

Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva

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

^I Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Cardiologia. Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil

^V Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o desempenho em saúde sexual e reprodutiva de serviços de atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde, no estado de São Paulo.

MÉTODOS: Construiu-se quadro avaliativo para a saúde sexual e reprodutiva com a categorização de 99 indicadores em três domínios: promoção à saúde sexual e reprodutiva (25), prevenção e assistência às doenças sexualmente transmissíveis/aids (43), e atenção à saúde reprodutiva (31). Esse quadro foi aplicado para avaliar as respostas dos serviços ao questionário Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em Municípios de São Paulo (QualiAB), em 2010. Calcularam-se as porcentagens de respostas positivas aos indicadores e o desempenho na dimensão saúde sexual e reprodutiva, segundo os domínios; e verificou-se sua contribuição para o escore geral em saúde sexual e reprodutiva (Friedman), participação relativa (Dunn) e correlação (Spearman).

RESULTADOS: Participaram 2.735 serviços, localizados em 586 municípios (distribuídos nos 17 departamentos regionais de saúde paulistas), dos quais 70,6% municípios com menos de 100.000 habitantes. A média geral do desempenho desses serviços para saúde sexual e reprodutiva é 56,8%. As ações são caracterizadas por: pré-natal com início e exames adequados, melhor organização para puerpério imediato do que tardio, e planejamento reprodutivo seletivo para alguns contraceptivos; prevenção baseada em proteção específica, limites na prevenção da sífilis congênita, no tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, no rastreamento do câncer cervical e mamário; atividades educativas pontuais, com restrita abordagem das vulnerabilidades, predomínio do enfoque da sexualidade centrado na reprodução. O domínio saúde reprodutiva tem maior participação no escore geral, seguido de prevenção/assistência e promoção. Os três domínios estão correlacionados; o domínio prevenção/assistência apresenta as maiores correlações com os demais.

CONCLUSÕES: A implementação da saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde nos serviços estudados é incipiente. É necessário rever finalidades do trabalho, disseminar tecnologias e investir em educação permanente. O quadro avaliativo construído pode ser utilizado pelos serviços e pela gestão do programa de saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde e contribuir para suas ações.

DESCRITORES: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Saúde Sexual e Reprodutiva. Doenças Sexualmente Transmissíveis, prevenção & controle. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, prevenção & controle. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

Correspondência:

Mariana Arantes Nasser
Av. Vital Brasil, 1490 Butantã
05503-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: manasser@usp.br

Recebido: 25 set 2015

Aprovado: 26 mai 2016

Como citar: Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado RR, Castanheira ERL. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. Rev Saude Publica. 2017;51:77.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Serviços de atenção primária à saúde (APS) são considerados relevantes para a saúde sexual e reprodutiva (SSR) de indivíduos e grupos populacionais. O Programa de Ação da IV Conferência Internacional de População e Desenvolvimento³³ e a Plataforma de Ação da IV Conferência Internacional da Mulher³², marcos internacionais na definição e visibilidade da SSR, apontam a APS como nível prioritário. No Brasil, a APS é estratégica para a efetivação de políticas de SSR no Sistema Único de Saúde (SUS)^{12,22}.

As recomendações políticas e o delineamento dos programas de SSR guardam relação com os atributos e as finalidades do trabalho em APS^{3,15,29}. A APS, considerada “atenção primeira e básica”, caracteriza-se, em sua dimensão tecnológica¹⁵, pela articulação de tecnologias materiais de baixa complexidade a tecnologias de processo de alta complexidade técnica e organizativa²⁹, com capacidade de promover maior equidade e eficiência para o sistema de saúde e impacto positivo sobre a saúde da população³⁰. Desenvolve ações com finalidades de promoção à saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, orientadas pela integralidade³. Próxima ao território – área de responsabilidade sanitária e espaço geopolítico²⁵, sede da vida dos sujeitos, com suas necessidades e projetos –, a APS constitui cenário preferencial de práticas de cuidado^{3,25,29,30}. Questões ligadas à sexualidade e reprodução motivam demandas individuais e solicitações de outros setores aos serviços de APS; têm relevância epidemiológica e constituem interesse coletivo para educação em saúde na comunidade^{13,22}.

A constituição do campo da SSR remete a noções ampliadas de saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, influenciados por políticas de população e desenvolvimento, e pela participação de movimentos sociais que tematizam a sexualidade e as relações de gênero⁷. **A saúde reprodutiva é tomada como completo bem-estar das funções e processos reprodutivos; a assistência a ela inclui métodos, técnicas e serviços que contribuem para o bem-estar reprodutivo e para a prevenção e resolução de problemas.** A saúde sexual tem como finalidade a melhoria na qualidade de vida e nas relações pessoais, não sendo restrita ao aconselhamento reprodutivo e à assistência às pessoas com doenças sexualmente transmissíveis (DST)⁷.

O Brasil, país signatário de conferências internacionais sobre os direitos em SSR^{32,33}, elaborou políticas, programas, protocolos e recomendações relacionados às atribuições da APS para a efetivação da SSR no SUS, que orientaram este estudo avaliativo⁹. São exemplos: as Políticas Nacionais de DST e Aids¹⁶, Atenção Integral à Saúde da Mulher¹⁷, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos¹⁸, Atenção Integral à Saúde do Homem²¹, Atenção Básica²³, Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais²⁴, o Marco Legal “Saúde, um Direito de Adolescentes”²⁰ e os Cadernos de Atenção Básica n° 18, “HIV/Aids, Hepatites e outras DST”¹⁹ e n° 26, “Saúde Sexual e Reprodutiva”²².

