vulnerabilidade; sem contar a atenção às habilidades comunicacionais e às interfaces entre medidas prescritivas e aquelas que incorporam os projetos dos usuários – combinando êxito técnico e sucesso prático⁸¹. A aids levou a saúde a trabalhar com pessoas e situações que não são passíveis de controle e regulação^{79,140, LXI}. Além disso, certamente houve influência da chamada resposta brasileira à aids que, pelo acirramento de situações-limite encontradas quando da eclosão da epidemia, gerou tensões e, encontrando terreno já fértil pela ação dos movimentos sociais, representou a possibilidade de mudanças⁸⁰, com possíveis repercussões para a atenção à SSR e outras práticas sociais. Parker (2009)¹⁴³ afirma que a aids impactou profundamente o jeito de pensar, falar e pesquisar em relação à sexualidade. Assim, essas mudanças ou inovações decorrentes do trabalho com a aids podem trazer ênfase para a formulação e implantação de ferramentas, treinamentos específicos, além de mecanismos gerenciais - como reuniões para organização do trabalho, incluindo discussão de casos; bem como a garantia de consideração dessas ações em SSR como parte das atividades de rotina.

^{LXI} Departamento de Medicina Preventiva, NEPAIDS. Tribuna Aids. 2014.

6.3 Implementação incipiente de ações de SSR na APS paulista

O desempenho médio das unidades em 56,84% para a dimensão SSR evidencia uma distância entre o que é realizado pelos serviços e o que é proposto para a APS. A discriminação em grupos de desempenho pelas k-médias mostra que mesmo o grupo A, de melhor desempenho e composto por 24,7% dos serviços, tem a média em 74,71%. O grupo B tem desempenho médio de 61,95 e é representado por 29,7% dos serviços. Os grupos C, D e E têm juntos 45,7% dos serviços e sua média de desempenho é de 55,19% no grupo C, 45,57% no grupo D e 21,56% no grupo E.

Sabe-se que um grande desafio para a APS é a quantidade de atividades de sua atribuição; podendo haver, nesse sentido, a proposição da redução de expectativas. Entretanto, existem conceitos, políticas públicas e um programa de SSR para a APS no Brasil e no estado de SP, que consideram as ações de SSR como primordiais, e de atribuição da APS. Além disso, as próprias características da APS, incluindo a articulação de finalidades do trabalho em saúde^{3,25} e a proximidade ao território²², fazem da SSR o seu objeto^{12,20}.

A extensão, a integração e o desempenho das práticas em SSR, realizadas pelos serviços de APS, são indicadores da implementação do programa de SSR na APS. Assim, a análise dos resultados aponta para a implementação incipiente das ações de SSR na APS paulista.

Por implementação incipiente^{LXII}, entende-se que ela é nova, está iniciando, e, neste sentido, não é totalmente adequada ou suficiente no presente momento, mas tem potencialidade de melhoria, característica de tudo que está em seu começo.

Assim, de acordo com o referencial do trabalho em saúde, e a relevância de se considerar as tecnologias no processo de trabalho, além de assumida a tarefa pragmática de realizar uma avaliação, este estudo permite afirmar que as práticas de atenção à SSR

^{LXII} [Do latim *incipiente*, particípio presente de *incipere*, “começar”]. Adjetivo. Que está no começo; principiante. Cf. Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. 1999, p.1092. “Incipiente significa ‘que se inicia’” (Neves, 2003, p. 427).

na APS estão incipientes para os serviços e o momento estudado, mas guardam a possibilidade de modificação dessa condição, a depender de determinações históricas e de práticas sociais, como o trabalho em saúde.

6.4 Análise das relações entre o desempenho dos serviços de APS em SSR e características organizacionais das unidades de APS, das regiões de saúde e de componentes dos Programas Nacional e Estadual de SP de DST, Aids e Hepatites Virais

A discriminação entre grupos de serviços de melhores e piores desempenhos oportuniza pensar características e experiências que podem ser expandidas, bem como considerar serviços prioritários para investimentos. Nesse sentido, cumpre empregar as informações advindas da análise das variáveis independentes, que também podem contribuir para a compreensão do problema em estudo, qual seja a implementação das ações de SSR na APS.

O emprego de questões do *QualiAB* que representam características dos serviços avaliados - quanto ao tipo de arranjo do trabalho assistencial adotado; à localização (em zona rural, urbana central ou urbana periférica); à existência e à forma de delimitação do território; e à utilização de dados de produção assistencial e epidemiológicos, para a organização do trabalho - permitiu verificar que esses atributos se relacionam ao desempenho de ações em SSR.

Está claro que algumas dessas características, como a de localização, têm um componente mais classificatório e até de determinação contextual; enquanto outras contêm claramente uma diferenciação quanto ao modo de organização adotado, o qual depende, fundamentalmente, de escolhas gerenciais dos serviços e de gestão do sistema locorregional de saúde.

A discussão sobre os arranjos assistenciais mais capazes de produzir atenção de boa qualidade está em voga no Brasil ^{99,102}. Nesse sentido, as respostas analisadas para o desempenho em ações de SSR podem contribuir para esse debate, particularmente pelo conhecimento da realidade concreta. Pode-se verificar, tanto pela autoclassificação das

unidades, como pela reclassificação a partir das categorias profissionais, que o híbrido entre os dois tipos polares, isto é, UBS tradicional e ESF, apresenta melhor desempenho. Certamente, há componentes de cada um dos dois tipos de arranjo que, juntos, favorecem esse melhor desempenho; sendo interessante a investigação de quais são e o seu emprego. A análise dos grupos de desempenho aponta para a associação favorável com componentes da saúde da família, e menos favorável para UBS puras ou postos volantes; sendo que os dois últimos tipos de serviço apresentam menor razão de chances de pertencer ao grupo A.

Tendo em vista que o uso de informações de produção para a organização do serviço e os dados epidemiológicos para o planejamento foram as duas variáveis em que o modelo mostrou haver maior razão de chances de o serviço pertencer ao grupo A, ambas merecem ser destacadas. Além disso, a delimitação da área de abrangência da unidade por planejamento tem associação com os melhores grupos de desempenho, enquanto a delimitação na prática e a falta de delimitação são mais associadas com os grupos de piores desempenhos. A análise do contexto em que as unidades de APS realizam suas práticas aponta para a importância do emprego de mecanismos relacionados à gerência⁴⁶ e à utilização de informações em saúde para a organização do trabalho. Além disso, essa análise sugere que a existência de autonomia para a unidade - expressa na disponibilidade de seus próprios dados e capacidade de sua produção - também interfere na qualidade. Seria possível, ainda, discutir essas características contextuais por meio da interface com a centralização da gestão, que decorre da escassa capacidade técnica e gerencial no nível local, a despeito da política de regionalização⁴⁶ e da responsabilidade dos níveis locais pela execução das ações de saúde, incluindo a APS e também as ações em SSR, com destaque para a prevenção de DST e aids no estado de São Paulo.

A relação observada nas comparações entre o desempenho e a localização da unidade merece ser melhor compreendida e considerada no planejamento de treinamentos e investimentos. No Brasil, e no estado de SP, é sabido que muitos dos esforços foram concentrados nos centros, com menor difusão e investimento para o interior⁴⁴. Conforme mencionado, no caso paulista existe também heterogeneidade na rede de atenção básica. Porém, é importante que tal constatação não seja apreciada com

conformismo ou como expressão de competição entre as regiões, e sim, que incite a possibilidade de reconhecimento das características e experiências regionais que podem favorecer o desempenho (e, nesse sentido, devem ser “exportadas”); bem como o investimento em esforços de gestão dirigidos preferencialmente às regiões com pior desempenho, incluindo o treinamento para as funções de gestão⁴⁶.

No estado de SP, o processo histórico com o eixo cafeeiro e depois com a industrialização, bem como as ferrovias e rodovias, ocasionaram o aspecto de V central⁴⁵, com marginalização das regiões nas pontas, inclusive no que tange aos equipamentos de saúde. Nesse sentido, a urbanização corporativa – 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 na atração de capital, influenciando seletividades geográficas do SUS, em termos de oferta, acesso e complexidade de serviços de saúde⁴⁴.

Entre regiões, e em uma mesma localidade, o pior desempenho das unidades rurais provavelmente tem origem no investimento historicamente diferenciado em estrutura e tecnologia para pontos mais centrais e mais periféricos do sistema. Como exemplo para essa argumentação, pode-se verificar que a associação entre estar no grupo E e a localização rural coincide com o aumento de postos volantes, pela reclassificação.

O pequeno destaque para as unidades urbanas periféricas, em relação às urbanas centrais, pode estar ligado a características, como: proximidade entre o serviço e a população, número de pacientes, tipo e complexidade de demandas⁴⁵, aspectos para os quais pode haver direcionamento de esforços. Note-se que essa ordem apenas se inverte para os 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 com 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; ainda que as relações tenham apenas sido estabelecidas nas comparações e nas associações, mas não pelo modelo por regressão logística.

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 cidades⁴⁵, isto é, estão pouco familiarizados em acessar o centro e, geralmente, procuram por 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 território¹³⁶; e alguns de seus arranjos organizacionais são orientados pela equidade, estando, por isso, voltados às classes populares, bem como instalados em locais com menor densidade tecnológica e alheios à modernidade.

A diferença de desempenhos em ações de SSR, verificada para as divisões para gestão e organização da saúde propostas para o estado de São Paulo – CIR, DRS, GVE e RRAS -, aponta para a importância de investimento também diferenciado em mecanismos de gestão e apoio técnico para cada região. As diferenças entre o desempenho dos serviços em SSR, para cada divisão regional de saúde adotada pelo estado de SP, podem expressar diversidade em relação às características dos sistemas locais de saúde, incluindo componentes sociodemográficos e epidemiológicos, “história” da rede, equipamentos instalados, arranjos organizacionais operados³⁸, entre outros. O melhor desempenho do DRS Grande São Paulo, assim como da CIR do Grande ABC e do GVE de Santo André não surpreendem, uma vez que há, tradicionalmente, maior alocação de investimento em recursos, treinamento, fluxo e diversidade de equipamentos no centro dos sistemas⁴⁴. Do mesmo modo, os piores desempenhos no DRS de São João da Boa Vista, na RRAS 15 (que engloba as regiões de Rio Pardo, Mantiqueira, Baixa Mogiana, Oeste VIII e Campinas), nas CIR Centro Oeste do DRS III e no GVE de Bauru devem ser compreendidos à luz de aspectos geográficos, administrativos, de gestão de fluxos e de vigilância da saúde⁴⁵.

As análises da comparação entre dados da avaliação das ações em SSR - incluindo o domínio *prevenção e assistência às DST/aids*, desenvolvido por serviços de APS, e a existência de serviços especializados de atenção às DST/aids, considerados de qualidade pela avaliação *Qualiaids* e Centros de Testagem e Aconselhamento - apontam para os limites da constituição de redes para atenção no âmbito dessa problemática, uma vez

que o desempenho é um pouco melhor para os serviços localizados em municípios que dispõem de CTA, SAE e Política de Financiamento das ações em HIV/aids e outras DST, pelo Plano de Ações e Metas (PAM). Essa relação diminui, porém, quando se trata das microrregiões de saúde (expressas nas comparações para as CIR); bem como no que se refere ao fomento das ações, através das gerências de vigilância epidemiológica (GVE). Nesse sentido, tem-se a provável explicação de uma frágil rede locorregional e temática em SSR e, mais especificamente, em *prevenção e assistência às DST/aids*^{46,106}.

A verificação de que a disponibilidade de recursos advindos de financiamento federal - através da PAM, 2010 - incrementa discretamente o desempenho dos serviços dos municípios paulistas selecionados, sugere que existe limitado reconhecimento da SSR como objeto da APS (não apenas pelos serviços, mas pelos gestores locais, no que concerne à forma de utilização dessa verba), e insuficiente definição tecnológica das ações de SSR na APS (incluindo ações de prevenção e assistência às DST/aids); e também, que o investimento não deveria ser restrito a recursos, mas referido ao desenvolvimento de tecnologias de trabalho¹⁴⁴.

A discreta melhoria do desempenho de serviços localizados em municípios com SAE e também com CTA pode concernir à tecnologia empregada¹⁴⁵ e, possivelmente também, à já mencionada nuclearidade do domínio de *prevenção e assistência às DST/aids* na APS, bem como ao sistema local com referenciamento e discussões dos casos. Entretanto, o fato de a influência de serviços relacionados à política de aids ser restrita aos serviços localizados no mesmo município sugere a necessidade de revisão dessas redes, com ênfase para o fluxo regional.

Atualmente, tem-se buscado investir na conformação de redes regionais temáticas. Em relação às DST/aids e hepatites virais, foi lançada, em janeiro de 2015, resolução da SES SP sobre rede com este tema, que também define o papel da APS na rede^{LXIII}. A rede temática prevê a construção de uma Linha de Cuidado, por meio da constituição de grupos de trabalho regionais para lidar com essas questões. Além disso, prevê-se destinação específica de verba para a APS, em princípio para os mesmos municípios

^{LXIII} O papel da APS na rede temática de HIV/Aids e DST foi apresentado na Introdução deste estudo.

que receberam a PAM, acrescidos daqueles em que há SAE, mas não eram incluídos na política federal.

6.5 Limites e possibilidades do estudo

O presente estudo constitui uma avaliação predominantemente organizacional, a partir de um questionário estruturado. Embora a avaliação dos processos empregados no trabalho para atenção à SSR na APS não seja suficiente para apreender toda a qualidade, ela é necessária e compõe esse construto, tornando possível avaliar as práticas de atenção à SSR na APS no estado de SP, bem como organizar uma proposta teórica e metodológica para futuros estudos, planejamentos do trabalho e avaliações sobre a temática.

Em relação aos serviços participantes, é importante lembrar que constituem uma amostra das unidades do estado de São Paulo. Embora seja uma amostra expressiva em tamanho, e portanto, com grande cobertura para o estado, destaca-se que ela não é aleatória, mas constituída por adesão, uma vez que as unidades participantes foram indicadas pelos gestores dos municípios que aderiram à avaliação *QualiAB*. Os municípios que participaram são caracterizados por serem de pequeno e médio porte, com as exceções já mencionadas – o que se deve, provavelmente, à estratégia de promover a avaliação *QualiAB* por meio da intermediação do Programa de Articuladores da Atenção Básica, que teve como proposta o foco em municípios em torno de 100 mil habitantes.

Verifica-se, portanto, a existência de uma amostra por adesão e a ocorrência de um viés de seleção. Não obstante, a aplicação do instrumento permitiu reunir avaliações sobre unidades organizadas por diferentes arranjos e de diferentes realidades no cenário paulista. Além disso, uma das principais consistências do instrumento reside justamente na forma como ele foi proposto aos municípios e como os resultados foram discutidos^{LXIV}, a partir do apoio dos articuladores da atenção básica, favorecendo o uso

^{LXIV} Os resultados específicos para a avaliação em SSR também serão compartilhados por meio de devolutiva aos serviços participantes das conclusões do presente estudo, e de sua publicação científica.

da avaliação como fonte de recomendações e insumos que possam contribuir para processos decisórios e de gestão. Destaca-se que cada unidade recebia seu escore logo após preencher o questionário *QualiAB*, e que os municípios e autoridades sanitárias do estado de São Paulo receberam os dados, conforme os princípios de confidencialidade.

Uma limitação importante do estudo reside em tratar das práticas de atenção à SSR a partir das informações provenientes de um instrumento estruturado para autopreenchimento, sem ter realizado observações da realidade ou entrevistas com os sujeitos envolvidos. Por esse motivo, tem-se informações sobre o que é feito, mas poucos dados sobre o porquê, o modo de realização das ações, suas dificuldades e perspectivas. Lembrando-se que esta é uma característica presente em pesquisas que se baseiam em instrumentos já constituídos, como é o caso do *QualiAB*, cabe enfatizar que o questionário foi construído – e vem sendo revisado - por uma combinação de métodos, que inclui técnicas qualitativas de apreensão da realidade e de participação dos pesquisadores; e que, além disso, somente um instrumento estruturado poderia ter essa abrangência de aplicação e possibilidade de utilização prática para a organização e gestão do trabalho em saúde.

Nesse contexto da pesquisa, foi possível discutir a hipótese; buscar o objetivo de avaliar a implementação de ações de atenção à SSR desenvolvidas em serviços de APS do SUS paulista; e analisar os resultados da avaliação, como expressam as explicações para a compreensão do problema das práticas de SSR na APS, apresentadas no tópico a seguir, que abordam: o reconhecimento da SSR como objeto de trabalho pela APS; a tradução das políticas públicas e dos programas de SSR em práticas de SSR; percepções sobre o papel da APS na prevenção e assistência às DST/aids; atenção à saúde reprodutiva como transcendente à saúde materno-infantil e ampliada a outros grupos para além das mulheres em idade reprodutiva; limites na realização de ações de APS relacionadas ao polo da saúde coletiva e à finalidade de promoção à saúde; restrição no emprego de conhecimentos, procedimentos e ferramentas gerenciais; fragilidades de redes de serviços e de redes temáticas regionais.

No tópico de Introdução do estudo, apresentou-se também uma proposição provisória sobre as políticas públicas em SSR, as relações com os movimentos sociais e o contexto atual de interação destes com os serviços e programas de saúde. Entretanto,

ainda que a literatura possa trazer elementos para essa discussão, suficientes para afirmar que a emergência do tema dos direitos em SSR tem relação com o ativismo social, a condução da pesquisa não trouxe elementos empíricos para embasar a indicação de interação entre os movimentos e os serviços; ainda que sua análise possa interessar e ser útil para os movimentos sociais engajados em propor melhorias da atenção à SSR na APS.

Nas avaliações e, particularmente, nas autoavaliações, uma discussão frequente concerne à fidedignidade das respostas, uma vez que as informações são mediadas pelo preenchimento geralmente elaborado pelo gerente da unidade, ou pela equipe coordenadora; sem contar a possibilidade de assimetrias na relação entre quem coordena e quem realiza as ações de saúde. Entretanto, pode-se dizer que se as unidades participaram por meio de um processo de adesão, iniciado com o aceite do gestor municipal - fato que, supostamente, poderia conferir um viés de resposta e impactar negativamente a fidedignidade das respostas -, por outro lado, o compromisso com a não divulgação dos nomes dos participantes, como também a não concessão tanto de benefícios como de penalidades às unidades, convergiram para garantir a fidedignidade das respostas. Ainda nesse sentido, buscou-se dotar a pesquisa *QualiAB* de uma comunicação adequada sobre os objetivos da avaliação, bem como aplicar um instrumento estruturado para a coleta de dados. Por sua vez, buscando minimizar qualquer efeito por falha de memória do respondente, o instrumento *QualiAB* empregou questões referidas às ações realizadas habitualmente, ou no corrente ano da pesquisa. Assim, a variabilidade nas respostas, bem como a distribuição dos desempenhos em uma curva normal, sugerem a validade do instrumento para a obtenção da avaliação em SSR.

O processo desenvolvido pelo presente estudo para construção de uma avaliação das ações em SSR, a partir de um questionário que em sua origem não previa este tema, representou a potencialidade de utilizar um material de pesquisa e de gestão, compromissado com a ética e o investimento público. Apesar disso, a pesquisadora se deparou com a circunstância de não poder fazer novas indagações ao campo – por exemplo, estendendo a abordagem sobre SSR a homens, adolescentes, idosos; além de incluir a temática da diversidade sexual, entre outras -, ainda que tenha podido produzir

seus próprios dados com base na aplicação do referencial e do modelo teórico da avaliação sobre o banco colhido em 2010. O *QualiAB* busca enfocar diferentes atribuições da APS e abranger serviços organizados de maneiras diversas, em várias realidades regionais. Desse modo, apresenta questões de grande sensibilidade, mas baixa especificidade, contribuindo para a identificação de mais um limite, visto que, no que se refere à temática da SSR, algumas questões abordam as ações apenas como exemplificação, ou enumeração de atividades das práticas interrogadas. Contudo, estudos voltados a estabelecer avaliações aplicáveis a todos os tipos de unidades de APS do estado de SP requerem que a abordagem avaliativa abstraia a maioria das características específicas locais, operando o julgamento mediante padrões válidos para todos os contextos¹¹⁰.

Mas, uma vez que o estudo teve como um dos objetivos específicos analisar a relação entre características do serviço, da organização regional ou de elementos do sistema de saúde e o desempenho dos serviços de APS em SSR, buscou-se informar possíveis explicações para o desempenho observado, em consideração ao limite anteriormente comentado. Para tanto, o enfoque recaiu em grande parte na temática da *prevenção e assistência às DST/aids*, mas teria sido interessante também ter podido analisar fatores que se relacionam à *promoção à SSR* e à *atenção à saúde reprodutiva*. Entretanto, não foram identificadas informações sobre financiamento de políticas ligadas à promoção à SSR, ou avaliações da atenção à saúde reprodutiva. Caso indicadores, como a mortalidade materna por causas sensíveis à APS, por exemplo, fossem utilizados, haveria o problema de se buscar avaliar as ações em SSR por seu desfecho, no qual há uma interdependência.

No estudo realizado, a análise estatística dos dados contribuiu para a compreensão do desempenho dos serviços em SSR, bem como da influência entre os diferentes domínios de ações. Somada ao emprego dos referenciais teóricos e às orientações da literatura, tal análise permite a formulação de discussões e propostas que podem contribuir para a melhoria na implementação das políticas e do programa de SSR em práticas.

Por fim, é oportuno lembrar que a emissão de juízo de valor é inerente às avaliações em saúde. Além disso, para fazer uma avaliação, é necessário analisar, isto é,

separar em partes para melhor discutir e compreender o todo, o que requer tanto o emprego de conhecimentos, como de criatividade por parte do pesquisador^{126,146}. Isso significa dizer que este estudo contém perspectivas que orientaram os caminhos empreendidos por sua autora, na construção e análise do objeto nele abordado.

