



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro**

**Carla Cardi Nepomuceno de Paiva**

**Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora - Minas Gerais**

Rio de Janeiro

2021

Carla Cardi Nepomuceno de Paiva

**Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva  
desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora -  
Minas Gerais**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração Política, Planejamento, Administração em saúde.

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosângela Caetano

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P149 Paiva, Carla Cardi Nepomuceno de

Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora - Minas Gerais / Carla Cardi Nepomuceno de Paiva – 2021.  
244 f.

Orientadora: Rosângela Caetano

Doutorado (Tese) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Avaliação em saúde – Teses. 2. Saúde sexual e reprodutiva – Teses. 3. Atenção primária à saúde – Teses. 4. Estratégia saúde da família – Teses. I. Caetano, Rosângela. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

614:613.88(815.12)

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Carla Cardi Nepomuceno de Paiva

**Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva  
desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora -  
Minas Gerais**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração Política, Planejamento, Administração em saúde.

Aprovada em 26 de novembro de 2021.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela Caetano  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela Caetano (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Adriana Lemos  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Teresa Bustamante  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ivone Evangelista Cabral  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marilena Cordeiro Dias Villela Correa  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Rio de Janeiro

2021

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à memória do meu pai Francisco, o grande incentivador desta conquista; ao meu marido, que me apoiou durante a trajetória, e a todos os profissionais da Atenção Primária de Juiz de Fora que contribuíram com esta pesquisa.

## AGRADECIMENTOS

Neste espaço, tenho a feliz oportunidade de agradecer formalmente a todos aqueles que me ajudaram de alguma forma para a conclusão de mais uma etapa na minha vida profissional.

A Deus, por toda proteção e por fortalecer a minha fé durante a realização deste trabalho. De modo especial, sou grata à minha família, pela compreensão e apoio incondicional; ao meu pai Francisco (em memória), por todos conselhos, amor e por sempre me fazer acreditar no meu potencial; à minha mãe Maria e à minha irmã Cássia, pela força, carinho e por estarem do meu lado nos momentos mais importantes da minha vida. Sem vocês, tudo seria mais difícil; e também ao meu marido Vladimir, pela paciência, parceira e incentivo na minha decisão de prosseguir nos estudos para atuar profissionalmente na docência e na pesquisa.

À minha orientadora professora Dra. Rosângela Caetano, pelas ricas oportunidades de crescimento profissional proporcionadas e por todo conhecimento partilhado sobre pesquisa científica e avaliação em saúde. Serei eternamente grata pela amizade, atenção, confiança e paciência. Seguirei seu exemplo de dedicação profissional e carinho aos seus alunos. Sua atenção e cuidado com o ser humano, sensibilidade no ato de escutar e, principalmente, sua resiliência diante das adversidades foram para mim uma fonte valiosa de inspiração e motivação pessoal durante todo o curso.

Ao IMS/UERJ, por todo acolhimento e por ter me oportunizado crescimento profissional e intelectual no âmbito da saúde coletiva. Aos professores do Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, pelos ensinamentos. Aos funcionários da secretaria, especialmente Eliete, Aline e Sílvia, por toda atenção e auxílio com os assuntos acadêmicos, tanto presencialmente quanto à distância.

Aos professores membros da banca examinadora de qualificação: professora Adriana Lemos, professora Marilena Correia, professora Maria Teresa Bustamante e, em especial, à memória do professor Ruben Mattos, por todas as contribuições que fizeram a diferença no desenvolvimento deste trabalho. À ledora da tese, professora Marilena Correia, minha gratidão por ter aceito o convite e pelas preciosas contribuições.

Aos meus amigos do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro que tornaram a minha estada no Rio de Janeiro mais fácil e agradável: Raquel Brinco, pela parceria, momentos e conversas agradáveis que tivemos durante o curso; Lucas Cabral e Daniela Lacerda, pela amizade e parceria em diversos trabalhos; e Renata, por ter me recebido com muito carinho em Manaus e pela amizade que se mantém, apesar da distância. Sou grata também aos membros dos grupos de pesquisa de Avaliação de Tecnologia em Saúde e de Telessaúde (Angélica, Rondinelli, Anna, Gizele, Daniela, Vanessa e Ione), coordenados pela minha orientadora professora Rosângela, por todo companheirismo, produções e conhecimentos adquiridos durante os trabalhos desenvolvidos, sou grata pela amizade construída e por toda paciência comigo. Gratidão!

Aos profissionais e gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, pela contribuição e participação voluntária no estudo. À Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, pela atenção e autorização para realização desta pesquisa.

À Tauana Boemer e a Kalline Franco, pelo auxílio na revisão de português da tese e de outros trabalhos desenvolvidos ao longo do doutorado.

Agradeço à FAPERJ, Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, e à CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa de estudos que apoiou financeiramente este trabalho.

*“Evaluators examine what has worked and not worked in the past, not just to capture history, but to inform the future.”*

MICHAEL QUINN PATTON, 2019



## RESUMO

PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno. *Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora - Minas Gerais*. 2021. 244f. Tese Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) contempla um conjunto de serviços e ações direcionadas à promoção da autonomia, segurança e liberdade nas decisões reprodutivas e sexuais. A implementação desta atenção no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro ocorre prioritariamente na Atenção Primária à Saúde. Nesta pesquisa avaliativa, objetivou-se examinar o grau da implementação das ações de SSR na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Juiz de Fora-MG, bem como a conformidade da atenção à SSR neste cenário municipal e os fatores contextuais limitantes e facilitadores que interferem na sua implementação. Nesta avaliação normativa, que teve por foco a estrutura e o processo, optou-se por utilizar uma abordagem quali-quantitativa. Construiu-se um modelo teórico da atenção à SSR na APS com base nas normativas governamentais, estruturado em dois componentes, promoção da SSR e assistência clínica à SSR, com 62 e 47 parâmetros, respectivamente. Para coleta de dados, foram utilizados de dois questionários autorrespondíveis, com questões fechadas e abertas, direcionados aos gestores e aos profissionais que atuam na SSR. Documentos municipais foram analisados para complementar as informações sobre o contexto do estudo. Participaram da pesquisa 24 gestores e 46 profissionais atuantes em 24 das 43 unidades de saúde que possuem ESF no município estudado. No EpiData, realizou-se uma análise estatística descritiva simples, e as respostas abertas foram analisadas com base na análise de conteúdo temática categorial. Os resultados do componente promoção da SSR em relação à conformidade evidenciaram melhor desempenho da estrutura em comparação ao processo; em contrapartida, a avaliação do processo obteve melhor desempenho no componente assistência clínica. Nenhuma unidade de saúde alcançou a implantação adequada: 17 apresentaram implantação avaliada como parcial e sete incipiente, corroborando a hipótese de que a implantação da SSR na ESF ainda é um desafio. As descrições das respostas abertas foram organizadas em quatro categorias que expressaram limitações relacionadas à estrutura e ao processo. Os documentos municipais indicam iniciativas a serem implantadas que possuem potencial para contribuir com a atenção à SSR na APS. Faz-se necessário investir na capacitação dos profissionais e em melhorias relacionadas à organização do processo de trabalho; pactuar fluxos de referência e contrarreferência para melhoria da comunicação na rede de atenção; e estabelecer parcerias com os gestores e profissionais da APS para construção de protocolos que dialoguem com as recomendações governamentais sobre SSR e quem sejam coerentes com a realidade e necessidades da população. Dessa forma, será possível auxiliar os profissionais envolvidos e viabilizar avanços no processo de implantação dessa assistência no contexto estudado.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Avaliações de Processos. Saúde sexual e reprodutiva. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno. *Evaluation of the implementation of actions in sexual and reproductive health developed by the Family Health Strategy in the municipality of Juiz de Fora - Minas Gerais*. 2021. 244f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The attention to Sexual and Reproductive Health (SRH) includes a set of services and actions aimed at promoting autonomy, safety and freedom in reproductive and sexual decisions. The implementation of this care in the context of the Brazilian Unified Health System occurs mainly in Primary Health Care. The objective of this evaluative research was to examine the degree of implementation of SRH actions in the Family Health Strategy (FHS) in the city of Juiz de Fora-MG, verify the compliance of attention to SRH in this municipal setting and identify limiting and facilitating contextual factors that influence its implementation. In this normative assessment, which had as focus the structure and process, we chose to use a quali-quantitative approach. A theoretical model of care for SRH in PHC was built based on government regulations, structured in two components, promotion of SRH and clinical care for SRH, with 62 and 47 parameters, respectively. For data collection, two self-administered questionnaires were used, with closed and open questions, aimed at managers and professionals working with SRH. Documents from the municipality were analyzed to complement the information about the context of the study. Twenty-four managers and 46 professionals, who work in 24 of the 43 health units that have FHS in the studied municipality, participated in the research. In EpiData, a simple descriptive statistical analysis was performed, and open responses were analyzed based on the categorical thematic content analysis. The results of the component Promoting SRH in relation to compliance point to a better performance of the structure compared to the process; on the other hand, the evaluation of the process performed better in the Clinical Care component. No health unit achieved adequate implementation, with 17 of them presenting implementation evaluated as partial and seven as incipient, corroborating the hypothesis that the implementation of SRH in the FHS is still a challenge. Descriptions of open answers were organized into four categories that expressed limitations related to structure and process. The municipality's documents indicate initiatives to be implemented that have the potential to contribute to the attention to SRH in PHC. It is necessary to invest in training of professionals and in improvements related to the organization of the work process; determine referral and counter-referral flows to improve communication in the care network; establish partnerships with PHC managers and professionals to build protocols that dialogue with government recommendations on SRH and are consistent with the reality and needs of the population, with a view to assisting the professionals involved and enabling advances in the process of implementing this care in the studied municipal context.

Keywords: Health Evaluation. Process Assessment. Sexual and Reproductive Health.

Primary Health Care. Family Health Strategy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Síntese das atribuições da Atenção Primária à Saúde em Saúde Sexual e Reprodutiva, segundo políticas, manuais técnicos e recomendações do Ministério da Saúde .....	44
Quadro 2 -	Etapas marcantes da história da avaliação .....	56
Figura 1 -	Mapa da divisão administrativa de Juiz de Fora (Minas Gerais) e cidades adstritas.....	63
Figura 2 -	Regiões administrativas do município de Juiz de Fora.....	64
Figura 3 -	Representação esquemática do modelo lógico.....	82
Gráfico 1 -	Distribuição anual do quantitativo de equipes de Estratégia de Saúde da Família em Juiz de Fora – 2002 a outubro de 2020.....	66
Gráfico 2 -	Distribuição anual da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família, Juiz de Fora – 2002 a outubro de 2020.....	66
Quadro 3 -	Distribuição das Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo regiões sanitárias e administrativas, CNES e nº de equipes de Estratégia de Saúde da Família, Juiz de Fora – Janeiro de 2021.....	70
Figura 4 -	Esquema das etapas realizadas para a classificação do grau de implantação da atenção à saúde sexual e reprodutiva, Juiz de Fora – 2020.....	100
Quadro 4 -	Modelo teórico da avaliação da implantação relativo ao componente da Promoção à Saúde sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde.....	86
Quadro 5 -	Modelo teórico da avaliação da implantação referente ao componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde.....	90
Quadro 6 -	Síntese da matriz de análise utilizada nesta pesquisa, segundo as subdimensões e número de parâmetros avaliados. Juiz de Fora– 2020.....	94
Quadro 7 -	Primeira etapa da sistematização do processo da análise de conteúdo temática – categorial.....	102

Quadro 8 -	Formulação das categorias na segunda etapa da sistematização do processo da análise de conteúdo temática categorial.....	103
Quadro 9 -	Matriz dos potenciais atores interessados nos resultados desta avaliação.....	105
Quadro 10 -	Unidades de saúde participantes da pesquisa que possuem equipes de Estratégia de Saúde da Família. Juiz de Fora – 2020.....	108
Tabela 1 -	Distribuição das unidades de saúde participantes da pesquisa segundo região administrativa. Juiz de Fora – 2020.....	109
Tabela 2 -	Caracterização dos gestores que participaram da pesquisa (n= 24). Juiz de Fora – 2020.....	110
Tabela 3 -	Caracterização dos profissionais que participaram da pesquisa (n=46). Juiz de Fora – 2020.....	111
Tabela 4 -	Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão estrutura, subdimensão recursos humanos, do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, nas unidades de saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora - 2020.....	113
Tabela 5 -	Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão estrutura, subdimensão recursos materiais, do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, nas Unidades de Saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora – 2020.....	115
Tabela 6 -	Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão processo, subdimensão atividade educativa, do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, nas Unidades de Saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora, 2020 .....	116
Tabela 7 -	Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão processo, subdimensão acolhimento e aconselhamento, do componente Promoção	

	da Saúde Sexual e Reprodutiva nas Unidades de Saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora – 2020.....	118
Tabela 8 -	Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão processo, subdimensão planejamento e gestão do cuidado, do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, nas Unidades de Saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora – 2020.....	119
Tabela 9 -	Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão estrutura, subdimensão medicamentos e insumos, do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva, nas Unidades de Saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora – 2020. ....	121
Tabela 10 -	Métodos contraceptivos que estiveram em falta nas Unidades de Saúde pesquisadas (n= 24), em algum momento do ano de 2019. Juiz de Fora – 2020.....	122
Tabela 11 -	Atendimento dos parâmetros elencados para a análise da conformidade da dimensão processo, subdimensão atenção à saúde, do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva, nas Unidades de Saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora – 2020.....	123
Tabela 12 -	Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão processo, subdimensão vigilância em saúde, do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva, nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora – 2020.....	124
Tabela 13 -	Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão processo, subdimensão planejamento e gestão do cuidado, do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva, nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora, 2020.....	125

Tabela 14 - Grau de implantação da dimensão estrutura do componente Promoção da Saúde Sexual Reprodutiva nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora – 2020.....	127
Tabela 15 - Grau de implantação da dimensão processo do componente Promoção da Saúde Sexual Reprodutiva nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora – 2020.....	128
Quadro 11 - Temáticas em que profissionais relatam dúvidas e dificuldades para abordar nas atividades educativas, segundo unidades de saúde de atuação desses profissionais. Juiz de Fora – 2020.....	129
Tabela 16 - Grau de implantação total do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora – 2020.....	130
Tabela 17 - Grau de implantação da dimensão estrutura do componente Assistência Clínica da Saúde Sexual Reprodutiva nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora – 2020..	131
Tabela 18 - Grau de implantação da dimensão processo do componente Assistência Clínica da Saúde Sexual Reprodutiva nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora – 2020..	132
Tabela 19 - Grau de implantação total do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva nas unidades da saúde participantes (n=24). Juiz de Fora – 2020.....	133
Tabela 20 - Grau de implantação da atenção à saúde sexual e reprodutiva nas unidades de saúde (n=24), com base nos componentes da Promoção e Assistência Clínica. Juiz de Fora – 2020.....	134
Quadro 2 - Julgamento do grau de implantação realizada pelos gestores das unidades de saúde participantes da pesquisa (n=24) e suas respectivas justificativas. Juiz de Fora – 2020.....	136
Quadro 13 - Lista de documentos encontrados no <i>site</i> do Departamento de Atenção Básica, com enfoque na saúde sexual e reprodutiva, segundo ano, tipo de documento, título e referência, 2019.....	201

Quadro 14 - Lista de documentos encontrados no <i>site</i> da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, com enfoque na saúde sexual e reprodutiva, segundo ano, tipo de documento, título e referência, 2019.....	202
Quadro 15 - Códigos dos parâmetros utilizados na avaliação da dimensão Estrutura (E) do componente Promoção (PR) da Saúde Sexual e Reprodutiva.....	222
Quadro 16 - Códigos dos parâmetros utilizados para avaliar a dimensão Processo (P), do componente da Promoção (PR) da Saúde Sexual e Reprodutiva.....	223
Quadro 17 - Códigos dos parâmetros utilizados para avaliar a dimensão Estrutura (E), do componente da Assistência Clínica (AC) à Saúde Sexual e Reprodutiva.....	226
Quadro 18 - Códigos dos parâmetros utilizados para avaliar a dimensão Processo (P), do componente da Assistência Clínica (AC) à Saúde Sexual e Reprodutiva.....	227
Quadro 19 - Matriz de verificação dos parâmetros observados da dimensão Estrutura do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva nas 24 unidades de saúde que participaram da pesquisa, Juiz de Fora – 2020.....	229
Quadro 20 - Matriz de verificação dos parâmetros observados da dimensão Processo do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva nas 24 unidades de saúde que participaram da pesquisa, Juiz de Fora – 2020.....	230
Quadro 21 - Matriz de verificação dos parâmetros observados da dimensão Processo do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva nas 24 unidades de saúde que participaram da pesquisa, Juiz de Fora – 2020.....	230



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
AE	Atividade Educativa
BEMFAM	Sociedade Civil Bem Estar Familiar
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HPV	Papiloma Vírus Humano
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPPF	Federação Internacional de Planejamento Familiar
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transgêneros, Transexuais e Intersexo, Assexuais e mais
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISC	Programas de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PDAPS	Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde

PNAISH	Política Nacional da Atenção Integral da Saúde do Homem
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
RSMLAC	Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americana e do Caribe
SISAB	Saúde para a Atenção Básica
SES	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAS	Subsecretaria de Atenção à Saúde
SVS	Subsecretaria de Vigilância em Saúde
SSREG	Subsecretaria de Regulação
SSUE	Subsecretaria de Urgência e Emergência
SSEIN	Subsecretaria de Gestão da Execução Instrumental
SSIPSO	Subsecretaria de Informações, Planejamento em Saúde, Orçamento e Finanças
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBS	Unidade Básica de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária em Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas

## LISTA DE SÍMBOLOS

- % Por cento
- $\Sigma$  Somatório
- $\leq$  Menor ou igual
- $\geq$  Maior ou igual
- X Multiplicado

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
1	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA DO ESTUDO</b> .....	27
1.1	<b>Saúde Sexual e Reprodutiva</b> .....	27
1.1.1	<u>Marco Teórico-Conceitual</u> .....	27
1.1.2	<u>Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde</u> .....	34
1.1.3	<u>Ações da Saúde Sexual e Reprodutiva a serem desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde</u> .....	40
1.1.4	<u>Avaliação da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde: algumas notas preliminares</u> .....	48
2	<b>AVALIAÇÃO EM SAÚDE</b> .....	54
2.1	<b>Breve histórico</b> .....	54
2.2	<b>Algumas definições relevantes</b> .....	57
2.3	<b>Avaliação da Implantação</b> .....	60
3	<b>LÓCUS DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA</b> .....	63
3.1	<b>Características Gerais</b> .....	63
3.2	<b>A organização da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora</b> .....	65
3.3	<b>Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva em Juiz de Fora: dados preliminares</b> .....	72
4	<b>OBJETIVOS</b> .....	79
4.1	<b>Objetivo geral</b> .....	79
4.2	<b>Objetivo específico</b> .....	79
5	<b>CAMINHOS METODOLÓGICOS</b> .....	80
5.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	80
5.2	<b>Cenário do estudo</b> .....	81
5.3	<b>Modelo lógico</b> .....	81
5.4	<b>Crítérios e parâmetros da avaliação</b> .....	93
5.5	<b>Amostragem dos dados</b> .....	94
5.5.1	<u>Coleta de dados</u> .....	94
5.6	<b>Análises</b> .....	96
5.6.1	<u>Organização do material e análise da conformidade</u> .....	96
5.6.2	<u>Classificação do grau de implantação</u> .....	97

5.6.3	<u>Análise dos limites e potencialidades do processo de implantação</u> .....	101
5.6.4	<u>Análise do contexto técnico – organizacional</u> .....	104
5.7	<b>Potenciais usuários e seus interesses na avaliação</b> .....	105
5.8	<b>Considerações éticas</b> .....	106
6	<b>RESULTADOS</b> .....	107
6.1	<b>Unidades participantes</b> .....	107
6.1.1	<u>Perfil dos participantes do estudo</u> .....	109
6.2	<b>Análise da conformidade da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva</b>	111
6.2.1	<u>Componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva</u> .....	112
6.2.2	<u>Componente Assistência clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva</u> .....	119
6.3	<b>Classificação do grau de implantação</b> .....	126
6.4	<b>Limites e potencialidades do processo de implantação da Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva em Juiz de Fora – Minas Gerais</b> .....	136
6.5	<b>Influências do contexto técnico-organizacional da Estratégia de Saúde da Família sobre o grau de implantação da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva</b> .....	143
7	<b>DISCUSSÃO</b> .....	158
8	<b>RECOMENDAÇÕES E DEVOLUTIVAS</b> .....	173
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	177
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	180
	<b>APÊNDICE A</b> – Documentos governamentais direcionados atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica.....	201
	<b>APÊNDICE B</b> – Documentos governamentais direcionados a atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde.....	202
	<b>APÊNDICE C</b> – Matriz de análise do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde.....	203
	<b>APÊNDICE D</b> – Matriz de análise do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva.....	208
	<b>APÊNDICE E</b> – Questionário para o gestor da Unidade de Saúde.....	212
	<b>APÊNDICE F</b> – Questionário para o profissional da Estratégia Saúde da Família.....	216

<b>APÊNDICE G</b> – Parâmetros e seus respectivos códigos.....	222
<b>APÊNDICE H</b> – Parâmetros avaliados por unidade de saúde.....	229
<b>APÊNDICE I</b> – Artigos publicados.....	234
<b>ANEXO A</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	236
<b>ANEXO B</b> - Carta Informativa à Instituição.....	238
<b>ANEXO C</b> - Carta de solicitação de autorização do departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde da Subsecretária da Atenção Primária da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora.....	239
<b>ANEXO D</b> - Termo de Autorização Institucional e anuência.....	240
<b>ANEXO E</b> - Parecer de aprovação do Comitê de Ética .....	241

## INTRODUÇÃO

Saúde reprodutiva, enquanto campo de saber e de práticas, remete a noções ampliadas de saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004). Seu exercício implica autonomia, segurança e liberdade nas decisões reprodutivas e sexuais, incluindo a oferta de serviços de saúde, informações e métodos eficientes e seguros para seu planejamento por homens e mulheres. Nesse contexto, a definição de saúde sexual enquanto habilidade de expressar e viver a sexualidade, sem riscos de doenças, discriminação ou violência, está inserida no contexto das ações de saúde reprodutiva (BRASIL, 2013a).

O escopo coberto pelas ações de saúde sexual e reprodutiva (SSR)<sup>1</sup> é bastante amplo e compreende (ou deveria compreender) a assistência clínica, o aconselhamento e as atividades educativas, estendendo-se longitudinalmente ao pré-natal, parto e puerpério, à assistência humanizada ao aborto previsto em lei, e no atendimento às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e outras afecções do aparelho reprodutor. Deve envolver todas as populações, incluindo lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, queers, intersexuais e assexuais (LGBTQIA) e outras em situação de vulnerabilidade; a promoção da sexualidade humana; o fortalecimento do exercício da paternidade responsável, bem como o encaminhamento e orientações quanto ao tratamento apropriado, em casos de infertilidade. Trata-se, pois, de espectro abrangente de cuidados a serem ofertados sem distinção de raça, crença religiosa, orientação sexual e idade (BRASIL, 2013a; NAÇÕES UNIDAS, 1994).