No estado de São Paulo, a APS se caracteriza pela presença de ampla, antiga e heterogênea rede de serviços⁵; as áreas técnicas centrais também são tradicionais, como o Programa Estadual de DST/aids, pioneiro no país, e que empreende ações para a integração à APS, desde os anos 2000²⁶.

Existem desafios para a efetivação da atenção à SSR na APS, relacionados a: deficiências na discussão do tema na formação em saúde¹; dificuldades de sua abordagem pelos profissionais junto aos usuários^{13,22}; limites para a percepção dos conteúdos de SSR enquanto ações básicas de saúde²²; baixa integração entre serviços³⁴; focalização em grupos de maior risco em detrimento de estratégias populacionais³⁴; e pequena definição tecnológica das ações de prevenção de DST e aids¹², marcadas por valores individuais dos profissionais e conservadorismo¹². No Brasil e no estado de São Paulo, propostas para a superação desses desafios incluem publicações, seminários, atividades de educação permanente e monitoramento das ações nos serviços de APS^{18,22,26}.

Este artigo, cujo objetivo é avaliar o desempenho dos serviços de APS do SUS paulista em ações de SSR, integra a pesquisa Avaliação da qualidade da Atenção Básica em Municípios do Estado de São Paulo (QualiAB), particularmente, a Avaliação da implementação da SSR na APS no estado de São Paulo^a.

^a 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 (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2015 [citado 20 mar 2017]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22012016-110316/pt-br.php>

MÉTODOS

Desenvolvido como avaliação em saúde, a partir da construção de quadro avaliativo para a dimensão SSR na APS, o presente estudo utiliza como fonte de dados as respostas ao questionário QualiAB, preenchido *online* por gerentes e equipes dos serviços, em 2010. Elaborado em pesquisa avaliativa⁵, validado em 2007, e referenciado pela teoria do trabalho em saúde – que compreende as práticas em saúde enquanto intervenção técnica e política na realidade –¹⁵, o QualiAB é aplicável a serviços de diferentes arranjos organizacionais e aborda as várias atribuições da APS, possibilitando a avaliação de temas específicos⁵.

Em 2010, o QualiAB foi adotado como instrumento de apoio à gestão da atenção básica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP)⁵. Aberto à adesão de todos os gestores municipais para cadastrar os serviços de sua área no sistema QualiAB, a divulgação incidiu, predominantemente, nos municípios que contavam com o Programa Articuladores da Atenção Básica, voltado a municípios com menos de 100.000 habitantes².

O quadro avaliativo para a dimensão SSR foi composto pela seleção de respostas às questões do QualiAB relacionadas à SSR, entendidas como indicadores e categorizadas de acordo com as finalidades de **promoção à SSR, prevenção e assistência às DST/aids, e atenção à saúde reprodutiva** (Tabela 1).

Na caracterização das práticas dos serviços, as respostas aos indicadores geraram um sistema binário (1 correspondendo ao que o serviço refere fazer; 0, ao que 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 zero e 100. Esse procedimento foi repetido para cada domínio e para a dimensão SSR, como um todo. O teste de Friedman foi utilizado na comparação dos subdomínios e domínios, para verificar sua contribuição ao escore criado para a dimensão SSR. Um histograma foi traçado para conhecer a distribuição dos serviços no escore para a dimensão SSR. A participação relativa de cada domínio ou subdomínio para a composição da dimensão SSR foi obtida, subsequentemente, com uso de comparações múltiplas não paramétricas de Dunn, para medidas repetidas. As correlações de Spearman foram calculadas para identificar existência de correlações entre os subdomínios, os domínios e a dimensão SSR.

A pesquisa QualiAB, incluindo este estudo, está em conformidade com normas de ética em pesquisa (CEP UNESP 435/2005; CEP FMUSP 471631/2013). Os gestores municipais concordaram por termo de adesão; os serviços participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dos 645 municípios do estado de São Paulo, 586 (90,8%) aderiram à avaliação QualiAB, com o cadastramento de 2.844 serviços; dos quais, 2.735 serviços (95%), distribuídos em todos os 17 Departamentos Regionais de Saúde da SES/SP, responderam ao QualiAB⁵. Segundo dados populacionais de 2010, 55,6% dos serviços participantes localizam-se em municípios com menos de 50.000 habitantes; 15,1%, entre 50 e 100.000; 12,7%, entre 100 e 200.000; 11,6%, entre 200 e 500.000; 5,1%, com mais de 500.000 (IBGE, 2010)⁵. A estimativa da cobertura alcançada pelo QualiAB é pouco precisa, devido aos problemas de consistência e atualização dos registros existentes. Considerando o número de 4.222 unidades básicas de saúde e 341 postos de saúde, totalizando 4.563 serviços básicos, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em julho de 2010, a proporção aproximada de resposta ao QualiAB é de 59,9% dos serviços existentes.

Dos serviços participantes, 56,6% têm localização urbana periférica; 33,9%, urbana central; e 9,5%, rural. A distribuição por arranjo organizativo, segundo reportado, é de 43,7% de Unidades de Saúde da Família (USF); 32,0%, Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ou sem especialidades; 8,5%, UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 5,6%, UBS com equipe de saúde da família; 4,5%, USF com especialidades; 0,7%, postos avançados; e 5,0%, outros.