6.6 Explicações sobre as práticas de SSR na APS no estado de SP

Os referenciais teóricos, a literatura consultada, o caminho empreendido neste estudo, e, sobretudo, os resultados e a análise da avaliação da implementação das ações de SSR em serviços de APS paulistas permitem a enunciação de sínteses, a partir da (re)configuração das proposições provisórias (apresentadas na parte introdutória do presente estudo). As atuais explicações guardam muitas semelhanças com as formulações iniciais. Assim, as explicações A, B e D, apresentadas no item 1.2, contêm agora mudanças importantes, ainda que sutis. A explicação C permanece tal como a proposição inicial. As explicações E, F, e G resultam da discussão dos resultados, podendo ser, então, apontadas como novidades. Note-se, ainda, que o item 1.2 também incluía a abordagem sobre a relação entre movimentos sociais, políticas públicas em SSR e serviços de APS, a qual não pôde ser discutida pelo presente estudo. Para permitir sua melhor identificação, apresentam-se, a seguir, destacadas em *itálico*, as mudanças ou novidades verificadas nas atuais proposições:

A - apesar da existência de políticas públicas que enfocam direitos em saúde sexual e reprodutiva, e também, de programas específicos para a área de saúde, *não há reconhecimento adequado*^{LXV} da SSR como objeto para o trabalho em saúde. Verifica-se uma cisão entre a esfera reprodutiva e sexual, com predomínio do enfoque da primeira em relação à segunda, decorrente de *objetivos de controle da reprodução pelo setor saúde*, da menor valorização social de temas relativos à sexualidade, e também, de estigmas relacionados às doenças de contágio sexual;

B - a tradução operacional das políticas públicas e dos programas em práticas de SSR *não é apropriada*^{LXVI}, visto que a abordagem da sexualidade é complexa e requer

^{LXV} Destaca-se que na proposição provisória, foi pensado que o objeto não tinha reconhecimento adequado, tampouco suficiente, o que foi revisto, conforme discutido neste capítulo, no item 6.3.

^{LXVI} Inicialmente, considerou-se que a tradução operacional das políticas e programas em práticas de SSR na APS era insuficiente; a consideração dessa tradução como inapropriada pode ser compreendida a partir da discussão expressa neste capítulo, no item 6.3.

trabalhar com ensinamentos do campo dos direitos humanos e com os conceitos de gênero e vulnerabilidade, entre outros. Isso porque, do contrário, há a tendência de manutenção do enfoque excessivo nas doenças, nos fatores de risco para a sua aquisição e nas medidas prescritivas para o seu controle, bem como nos modos de lidar baseados no senso comum, em detrimento de uma aproximação integral e centrada nos direitos sexuais e reprodutivos;

C - apesar da existência de recomendações específicas para prevenção e assistência às DST/aids na APS, é usual verificar-se a compreensão de que essas atividades fogem à sua competência e caberiam exclusivamente ao serviço especializado, uma vez que o nível primário ainda é tido como aquele habilitado apenas a atendimentos simplificados; além disso, percebe-se que, tanto para esta como para outras atribuições da APS, no que tange ao cuidado da população, há predominantemente uma valorização da garantia de acesso, entretanto com pouco aporte conceitual e/ou tecnológico. Além da interação deficiente entre os níveis do sistema de saúde, o cenário descrito mostra a desconsideração da inserção do usuário em seu contexto de vida pessoal, familiar, comunitário e de trabalho, bem como uma busca de universalidade que prescinde da integralidade;

D - a atenção à saúde reprodutiva é atribuição clássica da APS e remonta ao programa de saúde materno-infantil, sendo marcada pelo controle do corpo feminino, pelo foco das ações referentes às mulheres em idade reprodutiva e pela finalidade de proteção à saúde das crianças. Por isso, ainda é escassa a incorporação da atenção à saúde reprodutiva de outros grupos, como homens, adolescentes e idosos, *e integrantes da população LGBT*, bem como a abordagem de temas relacionados ao referencial de gênero e aos direitos reprodutivos, incluindo as escolhas reprodutivas;

E – a realização de ações em APS relacionadas ao polo da saúde coletiva e à finalidade de promoção à saúde – incluindo atividades de educação em saúde, estratégias para a comunicação em saúde que incorporem a participação do usuário, atividades em grupo e na comunidade, bem como articulações intersetoriais - encontra limites e ocasiona comprometimento da atenção à SSR, mais especificamente da promoção à SSR;

F – conhecimentos, procedimentos e ferramentas gerenciais – tais como a delimitação da área de adscrição da unidade por meio de planejamento, disponibilidade e utilização de informações de produção para a organização do trabalho e disponibilidade e utilização de dados epidemiológicos para planejamento das ações - têm emprego restrito, representando barreiras para o desenvolvimento da atenção à SSR; certamente, esse limite pode significar empecilhos para outras atribuições da APS;

G – a fragilidade das redes de serviços e das redes regionais para ações relacionadas à temática da SSR - manifesta pela contribuição pequena e restrita às interações dentro de um mesmo município (mas com menor relação para as microrregiões) de componentes do Programa de DST, Aids e Hepatites Virais, como os CTA, SAE e o recebimento de financiamento federal PAM – pode ocasionar dificuldades para o compartilhamento de conhecimentos e informações, para o estabelecimento de fluxos de usuários e para a gestão colaborativa e integrada do sistema de saúde.

O desenvolvimento do estudo, a discussão explicitada anteriormente e as explicações enunciadas tornam possível retomar a hipótese (apresentada na Introdução), com a comprovação de parte dela e a revisão de alguns de seus aspectos (destacados em itálico e analisados abaixo) para a afirmação da tese:

Apesar da existência de políticas públicas específicas, bem como de programas de saúde relacionados, verifica-se a implementação *incipiente* das práticas de atenção à SSR - incluindo ações de promoção da SSR, prevenção, diagnóstico e assistência das DST e Aids, bem como atenção à saúde reprodutiva -, na APS, no estado de SP, devido ao reconhecimento *inadequado* da saúde sexual e reprodutiva como objeto para os serviços de atenção primária à saúde; bem como ao emprego de tecnologias com definição *inapropriada* e incorporação insuficiente para a tradução operacional das políticas e dos programas de SSR em práticas.

No início do estudo, o reconhecimento da SSR como objeto de trabalho para a APS havia sido considerado limitado. Entretanto, a discussão dos resultados da avaliação apontou que não se tratava de um problema de extensão, mas principalmente de inadequação, sobretudo pela falta de integralidade na apreensão do objeto, tanto no que diz respeito à abordagem cindida entre sexualidade e reprodução, como também às finalidades de promoção, prevenção e assistência não igualmente trabalhadas.

A definição tecnológica para a tradução das políticas e dos programas de SSR em práticas foi considerada insuficiente, no começo do estudo. Entretanto, com a análise dos resultados foi possível perceber que a definição das tecnologias é *inapropriada*, porque, de modo geral, é possível dizer que existem tecnologias para lidar com SSR na

prática da APS, mas elas precisam ser revistas ou aprimoradas, com vistas a uma definição mais apropriada a profissionais e usuários, para serem, então, melhor incorporadas. Para tanto, a maior adequação do reconhecimento da SSR como objeto para o trabalho na APS é muito importante^{LXVII}.

Ainda que a palavra incipiente fosse a mesma empregada quando da formulação da hipótese, apresenta-se aqui a ressalva de que tinha sido tomada por um dos significados conotativos para algo “*principiante*”¹⁴⁷ como insuficiente, frágil ou limitado. Isto é, atribuíam-se à implementação da atenção à SSR na APS essas características. Entretanto, ao longo do estudo essa perspectiva foi revista; particularmente, pela discussão dos resultados da avaliação empreendida, e consideração do desempenho em SSR dos serviços de APS como distante e inadequado diante de sua atribuição, mas como significativo frente aos inúmeros afazeres da APS e também ao desafio de efetivar a SSR para indivíduos e populações. Dessa forma, a compreensão do sentido denotativo da palavra incipiente - algo “*que está no começo*”¹⁴⁷, “*que se inicia*”¹⁴⁸ -, como também a de uma outra conotação, que enxerga possibilidade em tudo que é novo e está no começo, passaram a adjetivar a implementação das práticas de atenção à SSR em serviços de APS do SUS, no estado de SP.

^{LXVII} Ambas as questões – a do reconhecimento da SSR como objeto para o trabalho na APS, como também a definição e a incorporação tecnológica – estão relacionadas, e são discutidas mais detalhadamente no item 6.2 deste mesmo capítulo.

7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA PRÁTICAS, PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SSR NA APS

Liberdade

*E ter-se para ser livre
Ser livre para se dar
E dar-se para se ter
E dar-se para se ter*

*E ter-se para se dar
E dar-se para ser livre
Ser livre para se ter
Ser livre para se ter*

*E ter-se e dar-se
E ter-se e dar-se*

*Ser livre para se ter
Ser livre para se ter*

(Ceumar e Gildes Bezerra,
do disco Silencia, 2013)¹⁴⁹

A SSR é um tema que articula objetivos pragmáticos, próprios da área da saúde, aos direitos sexuais e reprodutivos, ligados à autonomia de escolhas e à busca de prazer e, por isso, caros a todos nós, humanos.

Provavelmente por isso, a SSR emerge para a saúde por pauta dos movimentos sociais, com legitimidade pública. Estudar “teorias e práticas de SSR” é um projeto (conforme relatado na Apresentação deste estudo) que decorre da consideração da relevância desse tema e que foi potencializado pelas avaliações em saúde, entendidas como instrumentos que permitem conhecer e julgar um objeto, além de propor recomendações com o objetivo de melhorar uma dada situação. O processo e os resultados deste trabalho de Doutorado representam, agora, a concretização desse projeto.

Uma vez que a APS vem sendo considerada como estratégica para a atenção à SSR de indivíduos e grupos populacionais, serviços de APS foram tomados como lócus desta avaliação. A possibilidade de integrar a equipe de pesquisa *QualiAB* e a disponibilização dos dados gerados pela aplicação do *QualiAB* em 2735 serviços do estado de SP, em 2010, foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo que, pela amplitude e cobertura, permitiu informar sobre os serviços de APS e também sobre como o programa de SSR na APS paulista vem acontecendo.

A tese resultante deste estudo foi construída como uma avaliação em saúde, e pode ser considerada abrangente, ao ter possibilitado: a elaboração de conhecimentos e de explicações sobre as práticas de SSR na APS paulista; a proposição de um julgamento sobre a implementação destas práticas; e a formulação de contribuições e recomendações para os serviços de APS, gestores do programa de SSR na APS, centros de pesquisa e formação de profissionais e movimentos sociais.

Como conhecimentos oportunizados por esta tese, é possível destacar a formulação da dimensão SSR na APS, que se deu, primeiramente, pelo estudo de políticas e recomendações que podemos considerar como compondo o programa de SSR na APS; por consultas à literatura; e, por fim, pela formulação do modelo teórico da avaliação de práticas de atenção à SSR na APS, a partir da literatura, das questões que compõem o *QualiAB*, e sua aplicação para análise das práticas em SSR de serviços de APS sobre os dados do banco de 2010. Embora esse modelo tenha sido formulado para compreender o caso em estudo - a SSR na APS paulista -, pode-se afirmar que a dimensão SSR é passível de generalização, incluindo a finalidade das ações no trabalho em APS, por meio da categorização em domínios e subdomínios; podendo, nesse sentido, contribuir para a condução de pesquisas, treinamentos e formulações de tecnologias sobre o tema.

No que se refere ao componente metodológico, a aplicação desse modelo para a avaliação da dimensão SSR na APS aponta a possibilidade de ele constituir um aporte para planejamentos e futuras avaliações, trazendo, assim, uma contribuição para gerentes e gestores do programa de SSR na APS paulista e demais interessados. Cabe comentar que a versão 2015 do instrumento *QualiAB*, revista e ampliada para uso nacional, passou a conter a dimensão SSR, apresentando, inclusive, novas questões oportunizadas pelo presente estudo.

A condução da avaliação possibilitou a afirmação da tese resultante deste estudo, de que apesar da existência de políticas públicas específicas, bem como de programas de saúde relacionados, as práticas de atenção à SSR, na APS, no estado de SP, mostram implementação incipiente, devido ao inadequado reconhecimento da SSR como objeto para os serviços de APS; bem como à inapropriação da definição e da incorporação tecnológicas para a tradução operacional das políticas e dos programas de SSR em práticas, trazendo um julgamento sobre o programa de SSR na APS paulista.

A discriminação entre os serviços, a discussão dos possíveis fatores de influência, as comparações e correlações entre os domínios e indicadores possibilitaram o aprofundamento do referido julgamento e, alicerçadas pela literatura, oportunizaram a emergência de explicações sobre os motivos dessa problemática - expressos nas sínteses apresentadas no tópico anterior deste estudo. A expectativa é de que a utilização dessas informações possa ser de valia para gerentes dos serviços e gestores do programa de SSR na APS paulista.

Ainda no sentido de contribuir para mudanças e melhorias, aspiração ética das avaliações em saúde, considero que o estudo possibilita a enunciação de recomendações, que podem ser dirigidas aos trabalhadores e gerentes de serviços de APS, gestores do programa de SSR na APS, além de centros de pesquisa e formação de profissionais de saúde, e demais interessados. Tais recomendações dizem respeito especificamente ao estado de SP, mas dadas as características do estudo de caso realizado, considero que elas possam vir a ser aplicadas também em outros contextos. Seguem as recomendações:

- rever as características e finalidades do trabalho em SSR na APS, visando à integralidade; isto é, articulando sexualidade e reprodução, priorizando, de modo igual, a realização de ações de promoção à SSR, prevenção e assistência às DST/aids, e atenção à saúde reprodutiva; bem como diversificando os locais de realização das atividades, com maior inclusão da comunidade e dos outros setores, e ampliação do público-alvo;

- investir em discussões para maior apropriação por parte dos profissionais e usuários das tecnologias para atenção à SSR na APS, bem como em treinamento e na

construção de tecnologias de trabalho para a atenção à SSR na APS, contribuindo para a tradução operacional das políticas e do programa de SSR na APS, em práticas. Nesse sentido, uma recomendação complementar, ainda que ultrapassando o escopo desta tese, refere-se ao aprofundamento e incorporação de estudos sobre necessidades em SSR de pessoas e populações, importante parâmetro para a organização do Cuidado;

- considerar a prevenção e a assistência às DST/aids como um importante indicador para a saúde sexual e reprodutiva, o qual pode contribuir não apenas para o conhecimento de como se dá sua implementação nos serviços de APS do estado de SP; mas que também tomado como foco de investimento e proposição tecnológica, poderá fomentar a melhoria das práticas de atenção à SSR na APS;

- investir em processos gerenciais e de saúde coletiva, inclusive por meio de capacitação para a gerência técnica das unidades e para o emprego da informação em saúde, entre outras atividades, que poderiam qualificar o trabalho para a dimensão SSR; uma vez que a utilização de dados de produção assistencial e epidemiológicos teve associação independente de os serviços de APS estarem no melhor grupo de desempenho para práticas de atenção à SSR. É possível que esses processos gerenciais e de saúde coletiva também tenham contribuições para as demais práticas de APS;

- fortalecer redes temáticas e regionais de atenção à SSR, como forma de aumentar o desempenho em SSR dos serviços de APS, uma vez que a avaliação mostrou que a coexistência entre serviços de APS e serviços dos Programas Nacional e Estadual de SP de DST/aids e Hepatites Virais tem ainda pequena relação com o desempenho dos serviços de APS em SSR. De igual modo, é importante considerar que a disponibilização de eventuais verbas de fomento teve pequena relação com o desempenho dos serviços de APS e, talvez, devesse ser articulada a treinamentos e montagem de Programas (ou Linhas de Produção de Cuidado) em nível local/regional.

Cabe ainda recomendar que as pessoas e os movimentos sociais compromissados com os direitos em SSR busquem se aproximar dos serviços de APS e órgãos gestores, com vistas à discussão das contradições observadas na atenção à SSR na APS, como, por exemplo: a separação entre sexualidade e reprodução; a dificuldade de trabalhar com os conceitos de direitos humanos, gênero e vulnerabilidade, entre outros; o enfoque

quase exclusivo nas mulheres como público-alvo; a maior ênfase no espaço intra-muros do que na comunidade; e as restritas atividades de promoção à SSR, no que se refere às escolhas reprodutivas e ao exercício autônomo da sexualidade.

Retomo, por fim, a pertinência da devolutiva dos resultados deste estudo, por se tratar de um projeto voltado para tema de interesse público e compartilhado por todos nós – a SSR. Termino afirmando que o objetivo último da avaliação empreendida neste estudo reside em contribuir para a SSR de pessoas e comunidades concretas, para as quais atuam os serviços de APS e para as quais foram formuladas as políticas e os programas sobre o tema. Espero, assim, que os versos de *Liberdade* ganhem o mundo, em sua simplicidade e beleza, para que o dia possa amanhecer em paz.

8 ANEXOS

ANEXO A: Questionário *QualiAB*

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

I. Identificação e características gerais do serviço

1. A unidade se caracteriza por ser:

Assinale apenas uma alternativa

Unidade de Saúde da Família (USF) – composta por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, **com ou sem** equipe de saúde bucal

Unidade de Saúde da Família (USF) com diferentes especialidades

Unidade Básica de Saúde – composta pelas áreas de saúde da criança, mulher, adulto, **com ou sem** outras especialidades

Unidade Básica de Saúde que agregou uma ou mais equipes de Saúde da Família

Unidade Básica de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Postos avançados – unidades que não possuem equipe fixa em período integral (equipes volantes)

Outro.

2. Localização da Unidade:

Assinale apenas uma alternativa

Rural

Urbana - Central

Urbana - Periférica

3. A área de abrangência (ou território) é geograficamente delimitada:

Assinale apenas uma alternativa

por meio de planejamento – processo de definição de território ou área de abrangência, levantamento de necessidades de saúde, entre outros.

na prática, pela facilidade de acesso dos moradores dos bairros próximos.

Não é delimitada, ou seja, é aberta para todos que procurem atendimento.

4. Quanto às instalações do imóvel, pode se dizer que:

Assinale uma ou mais alternativas

Tem sala de espera
 O número de cadeiras na unidade é adequado à demanda
 O ambiente é arejado, ou seja, possui ventilação adequada
 Possui bebedouro
 Tem banheiros dentro do consultório ginecológico
 Possui quadro para informações
 Possui televisão
 Possui sistema de senhas na sala de espera
 Possui microcomputadores
 10) Possui acesso à Internet
 1 Pintura em bom estado de conservação
 1 Salas em número adequado para as atividades realizadas
 1 Mesa para exame ginecológico

5. A equipe de profissionais da Unidade é composta por:

(Número total de profissionais pertencentes à equipe local por categoria. Nas colunas seguintes assinalar se esses profissionais atendem apenas nessa unidade ou se percorrem outras unidades de saúde):

Preenchimento aberto (numérico)

Categoria	Número total de profissionais	Número de Profissionais Fixos na unidade	Número de profissionais Volantes (atende mais de uma unidade)
Médico de família => Médico clínico geral => Médico pediatra => Médico ginecologista => Médico psiquiatra => Médicos de outras especialidades => Enfermeiro => Dentista => Psicólogo => 10) Terapeuta Ocupacional => 1 Assistente Social => 1 Nutricionista => 1 Fonoaudiólogo => 1 Fisioterapeuta => 1 Farmacêutico => 1 Agente Comunitário => 1 Auxiliar de enfermagem => 1 Técnico de enfermagem => 1 Auxiliar de cirurgião dentista => 20) Técnico de higiene dental => 2 Auxiliar de farmácia => 2 Recepcionista => 2 Auxiliar administrativo => 2 Auxiliar de serviços gerais => 2 Vigia => 2 Motorista => 2 Outros =>			

6. As ações de educação em saúde realizadas **na comunidade no último ano** foram feitas principalmente por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

Campanhas anuais sobre os diferentes temas (como DST/AIDS, HA, DM, Raiva, etc)
Atividades periódicas junto com instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)
Articulação com outras secretarias do município (como Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros)
Não realiza atividades na comunidade

7. Os procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina nessa Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

Vacinação
Inalação
Curativo
Retirada de pontos
Suturas
Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
Hidratação por via venosa
Aplicação de tratamento endovenoso
Aplicação de tratamento intramuscular
10) Drenagem de abscessos
1Troca de sonda vesical de demora
1Cauterização em ginecologia
1Outros
1Não realiza nenhum procedimento

8. As seguintes vacinas são aplicadas na Unidade: -

Assinale uma ou mais alternativas

BCG
Hepatite B
Poliomelite
Tetravalente (DTP + Hib)
DTP (Tríplice Bacteriana)
Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
dT (dupla adulto)
Rotavírus Humano
Febre Amarela
10) Anti-rábica
1Influenza
1Não realiza vacinação

9. Exames **feitos** na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

Eletrocardiograma (ECG)
Glicemia de ponta de dedo (HGT)
Concentração de açúcar na urina (glicosita)
Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou β HCG
PPD (Tuberculose)
Teste de Mitsuda (hanseníase)
Colposcopia
Teste rápido para HIV
Não realiza nenhum exame

10. Exames colhidos na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
Teste do pezinho
Papanicolaou (Citologia Oncótica Tríplice)
Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
Linha para baciloscopia para hanseníase
Biópsias (colo, vulva, pele, outros)
Outros
Não são colhidos exames na Unidade

11. No caso de acidentes com material perfuro cortante (agulhas, bisturi, etc) com profissionais dessa Unidade, as condutas usualmente tomadas são:

Assinale uma ou mais alternativas

Medidas de higiene e limpeza do local acometido
Coleta de sorologia do profissional acidentado
Coleta de sorologia do paciente fonte
Abertura de comunicação de acidente de trabalho (CAT)
Encaminhamento para serviço de referência
Teste rápido para HIV do profissional acidentado
Teste rápido para HIV do paciente fonte
Imunização do profissional contra tétano (se não vacinado há 5 anos ou mais)
Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
10) Notificação do acidentado à vigilância epidemiológica
1) Não ocorrem acidentes desse tipo na Unidade

12. A unidade desenvolve ações de assistência nas seguintes áreas:

Assinale uma ou mais alternativas

Saúde da Mulher
Saúde da Criança
Saúde do Adulto
Saúde do Adolescente
Saúde do Idoso
Saúde Bucal
Saúde Mental
Outros

13. Em relação ao número de consultas médicas informe:

Preenchimento

Quantas **consultas médicas** foram realizadas no último mês nesta Unidade? (considerando o total de consultas para todas as faixas etárias): _____

Do total de consultas médicas realizadas **no último mês, quantas foram agendadas?** _____

Do total de consultas médicas realizadas **no último mês quantas foram para pacientes não agendados** (consideradas como extras ou eventuais)? _____

Dados não disponíveis

14. Em relação à população da área de abrangência da unidade, informe:

o número aproximado de moradores (população residente): _____

o número aproximado de famílias: _____

Dados não disponíveis

II. Registro de dados e informações em saúde

15. Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

Número de atendimentos e procedimentos

Número de consultas por faixa etária

Número de consultas por programa

Número de consultas por médicos

Número de consultas por equipe multiprofissional

Número de atendimentos em grupo

Número de faltas em consulta médica

Primeiro atendimento no ano (por paciente)

Número de pacientes atendidos por faixa etária

Número de pacientes atendidos por sexo

Número de pacientes inscritos e em seguimento em cada programa

Número de vacinas realizadas

Número de faltosos

Número de coleta de papanicolau

Número de casos "extras" atendidos (ou seja, casos de demanda espontânea)

Número de fichas avulsas abertas

Outros

Não existe registro de dados

16. Os dados da produção assistencial da Unidade:

Assinale apenas uma alternativa

São utilizados para redimensionar a oferta de atendimentos da unidade

São disponibilizados para os sistemas de informação, mas não são utilizados na unidade

Não estão disponíveis para o conhecimento da unidade

17. Os dados epidemiológicos da região: -

Assinale apenas uma alternativa

São utilizados para o planejamento de novas ações de saúde na unidade

Estão disponíveis, mas não são utilizados pela unidade

Não são do conhecimento da unidade

18. Quanto ao perfil da demanda dos usuários (principais diagnósticos, queixas, sexo, idade, entre outras características), esta Unidade realizou nos últimos três anos:

Assinale uma ou mais alternativas

Levantamento de dados por programas (Pré-natal, hipertensão, etc)

Levantamento de dados sobre a demanda espontânea

Existem estudos antigos, que não foram atualizados

Não realizou levantamentos

III. Organização da Atenção à Saúde

III.1. Perfil geral de atividades

19. As ações de educação em saúde realizadas **na comunidade** (atividades "EXTRA MUROS"), no último ano foram:

Assinale uma ou mais alternativas

Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)

Prevenção de DST e aids

Prevenção de outras doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase

Planejamento familiar

Aleitamento materno

Saúde bucal

Prevenção de doenças crônicas como HA e/ou DM

Prevenção de obesidade

Educação alimentar

Atividades físicas

Prevenção do meio ambiente (destinação de lixo, manutenção de limpeza de córregos, praças, etc..)

Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais

Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, etc)

Uso de álcool e outras drogas

Tabagismo

Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, etc..)

Posse responsável de cães e gatos

Outras

Nenhuma atividade foi realizada nesse período

20. As ações de educação em saúde desenvolvidas para **os usuários dessa Unidade**, no último ano, foram:

Assinale uma ou mais alternativas

Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
Prevenção de DST e aids
Prevenção de outras doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase
Planejamento familiar
Aleitamento materno
Grupos de gestantes
Grupos de puericultura
Grupos de gestantes adolescentes
Grupos de menopausa
Saúde Bucal
Prevenção de doenças crônicas, como HA e/ou DM
Prevenção de obesidade
Educação alimentar
Atividades físicas
Preservação do meio ambiente (destinação de lixo, manutenção da limpeza de córregos, praças, etc..)
Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais
Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, etc)
Uso de álcool e outras drogas
Tabagismo
Controle da proliferação de vetores s (dengue, leishmaniose, etc..)
Posse responsável de cães e gatos
Outras
Nenhuma atividade foi realizada nesse período

21. Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de doença de notificação compulsória (por exemplo: meningite, dengue, leishmaniose, febre maculosa, etc.), a Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

Realiza busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
Atende os casos, se estes procurarem pela Unidade
Preenche a ficha de notificação compulsória
Realiza ações de educação e prevenção para os usuários da Unidade em relação aos agravos notificados
Realiza atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
Outras
Não realiza nenhuma atividade

III.2. Recepção

22. As opções de atendimento para os pacientes não agendados (os **pacientes "extras" ou "demanda espontânea"**) são:

Assinale uma ou mais alternativas

Consulta médica no mesmo dia
Consulta de enfermagem (com enfermeiro) no mesmo dia

Atendimento de enfermagem (com auxiliar/técnico de enfermagem) no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeira
Agendamento de consulta médica
Agendamento de consulta de enfermagem
Agendamento com outros profissionais de própria Unidade
Agendamento para atendimento em grupo
Encaminhamento para o pronto-socorro
Encaminhamento para especialidades em outro serviço
Encaminhamento para serviços de outras áreas (como segurança, educação, esportes, ONG, etc.)
Aplicação de protocolo de risco para avaliação de diferentes condutas frente a cada caso
Não atende pacientes não agendados (demanda espontânea)

23. Esta Unidade trabalha com agendamento para:

Assinale apenas uma alternativa

Todas as atividades oferecidas
Somente para as consultas médicas
Não trabalha com agendamento

24. A proporção aproximada entre o número de Consultas Médicas Agendadas e o número de Consultas Médicas de Pronto Atendimento (para pacientes não agendados, extras ou eventuais) **nos últimos três meses** foi:

Assinale apenas uma alternativa

100% de pacientes agendados
30% de pacientes agendados e 70% de não agendados
70% de pacientes agendados e 30% de não agendados
40% de pacientes agendados e 60% de não agendados
60% de pacientes agendados e 40% de não agendados
50% de pacientes agendados e 50% de não agendados
100% de pacientes não agendados
Informação não disponível

25. As consultas médicas são agendadas:

Assinale apenas uma alternativa

Com hora marcada para cada paciente
Para grupo de pacientes por hora
Para todos os pacientes no início do turno
As consultas não são agendadas

26. Na sala de espera são realizadas as seguintes atividades:

Assinale uma ou mais alternativas

A TV fica ligada em programas de canal aberto
Discussão de temas propostos pelos pacientes
Uso de vídeos com temas de educação em saúde
Palestras
Exposição de cartazes educativos
Distribuição de panfletos educativos

Outras atividades de educação em saúde
Nenhuma atividade é realizada

III.3. Acompanhamento de rotina

27. Os resultados dos exames são avaliados:

Assinale apenas uma alternativa

Quando o paciente comparece para atendimento
No dia agendado para atendimento, mesmo que o paciente falte
Quando os resultados chegam na Unidade
Não são avaliados

28. A convocação de faltosos em atividades agendadas é realizada nas seguintes situações:

Assinale uma ou mais alternativas

Gestantes
Revisão pós-parto/puerpério
Resultado(s) de exame(s) alterado (s)
Adultos crônicos (HA e DM) com risco de complicações
Recém-nascidos
Recém-nascidos de risco
Crianças em seguimento na puericultura
Crianças até dois anos
Crianças de risco (desnutrição e outros)
10) Vacinação
1Tuberculose ou hanseníase
1Outras
1Não se faz convocação de faltosos

29. Quais ações são realizadas de rotina na pré-consulta (ou preparo):

Assinale uma ou mais alternativas

A pré-consulta é realizada somente em alguns casos
Aferir peso, pressão arterial (e temperatura, quando couber)
Verificar queixas agudas
Acolher o paciente agendado
Outros
Não existe pré-consulta

30. Quais ações são realizadas de rotina na pós-consulta (atendimento de enfermagem após o atendimento médico):

Assinale uma ou mais alternativas

Agendar retorno
Agendar exames
Agendar consulta de especialidade
Reforçar as orientações da consulta médica
Orientar uso de medicação
Fornecer preservativos
Orientar uso de preservativos
Orientar dietas

Orientar encaminhamentos para outros serviços
 Orientar encaminhamentos para benefícios sociais
 Orientar sobre direitos civis
 Entregar os medicamentos
 Outros
 A pós-consulta não é realizada

31. Assinale o tempo médio de duração da consulta médica, em minutos, segundo a área profissional (quando houver mais de um profissional na mesma especialidade considere a duração mais freqüente no atendimento aos usuários)

Preenchimento

PROFISSIONAIS	Consulta Médica (tempo em minutos)		
	<15	15 a 30	> 30
Médico de família			
Clínico			
Pediatra			
Ginecologista/Obstetra			
Outras especialidades			

III.4 Saúde da Mulher

32. As ações planejadas voltadas à saúde da mulher são:
Assinale uma ou mais alternativas

1. Pré-natal
2. Coleta de papanicolau
3. Prevenção de DST/aids
4. Planejamento familiar
5. Atenção a situações de violência doméstica e sexual
6. Atendimento ginecológico
7. Prevenção de câncer de mama
8. Não realiza ações de saúde da mulher nesta unidade

33. O exame de papanicolau (prevenção de câncer de colo de útero) é coletado pelos seguintes profissionais:

Assinale uma ou mais alternativas

Médico
 Enfermeiro
 Técnico e/ou auxiliar de enfermagem
 Não é coletado na Unidade

34. O exame de papanicolau (prevenção de câncer de colo de útero) é oferecido de acordo com os seguintes critérios:

Assinale uma ou mais alternativas

Depende da demanda das pacientes
 É oferecido para todas as mulheres

Uma vez ao ano, para todas as mulheres
Para mulheres com idade entre 25 e 59 anos
A cada três anos, para mulheres com dois exames anteriores normais
Não é coletado na Unidade
Não atende Saúde da Mulher

35. A coleta de papanicolau (prevenção de câncer ou colo de útero) é oferecida:

Assinale apenas uma alternativa

Uma vez por semana
Duas a três vezes por semana
Todos os dias
Sempre que houver procura, com coleta no mesmo dia
Uma vez por mês
Não é feita na Unidade
Não atende Saúde da Mulher

36. O exame físico de mama é realizado:

Assinale uma ou mais alternativas

Pelo médico ginecologista
Pela enfermeira
Pelo médico de Saúde da Família
Por todos os médicos da Unidade, durante o exame físico
Quando há queixas da paciente
Não é realizado na Unidade
Não atende Saúde da Mulher

37. A solicitação de mamografia é feita:

Assinale uma ou mais alternativas

Anualmente, a partir dos 35 anos, com antecedentes de câncer de mama em familiares de 1º grau (mãe, filha, irmã) antes dos 50 anos
Anualmente, a partir dos 35 anos, para mulheres com antecedentes de câncer de mama ou de ovário
Para todas as pacientes com 40 anos ou mais
A cada 2 anos, no máximo, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos
Conforme demanda da paciente
No caso de achados no exame físico
No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
Esse exame não é solicitado
Não atende Saúde da Mulher

38. Diante do diagnóstico de gravidez, a inscrição no pré-natal é realizada:

Assinale apenas uma alternativa

Imediatamente, por profissional da enfermagem (enfermeira e/ou auxiliar)
Por agendamento para consulta médica
Por agendamento para consulta de enfermagem
Não é realizada, não atende pré-natal

39. A maior parte das gestantes que realiza o pré-natal inicia o acompanhamento no:

Assinale apenas uma alternativa

Primeiro trimestre
Segundo Trimestre
Terceiro Trimestre
A Unidade não dispõe dessas informações
A Unidade não realiza o pré-natal

40. Os exames solicitados de rotina para **TODAS** as gestantes são:
Assinale uma ou mais alternativas

Hemograma completo
Eritrograma (Hb e Ht)
Urocultura
Urina I
VDRL
FTA-Abs
Tipagem sanguínea
Sorologia para HIV
Sorologia para Rubéola
Sorologia para toxoplasmose
Sorologia para hepatite B
Glicemia
Curva glicêmica
Ferro sérico
Uréia
Creatinina
TGO, TGP
Ultra-Som obstétrico
Pesquisa de estreptococo Beta hemolítico (urocultura ou cultura cervical)
Papanicolau (colpocitologia oncológica)
Outros
Não são solicitados exames nesta Unidade
Não atende pré natal.

41. No caso de sorologia para sífilis e para aids durante o pré-natal, a Unidade:
Assinale apenas uma alternativa

Solicita uma única vez, tanto para sífilis como para aids
Solicita apenas uma sorologia de aids e duas para sífilis
Solicita apenas uma sorologia de sífilis e duas para aids
Solicita duas sorologias, tanto para sífilis como para aids
Solicita apenas uma dessas sorologias (ou para sífilis ou para aids)
Não solicita estas sorologias
Não atende pré natal

42. Nos casos de diagnóstico de sífilis na gestação, o tratamento é realizado:
Assinale apenas uma alternativa

Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro.
A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência
Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
Não é realizado esse tipo de tratamento na Unidade

Não atende pré-natal

43. As seguintes atividades de educação em saúde são desenvolvidas regularmente com as gestantes:

Assinale uma ou mais alternativas

Orientações na sala de espera

Palestras

Grupos de pré-natal

Distribuição de folder e panfletos educativos

Outros

Não são realizadas atividades educativas regularmente

Não atende pré-natal

44. A consulta de revisão pós-parto imediata (1º ao 10º dia) é realizada:

Assinale apenas uma alternativa

No hospital onde a mulher realizou o parto

Na Unidade de saúde, que já deixa pré-agendada ao final do pré natal

Na Unidade de saúde, com agendamento feito na alta hospitalar

Na unidade de saúde, encaminhada por meio de visita domiciliar

Em casa, por meio de consulta domiciliar realizada por médico ou enfermeira

Se a gestante quiser, por demanda espontânea

Não é realizada

Não atendemos pré-natal

45. A consulta de revisão do pós-parto tardia (até 42 dias após o nascimento) é pré-agendada:

Assinale uma ou mais alternativas

No pré-natal

Quando o bebê é matriculado

Na revisão pós-parto imediato

Nas visitas domiciliares

Não é pré-agendada

Não é realizada

Não atendemos pré-natal

46. Entre as gestantes que realizaram pré-natal nessa Unidade, nos **últimos três anos**, houve algum caso de sífilis congênita?

Assinale apenas uma alternativa

Sim

Não

Não sabe informar

Não realizamos pré-natal

III.5 Saúde da criança

47. As atividades regularmente programadas para atenção às crianças abordam as seguintes condições:

Assinale uma ou mais alternativas

Aleitamento
Puericultura
Desnutrição
Obesidade
Infecções respiratórias na infância (IRA)
Saúde do escolar
Violência doméstica
Orientações para inscrição em programas sociais (Viva Leite, Bolsa Família, etc)
Outros
10) Não atende criança

48. O primeiro atendimento de um recém-nascido (RN) pela equipe da Atenção Básica é agendado:

Assinale uma ou mais alternativas

Pela maternidade, na alta, pós parto
Pelo Banco de Leite
Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
Na última consulta de pré-natal
Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
Não é agendado, pois o atendimento é realizado durante visita domiciliar
Não trabalhamos com agendamento
Não atendemos criança

49. Para aplicação da vacina BCG, está previsto semanalmente:

Assinale apenas uma alternativa

Um dia
Dois dias
Três dias ou mais
É feita conforme a demanda
Essa vacina não é feita na Unidade

50. O atendimento da criança é realizado por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

Consulta médica
Consulta de enfermagem
Consulta com nutricionista
Consulta com psicólogo
Atendimento odontológico
Grupo com as mães e/ou pais
Outros
Não atendemos criança

51. Nos atendimentos da criança **até dois anos** de idade é abordado:

Assinale uma ou mais alternativas

Orientação sobre aleitamento materno
Orientação sobre alimentação (introdução de alimentos, tipo de oferta, etc)

Avaliação de peso, comprimento ou altura
Avaliação do perímetro cefálico (menor de um ano)
Vacinação
Desenvolvimento neuro psico motor
Cuidados de promoção da saúde da criança
Prevenção de acidentes
Identificação de alterações na saúde
10) Outros
1 Não atendemos criança

52. A Unidade participa regularmente, em **instituições para crianças** (creches e escolas e outras), com as seguintes atividades:

Assinale uma ou mais alternativas

Educação em saúde geral
Vacinação
Educação em saúde bucal
Avaliação de acuidade visual
Outras
Não realiza atividades regulares em creches e escolas

53. As ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes abordam as seguintes necessidades de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

Orientação sobre o desenvolvimento/mudanças na adolescência
Orientação sobre sexualidade, prevenção de DST/aids
Orientação sobre o uso de drogas
Orientação específica para casos de violência doméstica
Obesidade
Educação em saúde nas escolas
Outros
Não existem atividades específicas para adolescentes

III. 6 Saúde do adulto

54. As ações regularmente programadas para atenção aos adultos abordam as seguintes necessidades de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

Diabetes
Hipertensão
Tabagismo
Obesidade
Outras condições crônicas não-transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, etc.)
Prevenção de câncer de próstata
Prevenção de câncer de mama/colo de útero
Alcoolismo
Tuberculose
10) Hanseníase
1 Violência doméstica
1 Saúde do trabalhador
1 Atividades físicas
1 DST/aids

1Aconselhamento de DST e aids

1Outros

1O atendimento ocorre de acordo com a procura, não existem programas específicos

18)Não atendemos adultos

55. O tempo médio de espera entre o agendamento e a realização da consulta médica para adultos é:

Assinale apenas uma alternativa

Menos de quinze dias

Entre um mês e quarenta e cinco dias

Entre dois e três meses

Entre três e seis meses

Mais de seis meses

As consultas não são agendadas

56. O atendimento dos adultos é regularmente realizado por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

Consulta médica

Consulta de enfermagem (com enfermeiro)

Atendimento de enfermagem (com auxiliar e/ou técnico)

Grupos

Consulta com nutricionista

Consulta com psicólogos

Consulta com assistente social

Atendimento odontológico

Outros

10) Não atendemos adulto

57. Em relação ao cuidado de pessoas acamadas ou com limitações físicas que dificultem o acesso à unidade, são desenvolvidas as seguintes ações:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Orientação dos cuidadores que comparecem à unidade

2) Visita domiciliar para orientação geral de usuários e cuidadores

3) Visitas periódicas para avaliação do estado de saúde

4) Visita domiciliar com equipe multiprofissional

5) Visita domiciliar com médico

6) Procedimentos domiciliares (como troca de sonda vesical de demora, curativos, etc)

7) Não realizamos orientações para cuidado domiciliar

8) Não realizamos cuidados no domicílio

58. Em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos, a Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

Faz o atendimento de rotina, mas não trabalha com protocolo específico

Faz orientação detalhada de dieta

Faz treinamento dos pacientes diabéticos para auto aplicação de insulina

Solicita, anualmente, exames clínico-laboratoriais (glicemia, colesterol total e frações, triglicérides, urina I e creatinina)

Realiza ou encaminha para exame anual de fundo de olho

Realiza ou encaminha para eletrocardiograma anual

Faz controle de cuidados com os pés para os diabéticos
Orienta atividades físicas dirigidas especialmente para esse grupo de pacientes
Fornecer o glicosímetro para diabéticos insulino dependentes cadastrados
10) A Unidade não atende pacientes diabéticos
1A Unidade não atende paciente hipertensos

59. Em relação aos medicamentos, pode-se afirmar que:

Assinale uma ou mais alternativas

A lista de medicamentos disponíveis contempla a maior parte das necessidades dos pacientes
Os medicamentos essenciais não costumam faltar
A lista de medicamentos é composta, principalmente, pelos medicamentos fornecidos pelo Estado (Dose Certa)
Entre os medicamentos disponíveis constam os utilizados no tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)
Não costuma ocorrer falta de insulina
É freqüente a falta de medicamentos para o controle de hipertensão
É freqüente a falta de medicamentos para o controle de diabetes
É freqüente a falta dos antibióticos mais utilizados
Não dispensamos medicamentos nesta Unidade

60. As ações regularmente programadas para atenção aos idosos abordam as seguintes necessidades de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

Adaptação ao processo de envelhecimento (aposentadoria, entre outros)
Climatério
Sexualidade
Apoio a idosos de instituições asilares
Violência doméstica
Orientações sobre os direitos dos idosos
Outros
Apoio a idosos em situação de abandono
Não existem atividades específicas para idosos
10) Não atende adultos

61. O diagnóstico e a orientação para casos de alcoolismo são realizados:

Assinale apenas uma alternativa

Não avaliamos esses casos porque a equipe não teve capacitação técnica
Na própria Unidade, com seguimento dos casos
A avaliação inicial é feita na própria Unidade, mas não temos para onde encaminhar
Após uma avaliação inicial, os casos são encaminhados
Não temos clientes com esse tipo de problema

62. O diagnóstico e a orientação para mulheres em situação de violência são realizados:

Assinale apenas uma alternativa

Não avaliamos esses casos porque a equipe não tem capacidade técnica
Na própria Unidade, com encaminhamento e seguimento dos casos

O atendimento inicial é feito na própria Unidade, mas não temos para onde encaminhar

Após uma avaliação inicial, os casos são encaminhados

Não temos clientes com esse tipo de problema

Não atendemos adultos

63. Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST) a Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

Encaminha os pacientes, tanto homens como mulheres

Se for mulher, investiga e trata, se for homem encaminha

Investiga e trata após confirmação do diagnóstico

Faz tratamento sintomático

Faz orientação e aconselhamento sobre o uso de camisinha (preservativo)

Faz orientação e aconselhamento para testagem sorológica

A Unidade não recebe esse tipo de demanda

Não atende adultos

64. Na rotina, a dispensação de preservativos:

Assinale uma ou mais alternativas

É feita para a população em geral, conforme demanda

Tem um padrão de cota mensal (número de camisinhas) igual para todos os pacientes

É feita para grupos de exposição diferenciada (como profissionais do sexo por exemplo) com cotas maiores do que para população em geral

Inclui a oferta de preservativos femininos

A dispensação inicial de preservativos sempre é procedida de orientação sobre o uso e sobre DST/aids

Não distribuímos preservativos nesta Unidade

Não atendemos adultos

65. Métodos contraceptivos disponíveis na Unidade com regularidade nos últimos 6 meses:

Assinale uma ou mais alternativas

Pílula (anticoncepcional oral)

Anticoncepcional injetável

Camisinha (preservativo masculino)