No Brasil, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) recomenda a institucionalização da avaliação na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2017a). Nesse cenário de atenção, ações de promoção e prevenção de doenças no âmbito da saúde sexual e reprodutiva são consideradas eixos prioritários e, portanto, uma de

---

<sup>1</sup> Nesta tese optou-se por utilizar a expressão Saúde Sexual e Reprodutiva, por ser usualmente mais utilizada nos documentos governamentais e também por outras publicações, contudo, cabe assinalar a legitimidade da utilização do termo saúde sexual separado da saúde reprodutiva, tendo em vista reforçar a liberdade e o direito da vivência das práticas sexuais para além da reprodução. Logo, diante da eminência de retrocessos em face do conservadorismo político e religioso, cabe enfatizar que a utilização do termo saúde sexual desvinculado da saúde reprodutiva, é também uma forma de valorizar e reconhecer a sexualidade e direitos sexuais das mulheres.

suas responsabilidades, principalmente no contexto municipal. E, como tal, deveriam ser objeto de avaliação, para que se possa verificar como têm sido executadas e para que se possa investir em correções de rumo e aprimoramentos.

Considerando esse enfoque, as ações de saúde sexual e reprodutiva oferecidas nas unidades de APS que possuem equipes de Estratégia de Saúde Família do município de Juiz de Fora, em Minas Gerais (MG) são o objeto de interesse deste estudo avaliativo.

Para além da relevância da temática *per se*, penso ser útil descrever sumariamente minha aproximação com esse tema. O interesse pela Saúde Sexual e Reprodutiva, enquanto objeto de estudo e pesquisa, surgiu ainda na graduação em Enfermagem, a partir de vivências em projetos de extensão para promoção da SSR realizados em escolas municipais, onde pude desenvolver atividades educativas para adolescentes e jovens. Nesta experiência, percebi o quanto a promoção e assistência à SSR contribui para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Mais tarde, no mestrado concluído pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, sob orientação da professora Dr<sup>a</sup>. Adriana, realizei a pesquisa intitulada "Itinerários sexuais e reprodutivos dos participantes das atividades educativas no planejamento reprodutivo na estratégia de saúde da família", tendo como *locus* de estudo o município de Juiz de Fora, onde resido e que também é o espaço do estudo nessa tese.

A pesquisa realizada previamente propiciou reflexões sobre as limitações observadas na assistência à SSR em algumas unidades de APS daquele município, tais como participação majoritária do público feminino heterossexual, com atenção muito restrita a outros grupos populacionais; dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos; abordagem educativa com caráter heteronormativo e direcionada prioritariamente ao público feminino jovem; ausência de capacitação dos profissionais que atuam junto à esse público, dentre outras questões diretamente relacionadas com a qualidade da assistência.

Por conta do prazo e duração do mestrado, a pesquisa se restringiu a quatro unidades de APS que possuíam equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Na defesa da dissertação, os membros da Banca Examinadora sugeriram que aquele estudo tivesse uma continuação, sob a perspectiva da pesquisa avaliativa, enquanto



uma das possibilidades de devolutiva em prol de melhoria da qualidade da assistência à SSR.

Na área da Saúde, a avaliação configura-se como importante instrumento para o planejamento e gestão dos sistemas e serviços, devido à sua capacidade de averiguar a efetividade das intervenções e possibilitar a elaboração de ações visando a satisfação e o atendimento das necessidades dos usuários dos serviços (SANCHO; DAIN, 2012).

Estudos avaliativos realizados na APS com enfoque na SSR têm verificado, de forma bastante unânime, que a implementação de suas ações ainda é incipiente e enfrenta dificuldades de concretização (BARBOSA et al., 2009; NAGAHAMA, 2009; NASSER et al., 2017). Isto também se verifica em alguns estudos realizados no mesmo *lócus* municipal utilizado para essa tese (AYRES et al., 2017; GONÇALVES et al., 2018; MARTINS; SILVA, 2017; PEREIRA, 2013), os quais permitiram identificar que, no caso de Juiz de Fora, muito ainda deve ser realizado para a autonomia e valorização do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Para além do cenário municipal e com o propósito de aprofundar o conhecimento sobre o objeto de estudo, buscou-se caracterizar e mapear os artigos publicados, além de teses e dissertações sobre a avaliação de implantação das ações de SSR na atenção primária. Foi realizada, então, como primeira etapa desta pesquisa, uma revisão de escopo<sup>2</sup>, que possibilitou a aproximação com as experiências avaliativas no campo das ações de SSR. Um olhar sobre as experiências publicadas mostra a diversidade vis-à-vis às disparidades inter e intrarregionais que marcam a realidade brasileira e os desafios na implantação da atenção à SSR.

A tese apresentada teve como objetivo avaliar a implementação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora (MG), propondo-se a responder as seguintes questões:

- 1) Qual o grau de implantação da atenção à saúde sexual e reprodutiva nas unidades que possuem equipes de Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora?
- 2) As ações da atenção à saúde sexual e reprodutiva realizadas estão em conformidade com as diretrizes e normas preconizadas pelo Ministério da Saúde?
- 3) Que fatores facilitam ou dificultam a implementação da atenção à saúde sexual e

---

<sup>2</sup>Resumo e link do artigo disponível no apêndice I, publicado na revista da Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, no vol.24 no.1 de 2020.

reprodutiva nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que possuem equipes de Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora?

A pesquisa assumiu, como hipótese inicial, que as práticas de atenção à SSR presentes nas unidades que possuem equipes de Estratégia de Saúde da Família de Juiz de Fora não estão totalmente implementadas, apesar da existência de políticas públicas e programas que enfocam o papel da APS na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos.

Faz-se importante assinalar também os resultados apresentados ficaram aquém do inicialmente previsto quando da qualificação dessa tese, também ela atravessada e impactada pela pandemia de SARS-COV 2 que, desde março de 2020, tem duramente castigado o país, nosso povo e os serviços de saúde disponíveis aos seus cuidados. Nesse sentido, o município de Juiz de Fora e seus serviços de atenção primária também foram fortemente atingidos, com consequências importantes para o desenvolvimento do estudo pretendido e originalmente desenhado. Em 6 de maio de 2020, diante do agravamento da situação sanitária em decorrência da pandemia do coronavírus, a pesquisa de campo iniciada teve que ser interrompida, sem condições para sua retomada como o previsto desde então, dada as mudanças extremas que a situação de descontrole sanitário produziu no cotidiano dos serviços de saúde do município (e de todo o país). Como resultado, o inicialmente previsto foi grandemente reduzido e o método da pesquisa ajustado considerando a nova situação sanitária e os prazos de conclusão do doutoramento onde o estudo se insere.

A continuidade da primeira etapa junto aos gestores e profissionais de saúde das UAPS com ESF ainda não investigadas e os grupos focais com profissionais das unidades, planejado como segunda etapa do estudo, tornaram-se inviáveis diante do avanço da pandemia<sup>3</sup> e da recomendação do isolamento social como medidas de contenção da disseminação do vírus. A alta demanda de trabalho introduzida a partir da ampliação da COVID-19 e a rotatividade dos profissionais da atenção primária, em virtude da sobrecarga assistencial, do afastamento por motivos de doença e da

---

<sup>3</sup> O decreto municipal N.º 13.893, publicado em 16 de março de 2020, dispõe sobre as medidas preventivas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (COVID-19), em Juiz de Fora (MG) e traz outras providências, funcionou como um forte impeditivo para a continuidade do trabalho. O documento do governo municipal elenca um conjunto de medidas restritivas a serem observadas no contexto da sociedade e dos serviços de saúde e suspende por tempo indeterminado as atividades em grupo, reuniões, etc. Fonte: Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Decreto nº 13.893. Atos do Governo. Disponível: [https://www.pjf.mg.gov.br/e\\_atos/e\\_atos\\_vis.php?id=74964#:~:text=DECRETO%20N.%C2%BA%2013.893%20%2D%20de,%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias](https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=74964#:~:text=DECRETO%20N.%C2%BA%2013.893%20%2D%20de,%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias).

contratação emergencial de novos profissionais para suprir a necessidade de atendimento imposta pela pandemia, foram aspectos que inviabilizaram esse etapa até mesmo em formato virtual e impactaram na decisão do encerramento da pesquisa de campo após alguns meses de espera e de bastante angústia e frustração.

Mesmo com todas as limitações impostas pela pandemia, as 24 unidades participantes da pesquisa correspondem a 56% do total de unidades do município que possuem ESF. As respostas das questões abertas foram analisadas considerando captar a percepção dos profissionais sobre questões organizacionais que interferem na implementação da SSR em Juiz de Fora, algo que deveria ter sido alvo de discussões mais aprofundadas nos grupos focais. Adicionalmente, buscou-se realizar uma análise do contexto através dos documentos municipais e das anotações do diário de campo, somado ao conhecimento da literatura de implementação de políticas públicas.

A tese encontra-se estruturada em 8 capítulos. A contextualização temática, apresentada no primeiro, discute a evolução dos conceitos de saúde reprodutiva e sexual no Brasil, destacando as influências internacionais nesse campo teórico. Depois, fazendo referência ao cenário nacional, são exploradas as principais ações, políticas e programas na configuração das práticas da atenção à saúde sexual e reprodutiva no âmbito na APS. Tais práticas estão detalhadas no segundo tópico, no qual se destaca o papel dos profissionais que atuam nesse nível de atenção. Fechando este capítulo, são pontuadas algumas considerações da literatura sobre a avaliação da atenção à saúde sexual e reprodutiva na APS. No segundo capítulo, resgatam-se os aspectos teóricos e históricos da avaliação da atenção à saúde considerados relevantes para a adequada compreensão do estudo proposto, discorrendo-se um pouco mais especificamente sobre as avaliações de implantação. Aspectos sobre o contexto do estudo estão descritos no terceiro capítulo, onde é caracterizada a organização da rede de serviços oferecidos no município de Juiz de Fora, considerando alguns entraves identificados por outras pesquisas sobre a atuação do município na atenção à saúde sexual e reprodutiva. O capítulo é concluído com a apresentação de alguns estudos relacionados à avaliação de tal atenção realizados em outros cenários.

Os objetivos gerais e específicos foram descritos no capítulo quatro. O caminho metodológico empreendido para a realização do estudo compreende o quinto capítulo, abrangendo o detalhamento do tipo do estudo, a apresentação do cenário, a estrutura

do modelo lógico, os parâmetros e fontes de informações selecionadas, as técnicas e abordagens da pesquisa quali-quantitativas utilizadas. No mesmo são descritas as etapas da coleta de dados e as análises quali-quantitativas utilizadas para identificar a conformidade e avaliar o grau de implantação.

Na sequência, os resultados do estudo são apresentados no sexto capítulo, considerando os objetivos referentes à descrição da conformidade da atenção à SSR, a classificação do grau de implantação, e as categorias referentes aos limites e potencialidades que atravessam a implantação da atenção à SSR, segundo a percepção dos profissionais e gestores das unidades da APS com ESF de Juiz de Fora. As reflexões sobre as potenciais influências do contexto organizacional no grau de implantação encerram este capítulo.

Os conhecimentos construídos e as considerações realizadas sobre os resultados encontrados com base no referencial teórico, nortearam a discussão desta pesquisa, descrita no sétimo capítulo. No oitavo e último capítulo, apresentamos algumas recomendações e devolutivas direcionadas aos atores envolvidos no processo de implantação da atenção à SSR no contexto de Juiz de Fora. Por fim, encerramos, com as considerações finais, pontuando aspectos que limitaram e potencializaram a pesquisa e dissertando sobre pensamentos e reflexões a serem discutidas por pesquisadores e profissionais de saúde que possuem interesse em produzir avaliações no âmbito da atenção à SSR.

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA DO ESTUDO

### 1.1 Saúde Sexual e Reprodutiva

#### 1.1.1 Marco Teórico-Conceitual

No início do século XX, na Inglaterra e nos Estados Unidos (EUA), a evolução científica, o processo migratório da população para os centros urbanos e a luta feminista por direitos ajudaram a promover movimentos em prol da contracepção (ALVES, 2006). Particularmente, o movimento feminista lutou pelo acesso aos meios contraceptivos, bem como pelo direito ao voto, à educação e ao trabalho.

Em 1912, Margareth Sanger, enfermeira americana, foi uma das pioneiras na defesa da legalização do planejamento familiar; em 1921, no Reino Unido, a feminista Marie Stopes abriu a primeira clínica voltada para esse planejamento, situada no norte de Londres (ARIE et al., 2009); posteriormente, nos anos 50, coube àquela enfermeira americana a iniciativa de criar a *Internacional Planned Parenthood Federation (IPPF)*<sup>4</sup>, dentre outras associações nacionais de planejamento familiar em vários países, estimulando a pesquisa científica sobre anticoncepção, que culminaram na obtenção dos recursos necessários para o desenvolvimento da primeiro contraceptivo oral, o Enovid®, cuja comercialização só ocorreu em 1960 (ALVES, 2006; ARIE et al., 2009).

O período de 1960 até o início dos anos 80 ficou conhecido como “A revolução sexual”, devido ao invento da pílula contraceptiva e do movimento “Paz e Amor”, fazendo com que, doravante, a relação entre sexualidade e reprodução nas sociedades contemporâneas sofresse modificações importantes (ARIE et al., 2009).

Nesta época, as transformações sociais de correntes da redução da mortalidade infantil e do desejo por uma família menor, acompanhadas das mudanças estruturais e institucionais na sociedade urbana e industrial, impulsionaram no Brasil a demanda por meios que regulassem a fecundidade; contudo, as políticas públicas vigentes até então estimulavam a natalidade.

---

<sup>4</sup> Federação Internacional de Planejamento Familiar.

O movimento em prol do planejamento familiar teve início em 1965, como um dos resultados da XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, realizada no Rio de Janeiro em 1965. Na época, alguns dos participantes do evento, aliados às personalidades da sociedade, decidiram fundar a Sociedade Civil Bem Estar Familiar (BEMFAM) (ARIE et al., 2009).

A BEMFAM, uma organização não governamental (ONG), ofertava assistência à contracepção através de clínicas próprias e suporte técnico à oferta de serviços de saúde da mulher na rede pública, através de nove programas integrados. Era também promotora de pesquisas na áreas de Demografia e Saúde e de avaliação de serviços. Em 1967, passou integrar quadro de associações afiliadas à IPPF (BRASIL, 1997).

As ações dessa Organização não são isentas de críticas, pelo contrário<sup>5</sup>. Entretanto, autores apontam que contribuíram para a queda da fecundidade, tornando-a propulsora dos embates nas discussões das políticas populacionais desenvolvimentistas, mas também de controle, no âmbito do Estado e das instituições de pesquisa presentes na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada em Bucareste (Hungria) em 1974 (ALVES; CORRÊA, 2003).

Segundo Alves (2006), somente na década de 70, a dinâmica macroeconômica da relação entre população e desenvolvimento e a regulação da fecundidade por meio do planejamento familiar passou a fazer parte das políticas do governo brasileiro. Todavia, as leis nacionais continuavam proibindo o aborto, a esterilização, e a propaganda e venda de métodos contraceptivos (ALVES, 2006; VIEIRA, 2003).

Desde então, uma série de questões que preocupavam a sociedade foram traduzidas nas expressões: “planejamento familiar”, “controle da natalidade”, “paternidade responsável”, “bem-estar da família”, “regulação da fecundidade”, “responsabilidade compartilhada” e “direitos reprodutivos”, que entraram na pauta acadêmica e política brasileira nas últimas décadas (ALVES, 2006).

De acordo com Alves e Corrêa (2003), a política demográfica concretizada na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1974 teve como proposta facilitar o acesso aos meios necessários à regulação da fecundidade e estimular a paternidade responsável, com enfoque principal nas famílias de baixa

---

<sup>5</sup> O aprofundamento das críticas relacionadas ao BEMFAM, ainda que reconhecidas pela pesquisadora, fogem ao escopo desta tese. Para maiores informações sobre tais críticas, sugere-se a leitura dos textos de Vieira (2003) e Alvarenga e Schor (1998)

renda. Esta política determinava que a decisão quanto à estrutura familiar seria atribuída ao casal, logo, somente a estes cabia decidir sobre a utilização de métodos anticoncepcionais (ALVES; CORRÊA, 2003).

Barzellato (1998) destaca a discussão acirrada na CIPD a respeito dos interesses dos países desenvolvidos em estimular o controle demográfico dos países em desenvolvimento, uma vez que, economicamente, era mais vantajoso distribuir os métodos contraceptivos do que ajudar a desenvolvê-los. O planejamento familiar era entendido como uma resposta preventiva ao aborto provocado e inseguro, bem como uma condição para a elevação do bem-estar.

Diante da ausência de política pública para atender a demanda das pessoas e dos casais por métodos contraceptivos, a BEMFAM passou a oferecer serviços de planejamento familiar e métodos contraceptivos para a regulação da fecundidade. Entre os anos de 1966 e 1975, esta organização expandiu suas atividades através de um conjunto de clínicas, muitas delas conveniadas com a rede médica e empresas (ALVES, 2006; BRASIL, 1997; MANDÚ, 2002;).

No contexto brasileiro, a atuação de controle da BEMFAM ocorreu de forma mais intensa na região Nordeste, ao passo que as classes média e alta da população tinham acesso ao mercado, embora as indicações da pílula fossem para regular disfunções hormonais (BARSTED, 2003). Contudo, a utilização do contraceptivo oral sem adequado acompanhamento ou assistência médica colocou a saúde da população feminina em risco (VIEIRA, 2003).

O debate sobre as questões demográficas culminou na criação, em 1977, do Programa de Saúde Materno-Infantil, tendo em vista a prevenção de gravidez de alto risco (FORMIGA FILHO, 1999). No final da década de 70, o recém-organizado movimento feminista brasileiro fomentou o debate público sobre as demandas reprodutivas e sexuais. Defendiam a regulação da fecundidade como direito de cidadania e reivindicavam o controle sobre o corpo, contestando os interesses controlistas e a assistência do Programa de Saúde Materno-Infantil focada no binômio mãe e filho (BARSTED, 2003). Em função da forte resistência por parte de setores expressivos da sociedade civil e de um sistema autoritário de governo, o movimento questionou o enfoque limitado deste programa vertical, cuja concepção estreita considerava a saúde da mulher apenas em seu papel materno (FORMIGA FILHO, 1999; GALVÃO, 1999).

Na época, as organizações que ofereciam o serviço de planejamento familiar faziam-no em uma perspectiva controlista, sem ofertar informações acerca do assunto ou mesmo prestar um atendimento de qualidade. O acesso facilitado a pílulas, códons e injetáveis tampouco cumpriam pré-requisitos para uso correto dos métodos anticoncepcionais. Logo, foi inevitável o surgimento das falhas contraceptivas, dos efeitos colaterais e dos problemas de saúde. As mulheres ficaram inseguras em relação aos métodos reversíveis e, em um contexto onde o aborto era ilegal e oferecia riscos à saúde, abriu-se espaço para oferta da esterilização cirúrgica. Nesse sentido, a contracepção definitiva se fortaleceu como uma “preferência entre as mulheres”. No Nordeste, os votos eram vendidos em troca do acesso à esterilização (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p.48).

Nesse cenário, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi formulado pelo Ministério da Saúde (MS), tendo com um de seus propósitos a correção das distorções nas indicações desnecessárias da contracepção definitiva (CORRÊA; ÁVILA, 2003).

Segundo Osis (1998), o PAISM pode ser considerado um marco na abordagem da saúde reprodutiva no contexto nacional, por ter sido a primeira política brasileira que contemplou oficialmente a SSR sob a perspectiva da integralidade. A autora destaca as influências da intensa discussão sobre universalidade e integralidade que vinha sendo realizada no âmbito do Movimento Sanitário, desde os anos 70, nas políticas de saúde dos anos 80, especialmente no PAISM.

O PAISM compreendeu a atenção à saúde da mulher durante todo o seu ciclo vital (não apenas durante a gravidez e lactação, como anteriormente) e voltado a todos os aspectos de sua saúde, incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, atendimento em casos de doenças ocupacionais e mentais, assistência ao planejamento familiar e tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, no parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de DST<sup>6</sup> (BRASIL, 1984a; ALVES, 2006).

Um dos objetivos importantes na implantação do PAISM foi corrigir e controlar a distorção observada em relação a alta demanda pela esterilização cirúrgica

---

<sup>6</sup> Os documentos governamentais vem substituindo essa expressão por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), uma vez que a mesma já é utilizada no âmbito internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pela sociedade científica e por alguns países. Outra justificativa apresentada pelo Ministério da Saúde é para alertar “a população sobre a possibilidade de ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas, o que aponta para estratégias de atenção integral, eficaz e resolutiva” (BRASIL, 2015, p. 13). Por esse motivo, nesse trabalho adotaremos a terminologia IST.



feminina, uma vez que não havia à época legislação específica para tal (CORRÊA; ÁVILA, 2003; BRASIL, 1984a). O Programa propôs que as atividades relacionadas à regulação da reprodução deveriam ser complementares às ações de saúde materno-infantil, tendo como objetivo proporcionar às mulheres acesso às informações aos meios contraceptivos que considerassem mais adequados, sem caráter coercitivo.

Segundo Formiga Filho (1999), o PAISM instituiu a concepção de integralidade na saúde das mulheres, assegurando-lhe assistência em todas as fases da sua vida, com objetivo de melhorar a saúde da população feminina. Propôs, ademais, para além da concepção e contracepção, ações educativas, diagnóstico, tratamento, recuperação e promoção da saúde. Trata-se de uma política que não estava atrelada a metas demográficas, isto é, sem intenção de diminuir ou aumentar as taxas de fecundidade do país, e sim com a proposta de assegurar o direito à saúde.

Em vista disso, a contracepção deveria ser inserida em uma abordagem integral, com acompanhamento médico, de forma a não causar riscos à saúde da mulher. No escopo das diretrizes do PAISM, foi explicitado que o planejamento familiar não deveria ser vinculado à solução de questões sociais e econômicas do país. Assim, as análises do contexto de lançamento e implementação do PAISM sugerem que este foi o mecanismo encontrado pelo governo brasileiro de dar conta, ao mesmo tempo, das pressões internacionais no sentido de regular a fecundidade e de manter posição contrária a uma intervenção de controle da natalidade, assumida nas Conferências Internacionais de População (CANESQUI, 1987; OSIS, 1998).

Desta forma, foi com base nos pressupostos da integralidade e equidade que nortearam a implantação do PAISM que o governo brasileiro elaborou a sua posição oficial sobre o planejamento familiar, defendido na segunda Conferência Internacional de População, realizada no México em 1984 (OSIS, 1998). Nesse evento, o planejamento familiar, concebido enquanto direito dos cidadãos e dever do Estado, deveria garantir informações e meios para a regulação da fecundidade no âmbito da assistência à saúde integral da mulher. Este tipo de enfoque foi importante para nortear os debates durante a elaboração da Constituição Federal de 1988, que no Art. 226, §7º, reforça o planejamento familiar como um direito do cidadão de ter acesso a tal assistência de forma livre e informada, portando os recursos necessários para o exercício desse direito (BRASIL, 1988).

Segundo Barzelatto (1999), nessa segunda Conferência, o argumento que condicionava o desenvolvimento econômico à queda da fecundidade foi questionado

pelos EUA, em uma aliança com o Vaticano, em razão da condenação religiosa do uso de métodos contraceptivos. Esta interferência religiosa foi responsável pelo atraso na implantação de políticas de planejamento familiar em diferentes países da América Latina, inclusive no Brasil. Por sua vez, os países pobres demandavam maiores recursos para as políticas de planejamento familiar, devido às dificuldades de ingerência do Estado em questões ligadas ao crescimento da população (BARZELATTO, 1999).

As discussões sobre saúde da mulher e saúde integral da mulher, tanto no Brasil quanto no mundo, evoluíram para os conceitos de “saúde reprodutiva” e “saúde sexual” adotados pela OMS, em 1988, para superar as noções de controle demográfico e do planejamento familiar (CORRÊA; ÁVILA, 2003). Destaca-se que, anteriormente, a definição de saúde apresentada pela OMS, em 1948, tinha sido considerada um avanço, por ampliar a concepção de saúde e nela incluir a saúde reprodutiva.