Tabela 1. Número de indicadores para avaliação da dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR) na atenção primária à saúde (APS), segundo domínios e subdomínios.

Quadro avaliativo para a dimensão SSR na APS			
Finalidade das ações na APS	Domínio	Subdomínio	Indicador (n)
Bem-estar na vivência da sexualidade e da reprodução, por meio de educação em saúde, empoderamento individual, participação comunitária e atividades intersetoriais. Orientação pelas perspectivas de direitos humanos, vulnerabilidade, direitos sexuais e reprodutivos e gênero.	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, 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.	Prevenção e assistência às DST/aids	Prevenção e diagnóstico das 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
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.	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: os autores, com base em estudo de Nasser MA (ver nota de rodapé) e no QualiAB 2010.

DST: doenças sexualmente transmissíveis; QualiAB: Questionário Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em Municípios de São Paulo

As ações de SSR desenvolvidas na APS e o desempenho médio do conjunto de serviços são apresentados para os domínios promoção à SSR, prevenção das DST/aids, e atenção à saúde reprodutiva (Tabela 2).

Para promoção à SSR, nas ações de educação em saúde, desenvolvidas na comunidade e unidade, predominam atividades pontuais: campanhas restritas ao serviço e setor saúde, baseadas na transmissão de informações. A abordagem do corpo e das funções reprodutivas prevalece sobre os temas direitos e sexualidade. Situações de vulnerabilidade, como abuso de álcool e violência, são mais contempladas em atividades educativas na comunidade do que acompanhadas nas unidades.

Quanto à prevenção e assistência às DST/aids, ações de proteção específica, como vacinação para hepatite B e dispensação de preservativos para a população geral, estão dentre as principais medidas de prevenção, embora a disponibilidade de preservativo feminino seja restrita. Ações educativas de prevenção de DST/aids ocorrem preferencialmente nas unidades do que na comunidade. As mulheres são o principal público-alvo, comparativamente a adultos e adolescentes. Há limites no rastreamento do câncer cérvico-uterino, devido ao baixo seguimento dos critérios e à 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. 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 à adesão do usuário. O uso de preservativo e a testagem sorológica são aconselhados frequentemente. Há limites na disponibilidade de medicações para DST, na aplicação de penicilina benzatina, e no tratamento da gestante com sífilis e do parceiro. A ausência de casos de sífilis congênita é referida apenas em parte das unidades. As atividades de vigilância em saúde, como avaliação de exames, têm ocorrência parcial. As informações mais registradas, como vacinas aplicadas e coletas de Papanicolaou, referem-se à produtividade.

Na atenção à saúde reprodutiva, o planejamento reprodutivo é atividade frequente na atenção à saúde da mulher, com maior ocorrência de atividades de educação em saúde nas unidades do

Tabela 2. Porcentagem de serviços de atenção primária à saúde (APS) do estado de São Paulo que relatam a realização de ações de saúde sexual e reprodutiva (SSR)*, em 2010. (n = 2.735)

Subdomínios	Indicadores	%	
Domínio promoção à saúde sexual e reprodutiva			
Educação em saúde e oportunidades para o trabalho em rede	Campanhas anuais temáticas	82,2	
	Atividades educativas com instituições locais	58,5	
	Atividades educativas com secretarias municipais	46,2	
	Sala de espera: discussões propostas por pacientes	9,8	
	Educação em saúde para adolescentes em escolas	33,9	
Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	Ações educativas sobre violência (C)	24,1	
	Ações educativas sobre álcool e drogas (C)	35,5	
	Atenção aos idosos incluem orientações sobre direitos	38,5	
	Diagnóstico, orientação e seguimento de casos de alcoolismo (U)	10,5	
	Diagnóstico, orientação e seguimento de mulheres em situação de violência (U)	21,7	
Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	Orientação sobre desenvolvimento/mudanças na adolescência	38,8	
	Atenção aos idosos inclui abordagem do climatério	52,0	
	Atenção aos idosos inclui abordagem da sexualidade	36,1	
Domínio prevenção e assistência às DST/aids			
Prevenção e diagnóstico das DST/aids	Aplicação de vacina para Hepatite B (U)	74,5	
	Prevenção de DST/aids (C)	70,2	
	Prevenção de DST/aids (U)	80,3	
	Adequação de critérios para a coleta de Papanicolaou	5,4	
	Oportunidades de oferta de Papanicolaou	45,7	
	Saúde da mulher inclui prevenção de DST/aids	86,4	
	Orientação a adolescentes sobre sexualidade, prevenção DST/aids	60,8	
	Aconselhamento de DST/aids para adultos	64,8	
	Realização de duas sorologias para sífilis e HIV no pré-natal	68,7	
	Dispensação de preservativos para a população geral, conforme demanda	92,8	
	Dispensação de preservativos inclui preservativos femininos	26,8	
	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	Aplicação de penicilina – procedimento de rotina	41,6
		Tratamento da gestante com sífilis e do parceiro (U)	46,1
Medicamentos para tratamento de DST disponíveis		47,0	
Caso sugestivo de DST: investigação, diagnóstico, tratamento (U)		67,4	
Caso sugestivo de DST: tratamento sintomático (U)		38,1	
Caso sugestivo de DST: aconselhamento preservativos (U)		83,7	
Caso sugestivo de DST: aconselhamento teste sorológica (U)		71,5	
Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	Registro do número de vacinas aplicadas	73,6	
	Registro do número de coletas de Papanicolaou	91,2	
	Avaliação dos resultados de exames quando chegam (U)	49,9	
	Ausência de sífilis congênita em pré-natal (U), em 3 anos	64,4	
Domínio atenção à saúde reprodutiva			
Planejamento reprodutivo	Educação sobre planejamento familiar (C)	55,4	
	Educação sobre planejamento familiar (U)	72,5	
	Anticoncepcional oral disponível nos últimos 6 meses	83,4	
	Anticoncepcional injetável disponível nos últimos 6 meses	72,8	
	Preservativo masculino disponível nos últimos 6 meses	94,9	
	Preservativo feminino disponível nos últimos 6 meses	31,6	
	Dispositivo intrauterino (DIU) disponível nos últimos 6 meses	48,9	
	Diafragma disponível nos últimos 6 meses	2,2	
	Pílula do dia seguinte disponível nos últimos 6 meses	33,9	
	Encaminhamento para laqueadura disponível nos últimos 6 meses	71,8	
	Encaminhamento para vasectomia disponível nos últimos 6 meses	69,0	
	Atenção ao pré-natal e puerpério	Teste de gravidez (tipo Pregnosticon ou β HCG) é realizado (U)	54,8
		Grupos de gestantes adolescentes (U)	28,8
Maioria das gestantes inicia pré-natal no 1º trimestre		86,8	
Exames de rotina realizados para todas as gestantes		85,8	
Grupos educativos para gestantes		61,3	
Agendamento/Local da consulta de pós-parto imediato		76,1	
Agendamento/Local da consulta de pós-parto tardio		63,0	
Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	Saúde da mulher inclui prevenção de câncer de mama	91,7	
	Exame físico de mama para pacientes com queixa	40,2	
	Adequação dos critérios de solicitação da mamografia	11,8	
	Atenção aos adultos inclui prevenção de câncer de próstata	62,5	