Preservativo feminino

DIU

Diafragma

Pílula do dia seguinte

Encaminhamento para laqueadura

Encaminhamento para vasectomia

10) Outros

1Nenhum

1Não atendemos adultos

III.7 Saúde Bucal

66. No atendimento odontológico, a assistência é realizada:

Assinale uma ou mais alternativas

Conforme demanda do paciente, em qualquer idade
Para gestantes
Para bebês
Para todas as crianças com até 6 anos
Para crianças em idade escolar
Para Idosos (> 60 anos)
Pronto Atendimento para queixas agudas
Outros
Não temos equipe de saúde bucal na unidade

67. As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal são:

Assinale uma ou mais alternativas

Atendimento Clínico individual
Atividades de educação em saúde bucal dentro da Unidade
Atividades de educação em saúde bucal em escolas
Atividades de educação em saúde bucal em creches
Outras atividades de educação em saúde bucal fora da Unidade
A Unidade não possui equipe de saúde bucal

IV. Perfil de atividades

68. São atividades de rotina realizada pelo auxiliar/técnico de enfermagem (em diferentes momentos do trabalho):

Assinale uma ou mais alternativas

Agendamento de exames e consultas
Verificação de sinais vitais - peso, altura, temperatura, pressão arterial
Verificação de queixas agudas que exijam providências
Conferência do prontuário e do motivo do atendimento - resultados de exames, etc
Orientação sobre o uso de preservativos
Distribuição de preservativos
Orientação para coleta de exames
Orientação sobre o uso da medicação
Discussão sobre as dificuldades com o diagnóstico/tratamento
10) Orientações nutricionais e dietéticas
1 Grupos sobre outros temas específicos
1 Orientação sobre encaminhamentos para especialistas
1 Coleta de sangue para exames laboratoriais
1 Orientação em relação aos procedimentos de vacinação
1 Visita domiciliar
1 Convocação de faltosos
1 Aplicação de vacina
1 Realização de curativos e aplicações de medicamentos
1 Coleta de papanicolau
20) Orientação para o auto-exame de mamas
2 Outros
2 Esse serviço não dispõe desse profissional

69. São atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde (em diferentes momentos do trabalho):

Assinale uma ou mais alternativas

- Cadastramento das famílias da área de abrangência
- Atividades de educação em saúde
- Visita domiciliar
- Captação ativa para o pré-natal
- Captação ativa de crianças menores de um ano
- Captação ativa para vacinação
- Captação ativa de hipertensos e diabéticos
- Captação ativa para a prevenção de câncer ginecológico
- Captação ativa de usuários com queixas compatíveis com tuberculose e hanseníase
- 10) Captação ativa de idosos acamados
- 1) Outros
- 1) Esse serviço não dispõe desse profissional

70. As **atividades** realizadas pelo enfermeiro (em diferentes momentos do trabalho) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- Recepção e acolhimento de casos novos
- Acolhimento de casos extras
- Consulta de enfermagem
- Atendimento aos casos de exposição ocupacional
- Realização de grupos sobre temas específicos
- Notificação epidemiológica
- Supervisão da equipe de enfermagem
- Visita domiciliar
- Avaliação dos faltosos em consulta
- 10) Atividades administrativas
- 1) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 1) Realiza supervisão da equipe de agentes comunitários
- 1) Aplicação de tratamentos (medicamentos, curativos ou outros)
- 1) Outros
- 1) Esse serviço não dispõe desse profissional

71. Na **consulta de enfermagem**, o enfermeiro:

Assinale uma ou mais alternativas

- Orienta sobre o uso correto de medicação
- Discute sobre a adesão
- Orienta sobre formas de transmissão e cuidados domésticos (biossegurança)
- Orienta sobre o uso de preservativos
- Orienta sobre métodos de contracepção
- Atende DSTs
- Orienta sobre formas nutricionais e dietéticas
- Realiza palpação de mamas
- Faz coleta de citologia oncológica
- 10) Encaminha para equipe de apoio, se necessário
- 1) Orienta sobre autocuidado
- 1) Orienta sobre cuidados domiciliares para crianças e idosos
- 1) Outros
- 1) O enfermeiro não realiza consulta de enfermagem
- 1) Esse serviço não dispõe desse profissional

72. Atividades realizadas pelo assistente social (em diferentes momentos do trabalho):
Assinale uma ou mais alternativas

- Recepção e acolhimento
- Atendimento e suporte familiar
- Discussão e orientação sobre questões trabalhistas
- Orientações sobre direitos civis e previdenciários, e encaminhamentos
- Encaminhamentos para benefícios sociais (cesta básica, vale-transporte, etc)
- Grupos sobre outros temas específicos
- Controle de faltosos e/ou busca ativa
- Atividades de reinserção social
- Visita domiciliar
- 10) Participação no Conselho da Unidade de Saúde
- 1Atividades de Educação em Saúde
- 1Encaminha usuários para outros serviços
- 1Apoio a situações de violência doméstica
- 1Participação em fóruns comunitários para constituição de redes de apoio
- 1Outros
- 1Esse serviço não dispõe desse profissional

V. Características do Processo Gerencial

73. A gerência local da Unidade é exercida por:
Assinale apenas uma alternativa

- Enfermeiro
- Médico
- Assistente Social
- Psicólogo
- Nutricionista
- Outro Profissional
- É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
- Essa Unidade não tem gerente

74. A carga horária do gerente é:
Assinale apenas uma alternativa

- 1 40 horas semanais
- 30 horas semanais
- 20 horas semanais
- Outra
- Essa Unidade não tem gerente

75. O relacionamento da Unidade com o nível central (Secretaria Municipal de Saúde) se dá por meio de:

Assinale apenas uma alternativa

- Reuniões periódicas
- Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
- Não existem reuniões entre as Unidades locais e o nível central

76. Na Unidade, as reuniões de equipe no último ano ocorreram com periodicidade:

Assinale apenas uma alternativa

Semanal

Quinzenal

Mensal

Intervalos maiores

Não há periodicidade, ocorrem conforme necessidade do serviço

Não ocorreram reuniões

77. Os principais assuntos ou pautas das reuniões de equipe, no último ano, foram:

Assinale uma ou mais alternativas

Informes

Rotinas da Unidade

Escala de pessoal

Organização do trabalho: avaliação, implantação de novas ações

Atualizações técnicas

Conflitos interpessoais

Outros

Não ocorreram reuniões

78. Os profissionais capacitados (treinamentos, congressos, cursos, etc) no último ano foram:

Assinale uma ou mais alternativas

Médicos

Enfermeiros

Assistentes Sociais

Auxiliares de Enfermagem

Agentes Comunitários

Pessoal Administrativo

Outros profissionais

Nenhuma Categoria

79. No último ano, a avaliação das Unidades foi realizada:

Assinale uma ou mais alternativas

Para reprogramação das atividades

Para atender demandas da Secretaria Municipal de Saúde

Para prestação de contas

Para atender às demandas do Conselho de Saúde (local e/ou Municipal)

Para atender necessidades de pesquisa de outras instituições

De modo centralizado, pela Secretaria Municipal de Saúde

Não foi realizada avaliação

80. Os principais temas abordados nas reuniões do conselho local de saúde da Unidade, no último ano foram:

Assinale uma ou mais alternativas

O conselho atual não se reúne

Problemas relativos ao atendimento
Planejamento de atividades educativas na comunidade
Os direitos e responsabilidades dos conselheiros
Intervenções nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde
A Conferência Municipal de Saúde
Preocupações mais pessoais dos conselheiros
Não aconteceram reuniões no último ano
Não existe conselho local de saúde na Unidade

81. As reclamações de pacientes podem ser encaminhadas por meio de:
Assinale uma ou mais alternativas

Caixa ou livro de sugestões e reclamações
Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
Diretamente à direção local da Unidade
Diretamente ao conselho de saúde da Unidade (conselho local)
Conselho Municipal de Saúde
Outros
Não há canais formais de reclamação

82. Os principais obstáculos a serem vencidos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde nessa unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

Inadequação do espaço físico
Não-cumprimento do horário médico
Falta de capacitação da equipe de enfermagem
Falta de compromisso dos profissionais médicos
Falta de compromisso dos profissionais de nível universitário
Falta de realização de um trabalho em equipe
Necessidade de informatizar o registro de dados
Falta de medicamentos
Falta de uma política de pessoal por parte da Secretaria/Prefeitura
10) Falta de mobilização da comunidade
1 Excesso de demanda
1 Inadequação da postura dos usuários
1 A má remuneração dos profissionais
1 Falta de recursos humanos
1 Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário
1 Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
1 Outros
1 Não existem obstáculos importantes

83. Pode-se afirmar que o perfil predominante dos profissionais desse serviço é:
Assinale apenas uma alternativa

Profissionais com boa qualidade técnica, boa capacidade de acolhimento e comunicação com os usuários.
Profissionais com boa qualidade técnica e dificuldades de acolhimento e comunicação com os usuários
Profissionais com pouca qualidade técnica, boa capacidade de acolhimento e comunicação com os usuários

Profissionais de baixa qualidade técnica e baixa capacidade de acolhimento e comunicação com os usuários
Não há predominância de um desses perfis

84. Em relação ao trabalho na Unidade, pode-se dizer que a maioria dos profissionais:

Assinale uma ou mais alternativas

Esta satisfeita com as atividades desempenhadas
Propõe, em conjunto, projetos de mudanças
Está desmotivada com o trabalho desempenhado
Costuma faltar ao trabalho devido a problemas relacionados a doenças
É aderente ao projeto de saúde do SUS
A equipe como um todo trabalha entrosada, buscando a interdisciplinaridade
Parte da equipe busca o trabalho interdisciplinar
Não existe o trabalho interdisciplinar por falta de tempo e de funcionários

85. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):

Assinale apenas uma alternativa

Somente pelo Gerente da Unidade
Pelo Gerente e pelos médicos
Pela equipe toda de profissionais
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
Pelo Secretário (a) Municipal de Saúde
Somente por Agentes Comunitários
Outros

ANEXO B: Tabelas e gráficos

Tabela 20 - Serviços de atenção primária à saúde (APS) avaliados para a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR), por Departamento Regional de Saúde (DRS), 2010. N=2735

Departamentos Regionais de Saúde (DRS)	Serviços avaliados (n)
I Grande São Paulo	285
II Araçatuba	92
III Araraquara	148
IV Baixada Santista	73
V Barretos	84
VI Bauru	229
VII Campinas	287
VIII Franca	103
IX Marília	239
X Piracicaba	112
XI Presidente Prudente	183
XII Registro	73
XIII Ribeirão Preto	154
XIV São João da Boa Vista	115
XV São José do Rio Preto	243
XVI Sorocaba	187
XVII Taubaté	128
TOTAL	2735

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Tabela 21 - Serviços de atenção primária à saúde (APS) avaliados para a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR), por Comissão Intergestora Regional, 2010. N=2735

Comissão Intergestora Regional (CIR)	Serviços avaliados (n)
Adamantina	23
Alta Anhanguera	32
Alta Mogiana	28
Alta Paulista	28
Alta Sorocabana	86
Alto Capivari	18
Alto do Tietê	46
Alto Vale do Paraíba	27
Aquífero Guarani	72
Araras	31
Assis	57
Avaré	59
Baixa Mogiana	38
Baixada Santista	73
Bauru	69
Bragança Paulista	62
Campinas	65
Catanduva	55
Central do DRS II	24
Central do DRS III	40
Centro Oeste do DRS III	27
Circuito da Fé - Vale Histórico	76
Coração do DRS III	56
Dos consórcios do DRS II	38
Dos lagos do DRS II	30
Extremo Oeste Paulista	23
Fernandópolis	33
Franco Da Rocha	41
Grande ABC	81
Horizonte Verde	49
Itapetininga	46
Itapeva	17
Jales	27
Jaú	36
Jose Bonifácio	24
Jundiaí	91
Limeira	9
Lins	32
Mananciais	64
Mantiqueira	40
Marília	84
Norte do DRS III	25
Norte-Barretos	54
Oeste VII	69
Ourinhos	43
Piracicaba	41
Pólo Cuesta	33
Pontal do Paranapanema	28
Rio Claro	31
Rio Pardo	37
Rota dos Bandeirantes	53
Santa Fé do Sul	13
São José do Rio Preto	52
Sorocaba	124
Sul-Barretos	30
Três Colinas	43
Tupã	32
Vale do Paraíba - Região Serrana	25
Vale das Cachoeiras	33
Vale do Ribeira	73
Votuporanga	39
TOTAL	2735

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Tabela 22 - Serviços de atenção primária à saúde (APS) avaliados para a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR), por Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), 2010. N=2735

Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE)	Serviços avaliados (n)
7 - Santo André	81
8 - Mogi das Cruzes	46
9 - Franco da Rocha	41
10 - Osasco	117
11 - Araçatuba	92
12 - Araraquara	148
13 - Assis	100
14 - Barretos	133
15 - Bauru	88
16 - Botucatu	92
17 - Campinas	287
18 - Franca	103
19 - Marília	139
20 - Piracicaba	112
21 - Presidente Prudente	104
22 - Presidente Venceslau	79
23 - Registro	73
24 - Ribeirão Preto	154
25 - Santos	73
26 - São João da Boa Vista	115
27 - São José dos Campos	27
29 - São José do Rio Preto	170
30 - Jales	73
31 - Sorocaba	170
32 - Itapeva	17
33 - Taubaté	101
TOTAL	2735

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Tabela 23 - Serviços de atenção primária à saúde (APS) avaliados para a Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR), por Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS), 2010. N=2735

Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS)	Serviços avaliados (n)
1. Grande ABC	81
2. Guarulhos, Alto do Tietê	46
3. Franco da Rocha	41
4. Mananciais	64
5. Rota dos Bandeirantes	53
7. Baixada Santista e Vale do Ribeira	146
8. Itapeva, Itapetininga, Sorocaba	187
9. Lins, Bauru, Jaú, Vale do Jurumirim, Polo Cuesta	229
10. Adamantina, Tupã, Assis, Marília, Ourinhos	239
11. Alta Paulista, Extremo Oeste Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari, Pontal do Paranapanema	183
12. Santa Fé do Sul, Jales, Fernandópolis, Votuporanga, São José do Rio Preto, José Bonifácio, Catanduva, Dos Lagos do DRS II, Central do DRS II, Dos Consórcios do DRS II	335
13. Alta Mogiana, Três Colinas, Alta Anhanguera, Vale das Cachoeiras, Aquífero Guarani, Horizonte Verde, Centro Oeste do DRS III, Norte do DRS III, Central do DRS III, Coração do DRS III, Sul de Barretos, Norte de Barretos	489
14. Araras, Rio Claro, Limeira, Piracicaba	112
15. Rio Pardo, Mantiqueira, Baixa Mogiana, Oeste VII, Campinas	249
16. Bragança, Jundiaí	153
17. Circuito da Fé, Região Serrana, Litoral Norte, Alto Vale do Paraíba	128
TOTAL	2735

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Tabela 24 - Comparação entre os domínios e subdomínios da Dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR), por meio das comparações múltiplas não paramétricas de Dunn, 2010. N = 2735.

Subdomínios		D ¹	EP ²	p
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	42,44	0,54	<0,001
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	39,30	0,61	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	37,04	0,57	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	33,89	0,61	<0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	32,75	0,53	<0,001
Planejamento reprodutivo	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	31,15	0,55	<0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	29,61	0,60	<0,001
Prevenção e diagnóstico das DST/aids	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	29,51	0,45	<0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	28,02	0,54	<0,001
Planejamento reprodutivo	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	28,00	0,61	<0,001
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	27,61	0,44	<0,001
Prevenção e diagnóstico das DST/aids	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	26,37	0,54	<0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	24,88	0,61	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	22,20	0,48	<0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	17,92	0,46	<0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	16,31	0,46	<0,001
Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	14,84	0,47	<0,001
Prevenção e diagnóstico das DST/aids	Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	14,68	0,36	<0,001

Continua...

Continuação

	Subdomínios	D ¹	EP ²	p
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	14,42	0,42	<0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	13,19	0,46	<0,001
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Prevenção e diagnóstico das DST/aids	12,93	0,33	<0,001
Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	11,69	0,55	<0,001
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Planejamento reprodutivo	11,29	0,41	<0,001
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	9,69	0,41	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	9,02	0,45	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Prevenção e diagnóstico das DST/aids	7,53	0,36	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Planejamento reprodutivo	5,89	0,40	<0,001
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	5,40	0,41	<0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	4,73	0,41	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	4,29	0,41	<0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Prevenção e diagnóstico das DST/aids	3,24	0,32	<0,001
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	3,15	0,49	<0,001
Planejamento reprodutivo	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	3,13	0,39	<0,001
Planejamento reprodutivo	Prevenção e diagnóstico das DST/aids	1,64	0,31	<0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Planejamento reprodutivo	1,60	0,40	0,002
Prevenção e diagnóstico das DST/aids	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	1,49	0,35	0,001

FONTE: QualiAB 2010; a autora. 1 - Diferença Média; 2 - Erro padrão

Tabela 25 - Correlações entre a Dimensão saúde sexual e reprodutiva e cada domínio e subdomínio, para avaliação dos serviços de atenção primária à saúde (APS), com N = 2735, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman

Subdomínios, domínios e dimensão SSR	Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	Prevenção e diagnóstico das DST/aids	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Planejamento reprodutivo	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Promoção à SSR	Prevenção e assistência às DST/aids	Atenção à saúde reprodutiva	SSR
Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	1	0,525	0,482	0,520	0,393	0,407	0,321	0,435	0,294	0,750	0,539	0,438	0,661
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	0,525	1	0,627	0,559	0,400	0,371	0,324	0,409	0,384	0,929	0,558	0,452	0,751
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	0,482	0,627	1	0,521	0,378	0,364	0,327	0,433	0,349	0,775	0,526	0,457	0,683
Prevenção e diagnóstico das DST/aids	0,520	0,559	0,521	1	0,548	0,514	0,538	0,539	0,464	0,637	0,877	0,640	0,832
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	0,393	0,4	0,378	0,548	1	0,455	0,504	0,438	0,433	0,464	0,814	0,567	0,709
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	0,407	0,371	0,364	0,514	0,455	1	0,380	0,486	0,350	0,449	0,727	0,500	0,651
Planejamento reprodutivo	0,321	0,324	0,327	0,538	0,504	0,38	1	0,475	0,37	0,38	0,58	0,839	0,663
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	0,435	0,409	0,433	0,539	0,438	0,486	0,475	1	0,390	0,489	0,586	0,827	0,717
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	0,294	0,384	0,349	0,464	0,433	0,350	0,370	0,390	1	0,413	0,505	0,585	0,568
Promoção à saúde sexual e reprodutiva	0,750	0,929	0,775	0,637	0,464	0,449	0,380	0,489	0,413	1	0,644	0,525	0,837
Prevenção e assistência às DST/aids	0,539	0,558	0,526	0,877	0,814	0,727	0,580	0,586	0,505	0,644	1	0,699	0,906
Atenção à saúde reprodutiva	0,438	0,452	0,457	0,640	0,567	0,500	0,839	0,827	0,585	0,525	0,699	1	0,828
SSR	0,661	0,751	0,683	0,832	0,709	0,651	0,663	0,717	0,568	0,837	0,906	0,828	1

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Tabela 26 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), segundo Diretoria Regional de Saúde (DRS), 2010. N=2735

DRS	Promoção à 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 às DST/aids	Prevenção e diagnóstico DST/aids	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Atenção à saúde reprodutiva	Planejamento reprodutivo	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Dimensão SSR
I Grande São Paulo (n = 285)	média 38,74 DP 24,49	44,21 22,70	34,98 29,01	40,00 34,23	67,35 13,58	64,04 13,23	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 Araçatuba (n = 92)	média 39,13 DP 21,03	50,27 21,05	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 Araraquara (n = 148)	média 29,84 DP 21,35	39,53 21,58	24,48 25,77	27,87 28,20	58,61 16,30	57,02 16,62	56,76 21,20	64,94 22,85	60,77 20,38	56,60 24,54	65,32 24,71	60,70 20,11	52,02 16,50
IV Baixada Santista (n = 73)	média 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 Barretos (n = 84)	média 36,19 DP 23,06	46,88 21,60	30,49 28,67	33,33 30,14	65,06 16,75	65,53 17,20	56,17 20,89	74,74 22,77	64,06 18,70	58,24 22,09	68,15 22,78	68,45 21,65	57,46 16,50
VI Bauru (n = 229)	média 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)	média 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)	média 43,50 DP 22,68	49,51 21,43	40,93 27,47	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)	média 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 Piracicaba (n = 112)	média 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)	média 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)	média 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)	média 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)	média 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)	média 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)	média 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 26,12	62,12 20,34	53,88 17,97
XVII Taubaté (n = 128)	média 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

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTA: p < 0,001 para todos os grupos