Na Terceira CIPD, realizada na cidade do Cairo (Egito) em 1994, as definições de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos da OMS foram consagradas no âmbito nacional e internacional (GALVÃO, 1999). Segundo Alvarenga e Shor (1998), o conceito de saúde sexual e reprodutiva ganhou amplitude no nível da prática, passando a ser reconhecido como uma área do campo da Saúde Pública.

No capítulo VII do relatório da Conferência do Cairo, intitulado “Direitos de Reprodução e Saúde Reprodutiva”, é trazida a seguinte definição de saúde reprodutiva:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio (NAÇÕES UNIDAS, 1994, p. 62).

A assistência à saúde reprodutiva incluída nesta definição contempla a oferta dos métodos contraceptivos; técnicas para o bem-estar reprodutivo e

aconselhamento; informação; educação; comunicação, e serviços de planejamento familiar, prevenção e tratamento das IST, inclusive HIV/Aids; serviços de assistência pré-natal, de parto seguro e de assistência pós-natal; prevenção e o devido tratamento da esterilidade; a prevenção do aborto e o tratamento de suas consequências; tratamento de infecções do aparelho reprodutivo; diagnóstico e tratamento de câncer de mama e cânceres do sistema reprodutivo; aconselhamento, além de assistência à saúde sexual, saúde materno-infantil e paternidade responsável (NAÇÕES UNIDAS, 1994).

Os direitos reprodutivos foram reconhecidos como direitos básicos de todo casal e de todo indivíduo, no sentido de:

[...] decidir livre e responsabilmente sobre o número, espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos. No exercício desse direito, devem levar em consideração as necessidades de seus filhos atuais e futuros e suas responsabilidades para com a comunidade (NAÇÕES UNIDAS, 1994, p.62).

Apesar desse avanço conceitual e da inclusão da saúde sexual na definição de saúde reprodutiva, os “direitos sexuais” foram retirados do documento final do relatório do Cairo, sendo posteriormente retomados durante a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada em Beijing (Pequim) em 1995, devido a influências da epidemia do HIV/Aids (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006).

Segundo Corrêa e Ávila (2003) e Corrêa, Alves e Januzzi (2006), o conceito de direitos sexuais é recente, considerando que sua formulação inicial ocorreu nos anos 90, no âmbito dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos, sendo posteriormente defendido pelos segmentos dos movimentos feministas.

Na declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher acima referida, o conceito de direitos sexuais foi reforçado como direito humano e fundamental de todos os casais e indivíduos, que devem decidir, de forma livre e responsável e que, portanto, deve ser exercido sem discriminação, coação ou violência. Além disso, aplicava-se a decisão individual e/ou do casal sobre quando e quantos filhos, e em que momento tê-los. Caberia ao Estado, sobretudo, dispor de informações, políticas e programas estatais e comunitários, enquanto meios para a

promoção da saúde sexual e reprodutiva e o planejamento da família (NAÇÕES UNIDAS, 1995).

Como parte desse compromisso a ser assumido pelo Estado, acrescenta-se à promoção de relações pautadas no respeito mútuo e na igualdade de gênero entre os homens e mulheres, garantia de acesso aos serviços de assistência à saúde sexual e reprodutiva e ao planejamento familiar, para que adultos e adolescentes tenham vivência segura e saudável da sexualidade e reprodução (NAÇÕES UNIDAS, 1995).

Elaboradas sob o mesmo ponto de vista, as conquistas inscritas nos documentos das conferências citadas recomendam a oferta de programas de saúde reprodutiva e sexual aos homens e mulheres sob a perspectiva da integralidade assistencial (GALVÃO, 1999). Entende-se que a integralidade, nesse sentido, objetiva garantir que toda população tenha acesso as ações de saúde, para que haja o fortalecimento e exercício dos direitos individuais, sexuais e reprodutivos.

Em 1999, Loren Galvão já sugeria a urgência das discussões conceituais sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil, tendo em vista implementá-los, ou seja sair do discurso teórico para sua efetivação na prática (GALVÃO, 1999) com qualidade, no âmbito dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

### 1.1.2 Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde

Esta seção tem o propósito de descrever brevemente as competências da APS no contexto da atenção à SSR. Apresenta-se uma breve contextualização desse nível de atenção no cenário nacional e, posteriormente, as competências que estão descritas nos manuais e protocolos do MS, direcionadas aos profissionais que atuam neste cenário do SUS.

Conforme descrito nos documentos governamentais, a atenção à SSR é uma das áreas prioritárias da APS no SUS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018a). Assim, nesse contexto recomenda-se o fortalecimento do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como a qualificação dos profissionais para o atendimento integral e resolutivo, segundo as necessidades dos usuários, das famílias e da comunidade (BRASIL, 2018a).

Um marco histórico na implantação do Cuidado Primário de Saúde foi Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão (na época uma das Repúblicas da extinta União Soviética).

Essa Conferência reafirmou a saúde como um direito fundamental do ser humano e recomendou que todos os países deveriam estabelecer a meta de melhorar os indicadores de saúde até o ano 2000, a fim de que toda população pudesse usufruir de uma vida social e economicamente produtiva (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). Estabeleceu, ainda, conceitos ampliados para Atenção Primária, definindo-a da seguinte forma:

Atenção Primária é a atenção essencial à saúde baseada na prática, cientificamente comprovadas, com métodos socialmente aceitos, com tecnologias universalmente acessíveis para indivíduos e famílias nas comunidades através de seu total envolvimento/participação e a um custo que as comunidades e países possam arcar para manter em cada um dos níveis de desenvolvimento o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Constitui-se como parte integral de um sistema de saúde de um país, do qual é o centro e principal foco para o completo desenvolvimento econômico e social da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde nacional trazendo o cuidado em saúde o mais próximo possível de onde as pessoas moram, vivem e trabalham, constituindo-se como primeiro elemento do processo contínuo de atenção em saúde (Adaptado e traduzido de DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. Declaration VI).

Posteriormente, a Conferência Europeia para Reforma do Sistema de Saúde de 1996 (WHO, 1996), realizada em Ljubljana (Eslovênia), reforçou o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como uma das prioridades para a reforma dos sistemas de saúde, propondo que estes necessitam ser:

[...] dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para proteção e promoção da saúde; centrado nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo [...] (STARFIELD, 2002, p. 19).

No contexto nacional, a trajetória da APS teve início ainda na década de 1970, com o processo de redemocratização do país, aliado a reivindicações do direito à saúde. À época, estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de Medicina Preventiva e Social engajaram-se no movimento sanitário para a implantação do SUS, com o propósito de reconhecer a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Segundo Escorel (1999), o SUS foi o principal propulsor da valorização da APS no cenário brasileiro.

Em 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (BRASIL, 1982), aprovado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), apresentou como proposta o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). A proposta pautava-se na articulação, organização e convênios entre as três esferas de governo em prol do fortalecimento de serviços básicos nos municípios (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Nesse sentido, as AIS, além de fortalecerem a APS, colaboraram com o engajamento e parcerias dos órgãos governamentais com as Universidades, para formulação e implementação de políticas públicas. Um exemplo da parceria foi a concepção ampliada de saúde, fortalecida pela produção científica da Medicina Social brasileira, que passou a ser referência para propostas de políticas de saúde em 1986 (PAIM, 1986).

A implementação das AIS ainda possibilitou a “ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros, como primeiro nível de atenção, ainda pouco articulado” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.43).

Concomitantemente à ampliação dos serviços básicos de saúde, entre 1984 e 1987, foram apresentados os Programas de Saúde da Mulher (PAISM) e de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). Para Giovanella e Mendonça (2012), ambos os Programas foram lançados como estratégia para consolidar a rede de serviços básicos de saúde, tendo servido de modelos para a criação de programas posteriores, voltados a grupos de risco, como os de idosos, adolescentes, portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, etc.

Ainda segundo as autoras citadas, a implantação do PAISM, com seu enfoque preventivo, contribuiu para investimento na atenção primária e seu fortalecimento, enquanto modelo de reorganização da atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Segundo Pinto e Giovanella (2018), a AIS foram uma das experiências que inspiraram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), regulamentado e instituído entre 1992 a 1997, reorientou a assistência ambulatorial e domiciliar através das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); enquanto pessoas inseridas na comunidade, esses agentes tornaram-se essenciais para atuar em prol do atendimento das necessidades de saúde da população, principalmente através de atividades educativas individuais e coletivas para a prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2001b).

No cenário internacional, a CIPD realizada no Cairo, em 1994, destacou o papel da APS na garantia da acessibilidade as ações de saúde reprodutiva e saúde sexual, direitos reprodutivos, planejamento familiar, ações de prevenção do HIV/Aids e IST; promoção da sexualidade humana e da igualdade nas relações de gênero (NAÇÕES UNIDAS, 1994).

No Relatório desta Conferência, a assistência primária de saúde foi considerada estratégica para a melhoria das condições de vida das mulheres e redução da morbimortalidade por causas evitáveis, contribuindo para o aumento no acesso à qualidade na atenção integral à saúde das mulheres. A integralidade da atenção incluía a oferta da assistência ginecológica, planejamento reprodutivo, atenção obstétrica e neonatal humanizadas (incluindo abortamento), violência doméstica, prevenção de IST/HIV/Aids e diminuição da morbimortalidade por câncer (NAÇÕES UNIDAS, 1994).

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, enquanto proposta para o fortalecimento da APS, objetivou “aumentar o acesso, garantir a resolutividade e favorecer a integralidade da atenção” (BRASIL, 2007, p. 9). O PSF foi definido como modelo de assistência à saúde com foco nas ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através do trabalho de equipes de saúde no nível da APS (SCOREL et al., 2007). Enquanto proposta, o Programa pretendia iniciar um processo de superação de uma lógica de atenção à saúde focada no tratamento, promovendo uma transformação do modelo assistencial (CAETANO; DAIM, 2002).

A partir de 1996, o PSF passa a ser considerado uma estratégia de mudança do modelo assistencial, “superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade”, passando a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (MELO et al., 2018, p. 40).

Nesse mesmo ano, a Norma Operacional Básica (NOB) 96<sup>7</sup> propunha a Saúde da Família como estratégia, representando um modelo de atenção abrangente, articulado com os demais serviços de saúde, para estimular a consolidação das propostas do SUS, sendo a assistência oferecida por equipe de caráter multiprofissional, pautada na integralidade e na participação da comunidade, com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área em consonância com a prioridade de interiorização do SUS (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Mesmo com a implantação da ESF, ainda permaneciam dificuldades políticas, técnicas e administrativas que impediam a efetiva implementação das ações direcionadas a saúde da mulher (BRASIL, 2004). Contudo, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), instituída em 2001, avançou no processo de regionalização da gestão no SUS, estabelecendo a garantia do acesso às ações básicas, como pré-natal, puerpério e planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino, como responsabilidades dos municípios na implantação das ações de saúde da mulher (BRASIL, 2001a).

Em 2006, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o propósito de consolidar a ESF e a atenção básica como porta de entrada do SUS (BRASIL, 2006b)<sup>8</sup>. A Política, orientada 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, detalha as modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família, Programa de Saúde na Escola (PSE), Saúde Bucal e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

---

<sup>7</sup> A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, intitulada “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”, foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.203 de 6 de novembro de 1996 (BRASIL, 1996b). Essa NOB apresenta “mecanismos para a mudança do modelo assistencial, via incentivos estabelecidos ao Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde” (AGUIAR, 2011, p. 80). A mesma marcou o início do processo de municipalização das ações e serviços em todo o País e contribuiu no processo de consolidação da Saúde da Família. Nesse sentido, como apontavam Levcovitz e Machado (2001), a municipalização da gestão do SUS se constituiu um espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes.

<sup>8</sup> A Política Nacional da Atenção Básica foi aprovada pela Portaria GM/MS nº 648, de março de 2006 (BRASIL, 2006b), que também estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).



Segundo a PNAB (BRASIL, 2006b), a atenção básica<sup>9</sup> deve ofertar um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, de prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção de saúde, nos âmbitos individual e coletivo. Tais ações devem ser ordenadas pelos princípios de “universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização” (BRASIL, 2006b, p. 10). Neste documento, não há menção explícita das ações de SSR e, de modo geral, é pontuada a oferta das ações educativas inseridas no processo de trabalho das equipes e, especificamente, a consulta de pré-natal e a realização do exame preventivo para prevenção do câncer do colo do útero, são descritos como indicadores de acompanhamento para fins de reajuste do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo (BRASIL, 2006b).

Em 2008, o Relatório Mundial de Saúde da Organização Pan – Americana da Saúde (OPAS), intitulado “Atenção Primária à saúde: Agora Mais do que Nunca”, deu novo impulso à revitalização da APS, reiterando seu papel na atenção integral, cobertura universal ao longo de todo ciclo vital, na saúde materno infantil e no planejamento familiar, como cuidados essenciais a serem oferecidos à toda população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

Melo e colaboradores (2018) ressaltam algumas modificações na segunda edição da PNAB, datada de 2011, principalmente no que tange ao financiamento federal, pois a mesma fomentou o Programa de Requalificação das Unidades Básicas (reformas, ampliações, construções e informatização), e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). São expressões desse esforço a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo), dentre outras. Cabe mencionar ainda que, no âmbito da atenção à SSR,

---

<sup>9</sup> No Brasil, em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária”, a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo governo, que inclusive assim denominou departamento específico dentro do Ministério da Saúde — Departamento de Atenção Básica à Saúde (DAB). Documentos oficiais, contudo, deixam claro que não se estabelece diferenciações entre esta e a Atenção Primária: “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 termos, os princípios e as diretrizes definidos neste documento (BRASIL, 2017b, p. 68). Discussões a respeito desse debate terminológico e das concepções que lhe seriam subjacentes fogem do escopo direto desta tese, e sugere-se a leitura dos artigos de Gil (2006), intitulado “Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro” publicado no Cadernos de Saúde Pública e o artigo de Mello, Fontanella e Demarzo (2009), denominado “Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e Diferenças Conceituais”, publicado na Revista de APS.

observa-se a descrição desta atenção no contexto do PSE, com enfoque na promoção e prevenção através da educação em saúde (BRASIL, 2011a).

Na terceira edição da PNAB, realizada em 2017, observa-se algumas descontinuações. Conforme destacam Melo e colaboradores (2018), a ‘humanização’ desaparece dos princípios, são reconhecidas outras formas de organização da APS para além da Saúde da Família e, quanto ao PSE, só é mencionada a questão do financiamento federal, sem maiores especificações. A atenção à SSR não está descrita, contudo, agregou-se no texto a proibição na AB de qualquer tipo de exclusão e discriminação de “idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras” (BRASIL, 2017b, p. 6). A inclusão destas condições no princípio de equidade da APS reforça que a oferta do cuidado deve considerar tanto as necessidades da população, como as diferenças e singularidades impostas pelas condições de vida e saúde.

Destaca-se que apesar da atenção à SSR não constar nos documentos da PNAB (BRASIL, 2017), a “abordagem à saúde sexual e reprodutiva: orientação individual e em grupos de métodos contraceptivos; gestão de risco; oferta e dispensação de insumos de prevenção” estão descritas na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde Brasileira, publicada em 2020 (BRASIL, 2020, p.11). Nesse sentido, cabe enfatizar o papel da APS na garantia da atenção à SSR e no fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção das IST/HIV/Aids (BRASIL, 2013a).

### 1.1.3 Ações da Saúde Sexual e Reprodutiva a serem desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde

Para avaliar se as ações propostas de serem implementadas ao nível da Atenção Primária estão sendo efetivamente implantadas no município de estudo, fez-se mister conhecer com certo detalhamento o que tem sido previsto para tal em termos governamentais e de políticas, de modo a facilitar o desenho metodológico da pesquisa desenvolvida.

Assim, com o propósito de descrever as ações previstas e o papel dos profissionais da APS na atenção à SSR, foi feito levantamento dos documentos disponíveis no *site* eletrônico do Ministério da Saúde (MS), em especial a página do antigo Departamento de Atenção Básica (DAB)<sup>10</sup>, e na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS/MS)<sup>11</sup>. A escolha desses espaços de busca levou em consideração que são páginas oficiais, que os profissionais possuem conhecimento de ambos os *sites* e que, portanto, disporiam de acesso a esses documentos, os quais *a priori* deveriam ser também objeto de divulgação das gestões estaduais e municipais e de estruturação de programas, ações e metas a serem atingidas. A busca foi realizada em janeiro de 2019.

Inicialmente, a busca na página eletrônica do DAB foi realizada através da leitura do título do documento, considerando a inclusão de todos os documentos disponíveis para acesso *on-line* com temáticas orientadas para a atenção à SSR. Já no *site* da BVS/MS, foi selecionado o filtro “Saúde Sexual e Reprodutiva”. Não foi utilizado nenhum intervalo temporal, buscando capturar publicações mais recentes e atualizações ao longo do tempo. Nesta fase da busca, os documentos que não estavam disponíveis para acesso *on-line* foram excluídos.

Os documentos foram selecionados mediante a leitura do título, sumário, quando existente, e das primeiras páginas, aplicando-se os seguintes critérios de inclusão: autoria do MS (ou de suas Secretarias e Departamentos), enfoque na SSR e explicitação dos profissionais e gestores da APS como um dos públicos alvo da publicação, uma vez que as ações de saúde sexual e reprodutiva são consideradas prioritárias e uma das responsabilidades deste nível de atenção.

Foram excluídos documentos que orientavam, específica e tão somente, a conduta do cuidado no pré-natal, pois considerou-se que, apesar de ser uma dimensão da atenção à SSR, os documentos não possuíam enfoque específico para a atenção à SSR no pré-natal.

Ao final, foram selecionados sete documentos no site do DAB e 16 na BVS/MS, totalizando 23 documentos. Duas duplicações foram excluídas; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher não foi incorporada porque, apesar de incluir a atenção à SSR, a mesma não é o foco principal do documento, assim como não se

---

<sup>10</sup> Acessada a partir do link <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>

<sup>11</sup> Acessada a partir do link: <http://bvsmms.saude.gov.br/>

incluiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, pelo mesmo motivo.

Desse modo, 19 documentos foram analisados, buscando examinar suas principais características, descritas na sequência, e sintetizar as principais serviços e atribuições da APS na atenção à saúde sexual e reprodutiva, consolidadas no quadro 1, disposto mais adiante.

As publicações foram realizadas entre 1996 e 2018. Cerca de 63% concentraram-se no período entre 2005 e 2013. Como possíveis explicações para essa concentração, listam-se a incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos como uma das prioridades do governo em 2005 e a elaboração de manuais técnicos como uma das diretrizes propostas para garantir o direito de homens e mulheres, adultos e adolescentes à SSR.

Observou-se também que os documentos disponibilizados pelo MS assumiam diferentes formatos: documentos de políticas específicas, notas técnicas e manuais, cartilhas e Cadernos de Atenção.

Para alcançar o cuidado universal e equânime a todos os indivíduos, os documentos e normativas ampliam o leque de atuação dos profissionais da APS na atenção à SSR, explicitando que a assistência deve ser oferecida para todos, sejam eles mulheres e homens que desejam ou não ter filhos, adolescentes, adultos e idosos que residam nas zonas urbana, rural e/ou indígena, portadores de deficiência e outros, independentemente de sua orientação sexual e /ou identidade de gênero, crença religiosa e/ou cor de pele.

A todos, recomenda-se que os profissionais da APS devem atender com conduta ética e promover, prover, organizar, facilitar e garantir o acesso de toda população, seja nas unidades de saúde e/ou em escolas, às ações direcionadas para a atenção à SSR.

Como pode ser visto no quadro 1 presente na página subsequente, o escopo previsto das ações de atenção à SSR na APS é abrangente, em termos de atividades e populações alvo. Incluem atividades educativas e clínicas, de diagnóstico, tratamento e encaminhamento para outros serviços de saúde, bem como a oferta de aconselhamento pré-concepcional; aconselhamento pré e pós-teste para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); atendimento aos casos de disfunções sexuais; aconselhamento contraceptivo e ações regulares de planejamento reprodutivo e oferta de métodos contraceptivos e de anticoncepção de emergência; orientação e

acompanhamento dos usuários de métodos contraceptivos; estímulo a atividades que abordem conteúdos de saúde sexual, diversidade sexual, relações sociais de gênero (machismo, orientação sexual), prevenção de HIV/Aids e demais IST - hepatites virais, sífilis, Papiloma Vírus Humano (HPV), entre outras; realização de diagnóstico e acompanhamento dos casos de HIV/Aids e demais IST; realização de exames para testagem de HIV e triagem de outras IST; nos casos positivos de HIV, busca ativa para comunicação, notificação e encaminhamento para tratamento em unidade de referência, mantendo o acompanhamento dos casos; tratamento sintomático, notificação e investigação dos casos de IST, incluindo as parcerias sexuais.

Quadro 1 - Síntese das atribuições da Atenção Primária à Saúde em Saúde Sexual e Reprodutiva, segundo políticas, manuais técnicos e recomendações do Ministério da Saúde (continua)

Ano	Nome do documento	Atribuições da APS na atenção à saúde sexual e reprodutiva
1996	Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996 (Lei do Planejamento Familiar)	As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção integral a mulher, homem e ao casal, e acesso às atividades básicas: I - a assistência à concepção e contracepção; II - o atendimento pré-natal; III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis; V- o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis.
1999	Política Nacional de DST/Aids: princípios, diretrizes e estratégias	Preconiza a oferta de ações na rede básica de saúde, como atividades de prevenção e controle Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/HIV/Aids na comunidade; testagem e aconselhamento pré e pós-teste HIV; referência de casos de HIV/Aids para os Serviço de Atenção Especializada; realização de diagnóstico e tratamento sindrômico das DST.
2005	Direitos sexuais e Direitos reprodutivos: uma prioridade do governo	Propõe a disponibilização da pílula anticoncepcional de emergência na Atenção Primária à Saúde, capacitação dos profissionais de saúde para assistência em planejamento familiar, ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, acesso aos métodos contraceptivos na atenção básica, promoção à saúde sexual e reprodutiva, prevenção e assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids e atenção à saúde reprodutiva. Reforça a importância das ações educativas, mencionando a parceria com o Departamento de Atenção Básica e com o Programa Nacional de DST/Aids. O Planejamento Familiar é um direito sexual e reprodutivo, sendo publicado em 2002 um documento denominado Assistência em Planejamento Familiar – manual técnico, elaborado para auxiliar no desenvolvimento das ações.
2005	Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida	Preconiza que a Atenção Primária à Saúde seja a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto.
2006	HIV/Aids, hepatites e outras DST - Cadernos de Atenção Básica nº. 18	Ressalta a importância da Atenção Primária à Saúde para controle de Doença Sexualmente Transmissível (DST) e Aids, através de atividades educativas de promoção à saúde e prevenção; aconselhamento para testes diagnósticos e adesão à terapia; diagnóstico precoce de DST, HIV, hepatites e Vírus T-Linfotrófico Humano do Tipo 1; tratamento adequado das DST; encaminhamento dos casos que transcendem Atenção Primária, acompanhamento conjunto; prevenção da sífilis congênita e transmissão vertical do HIV; manejo dos indivíduos em uso nocivo de drogas.
2009	Nota técnica nº 13/2009/ Gabinete/ Programa Nacional de DST/Aids/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde	Recomenda a ampliação do acesso ao preservativo masculino na Atenção Primária à Saúde, bem como a desvinculação da prescrição para oferta do preservativo; não obrigatoriedade de solicitação de documento de identificação e controle da dispensação do preservativo; desvincula o fornecimento de preservativo à participação obrigatória em palestra ou reuniões; recomenda a identificação da população vulnerável e a ofertar preservativo masculino na unidade e na visita domiciliar.