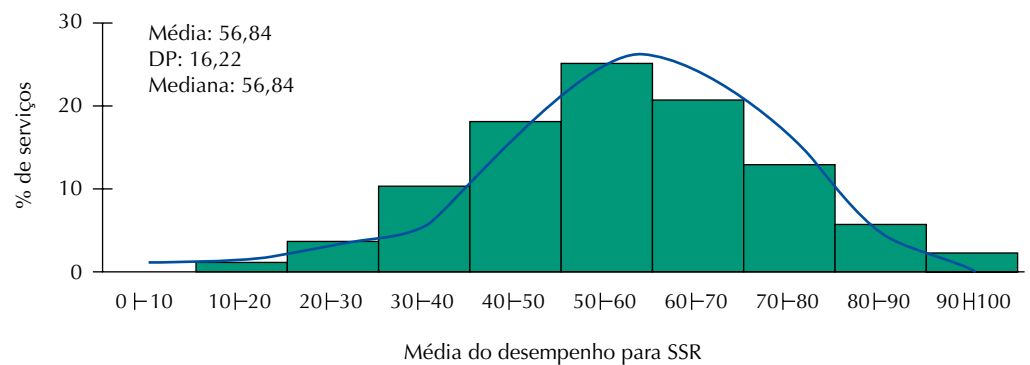
Fonte: Os autores, com base em estudo de Nasser MA (ver nota de rodapé) e no QualiAB 2010.

C: atividades desenvolvidas na comunidade; U: atividades desenvolvidas na unidade; DST: doenças sexualmente transmissíveis; QualiAB: Questionário Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em Municípios de São Paulo

* Esta tabela é composta por uma seleção de ações relevantes para esta discussão. Dados completos disponíveis no estudo de Nasser MA (ver nota de rodapé).

que na comunidade. É grande a disponibilidade de preservativo masculino e anticoncepcional oral. A oferta de métodos cirúrgicos é frequente. Já o preservativo feminino e o contraceptivo de emergência têm ocorrência restrita. 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, comparativamente às puérperas. A abordagem do câncer de mama integra frequentemente as ações planejadas para saúde da mulher, mas raramente segue os critérios para solicitação de mamografia. Ações de saúde dos homens incluem, em muitos serviços, a prevenção de câncer de próstata.

A média geral do desempenho dos serviços paulistas de APS para a dimensão SSR é 56,8%; nenhum serviço tem média superior a 91,9%. A distribuição dos serviços no escore para SSR originou histograma que se aproxima da curva normal, característica que indica adequação da avaliação e possibilita discriminação e descrição dos desempenhos dos serviços pela média aritmética. Apesar de variância considerável, a análise tem significância, devido aos números de indicadores e de serviços participantes. O teste de Friedman mostra que a atenção à saúde reprodutiva é o domínio com maior contribuição para a dimensão SSR, seguido de prevenção e assistência às DST/aids, e, por fim, promoção à SSR (Figura 1).



Agrupamento de indicadores		Média	DP	Mediana
Domínio	Promoção à SSR	36,37	22,61	32,00
Subdomínios	Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	45,96	21,60	50,00
	Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	31,12	27,39	23,08
	Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	34,27	32,34	25,00
Domínio	Prevenção e assistência às DST/aids	62,96	16,36	65,12
Subdomínios	Prevenção e diagnóstico das DST/aids	60,64	15,97	65,22
	Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	59,15	23,18	63,64
	Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	73,56	21,64	77,78
Domínio	Atenção à saúde reprodutiva	64,86	18,64	67,74
Subdomínios	Planejamento reprodutivo	62,27	21,00	69,23
	Atenção ao pré-natal e ao puerpério	68,16	24,30	75,00
	Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	63,88	19,71	66,74

Fonte: os autores, com base em estudo de Nasser MA (ver nota de rodapé) e no QualiAB 2010.