Tabela 27 - 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

CIR	Promoção à 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 às DST/aids	Prevenção e diagnóstico DST/aids	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Atenção à saúde reprodutiva	Planejamento reprodutivo	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Dimensão SSR
Adamantina (n = 23)	média DP	38,43 20,28	47,83 16,28	31,77 23,91	41,30 35,84	68,55 15,49	65,97 15,77	83,09 19,21	65,08 21,96	64,21 21,96	67,75 24,78	61,59 18,42	59,86 15,39
Alta Anhanguera (n = 32)	média DP	38,75 21,73	42,97 19,30	37,74 28,87	33,59 32,76	58,43 15,40	55,43 16,49	59,09 22,98	65,28 18,67	52,42 17,63	46,88 18,57	65,10 20,02	51,58 14,23
Alta Mogiana (n = 28)	média DP	43,71 21,63	50,89 17,98	39,84 26,07	41,96 33,37	59,80 15,96	63,98 12,79	50,32 23,52	60,71 21,22	56,68 19,74	59,52 29,28	58,33 20,03	54,76 15,65
Alta Paulista (n = 28)	média DP	32,00 21,11	50,00 20,13	22,80 26,85	25,89 30,03	62,04 14,36	59,32 14,79	55,19 22,67	77,38 18,27	59,91 14,73	49,73 16,28	66,96 21,81	67,86 15,67
Alta Sorocabana (n = 86)	média DP	45,07 23,63	50,58 18,28	42,49 29,35	42,44 34,10	68,71 9,80	66,84 10,09	61,63 17,88	82,17 13,23	73,37 9,62	72,36 14,08	75,68 14,75	70,93 13,33
Alto Capivari (n = 18)	média DP	27,78 15,85	38,19 19,87	20,51 14,93	30,56 29,15	65,89 10,73	64,01 10,73	58,59 16,27	79,63 23,26	70,43 9,66	66,67 16,89	77,31 12,40	64,81 16,06
Alto do Tietê (n = 46)	média DP	24,70 18,19	35,05 18,37	19,57 22,69	20,65 28,04	63,20 12,84	60,40 14,30	63,83 17,51	69,57 18,36	68,93 14,98	72,91 15,19	68,30 19,37	61,59 21,33
Alto Vale do Paraíba (n = 27)	média DP	49,04 23,91	60,19 21,38	45,58 27,89	37,96 34,23	60,72 16,64	61,51 14,41	50,17 24,36	71,60 22,29	71,45 11,45	66,10 15,86	78,40 14,85	69,14 12,83
Aquífero Guarani (n = 72)	média DP	42,22 24,44	45,83 30,94	40,60 30,94	40,28 32,92	61,85 22,32	60,14 21,31	60,98 27,14	67,28 28,03	64,20 23,54	64,21 24,47	65,28 30,32	62,04 23,27
Araras (n = 31)	média DP	29,42 17,48	37,50 17,08	24,32 23,59	29,84 25,35	56,94 11,55	57,22 9,73	54,55 20,16	59,14 7,99	70,45 9,52	71,22 11,13	71,51 14,91	66,67 10,04
Assis (n = 57)	média DP	41,12 22,50	50,00 16,70	37,25 27,92	35,96 35,36	62,67 14,22	62,17 14,88	54,07 20,79	74,46 17,81	59,82 18,52	51,42 18,79	68,42 27,40	60,82 17,39
Avaré (n = 59)	média DP	34,58 22,54	49,36 20,69	27,77 25,99	27,12 30,54	61,49 12,82	58,81 12,01	55,47 18,78	75,71 22,93	64,73 13,04	56,45 16,45	72,46 17,66	67,23 12,69
Baixa Mogiana (n = 38)	média DP	23,79 17,50	34,87 18,42	19,64 21,88	15,13 21,39	65,42 12,76	59,04 17,98	62,92 16,01	84,80 13,57	64,60 13,14	69,64 20,53	55,48 21,61	71,93 12,28
Baixada Santista (n = 73)	média DP	27,01 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
Bauru (n = 69)	média DP	30,38 21,06	45,29 21,77	22,30 24,08	26,81 28,86	57,26 20,35	52,87 21,39	57,71 24,69	67,95 22,35	59,93 21,59	57,97 22,14	61,72 25,34	60,63 24,08
Bragança Paulista (n = 62)	média DP	36,77 20,74	47,18 20,04	30,65 26,34	35,89 30,24	66,24 14,51	61,85 13,11	67,01 23,92	76,52 18,01	67,74 19,56	65,63 23,95	70,83 21,64	66,13 20,68
Campinas (n = 65)	média DP	35,32 19,72	42,12 22,05	31,36 22,73	34,62 32,08	56,71 17,06	54,45 16,03	53,85 24,91	65,98 25,45	63,62 17,89	58,82 18,96	69,23 23,80	62,82 24,25
Catanduva (n = 55)	média DP	44,15 23,16	51,82 19,61	42,10 28,93	35,45 31,07	66,26 16,14	64,11 15,11	61,16 24,21	77,98 17,83	61,29 19,29	59,72 20,83	61,36 26,85	64,55 18,16
Central do DRS II (n = 24)	média DP	39,83 22,64	56,25 18,80	34,62 31,51	23,96 27,07	65,02 19,02	61,41 17,02	67,05 26,38	71,76 26,61	66,80 19,13	63,78 18,36	73,61 30,36	59,72 17,66
Central do DRS III (n = 40)	média DP	32,20 20,17	39,06 21,96	27,12 22,03	35,00 31,93	64,30 11,52	63,91 11,15	62,05 15,93	68,06 23,22	73,63 11,64	73,85 18,75	76,04 15,00	68,33 12,40
Centro Oeste do DRS III (n = 27)	média DP	21,04 21,53	26,85 22,66	17,95 23,47	19,44 27,15	44,70 19,14	42,35 18,86	43,43 23,02	52,26 26,83	42,17 21,26	36,75 23,21	43,83 26,11	50,62 23,79
Circuito da Fé - Vale Histórico (n = 76)	média DP	45,37 25,29	56,58 20,96	39,88 32,51	40,79 33,87	62,52 14,42	62,01 14,10	53,83 20,82	74,42 17,96	59,00 20,15	47,27 20,82	70,07 30,37	62,28 18,33
Coração do DRS III (n = 56)	média DP	35,86 22,42	47,54 20,56	30,77 29,34	29,02 26,45	62,00 14,11	60,25 12,34	60,55 22,95	68,25 21,96	62,44 18,39	56,18 18,89	69,79 24,39	61,31 21,11
Região dos Consórcios do DRS II (n = 38)	média DP	37,37 21,19	48,36 22,17	32,59 28,64	30,92 29,88	65,42 17,39	63,27 16,01	62,68 24,45	74,27 22,98	66,55 17,42	62,35 20,14	71,71 21,79	65,35 16,16

(continua)

CIR		Promoção à 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 às DST/aids	Prevenção e diagnóstico DST/aids	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Atenção à saúde reprodutiva	Planejamento reprodutivo	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Dimensão SSR
Região dos Lagos	média	40,80	47,92	37,69	36,67	69,30	65,65	67,88	80,37	66,56	61,03	71,39	68,89	61,25
Do DRS II (n = 30)	DP	20,02	21,04	25,10	36,40	10,46	12,68	16,84	13,90	15,77	18,62	19,54	14,99	12,19
Extremo Oeste Paulista (n = 23)	média	49,22	57,07	46,49	42,39	71,18	68,43	67,98	82,13	67,60	60,87	77,17	63,04	64,51
	DP	21,82	22,24	25,98	38,76	10,08	12,03	15,47	8,03	8,99	15,37	9,47	17,38	10,79
Fernandópolis (n = 33)	média	46,18	55,30	41,96	41,67	67,51	66,01	61,16	79,12	68,82	60,61	77,78	68,69	62,53
	DP	22,54	19,02	27,61	34,61	15,27	13,85	22,53	18,79	15,38	17,17	20,90	15,45	14,72
Franco da Rocha (n = 41)	média	36,39	40,85	32,08	41,46	60,47	58,64	56,54	69,92	66,17	65,85	67,07	65,04	56,17
	DP	23,04	22,54	25,91	32,89	18,51	16,76	23,49	26,32	16,54	20,21	21,73	14,82	17,74
Grande ABC (n = 81)	média	51,90	53,86	49,38	56,17	74,10	67,74	78,34	85,19	79,77	78,82	84,67	72,02	70,27
	DP	25,00	26,34	28,70	33,20	10,79	11,56	20,00	11,52	7,03	7,55	11,22	14,63	11,60
Horizonte Verde (n = 49)	média	32,90	45,92	26,53	27,55	56,10	55,37	49,17	66,44	56,48	54,95	56,97	58,84	50,36
	DP	22,36	22,59	26,09	32,77	17,54	16,86	23,54	25,51	19,01	20,77	27,55	21,27	16,09
Itapetininga (n = 46)	média	24,78	35,87	16,56	29,35	56,57	53,21	51,38	71,50	62,76	62,54	65,40	57,97	50,48
	DP	18,91	21,83	20,38	27,54	18,72	17,94	22,29	24,86	23,33	23,25	28,65	22,70	17,88
Itapeva (n = 17)	média	38,59	47,79	33,48	36,76	66,21	61,38	64,71	80,39	68,69	64,25	73,53	68,63	60,01
	DP	26,53	23,48	30,16	34,37	17,17	16,62	21,29	22,06	14,86	18,83	18,45	15,46	17,69
Jales (n = 27)	média	40,74	48,61	36,47	38,89	61,84	60,06	56,90	72,43	61,65	56,13	70,68	55,56	56,45
	DP	22,24	20,31	27,78	29,69	19,10	18,21	24,78	24,34	19,81	19,99	25,25	23,57	18,45
Jaú (n = 36)	média	25,89	36,81	21,37	18,75	53,75	52,78	46,72	64,81	49,19	45,30	51,39	53,24	45,29
	DP	18,18	22,94	21,92	22,66	17,37	19,48	17,54	24,42	19,35	20,46	28,35	23,17	15,60
José Bonifácio (n = 24)	média	45,67	45,83	46,15	43,75	67,93	67,21	60,61	78,70	61,29	53,85	68,40	63,19	60,23
	DP	22,72	17,16	33,34	33,98	13,54	12,09	24,52	17,62	17,02	21,28	22,25	19,02	14,75
Jundiaí (n = 91)	média	31,74	40,93	27,39	27,47	62,28	59,96	58,04	73,38	68,91	70,33	70,05	63,55	56,64
	DP	18,79	20,42	22,06	30,97	15,08	13,89	21,42	22,64	15,01	17,56	19,68	16,28	14,06
Limreira (n = 9)	média	45,78	59,72	37,61	44,44	66,93	66,18	64,65	71,60	74,19	77,78	69,44	75,93	63,86
	DP	18,23	21,45	16,96	37,03	12,02	12,82	16,03	16,77	11,40	11,18	20,41	12,11	9,74
Lins (n=32)	média	31,25	42,97	25,24	27,34	54,65	53,67	45,74	68,06	48,79	48,56	50,00	46,88	46,91
	DP	23,73	28,91	26,08	28,65	24,33	24,78	26,88	27,33	30,42	30,92	37,15	26,25	24,31
Mananciais (n= 64)	média	32,25	38,48	28,61	31,64	66,24	62,84	63,49	78,30	71,47	70,67	74,74	66,67	59,30
	DP	20,17	15,16	27,50	31,57	11,78	11,80	22,30	17,75	11,74	13,83	17,31	16,27	11,96
Mantiqueira (n = 40)	média	25,30	37,50	19,62	19,38	56,63	52,50	56,14	67,78	53,23	54,81	51,67	52,92	47,65
	DP	19,65	23,51	22,44	27,44	21,44	20,04	27,69	25,39	22,50	25,31	27,81	23,54	19,03
Marília (n = 84)	média	40,86	50,45	34,07	43,75	72,23	66,72	71,54	87,17	75,35	75,37	78,37	69,25	65,28
	DP	21,98	22,16	25,73	34,90	10,45	11,89	17,95	12,96	10,17	11,87	15,31	14,75	11,19
Norte do DRS III (n = 25)	média	22,08	36,00	13,23	23,00	56,93	54,61	54,18	66,22	56,52	51,38	61,33	58,00	48,00
	DP	15,28	14,12	20,65	24,92	16,03	20,08	16,49	14,52	19,20	27,35	22,29	19,32	13,75
Norte - Barretos (n = 54)	média	35,19	47,69	28,35	32,41	64,00	64,65	54,71	73,66	63,32	56,98	68,21	67,28	56,51
	DP	24,19	23,68	28,58	31,33	19,04	20,09	21,37	24,35	20,18	23,84	23,91	23,78	18,25
Oeste VII (n = 69)	média	27,30	41,30	21,18	19,20	57,36	55,20	53,49	67,63	65,36	63,77	67,51	64,49	52,28
	DP	16,53	16,37	21,37	25,05	14,23	13,59	24,28	19,69	11,36	16,43	15,34	15,63	11,23
Ourinhos (n = 43)	média	46,79	52,62	46,87	34,88	69,28	66,03	67,86	79,33	73,22	70,84	78,49	67,83	64,83
	DP	25,17	21,57	33,10	30,93	16,61	15,22	22,03	20,94	19,03	19,76	25,54	20,05	17,71
Paracacaba (n = 41)	média	35,22	45,73	28,14	37,20	64,66	61,19	58,09	81,57	62,94	61,35	62,80	66,67	56,69
	DP	23,68	21,58	28,14	32,17	11,18	11,10	17,71	16,41	14,43	17,58	20,42	14,43	13,63
Pólo Cuesta (n = 33)	média	39,39	46,97	34,27	40,91	65,89	62,58	57,85	84,18	69,40	61,77	78,79	67,17	60,30
	DP	23,98	19,52	30,29	35,80	13,58	13,87	22,25	17,13	13,08	16,71	13,68	15,86	14,68
Pontal do Paranapanema (n = 28)	média	37,86	49,11	31,87	34,82	65,53	62,73	59,74	79,76	69,59	69,51	71,13	66,67	59,81
	DP	18,52	17,65	22,62	27,50	10,54	11,80	18,42	11,73	12,05	9,47	20,35	20,29	10,74
Rio Claro (n = 31)	média	29,68	40,73	20,84	36,29	57,91	54,98	57,18	66,31	60,87	60,55	63,98	55,38	51,71
	DP	20,62	23,04	22,40	36,42	21,09	19,40	28,28	24,42	23,69	24,22	30,99	19,90	20,05

(continua)

(conclusão)

CIR		Promoção à 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 às DST/aids	Prevenção e diagnóstico DST/aids	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Atenção à saúde reprodutiva	Planejamento reprodutivo	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Dimensão SSR
Rio Pardo (n = 37)	média DP	42,38 23,82	46,96 19,63	37,63 29,45	48,65 37,24	55,69 21,21	56,17 22,72	51,60 24,90	59,46 24,32	50,04 25,51	57,17 26,43	42,34 33,99	50,00 24,53	50,56 20,48
Rota dos Bandeirantes (n = 53)	média DP	40,45 24,95	46,93 22,59	36,28 29,34	41,04 34,00	67,31 11,37	67,19 10,97	61,92 18,27	74,21 17,54	77,91 9,41	76,78 12,48	83,33 12,23	69,50 14,15	63,85 12,47
Santa Fé do Sul (n = 13)	média DP	41,23 22,35	53,85 13,87	34,32 30,55	38,46 34,78	59,75 12,36	58,53 11,59	55,94 24,01	67,52 17,25	62,03 17,18	55,03 22,39	71,79 24,66	57,69 17,50	55,79 12,92
São José do Rio Preto (n = 52)	média DP	31,00 20,21	41,11 17,21	25,44 26,50	28,85 29,86	59,17 15,75	56,27 16,59	54,55 23,75	72,22 19,49	53,91 18,62	47,34 19,65	56,73 27,71	62,50 18,92	50,41 15,32
Sorocaba (n = 124)	média DP	28,84 20,11	41,94 21,28	21,22 22,22	27,42 30,98	60,67 17,88	58,45 16,15	56,09 28,62	71,95 21,97	66,00 22,13	65,20 23,92	68,48 26,08	62,77 19,84	54,30 17,91
Sul - Barretos (n = 30)	média DP	38,00 21,13	45,42 17,52	34,36 28,90	35,00 28,31	66,98 11,63	67,10 10,26	58,79 20,08	76,67 19,87	65,38 15,94	60,51 18,70	68,06 21,00	70,56 17,33	59,16 12,87
Três Colinas (n = 43)	média DP	46,88 23,89	53,49 24,14	44,01 27,60	43,02 39,08	64,36 17,30	64,81 16,99	65,75 25,70	61,50 21,19	61,52 20,17	65,12 24,05	56,40 25,51	63,95 22,98	59,06 17,78
Tupã (n = 32)	média DP	32,25 20,06	49,22 21,98	24,04 21,11	25,00 33,60	63,23 14,39	63,72 13,05	50,57 23,20	77,43 15,84	68,95 12,69	63,22 15,84	75,52 17,57	68,23 17,12	57,20 13,55
V. Paraíba - Reg. Serrana (n = 25)	média DP	35,36 18,39	44,50 21,37	30,15 20,46	34,00 28,76	55,44 18,12	54,96 19,32	49,09 18,92	64,44 25,26	54,45 22,10	51,69 21,01	59,00 29,45	51,33 24,49	50,06 17,46
Vale das Cachoeiras (n = 33)	média DP	48,36 22,46	60,23 24,89	40,79 28,16	49,24 33,36	62,65 17,90	59,95 18,18	61,98 19,61	70,37 24,64	64,81 18,99	64,34 16,07	64,14 26,72	67,17 24,82	59,72 17,34
Vale do Ribeira (n = 73)	média DP	39,89 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
Votuporanga (n= 39)	média DP	35,79 26,64	43,59 24,98	29,78 31,08	39,74 37,49	65,89 20,73	62,43 19,48	64,34 29,08	76,64 22,34	61,79 23,57	55,62 24,67	64,96 30,48	68,80 23,31	57,01 21,21

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTA: p < 0,001 para todos os grupos

Tabela 28 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), segundo Rede Regionalizada de Atenção à Saúde (RRAS), 2010. N=2735

RRAS		Promoção à 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 às DST/aids	Prevenção e diagnóstico DST/aids	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Atenção à saúde reprodutiva	Planejamento reprodutivo	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Dimensão SSR
1	média	51,90	53,86	49,38	56,17	74,10	67,74	78,34	85,19	79,77	78,82	84,67	72,02	70,27
(n = 81)	DP	25,00	26,34	28,70	33,20	10,79	11,56	20,00	11,52	7,03	7,55	11,22	14,63	11,60
2	média	24,70	35,05	19,57	20,65	63,20	60,40	63,83	69,57	68,93	72,91	68,30	61,59	55,27
(n = 46)	DP	18,19	18,37	22,69	28,04	12,84	14,30	17,51	18,36	14,98	15,19	19,37	21,33	12,65
3	média	36,39	40,85	32,08	41,46	60,47	58,64	56,54	69,92	66,17	65,85	67,07	65,04	56,17
(n = 41)	DP	23,04	22,54	25,91	32,89	18,51	16,76	23,49	26,32	16,54	20,21	21,73	14,82	17,74
4	média	32,25	38,48	28,61	31,64	66,24	62,84	63,49	78,30	71,47	70,67	74,74	66,67	59,30
(n = 64)	DP	20,17	15,16	27,50	31,57	11,78	11,80	22,30	17,75	11,74	13,83	17,31	16,27	11,96
5	média	40,45	46,93	36,28	41,04	67,31	67,19	61,92	74,21	77,91	76,78	83,33	69,50	63,85
(n = 53)	DP	24,95	22,59	29,34	34,00	11,37	10,97	18,27	17,54	9,41	12,48	12,23	14,15	12,47
7	média	33,45	45,55	24,45	38,53	65,28	61,64	62,08	78,46	67,15	64,54	71,80	63,47	57,82
(n = 146)	DP	19,92	21,56	23,34	29,53	14,07	13,86	21,99	19,89	14,17	17,60	17,27	18,91	13,18
8	média	28,73	40,98	21,18	28,74	60,17	57,43	55,71	72,61	65,45	64,46	68,18	62,12	53,88
(n = 187)	DP	20,67	21,76	22,90	30,44	18,12	16,75	26,70	22,73	21,85	23,26	26,12	20,34	17,97
9	média	32,17	44,92	25,70	27,73	58,68	55,90	53,75	71,81	59,29	54,82	63,68	60,19	52,18
(n = 229)	DP	22,04	22,69	25,65	29,91	18,28	18,86	22,61	23,60	21,07	21,88	26,69	22,63	18,06
10	média	40,60	50,31	35,56	37,55	67,86	65,04	62,99	81,03	69,42	66,14	74,62	66,11	61,46
(n = 239)	DP	22,51	20,21	27,61	34,52	14,14	13,82	21,90	17,43	16,57	19,13	22,18	17,34	14,86
11	média	40,79	49,86	36,19	37,57	67,24	64,98	60,85	80,81	69,72	66,46	74,00	68,21	61,33
(n = 183)	DP	22,50	19,48	27,83	33,03	11,08	11,74	18,49	14,60	11,71	16,29	16,48	15,79	11,68
12	média	39,68	48,51	35,59	35,30	64,84	62,41	61,11	75,59	62,47	57,22	67,29	64,18	57,74
(n = 335)	DP	22,69	20,33	29,16	32,46	16,62	15,97	24,32	20,34	19,00	20,77	26,06	18,92	16,51
13	média	37,19	45,86	32,66	34,56	60,78	59,95	57,45	66,96	60,97	58,28	62,90	62,92	54,88
(n=489)	DP	23,31	22,34	28,44	32,24	17,75	17,74	23,18	23,93	20,40	22,98	26,44	21,67	17,40
14	média	32,93	43,19	25,82	35,49	60,84	58,77	57,39	70,34	65,35	65,18	66,07	64,29	55,20
(n = 112)	DP	21,10	21,41	24,76	31,95	15,06	13,96	21,69	21,79	16,57	18,38	22,08	17,02	14,84
15	média	30,78	40,76	25,80	27,01	58,06	55,30	55,17	68,63	60,56	60,95	59,84	61,18	51,95
(n = 249)	DP	20,13	20,14	24,12	30,96	17,39	16,84	24,35	23,53	18,87	20,44	25,72	22,67	15,67
16	média	33,78	43,46	28,71	30,88	63,89	60,73	61,68	74,66	68,44	68,43	70,37	64,60	57,71
(n = 153)	DP	19,69	20,43	23,86	30,85	14,93	13,57	22,82	20,88	16,95	20,45	20,43	18,17	14,43
17	média	44,19	54,98	39,18	38,87	60,76	60,53	52,13	71,88	60,74	52,10	69,66	61,59	56,57
(n = 128)	DP	24,08	21,64	29,79	32,88	15,78	15,43	21,20	20,68	19,82	21,13	28,15	19,46	17,00

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTA: p <0,001

Adamantina, Tupã, Assis, Marília, Ourinhos; 11 Alta Paulista, Extremo Oeste Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari, Pontal do Paranapanema; 12 Santa Fé do Sul, Jales, Fernandópolis, Votuporanga, São José do Rio Preto, José Bonifácio, Catanduva, Dos Lagos do DRS II, Central do DRS II, Dos Consórcios do DRS II; 13 Alta Mogiana, Três Colinas, Alta Anhanguera, Vale das Cachoeiras, Aquífero Guarani, Horizonte Verde, Centro Oeste do DRS III, Norte do DRS III, Central do DRS III, Coração do DRS III, Sul de Barretos, Norte de Barretos; 14 Araras, Rio Claro, Limeira, Piracicaba; 15 Rio Pardo, Mantiqueira, Baixa Mogiana, Oeste VII, Campinas; 16 Bragança, Jundiá; 17 Circuito da Fé, Região Serrana, Litoral Norte, Alto Vale do Paraíba