Quadro 1 - Síntese das atribuições da Atenção Primária à Saúde em Saúde Sexual e Reprodutiva, segundo políticas, manuais técnicos e recomendações do Ministério da Saúde (continuação)

Ano	Nome do documento	Atribuições da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde sexual e reprodutiva
2010	I Seminário Nacional de Saúde: direitos sexuais e reprodutivos e pessoas com deficiência / Direitos Sexuais e Reprodutivos na Integralidade da Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência Série B. Textos Básicos de Saúde	É competência da Atenção Primária à Saúde: Promover a atenção à saúde sexual e reprodutiva das pessoas com deficiência; Garantir acesso ao planejamento reprodutivo; disponibilizar para às pessoas com deficiência os métodos contraceptivos existentes no Sistema Único de Saúde; Garantir a mulheres com os diferentes tipos de deficiência a assistência no pré-natal, parto e puerpério; Garantir o acesso aos exames preventivos em saúde sexual e à saúde reprodutiva às mulheres e homens com diferentes tipos de deficiência; Proporcionar orientação, educação e informação sobre saúde sexual e à saúde Reprodutiva, incluindo o pré-natal, parto e puerpério; Desenvolver ações específicas para adolescentes e jovens com deficiência, em instituições sócio-educativas de privação de liberdade, particularmente abordando questões de violência e abuso.
2010	Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	Recomenda a Atenção Integral à Saúde Sexual e à Saúde Reprodutiva; favorecer a participação ativa e integrada dos parceiros, baseada no respeito e no consentimento mútuos e na divisão de responsabilidades sobre os comportamentos sexuais e suas consequências; oferecer informações claras e atuais sobre riscos de infecção, transmissão vertical, desenvolvimento de ações educativas preventivas que diminuem a vulnerabilidade; as informações sobre os métodos contraceptivos e preservativos, serviços de contracepção e planejamento familiar devem ser disponibilizados; assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, assegurada, de modo irrestrito e direcionada para as necessidades das adolescentes grávidas, seus parceiros e suas famílias, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de maneira saudável; a abordagem deve respeitar a autonomia dos adolescentes e jovens, dentro dos princípios da confidencialidade e da privacidade.
2011	Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 — Rede Cegonha	Assegurar a realização de pré-natal na Atenção Básica com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das Doença Sexualmente Transmissível /HIV/Aids e Hepatites; e acompanhamento da puérpera e da criança com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; orientação e oferta de métodos contraceptivos;
2012	Portaria nº 77, de 12 de Janeiro de 2012 - Testes rápidos na APS	Recomenda a realização de testes rápidos para o diagnóstico de HIV e detecção da sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. Especifica que o teste deverá ser realizado por profissionais da saúde de nível superior, devidamente capacitados.
2012	Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica	Implementar na Atenção Básica estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva. Realizar a captação precoce, acolhimento e oferta dos testes, até a entrega do resultado e, caso necessário, encaminhamento para outro serviço de referência, bem como o seguimento de seu tratamento. Cada Unidade de Saúde deverá ter, no mínimo, um profissional de saúde de nível superior para realizar os testes rápidos.

Quadro 1 - Síntese das atribuições da Atenção Primária à Saúde em Saúde Sexual e Reprodutiva, segundo políticas, manuais técnicos e recomendações do Ministério da Saúde (continuação)

Ano	Nome do documento	Atribuições da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde sexual e reprodutiva
2013	Caderno de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva	Define como papel da Atenção Primária à Saúde (APS) a promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, a partir da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, com foco em mulheres e homens. Lista como atribuições, a discussão dos ciclos de respostas sexuais; abordagem de disfunções sexuais e das parafilias; oferta de informações e métodos para contracepção e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids; ações em caso de violência sexual. São atividades a serem desenvolvidas na APS: aconselhamento, educação em saúde, atendimentos clínicos, prevenção e tratamento de DST, prevenção de Aids, identificação e encaminhamento de cânceres dos órgãos reprodutivos.
2013	Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica — Guia Técnico	Lista como aspectos a serem observados: a realização do diagnóstico precoce da gravidez para início do pré-natal em tempo oportuno; identificação de situações oportunas para uso de anticoncepção de emergência; orientação para planejamento reprodutivo; acolhimento e o atendimento de mulheres adultas, jovens e adolescentes e casais em situação de gravidez indesejada; identificação e atendimento de mulheres adultas, jovens e adolescentes em situação de violência sexual; orientação para mulheres e casais com dificuldades conceptivas; identificação de situações de exposição ao risco de infecção por DST, HIV, e hepatites virais com oferta dos testes rápidos para a mulher e parceria sexual.
2013	Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes	Estabelece que as equipes de Atenção Básica realizem os testes rápidos para o diagnóstico de HIV e para a triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. Devem ofertar aconselhamento e reorganizar o processo de trabalho de modo a incorporar a execução dos testes rápidos na rotina da equipe, e adotar documentação para garantir o registro de todas as etapas do processo.
2016	Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres	Lista como ações a serem devolvidas na Atenção Básica: Realizar o acolhimento por equipe multiprofissional; exame físico geral e específico segundo critérios de elegibilidade do método contraceptivo. Ofertar educação em saúde e aconselhar sobre do preservativo masculino e feminino. Atender aos casais soro discordantes. Orientar sobre a escolha do método anticoncepcional e contraceptivo de emergência. Orientar e aconselhar, responsabilizar a figura masculina na anticoncepção. Atender usuária ou do casal em possibilidade ou confirmação de gravidez indesejada. Aconselhar a mulher ou do casal que planeja a gravidez – auxílio à concepção. Auxiliar nos casos de problemas na contracepção.



Quadro 1 - Síntese das atribuições da Atenção Primária à Saúde em Saúde Sexual e Reprodutiva, segundo políticas, manuais técnicos e recomendações do Ministério da Saúde (conclusão)

Ano	Nome do documento	Atribuições da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde sexual e reprodutiva
2017	Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica	Destaca o papel da Atenção Primária à Saúde na oferta das práticas educativas na unidade e nas escolas, apoiando as ações no planejamento reprodutivo, no pré-natal e nas consultas após o parto, à proteção e à promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva. Ofertar acolhimento aos adolescentes. Dispensar, com acesso facilitado, o preservativo. Incluir, no planejamento reprodutivo de adolescentes, um forte e sistemático componente educativo, com enfoque de gênero, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos e da corresponsabilidade masculina nos eventos sexuais e reprodutivos, respeitando a diversidade sexual. Ofertar consulta, com médico/enfermeiro para a escolha do método contraceptivo. Orientar e esclarecer sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, inclusive os naturais. Orientar e apoiar adolescentes que têm relações homoafetivas e que desejam engravidar. Ações educativas devem ter enfoque de gênero, das diferentes orientações sexuais, e uma abordagem positiva da sexualidade e incentivar a construção de relações igualitárias e respeitadas entre as pessoas. Na consulta individual e nas atividades de grupo, abordar autoconhecimento do corpo, orientar e apoiar adolescentes que são soropositivos para o exercício da sexualidade e da vida reprodutiva. Orientar quando é recomendada a utilização da anticoncepção de emergência.
2018	Saúde sexual e saúde reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado	Refere que a Atenção Básica tem, como uma de suas áreas de atuação prioritárias, a atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva, devendo esta ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. As unidades devem ser referência para que os homens busquem informações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, os insumos disponíveis e a participação de atividades relacionadas ao tema. Devem ser oferecidas vacinações, realização de exames (como hemograma, testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites B e C), consultas, planejamento reprodutivo, pré-natal do parceiro, entre outras. Este nível de atenção deve disponibilizar método(s) contraceptivo(s) e insumos para o sexo seguro, como vasectomia, preservativos femininos e/ou masculinos, lubrificantes, materiais de informação e educativos. Desenvolver ações de prevenção e tratamento de Doença Sexualmente Transmissível e HIV/Aids.
2018	Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva	Relata que a Atenção Básica deve ofertar ações de educação em saúde no planejamento reprodutivo. Facilitar o acesso de adolescentes ao teste rápido de gravidez na unidade. Oferecer teste rápido e aconselhamento sobre sífilis e HIV/Aids, como oportunidades de reforçar a prevenção entre adolescentes em geral e facilitar o atendimento preventivo, tratamento e cuidados para aqueles e aquelas que se descubram vivendo com HIV ou Infecção Sexualmente Transmissível. Oferecer atenção integral à adolescente grávida e sua parceria.
2018	Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança	Recomenda envolver os homens nas consultas de planejamento reprodutivo, no pré-natal, no parto e na amamentação; no compartilhamento com a parceira dos cuidados com o desenvolvimento da criança e as tarefas domésticas; esclarecer suas dúvidas em relação aos seus direitos trabalhistas, ampliação da licença-paternidade e em relação aos seus direitos em acompanhar a parceira nas consultas de pré-natal, nas consultas dos filhos e os benefícios que esse envolvimento pode trazer para o homem, sua família, comunidade e para a empresa em que trabalha.

Fonte: A autora, 2019. Elaboração a partir dos documentos citados.

#### 1.1.4 Avaliação da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde: algumas notas preliminares

Esse tópico revisa e discorre brevemente a respeito de algumas pesquisas sobre a temática em tela realizadas no âmbito da APS, algumas das quais trouxeram subsídios ao desenvolvimento do modelo lógico e de algumas estratégias propostas na metodologia desta tese, disposta mais à frente.

No contexto nacional, até a década de 1960, os programas de planejamento familiar foram avaliados somente por indicadores quantitativos, e considerados ineficazes por não terem promovido a melhoria da saúde das mulheres nem de sua qualidade de vida. Este período foi marcado pela falta de preocupação com a qualidade, traduzida na falta de escolhas livres, deficiência de informações, gravidez não planejada por uso inadequado do método contraceptivo, e condutas antiéticas de esterilização (MARGARITA DÍAZ; JUAN DÍAZ, 1999).

Como exemplo disso, destacam-se as pesquisas realizadas com apoio da BEMFAM em 1986 e 1997. A primeira pesquisa, realizada em âmbito nacional e intitulada “Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar”, teve como objetivos conhecer a realidade brasileira do planejamento familiar, reprodução humana e da atenção à saúde materna-infantil e representou, na visão do governo federal, um marco para a avaliação e redefinição das atividades ofertadas pelas instituições não governamentais e, também, por aquelas desenvolvidas pelo Governo (BRASIL, 1987).

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996 pela BEMFAM, produziu estimativas de taxas demográficas, particularmente as taxas de fecundidade e de mortalidade infantil, indicadores de saúde reprodutiva e de saúde da criança, em nível nacional, urbano e rural. As populações entrevistadas de mulheres e homens oportunizou entender as perspectivas, atitudes e práticas relacionadas ao planejamento familiar, Aids e outros tópicos da saúde reprodutiva (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997).

Depois da implantação do PAISM, a realização das pesquisas avaliativas também pretendia contribuir para melhoria da qualidade da assistência. O Programa apresentava, como um de seus objetivos, instituir a avaliação de desempenho dos

serviços, assistência, programas ligados às ações de SSR, também sob a perspectiva qualitativa (BRASIL, 1983; 2004; 2011c).

Com a promulgação da Constituição Federal e a criação do SUS, as ações de avaliação como um todo assumem maior relevância para o sistema de saúde. Segundo a Lei Orgânica do SUS nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a avaliação das ações e serviços de saúde é uma das atribuições da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1990). A institucionalização dessa avaliação, contudo, ainda era (e é) um processo em construção, mesmo passados tantos anos de criação do Sistema, porque

[...] A implantação de políticas de avaliação é quase sempre permeada de certa resistência, geralmente associada ao sentimento de que as evidências produzidas e o conhecimento mais ampliado de informações possam acarretar mudanças, aumento da cobrança e do volume de trabalho, punições ou perda de poder (FELISBERTO et al., 2010, p. 1080).

Mesmo reconhecendo esses desafios, deve ser deixado claro que a implantação do SUS foi um dos fatores colaboradores para a constituição do espaço social de relações entre pesquisadores, técnicos e gestores interessados em realizar avaliações de programas de saúde, conforme destacaram Furtado e Vieira-da-Silva (2014). Os autores ainda mencionam a indução exercida pelo financiamento de instituições internacionais, expressa nas exigências de avaliação de projetos como outro fator importante para a inserção de práticas avaliativas no SUS. Desse modo, a

[...] organização e estruturação do SUS no país, que resultou na formulação e implantação de políticas setoriais e globais que requeriam avaliação dos seus resultados, ao lado da própria constituição do espaço da Saúde (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 2646).

No tocante à Atenção Primária, cabe ainda a menção que, a partir de 2003, o Ministério da Saúde desenvolveu a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2005a), a partir do reconhecimento da incipiência dessas práticas com o objetivo de institucionalizar a avaliação no âmbito deste nível de atenção no SUS (FELISBERTO et al., 2009).

A relevância dessa iniciativa é ressaltada por Felisberto (2004), ao afirmar que, usualmente, para a institucionalização da avaliação dos sistemas de saúde, é

necessário investir e qualificar a Atenção Básica, promover a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade). Ao mesmo tempo, o autor enfatiza que a inserção da avaliação na rotina dos serviços só ocorrerá por meio da implantação de uma cultura avaliativa, sendo relevante a inclusão dos diferentes grupos envolvidos no processo (profissionais, usuários, gestores), para potencializar e renovar a avaliação no cotidiano.

Especificamente no que tange ao campo da atenção à SSR, destaca-se que a avaliação como atribuição governamental foi reforçada pela proposta de ação da Conferência do Cairo (NAÇÕES UNIDAS, 1994), a qual recomendou o investimento em avaliação das políticas e programas que envolvessem questões demográficas, aspectos da saúde reprodutiva, planejamento familiar e saúde sexual. O plano de ação enfatizava a importância da aplicação das dimensões da qualidade e do acesso nas avaliações, reforçando a inclusão das perspectivas de usuários dos serviços e dos profissionais, como forma de contribuir e ampliar a participação da comunidade no processo avaliativo.

Para instituir a avaliação da SSR no SUS, enquanto um sistema formal de indicadores aliado a estratégias metodológicas qualitativas era essencial. Nesse sentido, considerando o plano de ações propostas no Cairo, da Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americana e do Caribe (RSMLAC), composta por sete países (Brasil, Chile, Colômbia, México, Nicarágua, Peru e Suriname), tornou-se uma iniciativa considerada pioneira no âmbito da avaliação e monitoramento das ações de SSR. A Rede deu origem à base de dados ATENEA, composta por indicadores de contexto (marcos jurídico-normativos); de processo (capacidade institucional, alocação de recursos, estratégias de sensibilização da opinião pública); de impacto e de transparência (consistência, veracidade, adequação, periodicidade e facilidade de obtenção da informação) (VILLELA, 2006).

Pesquisadores de um grupo de instituições nacionais de ensino e pesquisa, em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), elaboraram um instrumento de comunicação e monitoramento das ações de SSR, aplicável a uma perspectiva local (municipal), para ser usado por gestores, profissionais e comunidade. Esta proposta viabilizou a criação de indicadores de saúde sexual e reprodutiva para o monitoramento e avaliação, que foram distribuídos entre seis temáticas operacionais: (i) prevenção da gravidez e de DST/Aids; (ii) gravidez, pré-

natal, parto e puerpério; (iii) ocorrência de DST/Aids; (iv) doenças do trato reprodutivo; (v) violência; e (vi) disponibilidade e acesso a serviços e insumos (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

Sob a perspectiva da avaliação da qualidade da atenção à SSR, Mandú (2005) complementa inserindo outras possibilidades e critérios para serem examinados, como as ações de assistência e vigilância à saúde da mulher<sup>12</sup> (acolhimento, atendimento individual, educação em saúde, as práticas de informação e intercomunicação, ações setoriais e intersetoriais); a organização da atenção à saúde e à saúde da mulher (acesso às ações, agenda e calendário de atividades, fluxograma de atenção, padrões de registro e protocolos, infraestrutura física e insumos, recursos humanos, condições de biossegurança, e presença de referência e contra referência); as ações gerenciais, de um modo geral, e as específicas em saúde da mulher (liderança, capacidade gerencial, práticas locais de planejamento, monitoramento e avaliação da atenção, investimentos na qualificação permanente) e a produção de dados e informações (articulação ao sistema de informação, qualificação de fontes, divulgação e uso de informações, apoio às decisões).

Barbosa e colaboradores (2009) chamam a atenção para o déficit de estudos avaliativos voltados à implementação e resultados da saúde sexual e reprodutiva, diante do considerável número de intervenções que abrange tal assistência. As autoras fazem esse alerta em um número temático suplementar sobre avaliação em saúde sexual e reprodutiva, publicado pelo Caderno de Saúde Pública<sup>13</sup>. O acesso e serviços que atendem pessoas com HIV/Aids, o Programa Nacional de DST e Aids, a cobertura do teste Papanicolau e de mamografia, a qualidade do atendimento ginecológico, assistência em contracepção, violência de gênero e aborto foram alguns dos temas abordados pelos estudos avaliativos nesse número temático do periódico.

Dentre diversos trabalhos mais recentes com foco nas ações da SSR (NAGAHAMA, 2009; FERRAZ; NEMES, 2009; DE SÁ FIUZA et al., 2015; FRANK et

---

<sup>12</sup> Apesar do enfoque direcionado para a saúde da mulher, os critérios propostos podem ser utilizados para pensar na avaliação de serviços sob uma perspectiva abrangente da atenção à SSR. Desse modo, alguns critérios de processo e estrutura foram utilizados na elaboração do modelo lógico e dos critérios empregados na avaliação realizada nesta pesquisa.

<sup>13</sup> Em 2009 o volume nº25 da edição suplementar nº 2 da revista Cadernos de Saúde Pública, publicou 13 artigos de bolsistas e docentes dedicados à "Avaliação em Saúde Sexual e Reprodutiva". No editorial desse número, Barbosa et al. (2009) reiteram a importância da avaliação para a racionalidade das intervenções voltadas à SSR, principalmente a avaliação de implementação e dos seus resultados.

al., 2016; MONTALVÃO, 2017), considera-se interessante destacar o estudo avaliativo realizado em unidades da APS de 645 municípios do estado de São Paulo, pela sua abrangência e escopo da pesquisa. O trabalho utilizou dados da Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em Municípios do Estado de São Paulo (QualiAB), relacionados a três dimensões da SSR: promoção, prevenção e assistência às DST/Aids, e atenção à saúde reprodutiva. Tais dimensões contemplaram um total de 99 indicadores, os quais envolveram 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 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 (NASSER, 2015).

Os resultados e a análise da pesquisa avaliativa supracitada foram publicados em 2017 (NASSER et al., 2017) e destacaram a aplicabilidade da avaliação para a organização do trabalho e a promoção do diálogo a respeito das práticas de atenção nos serviços, como aspectos que contribuem com a gestão do programa de SSR na APS. Os autores pontuaram ainda a importância do investimento em treinamento e da construção de ferramentas de trabalho.

Avaliação da implantação das ações do pré-natal no âmbito da Rede Cegonha na Atenção Básica, realizada em Palmas (Tocantins), destacou questões do contexto, da estrutura e do processo de trabalho que favoreceram a implantação. As ações foram consideradas implantadas parcialmente, sendo essa classificação justificada pela necessidade de investimentos em ações de educação permanente em saúde, melhoria da agilidade na oferta de teste rápido para sífilis na primeira consulta, oferta de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) e garantia do acesso e tempo oportuno para o teste rápido para detecção da sífilis (MONTALVÃO, 2017).

A qualidade da assistência do planejamento familiar nas unidades da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros (MG) foi objeto de um estudo avaliativo que considerou a estrutura, organização e assistência de 52 ESF do município (DE SÁ FIUZA et al., 2015). Através da análise desses componentes, a qualidade foi classificada como intermediária. A pesquisa destacou também a necessidade de investimento na estrutura física e disponibilidade de equipamentos e insumos (DE SÁ FIUZA et al., 2015).

Ferraz e Nemes (2009) avaliaram a implantação das atividades de prevenção das DST/Aids na atenção básica da Região Metropolitana de São Paulo. A avaliação possibilitou listar questões que potencializaram e /ou limitaram a implantação. Essa análise produziu informações consideradas essenciais para a promoção de mudanças e reformulação de práticas.

Os estudos avaliativos citados acima e vários outros contribuíram na produção de informações em saúde sexual e reprodutiva, reforçando as possibilidades de parceria entre Estado e sociedade civil na proposição, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas desenvolvidas no SUS.

Ressalta-se, ainda, que a avaliação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva é um tema atual, enquanto propostas pactuadas e assumidas pelo país para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nº 3 (Saúde e Bem-Estar) e nº 5 (Igualdade de Gênero), para assegurar qualidade e promover o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva no país (MACHADO FILHO, 2017).

Por fim, reconhecendo as fragilidades no planejamento do setor saúde no país e as condições, incluindo financeiras, cada vez mais difíceis relacionadas ao SUS, Tanaka (2017) comenta sobre as possibilidades e o papel da avaliação em saúde no futuro próximo. Segundo o autor, a avaliação é atualmente um instrumento de formulação de políticas e que tenderá a ter seu uso ainda mais legitimado, diante das fragilidades, da crise financeira e da pressão crescente da população por políticas sociais.

O capítulo seguinte dedica-se a explorar alguns aspectos teóricos e metodológicos relacionados à avaliação em saúde, com destaque para a avaliação de implantação, que orientou a construção desta pesquisa.

## 2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Neste capítulo, é apresentado um breve histórico da avaliação, considerando a delimitação do período histórico proposto por Brousselle et al. (2011) através do recorte de gerações, conforme propuseram Guba e Lincoln (1989). Na sequência, são apresentadas algumas definições relevantes para a avaliação em saúde, tais como foco, componentes da intervenção, objetivos, tipos de análises e outros aspectos pontuais relevantes para o desenvolvimento da pesquisa proposta. A avaliação de implantação está descrita em tópico à parte, pelo fato de ser o tipo de análise aplicada no estudo desenvolvido, sendo apresentados autores, conceitos, objetivos e aplicações mais correlacionados a este tipo de avaliação.

### 2.1 Breve histórico

Ainda que avaliar sempre tenha sido parte das atividades humanas, a avaliação em saúde, enquanto disciplina teórico-metodológica e campo de práticas, tem se expandido de maneira progressiva ao longo das últimas décadas. A construção do conhecimento sobre avaliação deu-se paulatinamente, com os avanços teóricos e a introdução de métodos aliados ao compartilhamento de experiências. Essa construção ocorre de forma contínua, na medida em que a avaliação se consolida tanto na área da saúde quanto em outras áreas do conhecimento.

Brousselle et al. (2011) sistematizaram o processo da consolidação e evolução do conhecimento da avaliação em quatro “gerações” propostas por Guba e Lincoln (1989) em seis diferentes períodos da história, exploradas brevemente na sequência e apresentadas ao final, na forma do quadro 2.

A primeira geração é dividida em dois períodos. O primeiro deles, denominado pelos autores como Reformismo (1800-1900), tinha como característica principal a “tentativa de institucionalizar e elaborar um conjunto de políticas de caráter social” (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 20). Seu pioneirismo estava no estabelecimento de medidas e testes padronizados para avaliar o desempenho e possibilitar comparações, na utilização de resultados como critério de avaliação, e no



uso de métodos de coleta de dados sistematizados e de métodos estatísticos para obtenção de resultados.

No outro período dessa primeira geração, de 1900 a 1930, a avaliação foi caracterizada pela ênfase na Eficiência e Testagem, passando a produtividade a ser utilizada como instrumento para mensurar a qualidade na estrutura e processo, avaliação normativa e análises quantitativas.