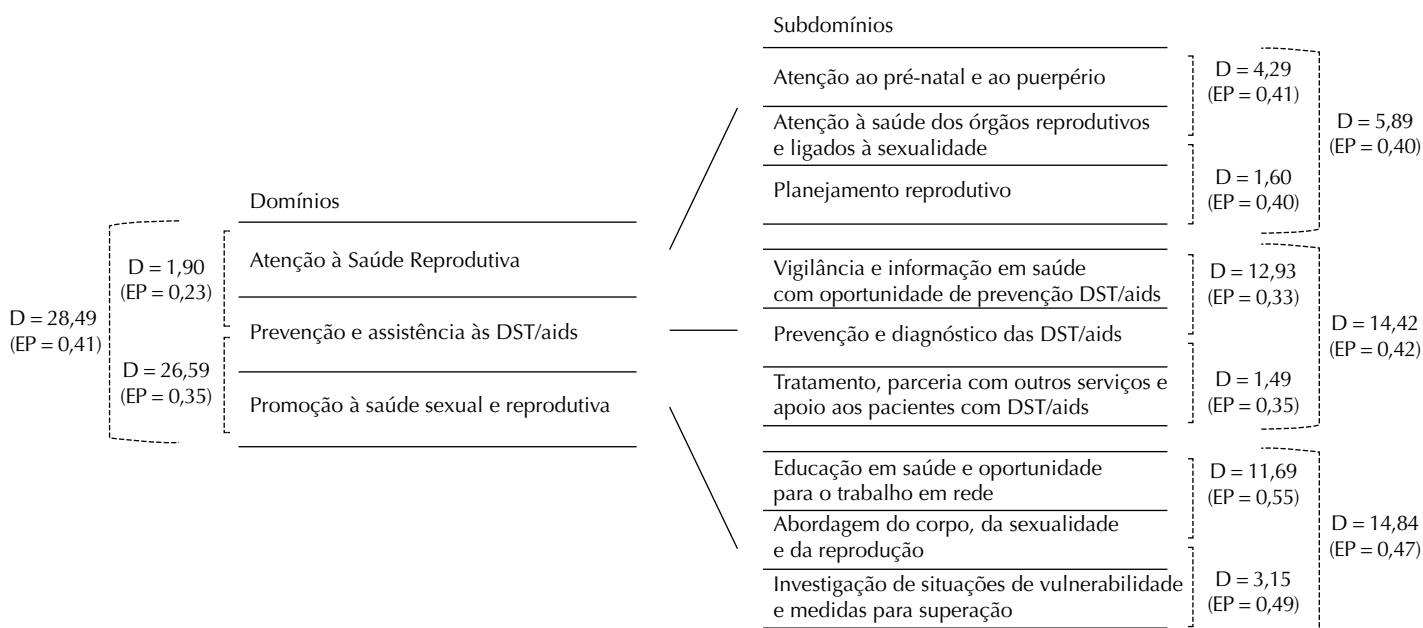
DST: doenças sexualmente transmissíveis; QualiAB: Questionário Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em Municípios de São Paulo; DP: desvio padrão

Teste de Friedman: $p < 0,001$ para todos os valores.

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 = 2.735)

O destaque da atenção à saúde reprodutiva e a contribuição relativa dos demais domínios são confirmados pela comparação de Dunn, que mostra a diferença média de cada domínio da dimensão SSR em relação aos demais. A comparação entre os subdomínios mostra a distância entre suas participações relativas na composição dos domínios. Atribui-se a diferença média à frequência das ações realizadas (Figura 2).

A correlação entre todos os domínios e subdomínios que compõem a dimensão SSR é positiva. O domínio prevenção e assistência às DST/aids é o único com correlações aos demais domínios maiores do que 0,6. O mesmo acontece com o subdomínio prevenção e diagnóstico de DST/aids, que apresenta correlações aos outros subdomínios maiores do que 0,5 (exceto atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade) (Tabela 3).



Fonte: os autores, com base em estudo de Nasser MA (ver nota de rodapé) e no QualiAB 2010.

DST: doenças sexualmente transmissíveis; QualiAB: Questionário Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em Municípios de São Paulo; D: diferença média; EP: erro padrão.

Teste: comparações múltiplas não paramétricas de Dunn.

A representação da diferença média entre cada domínio ou subdomínio não está em escala.

Figura 2. Diferença média de desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) entre os domínios da dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR) e entre os subdomínios que compõem cada domínio.