Tabela 29 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), segundo Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), 2010. N=2735

GVE		Promoção à 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 às DST/aids	Prevenção e diagnóstico DST/aids	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Atenção à saúde reprodutiva	Planejamento reprodutivo	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Dimensão SSR
7 Santo André (n = 81)	média	51,90	53,86	49,38	56,17	74,10	67,74	78,34	85,19	79,77	78,82	84,67	72,02	70,27
	DP	25,00	26,34	28,70	33,20	10,79	11,56	20,00	11,52	7,03	7,55	11,22	14,63	11,60
8 Mogi das Cruzes (n = 46)	média	24,70	35,05	19,57	20,65	63,20	60,40	63,83	69,57	68,93	72,91	68,30	61,59	55,27
	DP	18,19	18,37	22,69	28,04	12,84	14,30	17,51	18,36	14,98	15,19	19,37	21,33	12,65
9 Franco da Rocha (n = 41)	média	36,39	40,85	32,08	41,46	60,47	58,64	56,54	69,92	66,17	65,85	67,07	65,04	56,17
	DP	23,04	22,54	25,91	32,89	18,51	16,76	23,49	26,32	16,54	20,21	21,73	14,82	17,74
10 Osasco (n = 117)	média	35,97	42,31	32,08	35,90	66,73	64,81	62,78	76,45	74,39	73,44	78,63	67,95	61,36
	DP	22,73	19,27	28,48	32,89	11,56	11,59	20,50	17,70	11,18	13,53	15,76	15,34	12,35
11 Araçatuba (n = 92)	média	39,13	50,27	34,78	30,98	66,58	63,56	65,51	75,60	66,62	62,29	72,10	65,04	59,66
	DP	21,03	21,05	28,11	31,53	15,90	15,21	22,69	21,62	17,18	19,02	23,42	16,40	14,67
12 (n = 148)	média	29,84	39,53	24,48	27,87	58,61	57,02	56,76	64,94	60,77	56,60	65,32	60,70	52,02
	DP	21,35	21,58	25,77	28,20	16,30	16,62	21,20	22,85	20,38	24,54	24,71	20,11	16,50
13 Assis (n = 100)	média	43,56	51,13	41,38	35,50	65,51	63,83	60,00	76,56	65,58	59,77	72,75	63,83	59,99
	DP	23,73	18,89	30,47	33,37	15,56	15,07	22,31	19,27	19,80	21,42	26,95	18,81	17,18
14 Barretos (n = 133)	média	32,99	45,86	26,37	28,76	62,53	61,95	56,73	71,09	61,82	57,32	64,60	66,04	54,85
	DP	22,37	21,80	27,41	29,91	16,11	16,93	20,76	21,84	18,69	20,95	23,73	22,04	16,21
15 Bauru (n = 88)	média	30,45	41,62	24,65	26,99	54,36	51,48	48,86	68,43	52,57	50,61	55,02	51,89	47,76
	DP	21,43	24,98	23,88	26,86	23,36	24,57	25,39	26,47	26,42	27,12	32,15	25,58	22,18
16 Botucatu (n = 92)	média	36,30	48,51	30,10	32,07	63,07	60,16	56,32	78,74	66,41	58,36	74,73	67,21	57,36
	DP	23,05	20,20	27,62	33,01	13,20	12,77	20,00	21,33	13,18	16,65	16,55	16,66	13,54
17 Campinas (n = 287)	média	32,57	42,64	27,50	28,92	60,69	57,98	57,93	71,00	66,61	65,13	69,43	64,17	55,44
	DP	19,16	19,88	23,25	30,29	15,60	14,42	23,91	22,01	16,10	19,55	20,15	19,12	14,27
18 Franca (n = 103)	média	43,50	49,51	40,93	39,81	61,28	61,67	59,49	62,46	57,38	56,24	55,91	62,78	55,57
	DP	22,68	21,43	27,47	35,60	16,43	16,21	24,87	21,00	19,91	22,57	26,80	21,29	16,34
19 Marília (n = 139)	média	38,47	49,73	31,38	39,03	69,55	65,91	65,14	84,25	72,17	70,73	75,96	67,75	62,52
	DP	21,42	21,15	24,62	35,37	12,81	12,82	21,43	15,25	13,19	15,85	17,98	16,08	12,91
20 Piracicaba (n = 112)	média	32,93	43,19	25,82	35,49	60,84	58,77	57,39	70,34	65,35	65,18	66,07	64,29	55,20
	DP	21,10	21,41	24,76	31,95	15,06	13,96	21,69	21,79	16,57	18,38	22,08	17,02	14,84
21 Presidente Prudente (n = 104)	média	42,08	48,44	38,68	40,38	68,22	66,35	61,10	81,73	72,86	71,38	75,96	69,87	63,07
	DP	23,36	19,06	28,59	33,47	9,97	10,21	17,57	15,32	9,65	14,68	14,33	13,95	11,00
22 Presidente Venceslau (n = 79)	média	39,09	51,74	32,91	33,86	65,94	63,18	60,53	79,61	65,58	59,98	71,41	66,03	59,05
	DP	21,36	19,99	26,62	32,28	12,33	13,35	19,74	13,60	12,91	16,13	18,71	17,79	12,22
23 Registro (n = 73)	média	39,89	51,20	30,87	46,58	66,93	66,05	59,40	78,39	69,02	69,86	70,32	64,61	60,76
	DP	21,45	22,45	25,43	31,27	14,43	14,61	18,81	21,27	16,03	17,98	20,22	20,59	14,12
24 Ribeirão Preto (n = 154)	média	40,57	48,94	36,16	38,15	60,19	58,58	57,44	67,68	61,88	61,29	62,39	62,12	55,77
	DP	23,93	22,95	29,45	33,72	20,07	19,34	25,07	26,42	21,44	22,05	28,78	23,05	19,12

(continua)

(conclusão)														
GVE		Promoção à 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 às DST/aids	Prevenção e diagnóstico DST/aids	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Atenção à saúde reprodutiva	Planejamento reprodutivo	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Dimensão SSR
25 Santos (n = 73)	média	27,01	39,90	18,02	30,48	63,62	57,24	64,76	78,54	65,27	59,22	73,29	62,33	54,89
	DP	15,98	19,17	19,15	25,43	13,60	11,57	24,62	18,55	11,85	15,58	13,68	17,13	11,53
26 São João da Boa Vista (n = 115)	média	30,30	39,67	25,42	27,39	59,23	55,84	56,92	70,72	55,96	60,47	49,93	58,26	50,90
	DP	21,93	21,16	25,94	32,61	19,27	19,02	24,18	24,51	21,85	23,21	28,22	25,01	17,71
27 São José dos Campos (n = 27)	média	49,04	60,19	45,58	37,96	60,72	61,51	50,17	71,60	71,45	66,10	78,40	69,14	61,13
	DP	23,91	21,38	27,89	34,23	16,64	14,41	24,36	22,29	11,45	15,86	14,85	12,83	15,06
29 São José do Rio Preto (n = 170)	média	38,42	45,81	34,75	35,59	64,24	61,76	59,79	76,01	59,15	54,16	61,76	64,71	56,13
	DP	23,69	20,30	30,27	32,83	17,07	16,63	25,36	19,43	20,00	21,88	27,48	19,76	17,54
30 Jales (n = 73)	média	43,29	52,57	38,57	40,07	64,03	62,48	58,66	74,58	64,96	57,96	74,09	61,87	59,08
	DP	22,24	18,75	27,99	32,47	16,48	15,43	23,43	20,99	17,56	19,11	23,18	19,93	16,03
31 Sorocaba (n = 170)	média	27,74	40,29	19,95	27,94	59,56	57,03	54,81	71,83	65,12	64,48	67,65	61,47	53,27
	DP	19,82	21,53	21,78	30,02	18,15	16,76	27,07	22,71	22,44	23,70	26,75	20,69	17,93
32 Itapeva (n = 17)	média	38,59	47,79	33,48	36,76	66,21	61,38	64,71	80,39	68,69	64,25	73,53	68,63	60,01
	DP	26,53	23,48	30,16	34,37	17,17	16,62	21,29	22,06	14,86	18,83	18,45	15,46	17,69
33 Taubaté (n = 101)	média	42,89	53,59	37,47	39,11	60,76	60,27	52,66	71,95	57,87	48,36	67,33	59,57	55,35
	DP	24,07	21,60	30,18	32,68	15,62	15,75	20,38	20,34	20,63	20,85	30,38	20,46	17,34

Tabela 30 - 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 autoclassificação em 2010. N=2735

	Autoclassificação													
	USF		USF com especialidade		UBS com ou sem especialidade		UBS com equipe de saúde da família		UBS com PACS		Postos avançados		Outros	
	n													
	1195		123		874		154		233		20		136	
	média	DP ¹	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP
Promoção à SSR	42,05	22,22	41,89	22,79	28,82	20,34	44,47	24,95	36,05	20,67	14,00	10,50	24,76	20,60
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	18,91	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	26,09	6,92	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	30,50	13,75	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	13,48	35,47	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	13,49	33,04	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	21,66	32,73	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	16,82	45,00	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	15,30	35,16	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	17,83	33,85	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	22,03	31,67	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	15,59	45,00	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	13,35	29,95	18,68	39,80	23,67

FONTE QualiAB 2010; a autora.

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 31 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação para os diferentes tipos de unidade, definidas por reclassificação, com base nas categorias profissionais envolvidas (2010). N=2735

	SF		SF+UBS		UBS		UBS+Especialidade		UBS+SF+Especialidade		Volantes		PACS		Outros	
n	502		662		812		329		100		265		53		12	
	média	DP ¹	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP	média	DP
Promoção à SSR	40,88	23,02	44,60	22,36	31,63	20,42	31,36	21,88	42,00	22,02	26,52	21,15	36,45	22,49	23,33	14,15
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	49,08	20,34	53,61	20,63	42,09	21,13	42,86	22,01	49,63	21,21	35,80	20,37	45,05	19,82	38,54	18,04
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	35,67	28,78	39,60	27,75	26,00	25,13	25,49	26,10	37,00	27,44	22,21	24,71	32,37	26,45	16,67	14,61
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	41,38	33,46	42,86	33,16	28,97	29,46	27,43	30,89	43,00	32,19	21,98	29,04	32,55	34,17	14,58	19,82
Prevenção e assistência às DST/aids	63,60	13,61	67,91	12,41	61,85	16,93	63,97	17,34	68,49	12,97	50,85	20,63	59,72	13,02	46,32	20,74
Prevenção e diagnóstico DST/aids	61,11	13,29	64,48	12,33	59,82	16,46	61,15	18,02	66,39	12,56	50,91	20,60	58,90	12,61	44,93	20,42
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	57,97	19,95	65,12	20,35	58,39	24,37	63,55	22,96	65,55	21,98	43,09	24,43	51,80	19,08	43,18	25,75
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	76,85	19,36	80,11	17,30	71,28	22,09	71,70	21,28	77,44	19,18	60,17	26,87	71,49	21,18	53,70	25,44
Atenção à saúde reprodutiva	66,10	14,56	71,17	13,20	64,31	20,34	62,48	19,07	70,58	12,93	51,92	23,61	57,33	17,55	39,25	23,62
Planejamento reprodutivo	61,14	17,81	66,69	17,34	63,52	22,69	62,10	21,13	67,69	14,99	50,68	25,60	53,70	18,69	35,26	21,37
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	71,78	20,31	77,40	16,97	66,13	25,57	62,46	24,92	75,00	22,54	51,95	29,00	59,12	25,65	41,67	33,90
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	65,50	16,82	68,43	15,83	62,38	21,05	63,32	20,59	68,00	16,86	54,53	23,67	61,64	21,33	43,06	28,83
Dimensão SSR	58,65	13,83	63,05	13,00	54,99	16,40	55,27	16,42	62,45	13,10	45,04	19,40	53,10	13,48	38,30	16,96

FONTE QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste de Kruskal-wallis; p<0,001.

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 32 - 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	260	927	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; a autora.

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

1 Desvio padrão.

Tabela 33- Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo formas de delimitação da área de abrangência (2010). N=2735

	Delimitação da área de abrangência						
	n	Por meio de planejamento		Na prática, pelo acesso dos moradores		Não é delimitada	
		1712		374		649	
		média	DP ¹	média	DP	média	DP
Promoção à SSR	40,86	22,30	30,05	22,16	28,18	20,46	
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	49,62	20,59	40,24	22,08	39,60	21,77	
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	35,83	27,82	24,35	25,79	22,60	24,09	
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	39,69	32,47	28,21	31,12	23,46	29,26	
Prevenção e assistência às DST/aids	65,77	13,64	58,31	17,85	58,24	19,98	
Prevenção e diagnóstico DST/aids	62,77	13,37	57,56	17,31	56,80	20,00	
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	62,44	21,35	52,58	24,45	54,25	25,34	
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	77,52	18,88	67,23	24,05	66,79	24,31	
Atenção à saúde reprodutiva	68,39	15,37	61,47	20,38	57,51	22,56	
Planejamento reprodutivo	65,10	18,66	59,15	22,68	56,61	24,23	
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	73,12	20,63	63,66	26,05	57,68	28,12	
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	66,06	17,29	62,12	20,42	59,12	23,92	
Dimensão SSR	60,30	13,89	52,16	17,30	50,42	18,50	

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: TESTE Kruskal-wallis; p<0,001.

1 - Desvio padrão.

Tabela 34 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a utilização de informação para a organização do trabalho (2010). N=2735

	Uso de informações para organização		Informações disponíveis mais utilizadas		Informações não disponíveis para unidade	
n	1569		1080		85	
	média	DP ¹	média	DP	média	DP
Promoção à SSR	42,18	22,95	29,05	19,38	21,98	21,09
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	50,67	21,33	40,28	20,05	31,18	21,79
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	37,28	28,17	23,18	23,81	17,92	24,74
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	41,12	33,46	25,65	28,41	16,76	24,82
Prevenção e assistência às DST/aids	66,10	14,66	59,53	16,81	48,48	22,93
Prevenção e diagnóstico DST/aids	63,74	14,22	57,14	16,54	47,62	22,50
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	62,14	22,23	55,92	23,27	44,60	27,97
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	76,98	19,57	70,07	22,50	55,42	29,12
Atenção à saúde reprodutiva	67,50	17,33	62,09	18,89	51,50	26,56
Planejamento reprodutivo	64,35	19,81	60,20	21,51	50,23	28,45
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	71,71	23,28	64,19	24,06	53,73	31,56
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	65,90	18,23	62,01	20,46	49,80	26,91
Dimensão SSR	60,50	15,15	52,64	15,62	42,73	21,43

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: TESTE Kruskal-wallis; p<0,001.

1 - Desvio padrão.

Tabela 35 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a utilização de dados epidemiológicos para o planejamento (2010). N=2735

	Dados epidemiológicos para planejamento		Dados epidemiológicos disponíveis, mas não utilizados		Não são do conhecimento da unidade	
	2050		370		315	
n	média	DP ¹	média	DP	média	DP
Promoção à SSR	40,58	22,38	25,31	18,25	22,01	18,07
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	49,82	20,95	36,59	18,51	31,83	19,85
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	35,43	27,66	19,48	22,23	16,80	21,76
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	38,84	32,77	21,69	27,13	19,29	26,23
Prevenção e assistência às DST/aids	66,10	14,18	55,93	18,07	50,77	19,05
Prevenção e diagnóstico DST/aids	63,52	13,83	53,67	18,20	50,06	18,98
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	61,92	21,92	53,69	24,70	47,53	24,62
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	77,82	18,64	64,47	23,85	56,54	25,22
Atenção à saúde reprodutiva	67,41	16,90	60,03	19,98	53,97	22,42
Planejamento reprodutivo	64,42	19,33	58,94	22,41	52,21	25,85
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	71,29	23,01	61,69	24,54	55,42	26,52
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	66,13	17,80	59,05	22,45	54,87	24,11
Dimensão SSR	60,07	14,55	49,48	16,33	44,51	17,62

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: TESTE Kruskal-wallis; p<0,001.

1 - Desvio padrão.

Tabela 36 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no município (2010). N=2735

Domínios/Subdomínios	CTA no município				
	não		sim		p
	n=1981		n=754		
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	35,53	22,73	38,58	22,16	<0,001
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	45,37	21,58	47,51	21,59	0,054
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	30,43	27,64	32,95	26,66	0,004
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	32,46	32,30	39,03	32,00	<0,001
Prevenção e assistência às DST/aids	61,32	16,82	67,28	14,23	<0,001
Prevenção e diagnóstico DST/aids	59,54	16,50	63,53	14,11	<0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	56,26	22,92	66,72	22,14	<0,001
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	72,05	22,30	77,56	19,25	<0,001
Atenção à saúde reprodutiva	62,36	19,46	71,43	14,36	<0,001
Planejamento reprodutivo	59,26	21,80	70,20	16,30	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	65,61	25,53	74,87	19,18	<0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	62,60	20,40	67,22	17,35	<0,001
Dimensão SSR	55,13	16,66	61,33	14,04	<0,001

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 37 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) na Comissão Intergestora Regional (2010). N=2735

Domínios/Subdomínios	CTA na CIR				
	Não n=1051		Sim n=1684		p
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	35,67	22,63	36,81	22,60	0,203
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	45,77	21,88	46,08	21,43	0,961
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	30,23	27,38	31,68	27,39	0,128
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	33,14	31,69	34,98	32,74	0,200
Prevenção e assistência às DST/aids	61,85	16,90	63,66	15,98	0,008
Prevenção e diagnóstico DST/aids	59,74	16,73	61,20	15,47	0,086
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	57,14	23,01	60,40	23,20	<0,001
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	73,00	21,65	73,92	21,64	0,202
Atenção à saúde reprodutiva	61,26	20,17	67,11	17,25	<0,001
Planejamento reprodutivo	58,15	22,19	64,85	19,80	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	64,28	26,79	70,59	22,27	<0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	61,94	21,25	65,08	18,59	0,001
Dimensão SSR	55,05	16,85	57,96	15,71	<0,001

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 38 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), 2010. N=2735

Domínios/Subdomínios	CTA no GVE				
	Não		Sim		p
	n=622		n=2113		
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	37,84	23,41	35,94	22,36	0,102
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	47,25	21,63	45,58	21,58	0,068
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	32,77	28,60	30,64	27,01	0,196
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	35,49	32,87	33,91	32,19	0,313
Prevenção e assistência às DST/aids	62,87	16,73	62,99	16,25	0,948
Prevenção e diagnóstico DST/aids	60,89	16,53	60,56	15,81	0,318
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	57,94	22,91	59,50	23,25	0,147
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	73,94	21,21	73,46	21,77	0,738
Atenção à saúde reprodutiva	61,71	19,63	65,79	18,24	<0,001
Planejamento reprodutivo	58,85	21,72	63,28	20,69	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	64,46	26,91	69,25	23,37	0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	62,41	20,96	64,31	19,31	0,087
Dimensão SSR	56,18	16,80	57,04	16,04	0,266

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 39 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Departamento Regional de Saúde (DRS), 2010. N=2735

Domínios/Subdomínios	CTA no DRS				
	Não		Sim		p
	n=559		n=2176		
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	38,90	23,40	35,73	22,37	0,005
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	48,23	21,55	45,38	21,58	0,004
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	33,84	28,76	30,43	26,99	0,022
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	36,67	32,95	33,65	32,17	0,051
Prevenção e assistência às DST/aids	62,74	17,01	63,02	16,19	0,912
Prevenção e diagnóstico DST/aids	60,92	16,72	60,57	15,78	0,267
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	57,25	23,28	59,63	23,13	0,033
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	74,10	21,37	73,43	21,71	0,503
Atenção à saúde reprodutiva	60,90	19,95	65,88	18,15	<0,001
Planejamento reprodutivo	57,53	21,85	63,49	20,61	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	63,86	27,60	69,27	23,25	0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	62,28	21,08	64,28	19,33	0,071
Dimensão SSR	56,14	17,08	57,02	15,99	0,325

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 40 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) na Rede Regionalizada de Atenção à Saúde (RRAS), 2010. N=2735

Domínios/Subdomínios	CTA na RRAS				
	Não n=174		Sim n=2561		p
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	39,03	24,21	36,19	22,49	0,168
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	49,71	22,57	45,70	21,51	0,025
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	34,00	29,34	30,93	27,25	0,232
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	34,05	32,60	34,28	32,33	0,919
Prevenção e assistência às DST/aids	61,40	15,06	63,07	16,44	0,039
Prevenção e diagnóstico DST/aids	60,49	15,10	60,65	16,03	0,876
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	55,22	20,90	59,41	23,31	0,008
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	71,26	20,07	73,72	21,74	0,027
Atenção à saúde reprodutiva	62,90	18,97	65,00	18,61	0,097
Planejamento reprodutivo	57,60	21,74	62,59	20,92	0,003
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	69,30	26,07	68,09	24,18	0,186
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	61,59	19,91	64,03	19,69	0,111
Dimensão SSR	56,22	15,94	56,89	16,24	0,406

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 41 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) no município (2010). N=2735

Domínios/Subdomínios	Município com SAE				
	Não		Sim		p
	n=2091		n=644		
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	35,03	22,50	40,74	22,46	<0,001
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	44,98	21,59	49,15	21,33	<0,001
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	29,67	27,12	35,83	27,74	<0,001
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	32,54	32,25	39,87	32,03	<0,001
Prevenção e assistência às DST/aids	61,69	16,86	67,09	13,83	<0,001
Prevenção e diagnóstico DST/aids	59,75	16,57	63,52	13,50	<0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	56,83	22,96	66,67	22,28	<0,001
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	72,60	22,33	76,71	18,91	<0,001
Atenção à saúde reprodutiva	63,20	19,45	70,25	14,48	<0,001
Planejamento reprodutivo	60,43	21,78	68,24	16,93	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	66,40	25,14	73,87	20,34	<0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	62,81	20,38	67,34	16,90	<0,001
Dimensão SSR	55,43	16,64	61,42	13,81	<0,001

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 42 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) na Comissão Intergestora Regional (CIR), 2010. N=2735