A segunda geração (1930-1957) dá início à avaliação formativa e à avaliação de programas, “para determinar em que medida um programa atingiu seus objetivos” e fornecer informações para aprimorá-lo (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 27). O foco, que antes estava no indivíduo, passa ser a estrutura do programa, que começa a ser descrito e melhor compreendido em seu conteúdo, identificando potencialidades e fragilidades e, por fim, permitindo recomendações de melhorias ao mesmo. Nesta geração, a medida está a serviço da avaliação e a descrição da intervenção, incluindo seus aspectos qualitativos, são algumas das características desta fase (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A terceira geração é também dividida em duas fases: a de expansão (1957-1972) e a de profissionalização e institucionalização (1973-1989). A primeira é caracterizada pelo julgamento na avaliação, ou seja, o avaliador visto como juiz, começa a referenciar o valor e mérito do objeto avaliado e, então, explicita padrões de julgamento para auxiliar a tomada de decisão. Nesta fase, a avaliação passa ser considerada uma necessidade e a ter maior legitimidade em prol de racionalizar recursos, controlar custos para manter o acesso, a qualidade e assegurar a continuidade da intervenção (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Já na segunda fase, a abordagem pragmática da avaliação é valorizada, ou seja, a participação dos que utilizam ou são favorecidos pela avaliação é considerada, tendo em vista a maior utilização dos seus resultados. A necessidade de publicar dados das avaliações e a criação de associações de profissionais<sup>14</sup> comprometidas com a pesquisa avaliativa, bem como a elaboração de instrumentos e guias avaliativos e códigos de ética, reforçaram a institucionalização da profissionalização da avaliação, cuja ascensão se deu com o aumento de oportunidades de trabalho neste campo. Nessa fase em que a avaliação é concebida como uma alternativa para o ganho de

---

<sup>14</sup> No continente americano, associações como a *American Evaluation Association* ou a *Canadian Evaluation Society* contribuíram com a institucionalização e profissionalização da avaliação (HARTZ, 1997).

recursos, os critérios econômicos começam a compor os critérios de julgamento, a avaliação institucionaliza-se (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A quarta geração é denominada a fase de dúvidas ou de negociação, tendo sido iniciada nos anos 90 e estando presente até hoje. É nesta fase que a avaliação se fortalece enquanto instrumento de negociação, de interação de todos os participantes da ação social, promovendo diálogo e valorizando a participação para o aperfeiçoamento da intervenção sendo, portanto, pautada na reflexividade e emancipação (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Segundo Dubois, Champagne e Bilodeau (2011), a quarta-geração apresenta alguns desafios atuais, como promover a participação dos atores envolvidos na avaliação e reconhecer os interesses envolvidos no processo avaliativo. No que diz respeito ao primeiro desafio, consideram que a criatividade deve permear o processo de planejamento da avaliação, buscando operacionalizar e oportunizar, da melhor forma, a participação dos atores na avaliação, tendo em vista aumentar sua utilidade e proporcionar a reflexividade dos envolvidos sobre o fazer. O segundo desafio, para os autores, pode ser administrado considerando o entendimento da visão, concepção e definição dos atores acerca da intervenção avaliada ou do objeto da avaliação, sendo necessário entender quais são as prioridades concebidas para que se busque um equilíbrio e que, de fato seja possível utilizar os resultados da avaliação (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

O Quadro nº 2 a seguir sistematiza as “gerações da avaliação”.

Quadro 2 - Etapas Marcantes da História da Avaliação

<b>“Gerações” da avaliação</b>	<b>Períodos</b>	<b>Característica principal</b>
I	Reformismo (1800-1900)	Medida
	Eficiência e testagem (1900 – 1930)	
II	Idade da inocência (1930-1960)	Descrição
III	Expansão (1960 -1973)	Julgamento
	Profissionalização e institucionalização (1973 -1990)	
IV	Dúvidas (1990 até os dias atuais)	Negociação

Fonte: A autora, 2020. Adaptado de Guba e Lincoln (1989 *apud* BROUSSELLE et al., 2011, p. 20).

Por fim, alguns autores assinalam que, ainda que as gerações retratem as mudanças de ordem teórico-conceituais e políticas que se fizeram (e, ainda se fazem) presentes na configuração e legitimação do campo, essa perspectiva geracional não necessariamente significa a substituição ou supressão de uma geração em favor da outra, com as diferentes abordagens e modos de avaliar elas se complementam. Segundo Cruz,

[...] Significa dizer que convivem muitas vezes, numa mesma proposta de avaliação, a perspectiva que compreende a negociação entre atores interessados e envolvidos (quarta geração) com as visões da avaliação que têm como ênfase o julgamento do mérito (terceira geração), a descrição da intervenção (segunda geração) ou mesmo a mensuração de efeitos (primeira geração), num arranjo de estratégias para compor a abordagem avaliativa, mediante o esforço de responder a uma ou mais perguntas avaliativas (CRUZ, 2015, p. 182)

## 2.2 Algumas definições relevantes

No campo teórico, a avaliação possui múltiplos conceitos. Para Hartz e Silva (2005), as suas diversas possibilidades de expressão, em diferentes campos de conhecimento, têm gerado uma polissemia conceitual e metodológica tal que torna obrigatória tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicitação das suas opções teóricas e técnicas.

A par dessa polissemia, avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção, ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (HARTZ, 1997).

Este julgamento, enquanto apreciação dicotômica do valor de uma intervenção sanitária (políticas, programas ou práticas de saúde) através de abordagens quantitativa ou qualitativa, pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou ser elaborada a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (HARTZ, 1997; VIEIRA DA SILVA, 2014).

Na presente pesquisa, parte-se da compreensão de Dubois, Champagne e Bilodeau, segundo a qual avaliar consiste fundamentalmente de

[...] emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e

socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes autores envolvidos cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 44).

O ato de julgar ou avaliar para produzir informações, conhecimentos e subsidiar tomadas de decisões exige conexões que vão além do âmbito técnico-científico, uma vez que envolvem interações entre os campos político e burocrático (FURTADO; VIEIRA DA SILVA, 2015; VIEIRA DA SILVA, 2014). Nesse sentido, algumas características das políticas, programas e serviços subsidiam e fundamentam o julgamento, como por exemplo, a disponibilidade e distribuição dos recursos, efeito das ações, custos e produtividade, adequação das ações segundo conhecimento técnico e científico, implantação das ações, características relacionais entre os agentes das ações, dentre outros diversos atributos que compõem a intervenção (VIEIRA DA SILVA, 2014).

Sobre o objeto da avaliação no campo da saúde, Novaes (2000) destaca que a avaliação pode ter como foco diferentes tipos de intervenções (políticas, programas, práticas e tecnologias), visto que a diversidade de conceitos e aspectos metodológicos e teóricos configuram sua complexidade. Segundo a autora, as diferenças de condições econômicas e sociais, de práticas políticas, das culturas organizacionais, explicam a incorporação dos diversos tipos de avaliação nesse campo.

Cabe ainda assinalar que, segundo Champagne e colaboradores (2011a), uma intervenção é um sistema organizado de ação composto por cinco componentes: estrutura (dimensões física, organizacional e simbólica), atores, práticas, processos, finalidades e ambiente.

A estrutura abrange as dimensões física, organizacional e simbólica. A primeira corresponde aos aspectos financeiros, recursos humanos, técnicos, informacionais. Já a organizacional abarca leis, regulamentos, regras, influências e compromissos. A terceira e última faz referência ao conjunto de crenças, representações e valores dos envolvidos na pela intervenção. Os atores são caracterizados pelo projetos, competências, visões e disposição para ação. As práticas, também denominadas de conduta dos atores, constroem a intervenção e são influenciadas pela estrutura. O processo corresponde ao conjunto dos processos utilizados pelos atores para

produzirem os serviços. Entende-se por finalidade os objetivos da intervenção e, por último, o ambiente que envolve os contextos físico, jurídico, simbólico, social, histórico ou econômico (CHAMPAGNE et al., 2011a).

O conhecimento sobre a aplicabilidade da tríade estrutura, processo e resultado na avaliação em saúde foi sistematizado por Avedis Donabedian (1980). Segundo o autor, o componente "estrutura" corresponde aos recursos humanos, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais utilizados para prover os cuidados de saúde; o "processo", segundo componente da tríade, abrange o conjunto de atividades e práticas da atenção à saúde desenvolvidas na relação entre profissionais e a população atendida; e, por último, os "resultados" seriam as mudanças verificadas no estado de saúde da população, atribuídas pelos cuidados recebidos (DONABEDIAN, 1980). Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado (DONABEDIAN, 1988).

Hartz (1997, p.34) descreve “quatro objetivos oficiais da avaliação”. O primeiro é o objetivo estratégico, ou seja, o que contribuiu no planejamento e, conseqüentemente, na elaboração de uma intervenção. O segundo é denominado formativo, pois gera informação para melhoria da intervenção considerando que esta encontra-se em andamento; o terceiro objetivo, intitulado somativo, corresponde a determinação dos efeitos da intervenção, considerando a tomada de decisão sobre manutenção e/ou sua transformação ou interrupção; o quarto e último é descrito como fundamental por contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (HARTZ, 1997).

Destaca-se que, quando a avaliação é realizada ao final de uma intervenção com o objetivo de prestar contas, a mesma é denominada somativa, enquanto a formativa é realizada concomitante à execução da intervenção, com a finalidade de aperfeiçoá-la (VIEIRA DA SILVA, 2014).

Quanto à tipologia, a avaliação pode ser classificada como normativa ou pesquisa avaliativa. A primeira consiste em fazer julgamento, comparando estrutura, processos e resultados com critérios e normas. Já a pesquisa avaliativa, cujo objetivo é fazer um julgamento ou avaliar a adequação utilizando métodos científicos, é composta por seis tipos diferentes de análise: estratégica, lógica, produção, efeitos, eficiência e de implantação (CHAMPAGNE et al., 2011a).

Segundo Champagne e colaboradores (2011a), a primeira possibilidade de análise é a *estratégica*, onde se avalia a pertinência da intervenção ou sua razão de ser, ou seja, se a intervenção está com objetivo explícito em relação a prioridade do problema e necessidades às quais foi direcionada. Já a *análise lógica* é outra forma de avaliar a adequação e suficiência entre os objetivos da intervenção em relação aos meios, recursos e serviços implementados para atingi-los; testa a validade teórica e operacional da intervenção. Por outro lado, a *análise da produção* estuda a relação entre recursos (meios) utilizados e a qualidade e quantidade dos serviços ou atividades oferecidas. Os *efeitos* são analisados para medir a eficácia da intervenção. A *análise da eficiência* avalia a relação entre recursos e efeitos observados, compara as intervenções em relação aos resultados obtidos e os meios implementados, relação expressa pelos custos relacionados a consequência da intervenção. Já a *análise de implantação*, foco desta proposta;

[...] “tem por objeto as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto. Por implantação entende-se a transferência de uma intervenção no plano operacional, em determinado contexto político, organizacional e social.” (CHAMPAGNE et al., 2011a, p.59).

### 2.3 Avaliação da Implantação

No período subsequente à Segunda Guerra Mundial, diante das incertezas políticas e sociais agravadas pela crise econômica e social, foi crescente a demanda e a implantação de programas nos países desenvolvidos para atender as demandas sociais. No mesmo período, os países do chamado Terceiro Mundo receberam investimentos internacionais para a execução de programas de saúde (planejamento familiar e nutrição, principalmente), mas em contrapartida, a avaliação tornou-se um instrumento para acompanhar a execução e resultados alcançados (FAGUNDES; MOURA, 2008).

Desse modo, a avaliação impôs-se como estratégia para auxiliar o Estado na alocação eficaz de recursos e para a manutenção dos programas sociais. Os economistas foram pioneiros na aplicação da avaliação para analisar as vantagens e os custos dos programas públicos, uma vez que a diminuição do crescimento

econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornavam indispensável o controle dos custos do sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997).

Diversos autores consideram ainda que o conhecimento sobre o ciclo (formação da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação) e funcionamento do programas sociais na prática, sobre suas dificuldades e obstáculos na implementação, seus fatores operacionais e como produzem os efeitos esperados e não esperados, é oportuno para melhoria de desempenho dos serviços e maior qualidade no uso de recursos públicos (FAGUNDES; MOURA, 2008; BATISTA; DOMINGOS, 2017).

Fagundes e Moura (2009) sinalizam, ademais, que a avaliação de programas sociais é um campo em expansão, particularmente necessária no contexto brasileiro, uma vez que, rotineiramente, a tomada de decisão sobre programas e políticas são realizadas sem o conhecimento sobre como o programa está sendo operacionalizado na prática.

Todo programa possui um plano teórico de natureza técnico prescritiva, ou uma teoria que subsidiará as ações na prática, em um determinado contexto social, para solucionar um problema ou promover mudanças. A transposição da teoria para a prática é denominada como processo de implantação (HARTZ, 1997; SILVA e al., 2005; CHAMPAGNE et al., 2011b).

Esse processo é complexo e permeado por interesses sociais, institucionais, organizacionais e políticos. Nesse sentido, a avaliação da implantação permite analisar os elementos processuais envolvidos que facilitam, dificultam ou que precisam ser reformulados, tendo em vista contribuir para o sucesso e efetivação da intervenção na prática (HARTZ, 1997).

De um modo geral, as avaliações de implantação ou implementação envolvem examinar estrutura e processo, além de enfatizarem as explicações para a diferença entre o pretendido e o realizado (CHAMPAGNE et al., 2011b). Fornecem, ademais, subsídios para informar aos atores envolvidos na intervenção, o alcance da população-alvo, o nível, a extensão e a qualidade dos serviços prestados e recursos necessários, variabilidade e influências do contexto organizacional ou situacional na qual a intervenção ocorreu, a extensão das ações e o alcance das metas que foram definidas (MINAYO, 2005).

Segundo Feuerwerker (2017, p. 30), “a avaliação, na maior parte das vezes, está concentrada na fase de implementação, que consiste em verificar se e em que grau os elementos propostos pelas políticas foram levados à prática”. Na saúde, este tipo de avaliação pode ser utilizado para examinar o processo de trabalho, trabalho em equipe, ofertas assistenciais, humanização das práticas, dentre outros.

Toda intervenção é influenciada, em maior ou menor medida, pelas variações contextuais (CHAMPAGNE et al., 2011b). Silva e colaboradores (2005) argumentam ainda que a avaliação de implantação tem uma capacidade explicativa, que auxilia a produção de conhecimento sobre a própria intervenção. Esse conhecimento é particularmente útil para tomadas de decisão a ser realizadas e para eventuais correções de rumo que se façam necessárias ao seu aprimoramento.

Por outro lado, a avaliação de implantação consiste em medir a influência que o grau de implantação de uma intervenção pode ter nos seus efeitos e, por outro, em apreciar a influência do contexto no qual a intervenção está implantada e explicar seus efeitos. Torna-se particularmente importante quando a intervenção é complexa e composta de múltiplos elementos, sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes formas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Hartz e Camacho (1996) chamam atenção para o fato de que a análise da implantação se distingue das abordagens avaliativas descritivas por permitir estabelecer como a variação no grau de implantação (avaliação da estrutura e processo) atua sobre os efeitos da intervenção e como interagem as variáveis contextuais.

Nessa abordagem avaliativa, o contexto tem papel fundamental. Ele permite explicar como os programas e intervenções se implantam e concretizam-se na prática. Considerando esses aspectos, o capítulo seguinte se dedica a trazer alguns dados sobre o *lócus* do estudo.

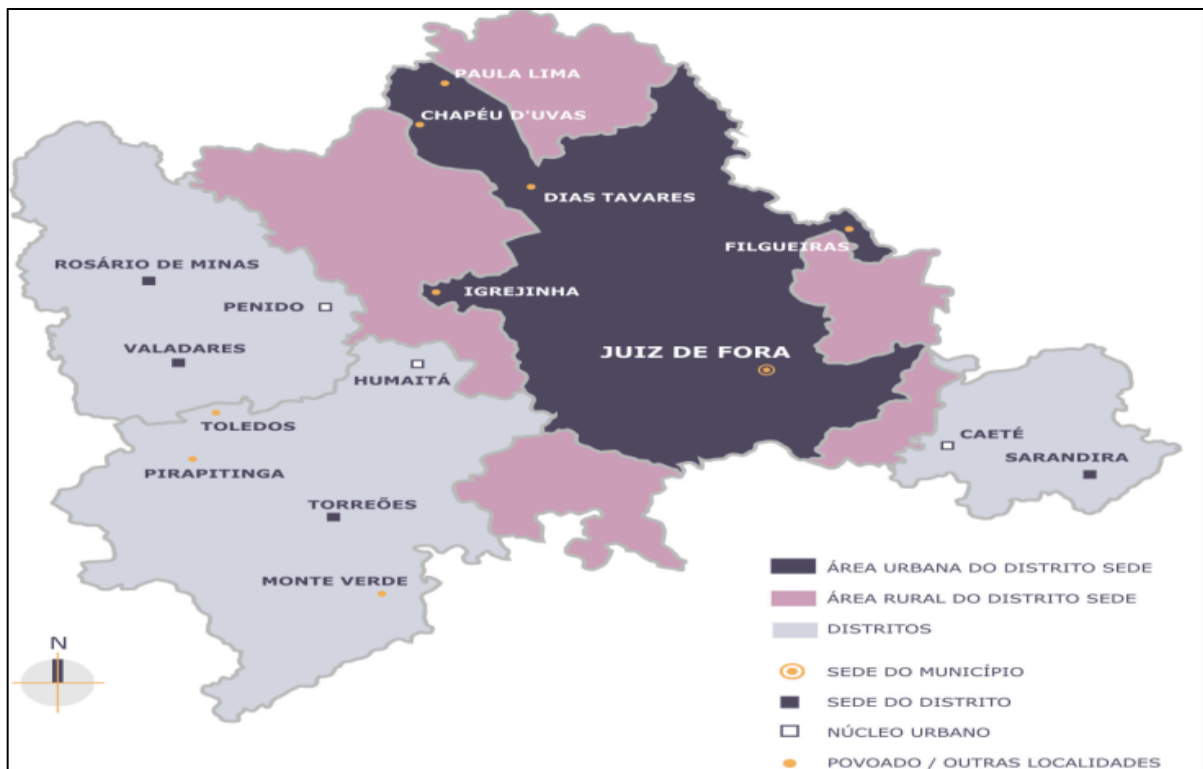


### 3 LÓCUS DO ESTUDO: O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

#### 3.1 Características Gerais

O município de Juiz de Fora localiza-se na Zona da Mata Mineira, aproximadamente, a 276 km da capital do Estado, Belo Horizonte, na macrorregião Sudeste do Estado de Minas Gerais (Figura 1). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população estimada é de 564.310 habitantes (BRASIL, 2018). A extensão territorial de 1.437 Km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 359,59 hab./Km<sup>2</sup>.

Figura 1- Mapa da divisão administrativa de Juiz de Fora (Minas Gerais) e cidades adstritas



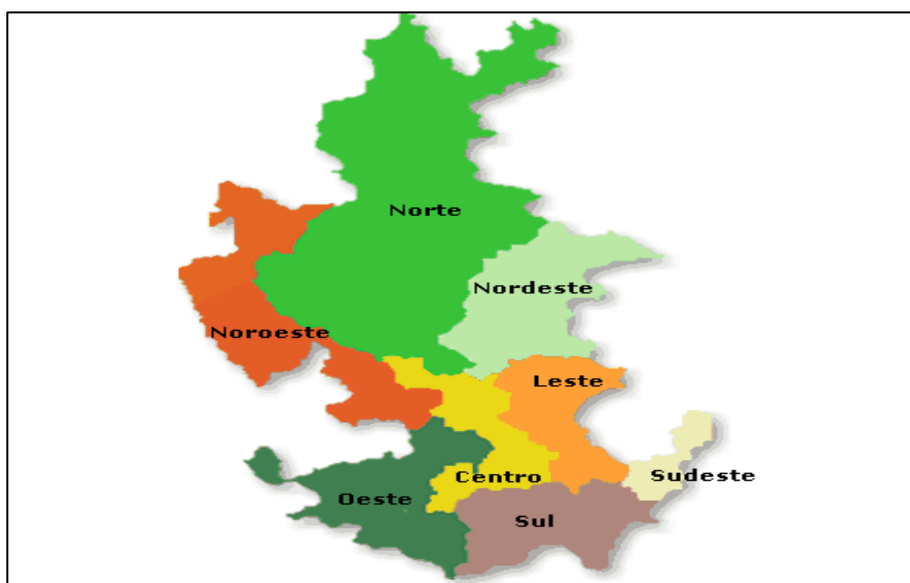
Fonte: Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (2013). Plano de Saúde 2014 – 2017.

Atualmente, Juiz de Fora é importante polo industrial, cultural, universitário e de serviços, principalmente para a Zona da Mata Mineira e municípios limítrofes do Rio de Janeiro. Destaca-se na fabricação de alimentos, bebidas, produtos têxteis,

artigos de vestuário, mobiliário, metalurgia, montagem de veículos e na comercialização destes e de outros produtos.

Juiz de Fora possui oito regiões administrativas, sendo sete na zona urbana e uma no campo (Figura 2), além de doze regiões sanitárias. Há interesse de setores da administração, em tornar idêntico o número de regiões administrativas e sanitárias para facilitar a gestão (JUIZ DE FORA, 2013).

Figura 2 - Regiões administrativas do município de Juiz de Fora



Fonte: Jornal online acessa.com<sup>15</sup>

A organização da assistência à saúde em Minas Gerais é regulada pela concepção de redes de atenção à saúde e formação de territórios sanitários, estabelecendo uma base territorial capaz de arcar com o seu projeto de regionalização. Nesse sentido, para fortalecer a capacidade de gestão do SUS e avançar no compromisso de garantir a equidade e o acesso aos serviços de saúde, em 2012 foi instituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG).

Considerando garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde, esse Plano utilizou critérios técnicos culturais, organizacionais, políticos, econômicos, dividindo o Estado em 13 macrorregiões de saúde com 18 cidades-polo e 75 microrregiões de saúde (MALACHIAS et al., 2011).

<sup>15</sup> Disponível em: <https://www.acessa.com/jfmapas/regioes.php>

O município de Juiz de Fora é Polo Assistencial da Macrorregião Sudeste, composta por 94 municípios, com população estimada de 1.668.453 habitantes, segundo dados do Governo de Minas Gerais<sup>16</sup>. O município também é Polo Microrregional, sendo a microrregião (Juiz de Fora de Fora/Lima Duarte) composta por vinte e cinco municípios. O município é referência em procedimentos de Média e Alta Complexidade para cerca de 160 municípios e tem importante aparato técnico/científico nos serviços de saúde.

### **3.2 A organização da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora**

Em termos organizacionais, a Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora (SMS-JF) é composta por seis (6) subsecretarias, a saber: Subsecretaria de Atenção à Saúde (SSAS), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SSVS), Subsecretaria de Regulação (SSREG), Subsecretaria de Urgência e Emergência (SSUE), Subsecretaria de Gestão da Execução Instrumental (SSEIN) e Subsecretaria de Informações, Planejamento em Saúde, Orçamento e Finanças (SSIPSOF). Essas Subsecretarias congregam um conjunto de departamentos e instituições de saúde organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada (JUIZ DE FORA, 2019). A gestão das unidades da APS é dividida entre os departamentos da SSAS (nível de execução programática) e da SSEIN (nível de execução instrumental).