Tabela 3. Correlações entre a dimensão saúde sexual e reprodutiva (SSR) e cada domínio e subdomínio, para avaliação das ações de SSR dos serviços atenção primária à saúde (APS) paulistas. (n = 2.735)

Subdomínios, domínios e dimensão SSR	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
a. Educação em saúde e oportunidade para o trabalho em rede	1												
b. Investigação de situações de vulnerabilidade e medidas para superação	0,53	1											
c. Abordagem do corpo, da sexualidade e da reprodução	0,48	0,63	1										
d. Prevenção e diagnóstico das DST/aids	0,52	0,56	0,52	1									
e. Tratamento, parceria com outros serviços e apoio aos pacientes com DST/aids	0,39	0,40	0,38	0,55	1								
f. Vigilância e informação em saúde com oportunidade de prevenção DST/aids	0,41	0,37	0,36	0,51	0,46	1							
g. Planejamento reprodutivo	0,32	0,32	0,33	0,54	0,50	0,38	1						
h. Atenção ao pré-natal e ao puerpério	0,44	0,41	0,43	0,54	0,44	0,49	0,48	1					
i. Atenção à saúde dos órgãos reprodutivos e ligados à sexualidade	0,29	0,38	0,35	0,46	0,43	0,35	0,37	0,39	1				
j. Promoção à saúde sexual e reprodutiva	0,75	0,93	0,78	0,64	0,46	0,45	0,38	0,49	0,41	1			
k. Prevenção e assistência às DST/aids	0,54	0,56	0,53	0,88	0,81	0,73	0,58	0,59	0,51	0,64	1		
l. Atenção à saúde reprodutiva	0,44	0,45	0,46	0,64	0,57	0,50	0,84	0,83	0,59	0,53	0,70	1	
m. Saúde sexual e reprodutiva	0,66	0,75	0,68	0,83	0,71	0,65	0,66	0,72	0,57	0,84	0,91	0,83	1

Fonte: os autores, com base em estudo de Nasser MA (ver nota de rodapé) e no QualiAB 2010.

DST: doenças sexualmente transmissíveis; QualiAB: Questionário Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em Municípios de São Paulo

Os domínios (j, k, l) e a dimensão SSR (m) foram destacados em negrito para diferenciá-los dos subdomínios.

Valores em itálico correspondem às correlações mais altas, encontradas para o domínio de prevenção e assistência às DST/aids e para o subdomínio prevenção e diagnóstico das DST/aids com a dimensão SSR, os demais domínios e os demais subdomínios.

Teste: correlação de Spearman. $p < 0,001$ para todos os valores.

DISCUSSÃO

Em relação às finalidades do trabalho em saúde^{3,29}, a maior contribuição do domínio atenção à saúde reprodutiva para a composição do desempenho médio em SSR reflete a tradição da área de saúde da mulher na APS. Depreendem-se dessa situação as relações de poder que caracterizam a atenção a esse grupo^{10,17}, notadamente quanto à proteção à saúde materno-infantil e ao controle do corpo feminino^{10,28}. 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 – possivelmente expressam reconhecimento desigual das práticas, tanto pelo setor saúde, como pela sociedade. São mais valorizadas ações relacionadas à diminuição da mortalidade materno-infantil e ao rastreamento de neoplasias, do que à garantia das escolhas reprodutivas na vivência da sexualidade^{8,10,28,31}. O conhecimento e a capacitação para as tecnologias envolvidas em cada tipo de ação são distintos: ações biomédicas são mais presentes do que as de comunicação e educação em saúde^{11,31}, com oferta mais adequada de exames, comparativamente a grupos durante o pré-natal, por exemplo. As ações ocorrem preferencialmente na unidade do que na comunidade. Há polarização entre reprodução e sexualidade²⁸, bem como insuficiência na abordagem de direitos sexuais e reprodutivos e relações de gênero¹⁰, indicadas pelos limites na oferta de preservativo feminino e contracepção de emergência.

O domínio prevenção e assistência às DST/aids ocupa a segunda posição na constituição da dimensão SSR. O desempenho alcançado tem relação com atribuições da APS em SSR e reflete os desafios para operacionalização: a separação entre reprodução e sexualidade²⁸, o estigma relacionado às DST/aids^{8,27}, e dificuldades de empreender ações de cuidado orientadas pelo quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos^{4,12,27}. A maior incorporação de medidas de prevenção e diagnóstico de DST/aids do que de assistência expressa a histórica demanda de realização de prevenção pela APS²⁶, bem como o baixo reconhecimento da atenção às DST como sua atribuição²⁶. Conseqüentemente, a condução de capacitações e a adoção de dispositivos tecnológicos^{14,15,26} são necessárias. As ações de vigilância e informação em saúde constituem subdomínio de desempenho relativamente alto, salientando-se o registro de dados relacionados à produção. Entretanto, é preciso analisar essas informações criticamente, haja vista a elevada frequência do registro do número de coleta de Papanicolaou, em contraste com a baixa adoção dos critérios de indicação do exame.

A menor realização das ações do domínio promoção da SSR expressa tanto o desafio relativo ao objeto específico, como também às práticas de promoção à saúde^{3,4,31}, apesar de serem atribuições da APS. Promover saúde requer trabalho com participação social, aproximação ao território²⁵, metodologias de educação e comunicação em saúde^{11,31}, interdisciplinaridade e intersetorialidade¹¹. Particularidades da SSR demandam abordar conceitos complexos – como direitos sexuais e reprodutivos⁷, vulnerabilidade⁴ e relações de gênero^{7,10} – e, ainda, a necessidade de adoção de dispositivos tecnológicos adequados^{15,26}. Também ocorre desarticulação entre reprodução e sexualidade²⁸, afóra a predominância das estratégias informativas sobre as participativas^{11,31}. A diferença entre a condução de ações educativas sobre violência ou uso de álcool e drogas e a realização de acompanhamento desses casos denota a escassez de ferramentas para essa operação¹⁵.