Domínios/Subdomínios	CIR com SAE				
	Não n=963		Sim n=1772		p
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	37,18	22,85	35,94	22,48	0,135
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	46,20	22,04	45,83	21,37	0,408
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	31,90	27,56	30,70	27,29	0,243
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	36,32	32,83	33,15	32,03	0,016
Prevenção e assistência às DST/aids	64,07	15,80	62,36	16,63	0,007
Prevenção e diagnóstico DST/aids	61,70	15,93	60,06	15,98	0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	59,76	21,39	58,81	24,10	0,456
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	75,40	20,89	72,57	21,98	0,001
Atenção à saúde reprodutiva	66,00	18,57	64,25	18,65	0,003
Planejamento reprodutivo	63,70	21,04	61,50	20,95	0,004
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	69,33	23,96	67,53	24,46	0,030
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	64,30	19,43	63,65	19,86	0,300
Dimensão SSR	57,88	16,01	56,28	16,30	0,006

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 43 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) no Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), 2010. N=2735

Domínios/Subdomínios	GVE com SAE				
	Não		Sim		p
	n=319		n=2416		
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	38,1	22,5	36,1	22,6	0,106
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	47,9	20,9	45,7	21,7	0,100
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	32,4	27,2	31,0	27,4	0,236
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	37,1	32,8	33,9	32,3	0,092
Prevenção e assistência às DST/aids	66,5	12,6	62,5	16,7	<0,001
Prevenção e diagnóstico DST/aids	64,4	13,2	60,1	16,2	<0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	61,2	18,6	58,9	23,7	0,209
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	78,6	17,6	72,9	22,0	<0,001
Atenção à saúde reprodutiva	69,4	13,4	64,3	19,1	<0,001
Planejamento reprodutivo	68,0	16,8	61,5	21,4	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	72,3	18,0	67,6	25,0	0,072
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	66,5	17,9	63,5	19,9	0,011
Dimensão SSR	60,3	12,9	56,4	16,6	<0,001

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 44 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) no Departamento Regional de Saúde (DRS), 2010. N=2735

Domínios/Subdomínios	DRS com SAE				
	Não n=256		Sim n=2479		p
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	40,53	22,17	35,95	22,62	0,001
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	50,24	20,34	45,52	21,68	0,001
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	34,68	27,22	30,76	27,38	0,009
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	40,14	32,73	33,66	32,25	0,002
Prevenção e assistência às DST/aids	67,15	12,10	62,53	16,68	<0,001
Prevenção e diagnóstico DST/aids	65,29	12,61	60,16	16,21	<0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	60,44	18,56	59,01	23,60	0,606
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	80,12	16,77	72,89	21,98	<0,001
Atenção à saúde reprodutiva	69,52	13,06	64,38	19,06	0,001
Planejamento reprodutivo	67,43	16,83	61,74	21,32	0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	72,95	17,66	67,67	24,83	0,035
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	67,19	17,33	63,53	19,91	0,006
Dimensão SSR	61,17	12,40	56,40	16,50	<0,001

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 45 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a presença ou não de Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) na Rede Regionalizada de Atenção à Saúde (RRAS), 2010. N=2735

Domínios/Subdomínios	RRAS com SAE				
	Não n=282		Sim n=2453		p
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	38,10	23,05	36,18	22,56	0,196
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	46,90	20,57	45,85	21,72	0,448
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	33,50	27,95	30,85	27,32	0,103
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	35,46	33,03	34,13	32,27	0,557
Prevenção e assistência às DST/aids	66,59	11,49	62,54	16,78	0,003
Prevenção e diagnóstico DST/aids	64,65	12,19	60,18	16,29	<0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	61,54	18,26	58,87	23,67	0,183
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	77,74	16,38	73,09	22,12	0,013
Atenção à saúde reprodutiva	71,13	12,33	64,14	19,10	<0,001
Planejamento reprodutivo	69,45	15,99	61,45	21,35	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	74,82	16,87	67,40	24,90	<0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	67,38	16,68	63,47	19,99	0,002
Dimensão SSR	60,82	12,23	56,39	16,55	<0,001

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 46 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a localização em municípios com e sem Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) do melhor grupo de qualidade, segundo avaliação QualiAids, para 2010. N=2735

Agrupamentos de indicadores	Serviços de APS localizados em municípios SEM SAE do melhor grupo de qualidade n=2077		Serviços de APS localizados em municípios COM SAE do melhor grupo de qualidade n=658		P
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	35,05	22,52	40,55	22,43	<0,001
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	44,95	21,61	49,15	21,28	
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	29,74	27,13	35,50	27,75	<0,001
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	32,53	32,26	39,74	32,01	
Prevenção e assistência às DST/aids	61,68	16,89	67,01	13,83	<0,001
Prevenção e diagnóstico DST/aids	59,71	16,55	63,55	13,62	
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	56,88	23,00	66,29	22,30	<0,001
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	72,56	22,38	76,73	18,80	
Atenção à saúde reprodutiva	63,11	19,41	70,40	14,64	<0,001
Planejamento reprodutivo	60,32	21,78	68,42	16,95	
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	66,31	25,09	74,00	20,55	<0,001
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	62,73	20,36	67,48	17,01	
Dimensão SSR	55,40	16,64	61,39	13,84	<0,001

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 47 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a localização em Comissões Intergestoras Regionais (CIR) com e sem Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) do melhor grupo de qualidade, segundo avaliação Qualiaids, para 2010. N=2735

Agrupamentos de indicadores	Serviços de APS localizados em CIR SEM SAE do melhor grupo de qualidade n=783		Serviços de APS localizados em CIR COM SAE do melhor grupo de qualidade n=1952		P
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	38,44	22,84	35,55	22,47	0,001
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	47,80	22,12	45,22	21,35	0,001
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	33,18	27,56	30,30	27,28	0,006
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	36,85	32,96	33,24	32,04	0,010
Prevenção e assistência às DST/aids	64,36	15,82	62,40	16,54	0,002
Prevenção e diagnóstico DST/aids	61,96	15,78	60,11	16,03	0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	59,91	21,32	58,84	23,88	0,378
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	75,96	21,29	72,60	21,71	<0,001
Atenção à saúde reprodutiva	65,68	18,28	64,54	18,77	0,124
Planejamento reprodutivo	62,81	20,93	62,06	21,03	0,531
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	69,35	23,68	67,69	24,53	0,084
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	64,56	19,39	63,60	19,83	0,189
Dimensão SSR	58,23	15,94	56,29	16,29	0,002

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 48 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a localização em Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) com e sem Serviço de Assistência em HIV/aids (SAE) do melhor grupo de qualidade, segundo avaliação Qualiaids, para 2010. N=2735

Agrupamentos de indicadores	Serviços de APS localizados em GVE SEM SAE do melhor grupo de qualidade n=319		Serviços de APS localizados em GVE COM SAE do melhor grupo de qualidade n=2416		p
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	38,14	22,52	36,14	22,62	0,106
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	47,92	20,87	45,70	21,69	0,100
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	32,43	27,22	30,95	27,41	0,236
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	37,15	32,81	33,89	32,27	0,092
Prevenção e assistência às DST/aids	66,53	12,55	62,49	16,74	<0,001
Prevenção e diagnóstico DST/aids	64,37	13,18	60,14	16,25	<0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	61,16	18,56	58,88	23,71	0,209
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	78,61	17,65	72,90	22,03	<0,001
Atenção à saúde reprodutiva	69,39	13,41	64,27	19,15	<0,001
Planejamento reprodutivo	68,05	16,79	61,51	21,38	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	72,31	17,98	67,62	24,97	0,072
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	66,46	17,93	63,53	19,91	0,011
Dimensão SSR	60,26	12,88	56,39	16,56	<0,001

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 49 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a inclusão ou não do município no Plano de Ações e Metas (PAM), 2010. N=2735

Domínios/Subdomínios	município com PAM				
	não		sim		p
	n=1798		n=937		
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	36,67	23,11	35,82	21,63	0,638
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	46,26	21,70	45,38	21,41	0,171
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	31,66	28,03	30,09	26,09	0,419
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	33,73	32,79	35,30	31,47	0,108
Prevenção e assistência às DST/aids	62,29	16,88	64,24	15,24	0,010
Prevenção e diagnóstico DST/aids	60,10	16,42	61,66	15,05	0,026
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	57,90	23,28	61,53	22,81	<0,001
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	73,26	22,23	74,15	20,45	0,810
Atenção à saúde reprodutiva	63,66	19,30	67,17	17,07	<0,001
Planejamento reprodutivo	60,62	21,62	65,44	19,39	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	67,31	25,11	69,80	22,59	0,040
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	62,95	20,25	65,65	18,50	0,004
Dimensão SSR	56,25	16,77	57,98	15,03	0,020

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 50 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a inclusão ou não de municípios da Comissão Intergestora Regional (CIR) no Plano de Ações e Metas (PAM), 2010. N=2735

Domínios/Subdomínios	CIR com PAM				
	Não		Sim		p
	n=524		n=2211		
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	36,31	22,69	36,39	22,60	0,985
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	45,37	21,20	46,10	21,70	0,949
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	31,61	27,81	31,01	27,29	0,720
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	33,49	32,42	34,45	32,33	0,515
Prevenção e assistência às DST/aids	62,47	16,10	63,08	16,42	0,321
Prevenção e diagnóstico DST/aids	60,08	16,06	60,77	15,95	0,410
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	58,19	22,10	59,37	23,43	0,241
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	73,81	21,25	73,51	21,74	0,899
Atenção à saúde reprodutiva	62,52	18,58	65,42	18,61	<0,001
Planejamento reprodutivo	58,81	21,16	63,09	20,89	<0,001
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	66,43	24,38	68,57	24,27	0,029
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	62,72	19,73	64,15	19,70	0,132
Dimensão SSR	55,88	16,18	57,07	16,22	0,119

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 51 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a inclusão ou não de municípios do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) no Plano de Ações e Metas (PAM), 2010. N=2735

Domínios/Subdomínios	GVE com PAM				
	Não n=200		Sim n=2535		p
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	40,60	22,81	36,04	22,57	0,005
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	49,69	19,79	45,67	21,71	0,008
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	35,96	27,96	30,74	27,31	0,005
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	37,50	33,06	34,01	32,28	0,152
Prevenção e assistência às DST/aids	67,15	11,66	62,63	16,63	0,001
Prevenção e diagnóstico DST/aids	64,67	12,22	60,32	16,19	0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	61,18	18,72	58,99	23,49	0,312
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	80,78	15,30	73,00	21,97	<0,001
Atenção à saúde reprodutiva	69,63	11,97	64,49	19,02	0,006
Planejamento reprodutivo	66,27	16,48	61,96	21,29	0,058
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	73,96	16,60	67,71	24,75	0,013
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	68,25	15,73	63,53	19,95	0,002
Dimensão SSR	61,22	12,25	56,50	16,44	<0,001

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 52 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a inclusão ou não de municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS) no Plano de Ações e Metas (PAM), 2010. N=2735

Domínios/Subdomínios	DRS com PAM				
	Não n=183		Sim n=2552		p
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	40,79	22,50	36,06	22,59	0,004
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	49,86	19,48	45,68	21,72	0,009
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	36,19	27,83	30,76	27,33	0,004
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	37,57	33,03	34,03	32,29	0,159
Prevenção e assistência às DST/aids	67,24	11,08	62,65	16,63	0,003
Prevenção e diagnóstico DST/aids	64,98	11,74	60,33	16,19	0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	60,85	18,49	59,02	23,48	0,490
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	80,81	14,60	73,05	21,97	<0,001
Atenção à saúde reprodutiva	69,72	11,71	64,51	18,99	0,007
Planejamento reprodutivo	66,46	16,29	61,97	21,27	0,053
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	74,00	16,48	67,74	24,71	0,019
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	68,21	15,79	63,56	19,93	0,004
Dimensão SSR	61,33	11,68	56,52	16,45	<0,001

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Tabela 53 - Média do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) em saúde sexual e reprodutiva (SSR), comparação segundo a inclusão ou não de municípios da Rede Regionalizada de Atenção à Saúde (RRAS) no Plano de Ações e Metas (PAM), 2010. N=2735

Domínios/Subdomínios	RRAS com PAM				
	Não n=183		Sim n=2552		p
	média	DP ¹	média	DP	
Promoção à SSR	40,79	22,50	36,06	22,59	0,004
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	49,86	19,48	45,68	21,72	0,009
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	36,19	27,83	30,76	27,33	0,004
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	37,57	33,03	34,03	32,29	0,159
Prevenção e assistência às DST/aids	67,24	11,08	62,65	16,63	0,003
Prevenção e diagnóstico DST/aids	64,98	11,74	60,33	16,19	0,001
Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	60,85	18,49	59,02	23,48	0,49
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	80,81	14,60	73,05	21,97	<0,001
Atenção à saúde reprodutiva	69,72	11,71	64,51	18,99	0,007
Planejamento reprodutivo	66,46	16,29	61,97	21,27	0,053
Atenção ao pré-natal e ao puerpério	74,00	16,48	67,74	24,71	0,019
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	68,21	15,79	63,56	19,93	0,004
Dimensão SSR	61,33	11,68	56,52	16,45	<0,001

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

NOTAS: Teste Kruskal-wallis.

1 - Desvio padrão.

Gráfico 3 - Distribuição dos serviços, de acordo com arranjo organizacional por autotclassificação

FONTE: QualiAB 2010; a autora

Gráfico 4 - Distribuição dos serviços, de acordo com tipo de arranjo organizacional por reclassificação, de acordo com categorias profissionais.

FONTE: QualiAB 2010; a autora

Gráfico 5 - Distribuição dos serviços, de acordo com zona de localização geográfica

FONTE: QualiAB 2010; a autora

Gráfico 6 - Distribuição dos serviços, de acordo forma de delimitação da área de abrangência

FONTE: QualiAB 2010; a autora

Gráfico 7 - Representação dos serviços de cada grupo de desempenho (Cluster) no ponto de intersecção de sua distância em relação à média para cada subdomínio do Domínio promoção à SSR, a partir de agrupamento por k-médias

FONTE: QualiAB 2010; a autora

Gráfico 8 - Representação dos serviços de cada grupo de desempenho (Cluster) no ponto de intersecção de sua distância em relação à média para cada subdomínio do Domínio prevenção e assistência às DST/aids, a partir de agrupamento por k-médias

FONTE: QualiAB 2010; a autora

Gráfico 9 - Representação dos serviços de cada grupo de desempenho (Cluster) no ponto de intersecção de sua distância em relação à média para cada subdomínio do Domínio atenção à saúde reprodutiva, a partir de agrupamento por k-médias

FONTE: QualiAB 2010; a autora

ANEXO C: Questões novas para a temática SSR na APS

A - Para ser respondido por unidades de Atenção Primária à Saúde:

1 - Quando a Unidade recebe um resultado negativo para as sorologias para HIV, sífilis e hepatites B e C de um paciente, qual é a conduta adotada?

A Unidade arquiva os resultados no prontuário do paciente, deixando-os à disposição, caso ele tenha interesse em saber. (0)

A unidade realiza atividade presencial individual de aconselhamento pós-teste com explicação do resultado e orientação de prevenir futuras infecções, com sensibilização para o uso do preservativo (em atendimento individual ou em grupo). (2)

A unidade realiza atividade de vigilância de exames, acompanhada de informação do resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email). (1)

A unidade não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites. (0)

2 – Nos casos em que mulheres procurem a Unidade para realização de teste de gravidez na urina, quando o resultado é negativo, qual é a conduta?

A equipe realiza atividade em que pergunta à mulher qual é a sua escolha reprodutiva, fazendo aconselhamento de medidas contraceptivas ou de cuidados preconcepcionais, a depender do caso. (2)

A equipe informa o resultado negativo à paciente. (0)

A equipe informa o resultado negativo à mulher e orienta a procurar atividades da Unidade para contracepção. (0)

A Unidade não realiza teste de gravidez (0).

3 – Nos casos em que a Unidade recebe um resultado de sorologia positivo para HIV, Hepatites B e C ou Sífilis, qual é a conduta?

A unidade realiza atividade de vigilância de exames, acompanhada de notificação quando é o caso e de informação do resultado positivo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email) (1).

Realiza atividade de aconselhamento pós teste, com orientacao dos diagnosticos, acolhimento, orientacao de relatar aos parceiros, trata quando é sífilis, encaminha HIV e Hepatites para servicos especializados, mantento apoio ao paciente, notifica quando é o caso (2).

A Unidade arquiva os resultados no prontuario do paciente, deixando-os a disposiçãõ, caso ele tenha interesse em saber . (0)

A Unidade realiza vigilância de exames, notifica quando e o caso e convoca o paciente para retirar encaminhamento para unidade de referência em HIV e DST (1)

A questao numero 46 do *QualiAB*, poderia ser testada quanto a ser pontuada:

46) Entre as gestantes que realizaram pré-natal nessa Unidade, nos **últimos três anos**, houve algum caso de sífilis congênita? **Pontuada**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim (0)
- 2) Não (2)
- 3) Apesar de realizar notificacao de sífilis em gestantes, nao recebe atualizacao dos casos de sífilis congenita dos orgaos de viligancia centrais (1)
- 4) Não sabe informar (0)
- 5) Não realizamos pré-natal (0)

ANEXO D: Documentos

<p>FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP</p>
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo

Pesquisador: MARIA INES B NEMES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13542313.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 471.631

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto retrospectivo, com delineamento pertinente, bem fundamentado e executado como sequência de estudos anteriores, pois se insere na linha de pesquisa Avaliação de serviços e programas de saúde, particularmente nos temas Avaliação das ações de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Aids em serviços de atenção primária à saúde e Avaliação da qualidade de serviços de atenção primária à saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de um projeto de avaliação, que tem por objeto as práticas de atenção em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de São Paulo (SP), a serem analisadas por meio do enfoque em ações relacionadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva, à prevenção e à assistência às IST e Aids. O objetivo geral deste estudo é avaliar a implementação de ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva, bem como de prevenção e assistência às IST e Aids, na APS, no estado de SP. O projeto tem como principal motivação a consideração atual da APS como estratégica para a efetivação de políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva no contexto brasileiro.

Desta forma,

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455	
Bairro: PACAEMBU	CEP: 01.246-903
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3081-8004	E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 471.631

Objetivo Primário:

Avaliar a implementação de ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva, bem como de prevenção e assistência às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e Aids, na atenção primária à saúde, no estado de São Paulo.

Objetivo Secundário:

Objetivos específicos: Caracterizar as ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção e assistência às IST/Aids desenvolvidas por serviços de APS a partir das respostas ao QualiAB;- Avaliar o desempenho dos serviços de APS paulistas em ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção e assistência às IST/Aids.- Analisar o desempenho dos serviços de APS para ações de saúde sexual e reprodutiva em comparação com o desempenho geral no QualiAB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo, visto que, O estudo utilizará banco de dados resultante da aplicação do questionário QualiAB - Avaliação da qualidade da Atenção Básica em Municípios do Estado de São Paulo, em 2010.

segundo os autores "Os sujeitos da pesquisa são os serviços de saúde, portanto, o estudo não oferece risco aos profissionais e pacientes dos serviços."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa retrospectiva vinculada a rojeto aprovado pelo CEP da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto de pesquisa detalhado e bem fundamentado.

As autoras apresentam documentação pertinente à aprovação pelo CEP - FMBotucatu.

As autoras apresentam documento autorizando uso de bnco de dados.

Recomendações:

Recomendo ciência, pois segundo documento emitido pelo Conselho do Departamento de Medicina Preventiva - FMUSP, o projeto já foi aprovado em outro Comite de Ética - de Botucatu - Universidade Estadual Paulista, em 2005.

Lembro também, que trta-se de estudo retrospectivo que utilizará banco de dados de projeto ao qual se afilia.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8004

CEP: 01.246-903

E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 471.631

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As autoras apresentam um TCLE garantindo sigilo quanto aos dados dos funcionários que atuarem no estudo.

Particularmente, acho dispensável, mas se esta for uma opção das autoras, peço que seja colocado no formato modelo da FMUSP,

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

SAO PAULO, 28 de Novembro de 2013

Assinador por:
Paulo Euripedes Marchiori
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8004

E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Departamento de Medicina Preventiva

Parecer

Projeto de Pesquisa: "Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços da Atenção Primária em Saúde no Estado de São Paulo".

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Maria Inês Battistella Nemes

Pesquisador executante: Dra Mariana Arantes Nasser

O projeto de pesquisa apresentado visa avaliar a implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços da Atenção Primária em Saúde no Estado de São Paulo. Para tanto irá utilizar banco de dados já coletado em projeto maior ao qual se afilia, e que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP. Desse modo, os aspectos éticos estão devidamente tratados.

A presente proposta está bem fundamentada, tem objetivos claros e tangíveis. O plano de análise esboçado é pertinente e fornecerá as respostas buscadas pelos pesquisadores.

Portanto, este parecer é favorável à aprovação do projeto pelo Conselho do Departamento de Medicina Preventiva para fins de encaminhamento ao CEP-FMUSP.

APROVADO EM REUNIÃO DO CONSELHO
DO DEPT.O DE MEDICINA PREVENTIVA
EM: 02/11/13

PROF. DR. JOSE RICARDO C. M. AYRES
Chefe do Departamento de Medicina
Preventiva - FMUSP

São Paulo, 30 de outubro de 2013

Nelson Gouveia
Prof. Associado
Depto de Medicina Preventiva
FMUSP

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Departamento de Saúde Pública
Botucatu – São Paulo – (14) 3880-1347/1332/1366

Botucatu, 29 de outubro de 2013.

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS QUALIAB

Declaro que o uso dos dados referente à aplicação do Questionário *Avaliação da qualidade da Atenção Básica em Municípios do Estado de São Paulo – QualiAB* em 2010 é permitido ao projeto *Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo*, que integra a linha de pesquisa QualiAB e será conduzido pela aluna de Mestrado Mariana Arantes Nasser, sob orientação da Profa. Dra. Maria Ines Batistella Nemes, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, integrantes da Equipe de Pesquisa QualiAB.

O Questionário é resultante de pesquisa avaliativa, sob minha coordenação, iniciada em 2005, que foi contemplada com financiamento PPSUS (FAPESP / SES SP / CNPQ / DECT / MS, processo nº05/58652-7), e conta com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da FMB UNESP, do mesmo ano (segue cópia anexa).