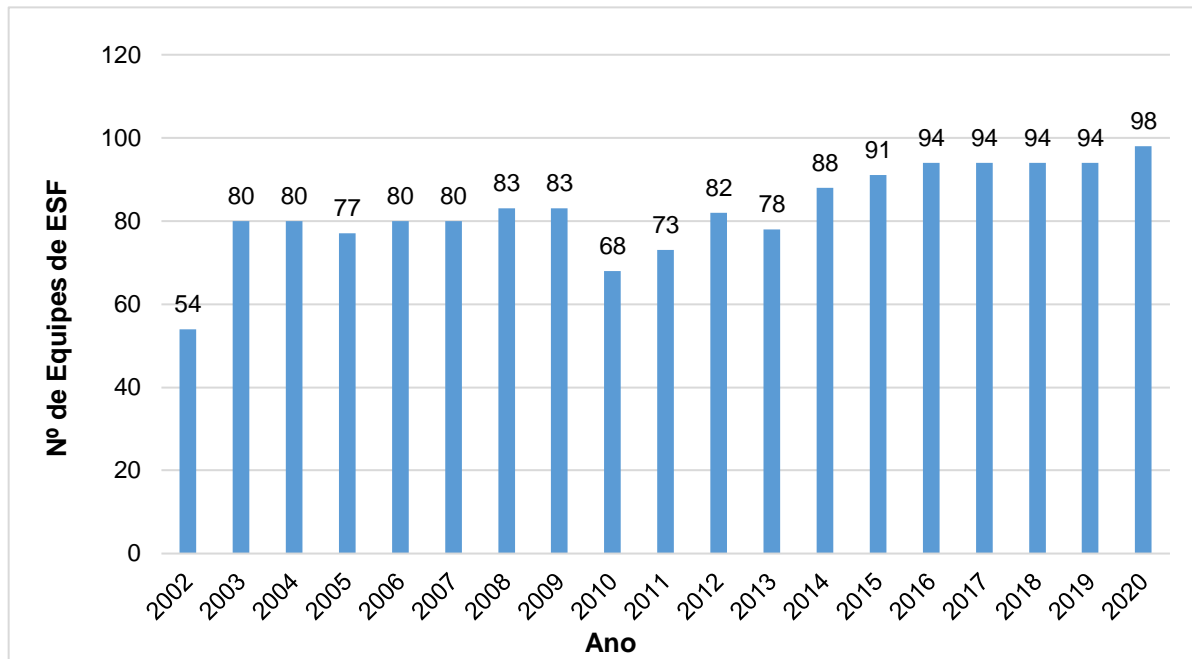
A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no município em 1995. Desde 2002, a modalidade de gestão é denominada “gestão plena do Sistema Municipal de Saúde”. Não há, contudo, uma coordenação exclusiva para a ESF, que fica sob responsabilidade da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS).

Em janeiro de 2021, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existiam 98 equipes de ESF em funcionamento. O gráfico nº 1 traz o número de equipes de ESF no município de 2002 a 2020, e o gráfico nº 2 a distribuição anual da cobertura populacional pela ESF no mesmo período.

---

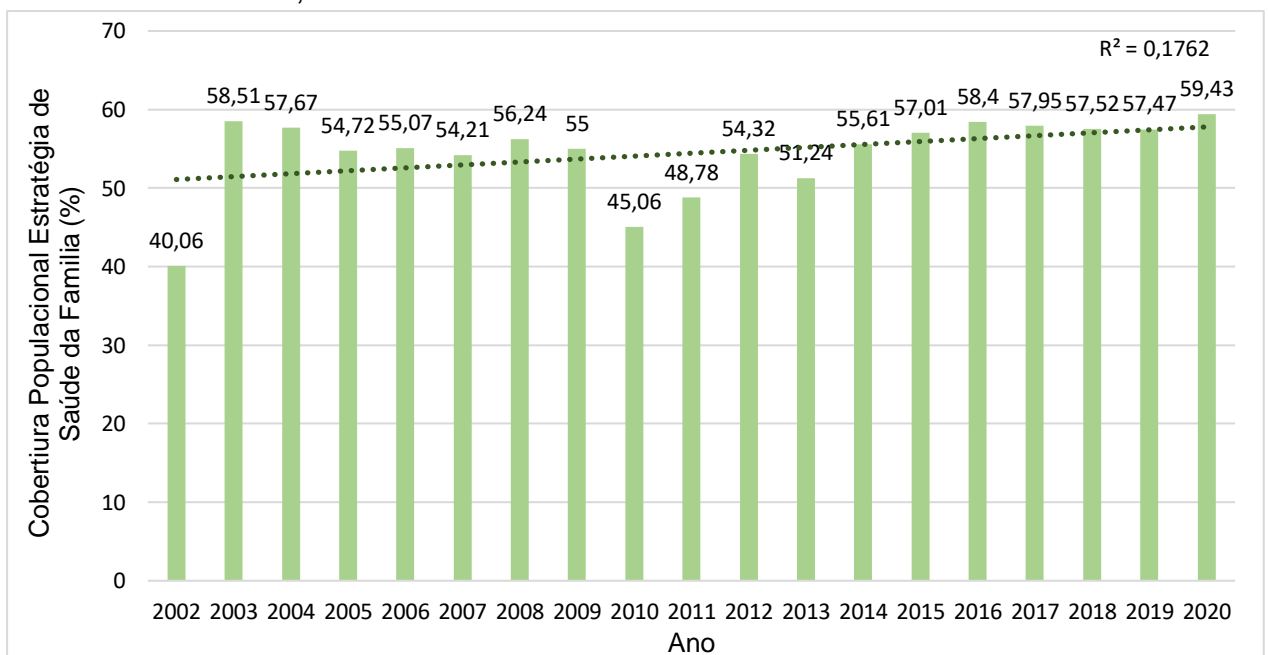
<sup>16</sup> Dados de 2020, divulgados no Boletim epidemiológico nº6 da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Disponível em: [https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/boletim/09-setembro/1409/Boletim\\_Especial\\_URS\\_Juiz\\_de\\_Fora\\_Uba%CC%81\\_Manhuac%CC%A7u\\_e\\_Leopoldina\\_n%C2%BA\\_6.pdf](https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/boletim/09-setembro/1409/Boletim_Especial_URS_Juiz_de_Fora_Uba%CC%81_Manhuac%CC%A7u_e_Leopoldina_n%C2%BA_6.pdf). Acesso em: 26 de setembro de 2021.

Gráfico 1 - Distribuição anual do quantitativo de equipes de Estratégia de Saúde da Família em Juiz de Fora – 2002 a outubro de 2020



Fonte: A autora, 2021, a partir de dados obtidos *on-line* no e-Gestor Atenção Básica<sup>17</sup>

Gráfico 2 - Distribuição anual da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família, Juiz de Fora – 2002 a outubro de 2020



Fonte: A autora, 2021, a partir de dados obtidos *on-line* no e-Gestor Atenção Básica<sup>18</sup>

<sup>17</sup>O endereço eletrônico é: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reiHistoricoCobertura.xhtml>

<sup>18</sup>O endereço eletrônico é: <http://sage.saude.gov.br/#>

A população coberta em junho/2019 correspondia a 57,47%, observando-se tendência de redução comparada ao ano de 2016. Em outubro de 2020, houve a habilitação de quatro equipes de saúde da família, em relação ao ano de 2019<sup>19</sup>, e com isso a taxa de cobertura passou para 59,43% (Gráfico 2).

Observa-se que o número de equipe se manteve igual por quatro anos, antes do pequeno aumento ocorrido em 2020. Segundo dados da Secretaria de Saúde do estado de Minas Gerais (SES-MG), em janeiro de 2018 foram credenciadas 96 equipes de ESF, mas duas equipes foram descredenciadas depois em razão do descumprimento do prazo estabelecido na Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para cadastramento no CNES (BRASIL, 2018d).

A cobertura é reconhecida como baixa inclusive pelos gestores, que relatam que apesar do município “possuir adequada oferta de equipamentos de alta complexidade, a média de cobertura da ESF ainda está abaixo do Estado de Minas Gerais (75%)” (JUIZ DE FORA, 2017b, p.12).

Dados sobre o desempenho do município no ano de 2017, publicados no Relatório Anual de Gestão (JUIZ DE FORA, 2017a), apontam à temporalidade de contratos de médicos como um dos entraves à consolidação da ESF. Segundo o relatório, as constantes mudanças de profissionais atrapalham na fluidez da programação estabelecida. A necessidade de incrementar a política de melhoria de formação/qualificação nos setores da saúde foi outra questão assinalada no referido documento.

Em consulta ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – (SISAB), identificou-se que o município de Juiz de Fora possui 63 Unidades Básicas de Saúde, sendo 42 unidades com equipes de Saúde da Família, das quais uma unidade é do tipo volante (Unidade de Jacutinga, que possui equipe de ESF que atende as localidades de Buieié, Palmital, Pires e Privilégio)<sup>20</sup>. O município conta ainda com uma unidade mista (Unidade São Pedro, que possui equipe tradicional e

---

<sup>19</sup> Em 2016 a prefeitura municipal de Juiz de Fora realizou o concurso público para o provimento de profissionais de saúde, assim a nomeação de novos servidores teve início em 2019, por conta da pandemia o prazo de validade do concurso foi prorrogado, assim durante a realização desta pesquisa as unidades de saúde estava recebendo novos profissionais.

<sup>20</sup> Comunidades que não possuem unidades básicas de saúde são atendidas pela equipe volante, em datas e horários pré-determinados uma equipe de ESF presta atendimento nas localidades de Buieié, Palmital, Pires, Privilégio e Jacutinga.

equipe saúde da família)<sup>21</sup>; outras 19 unidades possuem o modelo de atenção tradicional e, por fim, duas unidades são formadas pela equipes de Atenção Primária (eAP)<sup>22</sup>. Tais equipes, implementadas em 2020, possuem composição diferente das equipes de Saúde da Família. A eAP é composta minimamente por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, podendo cumprir cada um carga horária de 20h ou 30h (BRASIL, 2019). Já a ESF é minimamente composta por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem, cumprindo cada um 40 horas. Todas devem atender às características e necessidades de cada município, além de seguirem as diretrizes da PNAB.

A atenção primária no município possui 425 Agentes Comunitários de Saúde, mas não dispõe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família implementado (Sala Situação Municipal *on-line*<sup>23</sup>/ dezembro 2020).

O Plano de Saúde de Juiz de Fora, elaborado pela gestão municipal para o período 2014-2017, reforçou a importância do fortalecimento da APS e da regionalização, considerando-as como eixos fundamentais para melhorar as condições de saúde da população (JUIZ DE FORA, 2017b). O Plano de Saúde vigente no momento de realização desta pesquisa (2018-2021) descreve, como um dos seus objetivos estratégicos, fortalecer a APS e buscar melhoria do acesso aos serviços de saúde com qualidade (JUIZ DE FORA, 2017b).

Em 2014, a Secretaria de Saúde, por intermédio da SSAPS, implantou o Projeto do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde no município de Juiz de Fora (PDAPS-JF), como proposta de estruturação, normatização e qualificação do cuidado

---

<sup>21</sup> Segundo o Datasus, unidade mista é definida como uma unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina (BRASIL,2003).

<sup>22</sup> Portaria nº 3.704, de 23 de dezembro de 2019 (BRASIL,2019a). Credencia municípios a receberem incentivos financeiros referentes às Equipes de Atenção Primária (eAP). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.704-de-23-de-dezembro-de-2019-235215601>

<sup>23</sup>A Sala de Situação Municipal permite acesso a um arquivo em formato de planilha de dados (*Excel*®) elaborado pela Subsecretaria de Gestão Regional da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), que contém uma consolidação de dados em saúde para cada um dos 853 municípios mineiros fornecidos por cada área técnica da SES/MG. Os dados estão agrupados em categorias e, na última versão disponível, têm-se as seguintes informações: Perfil socioeconômico e demográfico, Perfil epidemiológico, Atenção Primária, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Equipamentos, Gestão do SUS e Pacto Interfederativo. O endereço eletrônico é: <http://www.saude.mg.gov.br/servidor/sala-de-situacao-municipal>.

na ESF em prol da melhoria dos processos da APS por meio dos seguintes instrumentos de gestão do cuidado:

[...] Território; Diagnóstico local e municipal; Regulação do Acesso às Consultas de Especialidades Médicas; Processos básicos de Enfermagem; Condução de Manejo das Condições Agudas; Classificação de Risco; Condução de Manejo da Condição Crônica (programação local e municipal, Prontuário de Saúde da Família) e, por fim, o monitoramento e Contrato de gestão (pagamento pecuniário a título de Prêmio de Produtividade) (JUIZ DE FORA, 2014, p. 30).

O Plano Diretor constitui-se na principal diretriz para a estruturação da ESF e, dentre as ações implementadas, destacam-se: promulgação de Lei que cria os cargos gratificados da função gerencial das UAPS, a melhoria da infraestrutura das UAPS (15 reformas de UAPS em andamento àquela época e a celebração já efetivada de três convênios para construção de UAPS), realização de concurso público, contratação de 138 ACS e pagamento de incentivos financeiros aos trabalhadores das UAPS pelo cumprimento de metas de qualidade (JUIZ DE FORA, 2014).

A despeito dessas ações, dentre os recentes diagnósticos da APS, levantados pela Prefeitura do município, destacam-se:

[...] a precariedade dos registros nos sistemas de informação e dificuldades no monitoramento das informações, infraestrutura deficiente de alguns serviços, dificuldades para manutenção preventiva e corretiva dos imóveis, precarização do trabalho em saúde mediante vínculos temporários, rotatividade de servidores, política de recursos humanos não direcionada às necessidades da Secretaria de Saúde, descontinuidade de ações de educação permanente, deficiência nos editais de processos seletivos, comunicação precária entre setores da Secretaria de Saúde e necessidade de melhoria da divulgação externa dos serviços prestados pela Rede SUS (JUIZ DE FORA, 2017b, p. 37).

A implantação do PDAPS ainda está em andamento e uma das suas propostas é o desenvolvimento de instrumentos para a gestão, avaliação e monitoramento e acompanhamento das metas pactuadas no Termo de Compromisso de Gestão do município (JUIZ DE FORA, 2017b). Este plano é uma das estratégias da gestão em prol do provimento de melhorias e mudanças para o fortalecimento da APS no município.

Para a consolidação da regionalização e da APS de Juiz de Fora e suas interfaces com as diversas Unidades de Atenção, tanto secundária/terciária quanto

com a urgência e emergência, as Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS)<sup>24</sup> foram divididas em 12 regiões sanitárias (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição das Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo regiões sanitária e administrativa, CNES e nº de equipes de Estratégia de Saúde da Família, Juiz de Fora – janeiro de 2021 (contínua)

Região sanitária	Região administrativa	UAPS (Modelo assistencial)	CNES	Nºequipes de ESF
Região 1	Centro	Centro Sul (T)	3986896	0
		Dom Bosco (T)	2153467	0
		Santa Cecília (ESF)	2697580	3
<b>Subtotal</b>		<b>3</b>		<b>3</b>
Região 2	Sudeste	Santo Antônio (ESF)	2221683	3
		Bairro de Lourdes (T)	2153254	0
		Jardim da Lua (ESF)	2221640	1
<b>Subtotal</b>		<b>3</b>		<b>4</b>
Região 3	Leste	Linhares (ESF)	2221632	5
		São Sebastião (ESF)	2153211	3
		São Benedito (ESF)	2221691	3
<b>Subtotal</b>		<b>3</b>		<b>11</b>
Região 4	Leste	Santa Rita (ESF)	2697602	2
		Marumbi (ESF)	2221705	3
		Progresso (ESF)	2153343	3
		Nossa Sra. Aparecida (ESF)	2153505	2
		Alto Grajaú (ESF)	2153203	2
<b>Subtotal</b>		<b>5</b>		<b>12</b>
Região 5	Nordeste	Nossa Senhora das Graças (T)	2153483	0
		Vale dos Bandeirantes (ESF)	2153424	3
<b>Subtotal</b>		<b>2</b>		<b>3</b>
Região 6	Nordeste	Parque Guarani (ESF)	2153262	2
		Filgueiras (ESF)	2153165	2
		Granjas Bethânia (ESF)	7241046	2
		Grama (T)	2153149	0
<b>Subtotal</b>		<b>4</b>		<b>6</b>
Região 7	Noroeste	Monte Castelo (ESF)	2218755	3
		Esplanada (T)	4041577	0
		Industrial (ESF)	2153246	2
		Jardim Natal (ESF)	2221713	2
		Milho Branco (ESF)	2221748	3
		Jóquei Clube I (ESF)	2221624	2
		Jóquei Clube II (ESF)	2153394	2
		Cidade do Sol (ESF)	7120915	2
<b>Subtotal</b>		<b>8</b>		<b>16</b>
Região 8	Norte	Nova Era (ESF)	6563139	4

<sup>24</sup> Em agosto de 2017, o decreto municipal nº 13.042 aprovou a alteração da terminologia das Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) para Unidade Básica de Saúde (UBS) no âmbito do Município de Juiz de Fora. A mudança foi feita para evitar que usuários confundissem este serviço com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).



		São Judas Tadeu (ESF)	2221667	2
		Santa Cruz (ESF)	2221594	4
		Benfica(T)	2153327	0
		Vila Esperança (ESF)	2697629	3
		Barreira do Triunfo (ESF)	2153130	2
		<b>Subtotal</b>	<b>6</b>	<b>15</b>
<b>Região 9</b>	Oeste	Santos Dumont (ESF)	2153300	2
		São Pedro (MISTA)	2153122	1
		Borboleta (T)	2153157	0
		<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Região 10</b>	Sudeste	Retiro (ESF)	2221675	2
		Jardim Esperança (ESF)	2215349	2
		<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Região 11</b>	Sul	Cruzeiro do Sul (T)	2153181	0
		Santa Luzia (ESF)	2153637	5
		Santa Efigênia (ESF)	2153289	2
		Vale Verde (ESF)	6778291	3
		Ipiranga (T)	2153270	0
		Teixeiras (ESF)	2153440	3
		<b>Subtotal</b>	<b>6</b>	<b>13</b>
<b>Região 12</b>	Sudeste	Vila Ideal (ESF)	6980325	2
		Vila Olavo Costa (ESF)	2153432	1
		Furtado de Menezes (ESF)	2221721	2
		<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>Região do Campo</b>	Núcleos urbanos	Paula Lima (T)	2153718	0
		ChapéuD´Uvas(T)	2153661	0
		Dias Tavares(T)	2153858	0
		Igrejinha (ESF)	2697564	1
		Humaitá (ESF)	2153734	1
		Penido (T)	2153793	0
		Valadares (eAP)	2153831	0
		Rosário de Minas (T)	2153785	0
		Toledos (T)	2153688	0
		Torreões (ESF)	2697610	1
		Pirapitinga (T)	2153815	0
		Sarandira (eAP)	2153823	0
		Caeté (T)	2153777	0
		Jacutinga (ESF/Volante)	2153653	1
		Monte Verde (T)	2153807	0
		<b>Subtotal</b>	<b>15</b>	<b>4</b>
		<b>ESF</b>	<b>41</b>	<b>99</b>
		<b>MISTA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
		<b>EAP</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
		<b>TRADICIONAL</b>	<b>19</b>	<b>0</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>99</b>

Legenda: ESF - Estratégia de Saúde da Família; CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; T - Unidade de saúde com modelo tradicional; UAPS - Unidades de Atenção Primária à Saúde; eAP - equipe de Atenção Primária. Fonte: Adaptado dos Planos de Saúde do município de Juiz de Fora (2014-2017/ 2018-2021). Dados atualizados pela autora, segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde consultadas em 24 de janeiro de 2020.

### 3.3 Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva em Juiz de Fora: alguns dados preliminares

No município de Juiz de Fora, a Atenção à SSR é majoritariamente ofertada na APS, e compreende atividades educativas de planejamento reprodutivo, prescrição de contraceptivos, distribuição de preservativos masculino e de contraceptivos hormonais orais e injetáveis, atendimento clínico com enfermeira ou médico em casos de IST, realização de exames preventivos, pré-natal. As consultas individuais são realizadas por enfermeiras e médicos, cabendo ao médico a prescrição do contraceptivo. Em cada Unidade, as ações são oferecidas de modo particular, segundo as rotinas dos profissionais (PAIVA, 2015).

O município possui regiões sem cobertura da APS e, nesses casos, os usuários possuem como porta de entrada o Departamento de Saúde da Mulher, onde também está localizado o Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente.

O setor secundário oferece, por meio de seus profissionais, atividades educativas de planejamento reprodutivo e aconselhamento em casos de decisão pela contracepção definitiva, inserção de Dispositivo Intra Uterino de cobre (DIU), atendimento clínico-ginecológico com especialistas, ultrassonografia e encaminhamentos para a realização de exames clínicos-laboratoriais e mamografia e pré-natal.

Em 2016, foi implantado pela SMS-JF um novo serviço ambulatorial chamado “Ambulatório Trans”<sup>25</sup>. Nesse espaço, são oferecidas ações para discutir e apoiar os usuários que têm interesse em realizar tratamento hormonal e/ou que já fazem uso de algum tipo de hormônio e as pessoas diagnosticadas com vírus HIV/Aids. Organizado pelo setor de Psicologia do Serviço de Assistência Especializada (SAE), este ambulatório conta com dois grupos — “Grupos de Jovens” e “Grupo de Mulheres” —, sendo os encontros realizados quinzenalmente para apoiar e orientar esses usuários (JUIZ DE FORA, 2017b).

Ainda em 2016, ocorreu a implantação do Ambulatório denominado “Saúde da Mulher”, por meio de convênio firmado entre a Prefeitura e Universidade Federal de

---

<sup>25</sup> A denominação do serviço foi formulada pela prefeitura, essas informações foram obtidas no documento do Plano Municipal de Saúde 2018 / 2021, divulgado pela Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora em dezembro de 2017.

Juiz de Fora (UFJF). O serviço é destinado às mulheres usuárias do SAE. As ações dão enfoque na prevenção às doenças ginecológicas, da mama e IST (JUIZ DE FORA, 2017b).

Além dessa descrição sintética da rede assistencial, considera-se oportuno trazer alguns dados governamentais e estudos que sinalizam a situação da saúde sexual e reprodutiva no município, dispostos na sequência.

Durante o seminário “Sensibilização dos diferentes níveis de atenção à saúde da gestante, puérpera e do recém-nascido em Juiz de Fora”, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde e realizado em maio de 2019, a SMS reforçou como objetivos de sua gestão, facilitar o acesso ao planejamento reprodutivo, priorizar ações orientadas para a saúde da mulher e da criança e, ainda, reduzir o índice de óbitos infantis e fetais (BERNADETE, 2019). Nesse evento, a gravidez na adolescência, a adesão à consulta do pré-natal e os casos de sífilis em gestantes foram destacados como indicadores que demonstram desafios do município na assistência à SSR.

O aumento do número de óbitos maternos de 2018 em relação a 2017 foi alvo de discussão entre os gestores e o Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade. Em 2018, foram registrados sete óbitos no município, o que representa uma razão proporcional de mortalidade materna de 92/100 mil nascidos vivos, ao passo que em 2017 foram notificados quatro casos. Em entrevista ao jornal do município Tribuna de Minas, a presidente do comitê, Regina Amélia de Aguiar, reconhece: “Nós precisamos melhorar o acesso do que chamamos de planejamento reprodutivo, ou seja, uma gravidez segura”. E complementa: “Precisamos de ações que priorizem a saúde da mulher e a saúde da criança” (BERNADETE, 2019, *on-line*).

Dados de 2017 do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (BRASIL, 2017c) informam que, dos 6.586 nascimentos registrados na microrregião de Juiz de Fora em 2017, 827 (12,5%) correspondiam a partos em adolescentes e jovens (sendo 31 registros de nascidos vivos de mães com idades entre 10 e 14 anos e 796 de mães com idades entre 15 e 19 anos). Dos casos registrados em 2017, 30 adolescentes não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. Observou-se que houve pouca redução dos casos de gravidez em adolescentes em 2018, ou seja, dos 6.516 nascidos vivos 748 (11%) registros, especificamente 23 (3%) registros de mães com idade entre 10 e 14 anos e 725 (11%) casos registrados na faixa etária entre 15 e 19 anos. Em

relação a realização do pré-natal, 19 registros de adolescentes que não realizaram nenhuma consulta em 2018 (BRASIL, 2019b).