As correlações positivas entre os domínios e subdomínios da dimensão SSR mostram que a realização de cada um está relacionada aos demais, expondo a importância da integralidade³ na atenção à SSR na APS. A maior correlação do domínio prevenção e assistência às DST/aids e, particularmente, do subdomínio prevenção e diagnóstico das DST/aids (em relação aos outros domínios e subdomínios, respectivamente), indica que ambos são bons indicadores para a SSR. Essa característica pode contribuir para o conhecimento de como ocorre sua implementação nos serviços. Além disso, quando tomados como focos de investimento e proposição tecnológica, podem fomentar a melhoria das práticas de atenção à SSR na APS. É possível pressupor que o trabalho com DST/aids requer disponibilidade da equipe para lidar com temas sensíveis^{8,27}, além de conhecimento e técnicas complexos^{14,15,26}. Isso pode contribuir para lidar com outros objetos do trabalho em saúde, que requeiram a abordagem da autonomia dos usuários^{10,11},

e das situações de vulnerabilidade^{4,27}, bem como o estabelecimento de interfaces entre medidas prescritivas e projetos dos sujeitos – combinando êxito técnico e sucesso prático³.

O desempenho médio das unidades em 56,8% para a dimensão SSR expõe um descompasso entre o que é realizado pelos serviços e o que é proposto para a APS^{22,32,33}, com vistas a atingir impacto populacional³⁰. A quantidade de suas atribuições é um grande desafio para a APS, podendo haver a proposição da redução de expectativas. Entretanto, existem políticas públicas e um programa de SSR para a APS, no Brasil e no estado de São Paulo, que consideram as ações de SSR primordiais e de competência da APS¹⁶⁻²⁴. Além disso, as próprias características da APS, incluindo a articulação de finalidades do trabalho em saúde^{3,29} e a proximidade ao território²⁵, fazem da SSR seu objeto^{13,22}.

O desempenho e a integração das ações 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. Isso decorre do reconhecimento inadequado da SSR como objeto de trabalho da APS – não apenas na extensão, mas, sobretudo, na completude da apreensão da SSR –, e da necessidade de revisão, aprimoramento e ampliação da incorporação de tecnologias para lidar com SSR na prática da APS.

Quanto às limitações deste estudo, a avaliação incidiu predominantemente em componentes organizacionais, necessários, mas não suficientes para apreender a qualidade. O uso de dados já coletados impossibilitou a inclusão de alguns objetos da dimensão SSR, tais como as ações de saúde para homens e o tema da diversidade sexual. Não é possível estender os achados para o conjunto dos serviços de APS de São Paulo: a amostra estudada não foi aleatória, mas por adesão dos gestores; municípios com grande população foram sub-representados; a capital paulista não participou. Por outro lado, o número total de serviços respondentes foi alto e com expressiva participação de municípios de pequeno porte, refletindo tanto a estrutura político-administrativa de São Paulo, em que 81,2% (524) dos municípios têm menos de 50.000 habitantes (IBGE, 2010), quanto o apoio do Programa Articuladores da Atenção Básica², centrado em municípios de pequeno porte. A articulação com esse programa da SES/SP facilitou devolutivas dos resultados e favoreceu a responsividade às recomendações decorrentes⁵.

Possibilidades metodológicas também se apresentaram: ressalta-se a construção de uma avaliação viável, integrando questionário geral sobre a APS, com explicações e recomendações de fácil compreensão, que podem contribuir para a melhoria da organização do trabalho com SSR na APS. Adicionalmente, o estudo subsidiou revisão e atualização da dimensão SSR na nova versão 2016 do Questionário QualiAB. É reconhecida a necessidade de aprimoramento da APS no Brasil. A diversidade de abordagens avaliativas – como representadas pelos instrumentos QualiAB, Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil) – contribuem para essa melhoria⁶.

CONCLUSÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA O PROGRAMA DE SSR NA APS

A consideração da APS como estratégica para a efetivação da SSR representa um desafio. O estudo possibilita a proposição de uma teoria para o programa de SSR na APS, a partir das finalidades das ações, apontando atividades prioritárias e instrumentos úteis para o trabalho. O quadro avaliativo para SSR na APS, mediador da construção dessa teoria por meio da avaliação dos dados empíricos, poderá ser empregado como uma dessas ferramentas, particularmente para o planejamento do trabalho ou futuras avaliações.

Com este quadro avaliativo, assumiu-se a tarefa de avaliar práticas de diferentes características quanto à finalidade, tecnologia empregada, definição e tradição na APS. Dele resultou uma avaliação com variabilidade dos indicadores, domínios e subdomínios consistentes, e discriminação entre os serviços quanto ao desempenho em ações de SSR. Esse atributo e

a inserção da dimensão SSR em questionário geral sobre APS tornam essa avaliação viável e replicável. Além disso, a avaliação realizada apresenta completude e utilidade, ao combinar a elaboração de explicações, julgamentos e recomendações.