A primeira etapa foi concluída em 2007, resultando no questionário QualiAB. Em 2010, o questionário foi adotado como instrumento de apoio à gestão no Estado de São Paulo e preenchido pelos serviços dos municípios que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em anexo. Este termo estabelece que os dados seriam utilizados para avaliações e pesquisa com fins de melhoria dos serviços e que seriam tomados todos os cuidados para não identificar as Unidades participantes.

Desta aplicação resultou banco de dados para uso em comum pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e pela equipe de pesquisa QualiAB, condicionada à citação das fontes de produção dos dados primários e à manutenção do sigilo sobre a identificação das unidades e municípios participantes.

Prof. Dr. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Coordenadora da Equipe de Pesquisa QualiAB
Departamento de Saúde Pública/ FMB-UNESP

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 05 de dezembro de 2.005

OF. 435/2005-CEP

Ilustríssima Senhora
PROF.ª DRª ELEN ROSE LOAETO CASIANNEIRA
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Drª Elen,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Avaliação da gestão da atenção básica nos municípios de quatro regiões de saúde do Estado de São Paulo", sobre coordenação de Vossa Senhoria, com a colaboração dos Profs. Drs. Margareth Aparecida Santini de Almeida, Rodolfo Franco Puttini, Antonio Luiz Caldas Júnior e Maria Inês Battistella Nemes, recebeu do relator parecer favorável, aprovação em reunião de 03 de dezembro de 2.005.

Situação do Projeto: APROVADO.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Terminologia obrigatória em atendimento a resolução 196/96 - /CNS-MS).

**AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA
NO ESTADO DE SÃO PAULO – QUALIAB 2010**

**Identificação do profissional responsável pelo preenchimento do
questionário**

Nome*: _____

CPF*: _____

Endereço*: _____

Bairro: _____

Telefone*: _____

E-mail: _____

**DADOS SOBRE O PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
ATENÇÃO BÁSICA**

O presente trabalho tem por finalidade avaliar a qualidade dos serviços de atenção básica dos municípios do Estado de São Paulo, por meio de um questionário (QualiAB) com questões de múltipla escolha para resposta *on line*. As questões abordam características da estrutura, organização da assistência e gerenciamento local, enquanto dimensões capazes de qualificar a atenção realizada nos serviços.

O Programa "Avaliação e monitoramento dos serviços de atenção básica no estado de São Paulo – QualiAB 2010" é resultado de uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Área de Atenção Básica da Coordenadoria de Planejamento em Saúde, com a UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública.

O questionário QualiAB foi desenvolvido e validado entre 2006 e 2007 por pesquisa do Departamento de Saúde Pública da FMB/UNESP, coordenado pela Profª Elen Rose Lodeiro Castanheira, com financiamento da linha de fomento PPSUS (FAPESP/ CNPq/ MS e SES SP). Sua atual aplicação foi pactuada e aprovada em reunião da Comissão Intergestores Bipartite em maio de 2010.

A partir da adesão do gestor municipal de saúde o questionário fica disponível para resposta *on line* pelas equipes das unidades básicas de saúde.

A avaliação que não apresenta riscos, desconforto ou inconveniências pessoais e não trará nenhum comprometimento profissional ou para as relações no local de trabalho do(s) respondente(s). A participação é voluntária. A recusa não implicará em nenhum prejuízo pessoal, ou profissional. O benefício desta avaliação para os participantes será o de contribuir para o debate sobre a qualidade da Atenção Básica no Estado de São Paulo.

As responsáveis pela Avaliação são a Drª Marta Campagnoni Andrade, responsável pela área da Atenção Básica da Coordenadoria de Planejamento em Saúde da SES AP, e a Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira, CRM nº43.453, docente do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP.

GARANTIAS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL E DO SERVIÇO PARTICIPANTE

Os nomes dos profissionais, dos serviços e dos municípios participantes nesta pesquisa não serão divulgados de nenhum modo em artigos, relatórios ou qualquer outra forma de divulgação científica ou leiga. Não se trata de uma avaliação de desempenho profissional e os profissionais, individualmente, não são objetos de nenhum tipo de avaliação.

As informações contidas no questionário em hipótese alguma prejudicarão o trabalho ou a inserção no serviço de qualquer profissional.

Do mesmo modo a avaliação não está atrelada a nenhuma forma de incentivo fiscal ou financeiro para os municípios por parte da Secretaria de Estado da Saúde.

RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO (CONTATO)

Se você tiver dúvidas sobre o questionário ou sobre sua participação, sinta-se à vontade para perguntar em qualquer momento às responsáveis: Dr^a Marta Campagnoni Andrade pelo telefone (11) 30668457/ 8619 ou Prof^a elen Rose Lodeiro Castanheira (14) 38116388, 3811-6200, (Departamento de Saúde Pública/ FMB-UNESP), ou ainda, pelo e-mail: atencaobasica@fmb.unesp.br.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da avaliação.

Não concordo

Concordo

REFERÊNCIAS

- ¹ Vannucchi FS, Aranha LFP. Trance essa Rede. In: Grupo de Trabalho em Pesquisa em Orientação Sexual – GTPOS (org.). *Trance essa Rede: adolescentes multiplicadores prevenção das DST/aids*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; São Paulo: Fundação MacArthur; 1996.
- ² United Nations, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 1994. New York:UNFPA, 2004.
- ³ New York:UNFPA, 2004. United Nations, Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher(UNIFEM). Platform of Action. Adopted at the International Conference on Women, Beijing, 1995. New York: UNIFEM, 2004.
- ⁴ 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(Sup.2):240-50.
- ⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica - n° 26: “Saúde Sexual e Reprodutiva”*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- ⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica - n° 18: “HIV/Aids, hepatites e outras DST”*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- ⁷ Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.
- ⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
- ⁹ Brasil, Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. *Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
- ¹⁰ Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- ¹¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- ¹² Thomas TN, Gausman J, Lattof SR, Wegner MN, Kearns AD, Langer A. Improved maternal health since the ICPD: 20 years of progress. *Contraception*. 2014;90:S32–8.
- ¹³ Ortayli N, Ringheim K, Collins L, Sladden T. Sexually transmitted infections: progress and challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD). *Contraception*. 2014;90(6 Suppl):S22-31.
- ¹⁴ Galdos Silva S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(3):455-60.
- ¹⁵ Wheeler M. ICPD and its aftermath: throwing out the baby? *Bull World Health Organ*. 1999;77(9):778-9.

- ¹⁶ Natividad MD, Kolundzjab A, Parker R. ICPD both before and beyond 2014: The challenges of population and development in the twenty-first century. *Global Public Health*. 2014;9(6):594–598.
- ¹⁷ D’Oliveira AFLP. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface*. 1999;3(4):105-22.
- ¹⁸ Corrêa S, Petcheski R. Direitos reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*. 1997;6(1/2):147-77.
- ¹⁹ Diniz SG, Araújo MJ. Commentary: Reproductive health and rights in Brazil 20 years post-International Conference on Population and Development. *Global Public Health*. 2015;10(2):183–85.
- ²⁰ Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 1998;14(Supl. 1):25-32.
- ²¹ 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.
- ²² Brasil. 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 [citado em 15 ago 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
- ²³ São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 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 / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras*. São Paulo: SES/SP; 2010.
- ²⁴ São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Instituto de Saúde. *Boletim do Instituto de Saúde Nº 46: Saúde sexual e reprodutiva*. São Paulo: SES/SP; 2008.
- ²⁵ Figueiredo R, Bastos S. *Contracepção de Emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DST/AIDS*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.
- ²⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
- ²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica - nº 18: “HIV/Aids, hepatites e outras DST”*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- ²⁸ Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- ²⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
- ³⁰ Ketting E, Esin A. Integrating sexual and reproductive health in primary health care in Europe: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care*. 2010;18(4):269-82.
- ³¹ Graham A. Sexual health: Recent advances in primary care. *British Journal of General Practice*. 2004;54:382-387.
- ³² Welfare WS, Lighton L. Mapping of sexual health promotion in North West England, 2008. *Public Health*. 2011;125(2):101-5.

- ³³ São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Ações de Prevenção e assistência às DST/Aids na Rede de Atenção Básica à saúde do Estado de São Paulo. São Paulo: SES; 2005.
- ³⁴ 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*. 2a ed. Curitiba: Juruá; 2012. p. 219-238.
- ³⁵ Grangeiro A, Escuder MML, Castilho EA. Magnitude and trend of the AIDS epidemic in Brazilian cities, from 2002 to 2006. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):1-10.
- ³⁶ Paula IA, Guibu IA. *DST/aids e rede básica: uma integração necessária*. São Paulo: SES; 2007.
- ³⁷ 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). 2015 24 fev.;Seção 1:33.
- ³⁸ Mota A, Schraiber LB. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Revista Saúde & Sociedade*. 2011;20(4):837-52.
- ³⁹ Castanheira ERL, Nemes MIB, de Almeida MAS, Puttini RF, Soares ID, Patrício KP, Nasser MA, Caldas Junior AL, Machado DF, Vasconcelos RA, Pissato SB, Carrapato JFL, Bizelli SSK. *QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica*. *Saúde e Sociedade*. 2011;20(4):935-47.
- ⁴⁰ Marsiglia RMG. Comentário: Curso de Saúde Pública em um semestre. *Rev. Saúde Pública*. 2006;40(5):778-9.
- ⁴¹ Cyrino AP, Schraiber LB. O projeto Centro de Saúde Escola e sua proposta técnico-assistencial. In: Cyrino AP, Magaldi C, organizadores. *Saúde e Comunidade: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva*. Botucatu: Cultura Acadêmica; 2002.
- ⁴² Nemes Filho A. *Os médicos sanitários e a política de saúde no estado de São Paulo no período de 1976 a 1988*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1992.
- ⁴³ Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
- ⁴⁴ 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.
- ⁴⁵ Bousquat, AEM. Espaço e saúde. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHAd'A. *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo; Hucitec; 2011.
- ⁴⁶ Ferreira JBB, Bombarda FP, Foster AC, et al. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA. *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo; Hucitec; 2011.
- ⁴⁷ Pinheiro TF, Couto MT. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2013;23(1):73-92.
- ⁴⁸ Ayres JRCM, França JR I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia

-
- D, Freitas CM, organizadores. *Promoção em saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.123-138.
- 49 Rago M. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930*. São Paulo: Paz e Terra;2014.
- 50 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- 51 Brasil. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília (DF): Universidade Estadual do Ceará; 2014.
- 52 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica - nº 13: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
- 53 Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2000;34(5):547-59.
- 54 Ventura M. *Direitos reprodutivos no Brasil*. São Paulo:MacArthur Foundation;2001.
- 55 Ketting E, Esin A. Integrating sexual and reproductive health in primary health care in Europe: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care*. 2010;18(4):269-82.
- 56 Cook R, Dickens B, Fathalla M. *Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: integrando medicina, ética e direito*. Rio de Janeiro: CEPIA; 2004.
- 57 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.
- 58 Corrêa S, Petcheski R. Direitos reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Phisis: Rev. de Saúde Coletiva*. 1997;6(1/2):147-77.
- 59 Stolcke V. Derechos Reproductivos. In: Azeredo S, Stolcke V, coordenadores. *Direitos Reprodutivos*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas;1991. p.73-108
- 60 Corrêa S, Petcheski R, Parker R. *Sexuality, Health and Human Rights*. Abingdon; New York:Routledge; 2008.
- 61 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.
- 62 Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saude soc*. 2004;13(2):20-31.
- 63 Alves JED, Corrêa S. Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. *R. bras. Est. Pop*. 2003;20(2):129-56.
- 64 Berquó E. Sobre o sistema internacional de pesquisas em demografia e saúde reprodutiva. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(supl 1):72-89.
- 65 Allotey PA, Diniz S, Dejong J, Delvaux T, Gruskin S, Fonn S. Sexual and a reproductive health and rights in public health education. *Reprod Health Matters*. 2011;19(38):56-68.
- 66 Paiva V, Zucchi E. Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/aids. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e direitos humanos*. Curitiba: Juruá; 2012. p.71-94.
- 67 Petracci M, Ramos S, Szulik D. A strategic assessment of the reproductive health and responsible parenthood programme of Buenos Aires, Argentina. *Reprod Health Matters*. 2005;13(25):60-71.

- ⁶⁸ Miranda JJ, Yamin AE. ¿Políticas de salud y salud politizada? Un análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva en Perú desde la perspectiva de la ética médica, calidad de atención y derechos humanos. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(1):7-15.
- ⁶⁹ Haslegrave M. Integrating sexual and reproductive rights into the medical curriculum. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;20(3):433-45.
- ⁷⁰ Teles MAA, Melo M. *O que é violência contra a mulher*. São Paulo: Brasiliense; 2003.
- ⁷¹ Couto MT, Schraiber LB, Ayres JR. Aspectos sociais e culturais da saúde e da doença. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho Cerri GG, Chao Lung Wen CL, organizadores. *Tratado de Clínica Médica*. Barueri: Manole; 2009. p.350-56.
- ⁷² Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):470-7.
- ⁷³ Nasser MA, Freitas VS, Castanheira ERL. Violência contra a mulher: representações e ações de profissionais e usuárias de uma unidade de saúde da família. (Apresentado no IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2009, Out/Nov 31- 4; Recife, Brasil. Anais).
- ⁷⁴ Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. *Interface-comunicação, saúde, educação*. 1999; 3(5):11-24.
- ⁷⁵ Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface*. 2012;16(40): 243-57.
- ⁷⁶ Foucault M. *História da Loucura: na Idade Clássica*. 8a ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.
- ⁷⁷ Scliar M. *A paixão transformada: história da medicina*. São Paulo: Companhia das letras;1996.
- ⁷⁸ Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. *Avaliação da qualidade da assistência no programa de aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil*. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Supl 2):S310-21.
- ⁷⁹ Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Díaz-Bermúdez XP. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2015:(aceito para publicação).
- ⁸⁰ Ayres JRCM, Paiva V, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 9-22.
- ⁸¹ Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc*. 2004;13(3):16-29.
- ⁸² Ayres JRCM, Paiva V, França Júnior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e direitos humanos*. Curitiba: Juruá; 2012. p.71-94.
- ⁸³ Ayres JRCM. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(3):905-912.

- ⁸⁴ Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do Adulto: Programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p.29-47.
- ⁸⁵ Nemes MIB. Prática Programática em Saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do Adulto: Programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 48-65.
- ⁸⁶ Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco;1994.
- ⁸⁷ Castanheira ERL. A Gerência na Prática Programática. In Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do Adulto: Programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: HUCITEC; 2000. p.222-233.
- ⁸⁸ Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-16.
- ⁸⁹ Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde soc*. 2009;18(2):11-23.
- ⁹⁰ Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface*. 2003;8(14):73-92.
- ⁹¹ Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção em saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.
- ⁹² Freitas CM. A Vigilância para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 141-160.
- ⁹³ Nemes MIB, Castanheira ERL, Loch AP, Santos MA, Alves AM, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR, Caraciolo JMM, Alencar TMD, Carvalho WMES, Kehrig RT, Nasser MA, Vale FC, Mercuri J, Bellenzani R, Andrade MC, Baccarini R, Yokaichiya CM, Donini AA. “*Avaliação de serviços de saúde: a experiência do Qualiaids*”. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.
- ⁹⁴ Santos MA, Nemes MIB, Nasser ACA, Basso CR, Paiva VSF. Intervenção em adesão baseada na abordagem construcionista do cuidado: perspectiva dos profissionais de saúde. *Temas psicol*. 2013;21(3):651-73.
- ⁹⁵ Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. [Citado em 25 Set 2011]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf
- ⁹⁶ Brasil. Leis etc. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. [Citado em 25 Set 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
- ⁹⁷ Brasil, Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde. *Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde*. [vídeo]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2008.
- ⁹⁸ CEBES Nacional. A questão democrática na saúde. Documento apresentado no 1o simpósio sobre política nacional de saúde na Câmara Federal - outubro de 1979. *Saúde em Debate*. 1980;9:11-13.
- ⁹⁹ Luppi CG, Andrade MC, Simões O, Pinho VP. Atenção primária a saúde/atenção básica. São Paulo Hucitec:2011.p332-53.

- 100 Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde (pacto pela vida, pacto de gestão, pacto em defesa do SUS). Brasília: Ministério da saúde; 2006.
- 101 Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996*. [Citado em 09 Set 2011]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>.
- 102 Paim JS. *Desafios para a Saúde Coletiva no séc. XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006. p. 49-78.
- 103 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- 104 Lavras CCC. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção a saúde no SUS. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 317-31.
- 105 Guimarães RB. Rumos da regionalização da saúde brasileira. In: Barcellos C, organizador. *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2008.
- 106 Trevisan LN, Junqueira LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007;12(4):892-902.
- 107 Pestana da Silva MV, Mendes EV. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: SES-MG; 2004.
- 108 Nemes MIB. *Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1995.
- 109 Castanheira ERL, Soares ID, Patrício KP, de Almeida MAS, Puttini RF, Nemes MIB, Machado DF, Nunes LO. Avaliação da gestão da atenção básica nos municípios de quatro regionais de saúde do Estado de São Paulo. *Relatório Científico Final: Pesquisa em Políticas Públicas para o SUS*. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2007.
- 110 Chen HT. *Theory-Driven Evaluations*. California: Sage; 1990.
- 111 Peduzzi M, Palma JL. A equipe de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, mendes-gonçalves RB, organizadores. *Saúde do Adulto: Programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 234-250.
- 112 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
- 113 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- 114 Ayres JRCM, Paiva V, França Junior I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary Public Health. In: Parker R, Sommer M, organizadores. *Routledge Handbook in Global Public Health*. Abingdon: Taylor and Francis; 2011. p. 98-107.
- 115 Gonçalves EMV. Adolescência e vulnerabilidade. *Interface*. 2000;4(7):173-178.
- 116 Nemes MIB, Altenfelder MA, Nasser ACA, Basso CR. Intervenção para melhoria da adesão ao tratamento da aids com base na perspectiva construcionista e no doçao de cuidado: lições aprendidas com a experiência dos profissionais. In: Paiva V, Calazans G, Segurado A, organizadores. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos – prevenção e promoção da saúde. Livro II: Entre indivíduos e comunidade*. Curitiba: Juruá Editora; 2012, p. 275-308.

- ¹¹⁷ Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface*. 2011;15(37):589-99.
- ¹¹⁸ Paim JS. vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 161-174.
- ¹¹⁹ Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. In: Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006. p.79-98.
- ¹²⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Caderno nº 2. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- ¹²¹ Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(10):2607-26.
- ¹²² Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):7-17.
- ¹²³ Castanheira ERL, Nemes MIB, Zarili TFT, Sanine PR, Corrente JE. Avaliação de Serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Saúde em Debate*. 2014;38:679-691.
- ¹²⁴ Callegari-Jacques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- ¹²⁵ Doria Filho U. *Introdução à bioestatística para simples mortais*. São Paulo: Negócio editora; 1999.
- ¹²⁶ Martins HHTS. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*. 2004;30(2): 289-300.
- ¹²⁷ Nemes MIB. *Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; 2001.p.7-28.
- ¹²⁸ Donabidian A, The quality of care: How can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 1997;121(11) ProQuest Nursing Journals pg. 1145. Reprinted American Medical Association whit permission from JAMA. 1988;260(12):1743-1748.
- ¹²⁹ Donabidian, A, . The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 1990;114:1115-1118.
- ¹³⁰ 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.
- ¹³¹ Gil AC. *Como elaborar Projetos de pesquisa*. 5ª ed.São Paulo: Atlas; 2010.
- ¹³² Elias PEM, Dourado DA. Sistema de saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA, organizadores. *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec;2011. p.127-150.
- ¹³³ Nemes Filho A. A unidade básica e o sistema de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do Adulto: ações e programas na unidade básica*. São Paulo: HUCITEC;1996. p. 276-86.

- ¹³⁴ Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, Hearst N. Building partnerships to respond to HIV/AIDS: non-governmental organizations and universities. *AIDS*. 2002;16(3):S76–82.
- ¹³⁵ Donato AF, Rosenberg CP. Algumas idéias sobre a relação Educação e Comunicação no âmbito da Saúde. *Saude Soc*. 2003;12(2):18-25.
- ¹³⁶ Oliveira GN, Furlan PG. A Co-produção 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.
- ¹³⁷ Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.
- ¹³⁸ Kaler A. "It's some kind of women's empowerment": the ambiguity of the female condom as a marker of female empowerment. *Soc Sci Med*. 2001;52(5):783-96.
- ¹³⁹ Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2005;10(3):585-597.
- ¹⁴⁰ Pinheiro TF. Camisinha, homoerotismo e os discursos de prevenção de HIV/aids [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.
- ¹⁴¹ Pinheiro TF, Calazans GJ, Ayres JRCM. Uso de Camisinha no Brasil: Um Olhar sobre a Produção Acadêmica Acerca da Prevenção de HIV/Aids (2007-2011). *Temas em Psicologia*. 2013;21(3):815-836.
- ¹⁴² De Souza CVB. Casais de mesmo sexo, parentalidade e novas tecnologias reprodutivas. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.
- ¹⁴³ Parker R. Unintended consequences: evaluating the impact of HIV and AIDS on sexuality research and policy debates. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(2):S251-S258.
- ¹⁴⁴ Grangeiro A, Escuder MM, Gianna MC, Castilho EAC, Teixeira PR. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. *Tempus Acta em Saúde Coletiva*. 2010;4(2):14-33.
- ¹⁴⁵ Grangeiro A, Escuder MM, Wolffenbüttel K, Pupo LR, Nemes MIB, Monteiro PHN. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):427-36.
- ¹⁴⁶ Queiroz MIP. Análise de documentos em ciências sociais. In: Lucena CT, Campos MCSS, Demartini ZBS. Pesquisa em Ciências Sociais: Olhares de Maria Isaura Peireira de Queiroz. Textos CERU, série 2, no 10, 2008.
- ¹⁴⁷ Ferreira ABH. *Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Verbete: incipiente. p. 1092.
- ¹⁴⁸ Neves MHM. *Guia de uso do português: confrontando regras e usos*. São Paulo: UNESP; 2003. Verbetes: Aids, AIDS, aids, p. 50; incipiente. p.427.
- ¹⁴⁹ Ceumar, Bezerra G. Liberdade. Disco Silencia. São Paulo; Circus; 2014.