A gravidez na adolescência sem o acompanhamento adequado pode representar sérios riscos para a mãe e a criança. Fenômeno complexo, é preciso considerar a influência de múltiplos fatores para entender a causalidade deste fenômeno social. Dentre eles, destacam-se a vulnerabilidade social e econômica, demandas não satisfeitas de planejamento reprodutivo, não implementação de ações de saúde sexual e reprodutiva específicas para adolescentes, inclusive contracepção de emergência; ausência, nas escolas, de diálogos sobre temas relacionados à educação sexual (SANTOS et al., 2017).

Entre 2013 a 2017, a média de partos cesáreos no município de Juiz de Fora correspondeu a 60%, percentual um pouco acima da média nacional (56%) e do estado de Minas Gerais (57,5%). Em 2018, dos 5.824 nascidos vivos no município, 3.684 (63%) nasceram de parto cesáreo, que persiste muito próxima da média nacional (BRASIL, 2018f), em ambos os casos muito acima dos 15% considerados aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS,2015).

A taxa de cesariana é marcador de qualidade da assistência à saúde, podendo refletir acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cesáreo em detrimento do parto vaginal (OMS, 2015). Esses valores municipais e nacionais são ainda mais preocupantes, quando se sabe que, embora quando realizada com justificativa clínica, a cesariana diminua riscos maternos e neonatais e cause impacto positivo na morbimortalidade, seu uso indiscriminado e sem indicação clínica pode estar relacionada ao aumento de desfechos negativos em saúde (GELLER et al., 2010a; GELLER et al., 2010b).

Recentemente, a sífilis em gestantes tornou-se uma das preocupações da Secretaria Municipal de Saúde, visto que entre 2012 e 2017 foram registrados 361 casos de sífilis em gestantes em Juiz de Fora. Destes, mais de 75% foram registrados somente no período entre 2015 e 2017 (6,8 casos/1.000 nascidos vivos), sendo esse aumento explicado, em parte, pela elevação da taxa de detecção de sífilis em gestantes no município. Contudo, a taxa de incidência em Juiz de Fora foi superior à observada no Estado de Minas Gerais em 2016 (5,4 casos/1.000 nascidos vivos) (ARBEX, 2017).

Foram notificados 810 casos de sífilis adquirida e, destes, mais de 50% ocorreram em 2017, com proporção quase duas vezes maior entre os homens, em

comparação às mulheres. Em relação à faixa etária, o grupo de 20 a 29 anos apresentou maior proporção dessa forma da doença (JUIZ DE FORA, 2018b). Este dado sugere a necessidade de um monitoramento mais adequado, controle e intervenção na população sexualmente ativa, além do estabelecimento de orientação e educação sexual voltadas para esse público.

Algumas situações e problemas que podem estar respondendo por esses dados podem ser compreendidos a partir de alguns estudos realizados no município tendo como foco ações e atividades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Estudo realizado para avaliar o processo da assistência pré-natal prestada às usuárias do SUS em Juiz de Fora já apontava, em 2002, problemas importantes de adequação e qualidade do pré-natal prestado nas unidades de saúde, com percentuais elevados de falta de registro nos cartões da gestantes de variáveis relacionadas a intercorrências maternas importantes, como anemia, infecções do trato urinário, diabetes *melitus* e sífilis, e mais da metade dos cartões sem registro de vacinação antitetânica. O autor assinalava, desde então, a necessidade de discussão abrangente — envolvendo obrigatoriamente gestores, profissionais de saúde e comunidade — sobre a implantação de ações corretivas imediatas e de avaliações periódicas do pré-natal no município (COUTINHO et al., 2003).

Trabalho do mesmo autor, de 2010, ainda tendo como foco a adequação do cuidado no processo de atendimento pré-natal às usuárias do município, examinou os cartões de gestantes que utilizaram o SUS no atendimento ao parto a termo nos semestres iniciais de 2002 e 2004, confirmando a persistência da baixa adequação, apesar da boa cobertura e da implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Reiterou-se relevância de incrementar a adesão dos gestores, profissionais de saúde e usuárias às normas/rotinas do atendimento e a necessidade de institucionalização de um programa de monitoramento da assistência pré-natal (COUTINHO et al., 2010).

Estudo realizado em Juiz de Fora sobre a atuação dos profissionais da atenção básica em Educação em Saúde em Grupos de Direitos Sexuais e Reprodutivos demonstrou variação sobre natureza, organização destes Grupos; direcionamento pedagógico tradicional, predominando a parceria Enfermeira e Assistente Social na execução das atividades educativas; abordagem simplificada destes direitos; falta de capacitação dos profissionais; centralidade das ações em recursos e procedimentos para se evitar a reprodução humana; e sobrecarga de atividades dos profissionais,

fazendo com que as atividades de promoção da SSR sejam, muitas das vezes, relegadas a segundo plano (SOUZA, 2011).

As ações de promoção da SSR na APS, centralizadas na contracepção, e a falta de diálogo sobre disfunções sexuais e infertilidade neste cenário podem ser entendidas como um reflexo da ausência de uma assistência baseada nos princípios de integralidade, universalidade e equidade. O estudo de Pereira (2013) teve como proposta traçar um perfil dos casais atendidos pelo Ambulatório de Infertilidade do Hospital Universitário da UFJF, serviço integrado ao Programa Estadual Viva-Vida em Minas Gerais. O trabalho identificou deficiências estruturais e precariedade em seu sistema de informações, dificuldade no encaminhamento ao nível terciário e carência de normatização do acesso às técnicas de Reprodução Assistida na rede assistencial visando os casais inférteis no município mineiro.

Na dissertação de mestrado dessa pesquisadora, observou-se que, em 2015, mesmo com a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária, algumas limitações ainda persistiram. Segundo os usuários, as ações educativas do planejamento reprodutivo oferecida em unidades da ESF de Juiz de Fora possuíam limitações e potencialidades. Como limitações da assistência, foram destacadas a falta de divulgação das ações e a não abordagem ampla dos temas que envolvem a saúde sexual e saúde reprodutiva. Já o conhecimento sobre os métodos contraceptivos e a oferta das ações educativas foram consideradas como fatores potencializadores desta assistência (PAIVA, 2015).

Outro estudo realizado em Juiz de Fora, com objetivo de estimar a prevalência e fatores de risco para infecção pelo Papilomavírus humano (HPV) entre mulheres residentes em área de cobertura da ESF, demonstrou “que o comparecimento das mulheres da população-alvo para o rastreamento do câncer do colo do útero às unidades de ESF participantes no presente estudo foi aquém do esperado (60%)” (AYRES et al., 2017, p.7). A adesão não correspondeu a expectativa dos pesquisadores deste estudo, pois na publicação os mesmos informam que esperavam que a procura pelo atendimento fosse mais alta (AYRES et al., 2017).

A prevalência dessa infecção é maior entre mulheres e, nesse sentido, o exame ginecológico é recomendado por ser uma importante estratégia de diagnóstico para detecção precoce e início do tratamento. A transmissão do vírus dá-se por qualquer tipo de atividade sexual, com o aconselhamento para o uso do preservativo nas

relações sexuais e a vacinação sendo essenciais para a prevenção dessa IST (BRASIL, 2015).

Ainda sobre a saúde da mulher no *lócus* municipal de estudo, uma análise sobre o excesso de peso de usuárias atendidas por duas unidades da APS ressaltou a influência dos fatores reprodutivos na condição de sobrepeso. Segundo Gonçalves e colaboradores (2018), do total de 61% das 2.077 mulheres que apresentaram excesso de peso, a maioria relatou fazer uso de métodos contraceptivos (68,5%), das quais 66,4% disseram utilizar método contraceptivo do tipo hormonal, reforçando a importância de uma adequada indicação do medicamento e do acompanhamento do processo reprodutivo sexual.

Martins e Silva (2017) apontam que grande parte das causas de mortes maternas notificadas em Juiz de Fora são consideradas evitáveis. As autoras reforçam a relevância das ações do planejamento reprodutivo e o monitoramento, diagnóstico precoce e tratamento eficaz das complicações que podem surgir durante a gravidez, parto e pós-parto a fim de reduzir os óbitos, possibilitando o direito fundamental do ser humano que é o direito à vida. Evidenciaram, ainda, a necessidade de investimentos governamentais para a capacitação e qualificação do profissional que assiste as mulheres em idade fértil, no pré-natal, parto, aborto e puerpério.

Considera-se que os direitos sexuais e reprodutivos devem ser fortalecidos no âmbito das práticas e garantia da atenção à SSR no município, tendo a atenção primária como ordenadora desse fortalecimento, para toda a população. Um estudo recente sobre rede de atendimento as pessoas que procuram pelo processo transexualizador em Juiz de Fora revelou a ausência da rede de atenção à saúde direcionada para essa população, considerada um ponto frágil no que tange à atuação da gestão municipal (RODRIGUES, 2018). De modo complementar, outro estudo revelou que a transfobia, constrangimentos e estigmas são algumas das situações enfrentadas por travestis e transexuais que usam serviços públicos de saúde no município de Juiz de Fora (OLIVEIRA, 2018).

Por fim, uma análise da atenção a vítimas de violência sexual revelou limitações que também devem ser alvo de discussões em prol de melhorias na rede de cuidados, uma vez que a ausência de fluxos assistenciais e o desconhecimento dos profissionais a respeito dos serviços oferecidos no município fazem com que a vítima de violência peregrine em busca de atenção (TRIGUEIRO et al., 2018).

Diante dos desafios neste cenário municipal, o Plano Municipal de Saúde 2018/2021 coloca como prioridades a implantação das seguintes redes: Atenção aos Direitos Sexuais e Reprodutivos, Nascimento, Parto e Pós Parto (Rede Cegonha) (JUIZ DE FORA, 2017b).



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Avaliar a implementação das ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva na Estratégia Saúde da Família do município de Juiz de Fora-MG.

### **4.2 Objetivos específicos**

1. Verificar a conformidade da estrutura e do processo da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva nas unidades da Estratégia Saúde da Família municipal às normas governamentais.
2. Caracterizar o grau da implantação dos cuidados à Saúde Sexual e Reprodutiva na Estratégia Saúde da Família do município de Juiz de Fora.
3. Identificar os limites e potencialidades no processo de implantação da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Estratégia Saúde da Família do município de Juiz de Fora.
4. Discutir a influência do contexto técnico-organizacional da Estratégia de Saúde da Família sobre o grau de implantação da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva no município de Juiz de Fora.

## 5 CAMINHOS METODOLÓGICOS

### 5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma avaliação de serviço, com foco na estrutura (estrutura física, recursos humanos e materiais) e processo (práticas e serviços) das ações de atenção à SSR oferecidas por unidades de saúde que possuem equipes da ESF no município de Juiz de Fora-MG.

Do ponto de vista metodológico, realizou-se uma avaliação normativa e formativa. Normativa, porque considerou critérios e normas governamentais previamente definidos para a estrutura e processo da atenção à SSR (apêndices A e B), e formativa, pelo fato de a avaliação ocorrer simultaneamente às ações e às informações produzidas (CHAMPAGNE et al., 2011c). Para estruturação da avaliação normativa, utilizou-se as noções de Estrutura e Processo considerando o significado proposto pela abordagem sistêmica de Donabedian (1990).

Donabedian (1988) apresentou, em seu modelo sistêmico, uma proposta para avaliar a qualidade de serviços, práticas e atenção à saúde através da relação estabelecida na tríade estrutura, processo e resultado. A estrutura inclui a análise das condições estruturais, recursos humanos, condições físicas, instalações e equipamentos. Já o processo refere-se a operacionalização das atividades conforme planejadas, e está diretamente relacionada com a prática e os serviços oferecidos. Por fim, os resultados relacionam-se à capacidade dos serviços de atingir seus objetivos, ou seja, os resultados alcançados.

Nesta pesquisa, optou-se por utilizar as dimensões da estrutura e do processo como principais níveis de análise, considerando que ambos formam o principal arcabouço teórico descrito nas normativas governamentais sobre a atenção à SSR na APS.

A avaliação foi desenvolvida utilizando-se de técnicas da abordagem quanti-qualitativa (*survey* utilizando de questionários semiestruturados e análise documental), ambas descritas mais adiante. Segundo Wisdom e Creswell (2013), a utilização de tal abordagem, classificada como métodos mistos, é desejada para avaliar intervenções complexas, como políticas, programas e serviços de saúde.

## 5.2 Cenário do estudo

O lócus do estudo, como já explicitado no capítulo 3, foi o município de Juiz de Fora, com as justificativas para sua escolha tendo sido dispostas de forma detalhada anteriormente.

A pesquisa foi realizada nos serviços de atenção primária à saúde, tendo em vista que as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva são consideradas nos documentos governamentais como responsabilidade prioritária deste nível de atenção, partindo da premissa de que, neste espaço, essas ações acontecem (ou deveriam acontecer) periodicamente (BRASIL, 2020c). Especificamente, optou-se por definir como cenário, dentro da APS, unidades que possuíam equipes de ESF, pelo fato desta Estratégia ser considerada fortalecedora dos preceitos da atenção primária e, adicionalmente, por ser um local onde a oferta de ações relativas à SSR possuem um caráter essencial para a promoção, prevenção e assistência à saúde da população.

A proposta inicial contemplava a realização da pesquisa em todas as 43 unidades de saúde do município que possuíam ESF. Contudo, o avanço da pandemia da COVID-19 inviabilizou a continuidade da pesquisa de campo e somente 32 unidades receberam o convite para participar do estudo até o trabalho de campo ter sido interrompido.

O contato presencial da pesquisadora com os gestores das 32 unidades foi empreendido, com a aceitação e distribuição do instrumento de estudo a gestores e profissionais. Entretanto, somente 24 unidades devolveram os questionários preenchidos, mesmo tendo sido empreendidos inúmeros esforços nesse sentido. Desse modo, tais unidades referem-se a uma amostragem não intencional, correspondendo àquelas que, até a interrupção referida, os instrumentos de coleta de dados preenchidos tinham sido devolvidos.

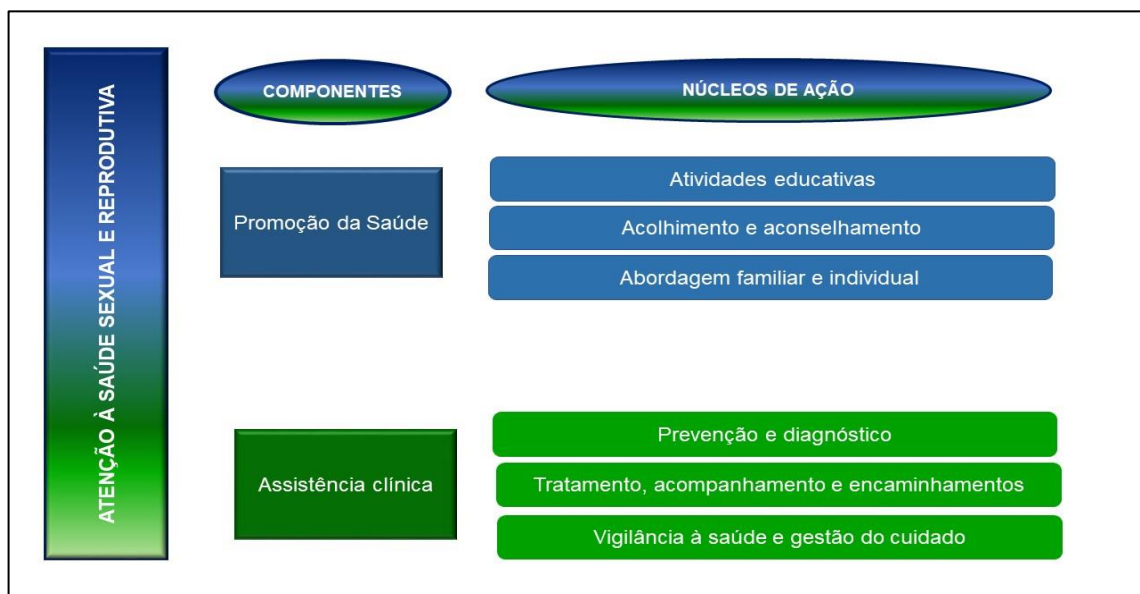
## 5.3 Modelo lógico

O modelo lógico, enquanto esquema visual, expõe a teoria do modo como a intervenção deve ser implantada. Este instrumento é considerado essencial no planejamento da avaliação a ser realizada, uma vez que fornece a compreensão da racionalidade e causalidade dos elementos (componentes, atividades (processo), produtos e resultados) que compõem o objeto de avaliação (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; CHAMPAGNE et al., 2011d).

A seleção dos principais componentes da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na APS foi feita a partir da análise documental de publicações do Ministério da Saúde e de outras pesquisas de avaliação de implantação da atenção à SSR, cujos modelos já construídos foram importantes na elaboração do planejamento desta proposta de avaliação (MANDÚ, 2005; NAGAHAMA, 2009; BONAN et al., 2010; NASSER, 2015).

Os elementos subjacentes que compuseram a categorização do modelo lógico empregado nesta pesquisa foram agrupados em dois componentes —: Promoção da SSR e Assistência Clínica —, cada um dos quais com três núcleos de ações. Uma representação gráfica sintética desses elementos está presente na figura 3, e seu detalhamento disposto na sequência.

Figura 3 – Representação esquemática do modelo lógico



Fonte: A autora, 2021.

Especificamente, a promoção da SSR é considerada um papel fundamental da APS (BRASIL, 2013a). Envolve ações para o bem-estar na vivência da sexualidade e da reprodução, por meio de educação em saúde, orientada pelas perspectivas de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, promoção dos direitos humanos e da igualdade de gênero. Destacam-se três núcleos de ações agregadas a esse componente: *atividades educativas; acolhimento e aconselhamento; e abordagem individual e familiar*, discutidos brevemente na sequência e sumarizados no Quadro 4.

As *atividades educativas* tem como objetivos ofertar informações e orientações, propiciar reflexão e o conhecimento sobre os temas relacionados à sexualidade e à reprodução, garantindo que as pessoas façam escolhas de forma livre, informada, autônoma e segura (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2005c). É preconizado que a educação em saúde para promoção da SSR seja um processo de construção permanente, com a participação ativa de todos membros da equipe e dos usuários, através de práticas pedagógicas interativas e participativas que considerem o conhecimento e experiência dos envolvidos. Para a organização da prática, é recomendado que as atividades sejam individuais ou em grupo; nesta última, pode-se formar grupos específicos para adultos e adolescentes (por faixa etária), com no máximo 20 pessoas por grupo (BRASIL, 2013a). Destaca-se que as atividades coletivas que valorizam o conhecimento e experiências dos participantes devem ser estimuladas na prática pois, em grupo, a problematização da realidade dos envolvidos favorece o diálogo sobre suas dificuldades, dúvidas e sentimentos.

Essas atividades necessitam ser desenvolvidas não só nos espaços dos serviços de saúde, mas também nas escolas e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade (BRASIL, 2013a). E, no seu desenvolvimento, é imperioso que o profissional pautar suas ações em princípios éticos, respeitando à autonomia das pessoas, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo na abordagem da SSR, e promover a participação de todos, mulheres, homens, adolescentes, adultos ou idosos (BRASIL, 2013a).

Diversos temas podem ser alvo de reflexões nas atividades que envolvem a promoção da SSR, como por exemplo: namoro, relacionamentos, virgindade, IST, violência doméstica e sexual, gravidez desejada ou indesejada, etc. (BRASIL, 2013a). Para tal, cada serviço deve utilizar a abordagem que melhor se adapte às suas disponibilidades de pessoal, de tempo e de espaço e também às características e necessidades dos usuários. Faz-se necessária adequação à realidade e

especificidades do público, bem como linguagem acessível, simples e clara, portanto, a criatividade e a variedade metodológica são elementos que necessitam sempre estar presentes nesta abordagem.

O segundo núcleo de ações abrange o *acolhimento e aconselhamento*. O acolhimento possui relação com a conduta ética do profissional, ou seja, se concretiza através da humanização das práticas de saúde. Caracteriza-se como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, implicando em postura ética e respeitosa, livre de julgamentos e/ou preconceitos (BRASIL, 2013a), ainda mais importante considerando o domínio complexo relacionado ao campo da saúde sexual e reprodutiva. Assim, é importante que o profissional dê atenção a todos que procuram os serviços, ouvindo suas necessidades e percebendo-as para além da fala/expressão verbal. Enquanto postura profissional esperada em todas as ações de SSR, o acolhimento envolve conhecimentos técnicos, escuta atenta, gentileza, vínculo, diálogo, respeito, confiança, compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias ou formas alternativas para enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 2013a).

Já o aconselhamento na prática da atenção à SSR é baseado no diálogo para fortalecimento do vínculo entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal, devendo ser flexível e sem obrigatoriedade, permitindo que cada pessoa saiba o que o serviço oferece e possa fazer suas escolhas. Tem o objetivo de proporcionar condições para investigar situações de vulnerabilidades<sup>26</sup>, e de orientar sobre a decisão de ter ou não filhos e o acesso aos recursos a serem utilizados para concretizar as escolhas, assim como oferta de apoio e intervenções de prevenção e diagnóstico.

A *abordagem individual e familiar* configura o terceiro e último núcleo de ação do componente de promoção da SSR. Cabe ao profissional dispor de uma abordagem ampliada dos indivíduos, da família, da comunidade e do contexto, não centrada na doença. Ambas consideram a conduta do profissional na elaboração do plano diagnóstico e terapêutico, de forma ética, conjunta e solidária (BRASIL, 2013a).

---

<sup>26</sup> No Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Reprodutiva não é definido um conceito de vulnerabilidade, mas observa-se que o termo é aplicado na perspectiva das suscetibilidades populacionais, sobre os eixos sociais e individuais. Segundo Ayres e colaboradores. (2003), esse conceito possui três eixos: 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).

Recomenda-se na SSR abordagens específicas considerando as particularidades do usuário, seu ciclo de vida e suas necessidades. A abordagem centrada no indivíduo considera seu contexto de vida e estágio de desenvolvimento pessoal, o que inclui atentar para aspectos que envolvam família, trabalho, crenças, dificuldades, potencialidades. Já a abordagem familiar busca compreender o contexto de vida das pessoas e as suas influências na situação de saúde (BRASIL, 2013a). Nesse caso, a família pode ser definida como um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidados (proteção, alimentação e socialização), vínculos afetivos (relacionais), de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico-histórico-cultural. A família é mais que a soma de seus membros, é um sistema social, uma instituição social básica que aparece sob as formas mais diversas em todas as sociedades humanas (BRASIL, 2013a).