Afirmar a implementação das ações de SSR na APS paulista como incipiente – isto é, iniciante e, portanto, ainda inadequada e insuficiente – significa também apostar em mudanças e melhorias, possibilidade inerente a tudo que é novo. Os resultados e a análise da avaliação empreendida podem contribuir para esse processo, por meio de sua utilização para a organização do trabalho nos serviços e para a gestão do programa de SSR na APS. Cabe enfatizar que a avaliação oportuniza conhecer e discutir as práticas de atenção à SSR realizadas pela APS, o desempenho dos serviços e, também, a nuclearidade do domínio prevenção e assistência às DST/aids como bom indicador para avaliações em SSR e possível foco de proposição tecnológica. As recomendações para o programa de SSR na APS do SUS paulista concernem à necessidade de melhor apreender o objeto SSR na APS, rever as finalidades do trabalho e, considerando a distribuição de desempenho dos serviços, investir em treinamento e construção de ferramentas de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Allotey PA, Diniz S, DeJong J, Delvaux T, Gruskin S, Fonn S. Sexual and reproductive health and rights in public health education. *Reprod Health Matters*. 2011;19(38):56-68. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)38577-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)38577-1).
2. Andrade MC, Castanheira ERL. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. *Saude Soc*. 2011;20(4):980-90. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400015>.
3. Ayres JRCM. Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saude Soc*. 2009;18 Supl 2:11-23. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>.
4. 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, editors. *Routledge handbook in global public health*. New York: Taylor and Francis; 2011. p.98-107.
5. Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MAS, Puttini RF, Soares ID, Patrício KP, et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saude Soc*. 2011;20(4):935-47. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>.
6. Castanheira ERL, Sanine PR, Zarili TFT, Nemes MIB. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: Akerman M, Furtado JP, organizadores. *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p.189-231. (Série Atenção Básica e Educação em Saúde).
7. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. *Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito*. Rio de Janeiro: CEPIA; 2004.
8. Cook RJ, Dickens BM. Reducing stigma in reproductive health. *Int J Gynecol Obstet*. 2014;125 (1):89-92. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.01.002>.
9. Coryn CLS, Noakes LA, Westine CD, Schröter DC. A systematic review of theory-driven evaluation practice from 1990 to 2009. *Am J Eval*. 2011;32(2):199-226. <https://doi.org/10.1177/1098214010389321>.
10. D'Oliveira AFLP. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface (Botucatu)*. 1999;3(4):105-22. <https://doi.org/10.1590/S1414-32831999000100009>.
11. Donato AF, Rosenberg CP. Algumas idéias sobre a relação educação e comunicação no âmbito da Saúde. *Saude Soc*. 2003;12(2):18-25. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902003000200003>.
12. 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 Saude Publica*. 2009;25 Supl 2:240-50. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400006>.
13. Graham A. Sexual health: recent advances in primary care. *Br J Gen Pract*. 2004 [citado 7 mar 2017];54(502):382-7. Disponível em: <http://bjgp.org/content/bjgp/54/502/382.full.pdf>

14. 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;18 Supl 1:43-62. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050005>.
15. 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.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999 [citado 15 jul 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [citado 15 jul 2015]. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade do Governo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005 [citado 15 jul 2015]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Reprodutivos: Caderno, 1). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [citado 16 jul 2015]. (Cadernos de Atenção Básica, 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad18.pdf
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [citado 15 jul 2015]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [citado 15 jul 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e reprodutiva. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 15 jul 2015]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 26). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 15 jul 2015]. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 15 jul 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
25. 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 em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 2008, p. 247-72.
26. Paula IA, Santos NJS. A prevenção às DST/Aids nos serviços de atenção básica no Estado de São Paulo, 2012. In: Paiva V, Calazans G, Segurado A, organizadores. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade. Curitiba: Juruá; 2012, 219-38.
27. Peretti-Watel P, Spire B, Obadia Y, Moatti JP; VESPA Group. Discrimination against HIV-Infected people and the spread of HIV: some evidence from France. *PLoS One*. 2007;2(5):e411. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0000411>.
28. Pinheiro TF, Couto MT. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2013;23(1):73-92. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100005>.
29. 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. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p.29-47.

30. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Suppl 1:20-6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>.
31. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Engstrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saude Debate.* 2014;38 N° Espec:52-68. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S005>.
32. United Nations Fund for Women. Platform of Action. Adopted at the International Conference on Women, Beijing, 1995. New York: UNIFEM; 2004.
33. United Nations Population Fund. Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. New York: UNFPA; 2004 [citado 9 mar 2017]. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf
34. Welfare WS, Lighton L. Mapping of sexual health promotion in North West England, 2008. *Public Health.* 2011;125(2):101-5. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2010.11.002>.

Financiamento: A pesquisa avaliativa que originou o questionário QualiAB, cujos dados foram utilizados no presente estudo, contou com o financiamento PPSUS - Programa Pesquisa para o SUS – Gestão Compartilhada em Saúde – Fapesp/SES SP/CNPq / DECIT/MS (Processo 05/58652-7).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: MAN, MIBN. Concepção e coordenação da linha de pesquisa que embasou o estudo: MIBN, MCA, ERLC. Coleta dos dados: MAN, MIBN, MCA, ERLC. Análise estatística: MAN, RRP. Análise e interpretação dos dados: MAN, MIBN, MCA, ERLC. Elaboração do manuscrito: MAN. Revisão do manuscrito: MAN, MIBN, MCA, ERLC. Aprovação da versão final: MAN, MIBN, MCA, RRP, ERLC. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: MAN, MIBN, MCA, RRP, ERLC.

Agradecimentos: À Equipe de Pesquisa QualiAB (Avaliação da atenção básica em municípios do Estado de São Paulo), por compartilhar os dados do QualiAB e por acolher a dimensão saúde sexual e reprodutiva, resultante deste estudo. À Ana Maroso Alves, pela preparação cuidadosa das tabelas e figuras do estudo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.