Quadro 4 - Modelo teórico da avaliação da implantação relativo ao componente da Promoção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde (continua)

<b>Finalidade do componente:</b> Promover a igualdade de gênero e o bem-estar na vivência da sexualidade e da reprodução, por meio da educação em saúde. Fortalecer o exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.			
<b>Núcleo das ações</b>	<b>Atividade educativa</b>	<b>Acolhimento e Aconselhamento</b>	<b>Abordagens individual e familiar</b>
<b>Atividades relacionadas (descrição)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ofertar informação e orientação sobre métodos contraceptivos, conceptivos e pílula de emergência, planejamento reprodutivo;</li> <li>- Realizar atividade educativa sobre saúde sexual e reprodutiva para homens, mulheres, adolescentes, idosos, portadores de deficiência, população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexo, dentre outras pessoas em situação de vulnerabilidade, gestantes e seus parceiros;</li> <li>- Orientar sobre a realização do preventivo ginecológico, autoexame de mama, exame de próstata;</li> <li>- Orientar mulheres na perimenopausa, no pós-parto, pós aborto e pessoas que vivem com HIV/Aids e sobre contracepção;</li> <li>- Informar sobre teste rápido de detecção do HIV, tratamento e prevenção de IST, incluindo HIV/Aids;</li> <li>- Informar pessoas em situações de vulnerabilidade sobre métodos contraceptivos, prevenção de IST;</li> <li>- Orientar sobre a realização do preventivo ginecológico, autoexame de mama, exame de próstata;</li> <li>- Orientar mulheres na perimenopausa, no pós-parto, pós aborto e pessoas que vivem com HIV/Aids e sobre contracepção;</li> <li>- Informar sobre teste rápido de detecção do HIV, tratamento e prevenção de IST, incluindo HIV/Aids;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolher e sanar dúvidas sobre curiosidades, preocupações e medos relacionadas às questões de saúde sexual e reprodutiva;</li> <li>- Aconselhar sobre a decisão pelo uso do método contraceptivo cirúrgico;</li> <li>- Acolher e analisar situações de vulnerabilidade individual ou do casal, para a infecção pelo HIV e outras IST;</li> <li>- Acolher mulheres em situação de aborto;</li> <li>- Acolher adolescentes grávidas;</li> <li>- Acolher pessoas com dificuldades para engravidar;</li> <li>- Aconselhar sobre tratamento de doenças que possam interferir negativamente na saúde sexual e reprodutiva;</li> <li>- Aconselhar sobre a realização de teste rápido de HIV;</li> <li>- Aconselhar a população, especialmente gestantes sobre a realização de teste rápido de sífilis;</li> <li>-- Ofertar aconselhamento reprodutivo para mulheres e homens HIV positivo, considerando a prevenção da transmissão do HIV, inclusive a transmissão vertical;</li> <li>- Acolher e acompanhar a saúde de mulheres e homens soropositivo, explorando também sua expectativa e interesse de engravidar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar campanhas temáticas sobre saúde sexual e reprodutiva em articulação com a população, instituições locais e outros setores;</li> <li>- Desenvolver estratégias para aumentar a cobertura vacinal de Hepatite e vacina do HPV para meninas adolescentes de 9 a 14 anos, e meninos de 11 a 14 anos.</li> <li>- Abordar sexualidade de forma positiva, considerando o direito de se sentir confortável para sentir e dar prazer (satisfação, prática do sexo seguro, existência e tipos de dificuldades);</li> <li>- Zelar pelo respeito à autonomia, direito e liberdade de decisão das pessoas, sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida;</li> <li>- Zelar pela garantia de privacidade e do sigilo nas abordagens individuais e coletivas da saúde sexual e reprodutiva;</li> <li>- Realizar atendimento à saúde sexual e reprodutiva centrada na pessoa, considerando seu contexto de vida e aspectos que envolvem família, trabalho e crenças;</li> <li>- Atuar na saúde sexual e reprodutiva com foco na família e considerar as interações e/ou tensões familiares;</li> </ul>



Quadro 4 - Modelo teórico da avaliação da implantação relativo ao componente da Promoção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde (continuação)

Núcleo das ações	Atividade educativa	Acolhimento e Aconselhamento	Abordagens individual e familiar
<b>Atividades relacionadas (descrição)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar gestantes sobre saúde sexual e reprodutiva antes, durante e após o parto;</li> <li>- Promover atividades educativas sobre planejamento reprodutivo pós gravidez para gestantes adolescentes grávidas (especialmente 10-16 anos);</li> <li>- Orientar e sanar dúvidas sobre o sexo durante a gravidez, cuidados no pré-natal, parto e puerpério;</li> <li>- Orientar e estimular a participação do pai no pré-natal e a paternidade responsável;</li> <li>- Orientar casais sobre os direitos dos pais após o nascimento de seu filho;</li> <li>- Estimular o autocuidado e autoconhecimento do corpo;</li> <li>- Abordar nas atividades educativas temáticas sobre disfunções sexuais, infertilidade, prazer, igualdade de gênero, sexualidade no climatério, sexualidade na adolescência, diversidade de identidade de gênero, violência sexual;</li> <li>- Dialogar sobre sexualidade e saúde sexual para pessoas na terceira idade, pessoas portadoras de deficiência e casais soro discordantes;</li> <li>- Orientar e desfazer mitos e tabus sobre saúde sexual e reprodutiva;</li> <li>- Incentivar a comunicação entre os parceiros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolher pais e a família da gestante (apoiadores afetivos);</li> <li>- Aconselhar e orientar sobre amamentação;</li> <li>- Aconselhar e orientar sobre uso de método contraceptivo e outras medicações no puerpério;</li> <li>- Aconselhar adolescentes sobre o exercício responsável da paternidade e da maternidade;</li> <li>- Realizar acolhimento de mulheres e homens com problemas/ disfunções sexuais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a estrutura e o funcionamento familiar na abordagem da saúde sexual e reprodutiva;</li> <li>- Realizar abordagem individual da saúde sexual e reprodutiva, considerando o contexto de vida da pessoa ou do casal;</li> <li>- Avaliar influências religiosas, culturais, qualidade da relação e da comunicação com o(a) parceiro(a), uso de álcool e outras drogas, desejo ou não de ter filhos, entre outras questões que possam ser relacionadas ou interferir na vivência saudável e segura da sexualidade e da reprodução.</li> </ul>

Quadro 4 - Modelo teórico da avaliação da implantação relativo ao componente da Promoção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde (conclusão)

<b>Finalidade do componente:</b> Promover a igualdade de gênero e o bem-estar na vivência da sexualidade e da reprodução, por meio da educação em saúde. Fortalecer o exercício dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.			
<b>Núcleo das ações</b>	<b>Atividade educativa</b>	<b>Acolhimento e Aconselhamento</b>	<b>Abordagens individual e familiar</b>
<b>Desempenho esperado</b>	- Profissionais da atenção primária capacitados na atenção à saúde sexual e reprodutiva e a unidade de saúde realizar atividades educativas para à promoção dos Direitos e da saúde sexual e reprodutiva dirigida a mulheres, homens, adolescentes, idosos, portadores de deficiência, população de LGBTQIA+, assexuais, dentre outras pessoas em situação de vulnerabilidade, gestantes e seus parceiros, contemplando as suas necessidades, reconhecendo as singularidades e respeitando as diversidades dos usuários.	- Realiza atendimento pautado na escuta e entendimento dos aspectos individuais, sociais, identificando possibilidades de atuação do serviço para aconselhamento e acolhimento das questões que compõem a saúde sexual e reprodutiva.	- Abordagens individuais ou coletivas consideradas como, oportunidade para a construção de conhecimentos a partir da realidade dos indivíduos e do território, e orientadas por metodologias ativas; - Oferecer atividades contínuas e desenvolvidas pela equipe multiprofissional, intersetorial e com participação da comunidade.

Legenda: Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); Infecção Sexualmente Transmissível (IST); Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids); Papilomavírus Humano (HPV).

Fonte: A autora, 2019, a partir dos documentos governamentais disponíveis no Apêndice A, Apêndice B e textos complementares (NASSER, 2015; BONAN et al., 2010; NAGAHAMA, 2009).

As consultas, prescrições, acompanhamento e encaminhamentos fazem parte do componente Assistência Clínica, o qual, por sua vez, foi dividido nos seguintes núcleos de ações: *prevenção e diagnóstico; tratamento, acompanhamento e encaminhamento para outros serviços; vigilância em saúde e gestão do cuidado* (Quadro 5).

A *prevenção e diagnóstico* correspondem à anamnese, exame físico, disponibilidade, fornecimento e orientação para o uso de preservativos (masculinos e femininos), bem como a vacinação para hepatite B, prevenção e assistência das IST/Aids, orientação e realização de coleta de exame de Papanicolaou, colposcopia e biópsia de vulva e colo (quando necessários e disponíveis), coleta de sorologias para IST/Aids, incentivo à dupla proteção, prescrição e oferta do método escolhido e realização de sorologias para HIV e sífilis no primeiro e no terceiro trimestre de gestação (NASSER, 2015). As ações de prevenção e diagnóstico são importantes para reduzir as cadeias de disseminação de doenças.

O núcleo de ações de *tratamento, acompanhamento e encaminhamento para outros serviços*, respondem pelas atividades de tratamento das IST/Aids, tratamento sintomático ou etiológico das IST - sendo que, no primeiro deles, a principal recomendação atual para a APS é disponibilidade de medicamentos e terapias para o bem-estar da SSR (BRASIL, 2013a). Engloba a oferta de tratamento e/ou recursos terapêuticos adequados para as doenças ou condições que estejam interferindo na saúde sexual: doenças ginecológicas, urológicas, doenças crônico-degenerativas, tais como hipertensão arterial, diabetes, entre outras (BRASIL, 2013a).

Por último, o núcleo de ações de *vigilância em saúde e gestão do cuidado* envolve registros de informações relevantes para a vigilância à saúde (como número de vacinas e de exames de Papanicolaou, busca ativa de usuários); notificação de agravos, seguida de controle de comunicantes e do ambiente, parceria com outros setores e convocação de indivíduos, divulgação e utilização de sistemas de informação, vigilância de exames alterados e de pacientes faltosos, e convocação de indivíduos considerados em situação de risco ou que requeiram apoio. A gestão inclui estratégias de divulgação das ações de SSR, fluxos, registros e frequência das atividades (BONAN et al., 2010; NASSER, 2015).

O quadro 5, na sequência, sumariza o modelo lógico referente ao componente da Assistência Clínica.

Quadro 5 – Modelo teórico da avaliação da implantação referente ao componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde (continua)

<b>Finalidade do componente:</b> Assistência para a prevenção, diagnóstico das IST, tratamento, acompanhamento, cuidado e apoio a indivíduos portadores de doenças relacionadas a SSR, considerando o conceito de vulnerabilidade em seus aspectos individuais, sociais e programáticos. Articulação com outros serviços e definição de estratégias para realização das atividades de informação e vigilância em saúde.			
<b>Núcleos de ações</b>	<b>Prevenção e diagnóstico</b>	<b>Tratamento, acompanhamento e encaminhamento para outros serviços</b>	<b>Vigilância em saúde e gestão do cuidado</b>
<b>Ações e atividades relacionadas (descrição)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir o acesso aos métodos contraceptivos reversíveis e cirúrgicos;</li> <li>- Garantir o acesso aos preservativos masculinos e femininos para prevenção de IST; e aos exames pré-concepcionais em caso de planejamento de gravidez;</li> <li>- Ofertar atendimento individual, anamnese, exame físico, buscando identificar as necessidades individuais e/ou do casal, e prescrição dos métodos contraceptivos escolhidos pelo usuário segundo a avaliação médica orientada pelos critérios de elegibilidade;</li> <li>- Orientar sobre os recursos à concepção ou à anticoncepção, incentivando a participação ativa na decisão individual ou do casal;</li> <li>- Realizar diagnóstico da gestação e promover início precoce do pré-natal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescrever métodos contraceptivos;</li> <li>- Realizar consultas de retorno para acompanhamento da saúde da pessoa ou do casal que utiliza método contraceptivos;</li> <li>- Identificar e substituir, quando possível, medicamentos que possam interferir na saúde sexual e reprodutiva;</li> <li>- Instituir tratamentos para as doenças ou condições que estejam interferindo na saúde sexual: doenças ginecológicas, urológicas, doenças crônico-degenerativas, tais como hipertensão arterial, diabetes, entre outras.</li> <li>- Garantir o acesso a informações, métodos e meios para a regulação da fecundidade e para a proteção contra HIV/Aids e outras doenças;</li> <li>- Identificar os casos que necessitam de referência para a atenção especializada, sendo responsabilidade da gestão o estabelecimento dos fluxos e pactuações para essa referência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar informações relevantes para vigilância e organização do trabalho, incluindo procedimentos, vacinas e notificação negativa de condições como sífilis congênita;</li> <li>- Realizar vigilância de exames e de faltosos;</li> <li>- Notificar as DNC, realizar ações de controle de comunicantes, ambiente e educação em saúde;</li> <li>- Ofertar exames para diagnóstico de sífilis e conferir calendário vacinal;</li> <li>- Realizar busca ativa de parceiros de usuários diagnosticados com IST;</li> <li>- Convidar usuários para participação em atividades educativas direcionadas à SSR;</li> </ul>

Quadro 5 – Modelo teórico da avaliação da implantação referente ao componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde (continuação)

<b>Finalidade do componente:</b> Assistência para a prevenção, diagnóstico das IST, tratamento, acompanhamento, cuidado e apoio a indivíduos portadores de doenças relacionadas a SSR, considerando o conceito de vulnerabilidade em seus aspectos individuais, sociais e programáticos. Articulação com outros serviços e definição de estratégias para realização das atividades de informação e vigilância em saúde.			
<b>Núcleos de ações</b>	<b>Prevenção e diagnóstico</b>	<b>Tratamento, acompanhamento e encaminhamento para outros serviços</b>	<b>Vigilância em saúde e gestão do cuidado</b>
<b>Ações e atividades relacionadas (descrição)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aconselhar sobre uso de preservativo e comunicação aos parceiros em casos de diagnóstico positivo para IST;</li> <li>- Ofertar rastreamento para detecção precoce de neoplasias das mamas e do câncer de colo de útero</li> <li>- Realizar atividades de proteção específica, incluindo vacinação;</li> <li>- Desenvolver estratégias para aumentar a cobertura vacinal de Hepatite e vacina do HPV para meninas adolescentes entre de 9 a 14 anos, e meninos de 11 a 14 anos.;</li> <li>- Realizar diagnóstico oportuno de HIV e outras IST, com oferta e realização dos exames;</li> <li>- Identificar disfunção sexual e outras dificuldades quanto às relações sexuais;</li> <li>- Promover ações de prevenção e orientação sobre câncer de próstata e do câncer de pênis, do colo de útero e mama;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover assistência clínica no climatério/menopausa;</li> <li>- Realizar tratamento sintomático das IST, incluindo; cauterização de condiloma acuminado;</li> <li>- Tratar gestante com sífilis e seu parceiro;</li> <li>- Dispor de medicamentos para infecções sexualmente transmissíveis e condições de aplicação de penicilina benzatina;</li> <li>- Garantir agendamento de consultas e visita domiciliar, durante o pré-natal e no puerpério;</li> <li>- Dispor de uma rede de serviços para atender casais inférteis;</li> <li>- Encaminhar para atenção especializada os casos de resultados positivos em testes rápidos, em especial do HIV e continuar o acompanhamento na unidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar e acompanhar usuárias que possuem acesso aos métodos contraceptivos na unidade de saúde;</li> <li>- Identificar necessidades e vulnerabilidades relacionadas à SSR durante visita domiciliar;</li> <li>- Identificar no território todas as adolescentes grávidas e, em especial, as que estão em situação de maior vulnerabilidade (vivendo na rua, em conflito com a lei, usuárias de álcool e outras drogas, indígenas, quilombolas, ribeirinhas) para que sejam acolhidas e recebam cuidados diferenciados, de acordo com suas necessidades e demandas de saúde.</li> </ul>

Quadro 5 – Modelo teórico da avaliação da implantação referente ao componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde (conclusão)

<b>Finalidade do componente:</b> Assistência para a prevenção, diagnóstico das IST, tratamento, acompanhamento, cuidado e apoio a indivíduos portadores de doenças relacionadas a SSR, considerando o conceito de vulnerabilidade em seus aspectos individuais, sociais e programáticos. Articulação com outros serviços e definição de estratégias para realização das atividades de informação e vigilância em saúde.			
<b>Núcleos de ações</b>	<b>Prevenção e diagnóstico</b>	<b>Tratamento, acompanhamento e encaminhamento para outros serviços</b>	<b>Vigilância em saúde e gestão do cuidado</b>
<b>Ações e atividades relacionadas (descrição)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a data da última coleta do exame preventivo do câncer de colo de útero e avaliar a necessidade de realização de nova coleta;</li> <li>- Realizar avaliação pré-concepcional em casos de doenças crônicas;</li> <li>- Ofertar atendimento aos casais inférteis;</li> <li>- Realizar consulta clínica-ginecológica.</li> </ul>		
<b>Desempenho esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecer todos métodos contraceptivos para prevenção de gravidez não planejada e IST;</li> <li>- Oferecer ações para diagnóstico e prevenção de IST/ HIV/Aids, bem como rastreamento de neoplasias relacionadas ao contágio por via sexual, a partir das perspectivas de gênero, vulnerabilidade e direitos sexuais e reprodutivos;</li> <li>- Garantir autonomia nas escolhas reprodutivas;</li> <li>- Estimular paternidade e maternidade responsáveis.;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecer tratamento e acompanhamento dos casos de IST, com incorporação da abordagem sintomática, aconselhamento e comunicação aos parceiros;</li> <li>- Disponibilizar tratamento da gestante com sífilis e do parceiro;</li> <li>- Oferecer apoio aos usuários com HIV/Aids em seu tratamento de forma conjunta com o serviço especializado;</li> <li>- Disponibilizar avaliação clínica e oferecer acompanhamento periódico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar a notificação de doenças;</li> <li>- Realizar a busca ativa de faltosos;</li> <li>- Promover o registro de informações em saúde;</li> <li>- Possuir sistemas informatizados;</li> <li>- Fazer o acompanhamento de indicadores de saúde da população adstrita.</li> </ul>

Legenda:Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR); Doenças de notificação compulsória (DCN); Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV);Infecção Sexualmente Transmissível (IST); Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids);

Fonte: A autora, 2019. Elaborado a partir dos documentos governamentais disponíveis no Apêndice A, Apêndice B e textos complementares (NASSER, 2015; BONAN et al., 2010; NAGAHAMA, 2009).

#### 5.4 Critérios e parâmetros da avaliação

Estabelecer critérios e parâmetros são aspectos fundamentais para avaliação de um programa, pois além de possibilitarem descrever as intervenções, permitem a construção de um “julgamento de valor”. Os critérios, que nessa tese abrangem aspectos da estrutura e do processo, são utilizados para mensurar a intervenção segundo os componentes da intervenção avaliada (ALVES et al., 2010). Os parâmetros representam um referencial factível no contexto dos programas avaliados (TANAKA; MELO, 2004).

Os critérios de estrutura estão relacionados ao provimento de recursos necessários para oferta da atenção à SSR na APS. Os critérios de processo abrangem as ações e atividades oferecidas na prática assistencial. Cabe ressaltar a relação intrínseca e complexa entre estrutura e processo no âmbito das atividades oferecidas pelos serviços de saúde, em um programa específico (TANAKA; MELO, 2004). Por isso, a seleção dos critérios foi construída com base na relação entre tais variáveis, tomando como parâmetro o conhecimento técnico e científico prévio, identificado na literatura e nas normativas governamentais, e ajustado ao contexto local

Nesta pesquisa, os critérios utilizados foram descritos no formato de matrizes. Segundo Alves e colaboradores (2010), matrizes auxiliam na análise e interpretação das informações e, até mesmo, no planejamento da coleta de dados, nos instrumentos, técnicas de análises, organização e na apresentação. Os parâmetros referentes aos serviços de SSR na APS representam características preconizadas pelas normativas governamentais e municipais.

Destaca-se que o modelo lógico e os documentos governamentais citados (Apêndice A e Apêndice B) anteriormente auxiliaram a pesquisadora na elaboração da referida matriz de análise (Apêndice C e Apêndice D) e dos parâmetros de avaliação (Apêndice G), que por sua vez nortearam a construção dos instrumentos de coletas de dados (Apêndice E e Apêndice F).

Segundo Alfodi (2006), a matriz de análise tem a finalidade de estabelecer e padronizar critérios para subsidiar a avaliação. Alves e colaboradores (2010) salientam que as matrizes são utilizadas na avaliação para além das operações matemáticas, e auxiliam na compreensão e descrição da lógica da intervenção. Para tanto, as informações qualitativas foram observadas em relação aos parâmetros preconizados nas

normativas, possibilitaram o juízo de valor em relação a verificação da conformidade e o grau de implantação da atenção à SSR na APS.

Nesse sentido, foi utilizado a matriz de análise para elencar os critérios e parâmetros e sistematizá-los segundo as dimensões da estrutura e processo da atenção à SSR na APS. A síntese da matriz, disposta no quadro 6, descreve os componentes e dimensões do modelo teórico, considerando o quantitativo de critérios observados.

Quadro 6 - Síntese da matriz de análise utilizada na pesquisa, segundo as subdimensões e número de parâmetros avaliados. Juiz de Fora – 2020

Componentes	Dimensões	Subdimensões	Número de Parâmetros
<b>Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva</b>	Estrutura	Recursos humanos	9
		Espaço físico	2
		Recursos materiais	4
		Normas e protocolos	2
	<b>Subtotal</b>		<b>17</b>
	Processo	Atividade educativa	30
Acolhimento/Aconselhamento		8	
Planejamento e gestão do cuidado		7	
<b>Subtotal</b>		<b>45</b>	
<b>Assistência clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva</b>	Estrutura	Recursos humanos	4
		Medicamentos e insumos	15
		<b>Subtotal</b>	
	Processo	Atenção à Saúde	13
		Vigilância em saúde	7
		Planejamento e gestão do cuidado	8
<b>Subtotal</b>		<b>28</b>	
<b>Total de parâmetros avaliados</b>			<b>109</b>

Fonte: A autora, 2020.

## 5.5 Amostragem dos Dados

### 5.5.1 Coleta de dados

Foram desenhados e aplicados instrumentos diferentes para as duas categorias de informantes chave: gestores (Apêndice E) e profissionais (Apêndice F) que atuavam na assistência à SSR na ESF. Esses atores foram convidados a participar da pesquisa



mediante da assinatura do TCLE (Anexo A), por serem os protagonistas na atenção à SSR e potenciais interessados nos resultados da avaliação.

A seleção desses dois conjuntos de participantes foi intencional e estratégica para o estudo avaliativo, tendo em vista captar informações sobre o gerenciamento e a assistência à SSR diretamente com profissionais corresponsáveis pela implantação desta atenção atuantes na APS. Além disso, considerou-se que outros profissionais das Unidades não diretamente envolvidos na atenção à SSR poderiam não ter conhecimento completo ou atualizado sobre os recursos e processos envolvendo esse cuidado, podendo conduzir a mais erro e imprecisões na avaliação da implementação efetuada.

Ambos os instrumentos destinados a gestores e profissionais corresponderam a questionários semiestruturados com questões fechadas, de respostas dicotômicas (sim, não). Três perguntas abertas fizeram parte do questionário do gestor, enquanto o dos profissionais foi contemplado com duas questões deste tipo. Minimizar, na medida do possível, a interferência na rotina dos serviços, que usualmente já possuem grande volume de atividades pré-estabelecidas, bem como ampliar o máximo possível a participação voluntária dos informantes foi a justificativa para utilizar um questionário semiestruturado e autoaplicado como instrumento de coleta de dados.

A estrutura dos questionários foram padronizadas, considerando a particularidades da competência destes atores na atenção à SSR, e buscou captar a presença ou ausência de determinada característica, ou o atributo da intervenção avaliada (MINAYO; DESLANDES; GOMES et al., 2015). Ambos instrumentos foram elaborados pela própria pesquisadora, considerando os componentes do modelo lógico, documentos governamentais e estudos sobre a temática (NASSER, 2015; BONAN et al., 2010; NAGAHAMA, 2009). O questionário direcionado ao gestor contemplou perguntas sobre aspectos organizativos e gerenciais aplicados às ações de saúde sexual e reprodutiva, enquanto questões mais específicas sobre as práticas educativas e assistência clínica foram incluídas no questionário direcionado ao profissional de saúde atuante na atenção à SSR.

A coleta de dados teve início com um pré-teste realizado em dezembro de 2019, em duas unidades (UAPS Santa Rita e UAPS Nossa Senhora Aparecida), após a autorização do Gerente do Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde da Subsecretaria da Atenção à Saúde (SSAS) da prefeitura de Juiz de Fora (Anexo E), e da aprovação pelo Comitê de Ética.

Após os ajustes nos instrumentos de coleta de dados, a pesquisadora iniciou a pesquisa de campo (7 de janeiro de 2019) e entrou em contato pelo telefone com gestores de unidades de ESF, agendando uma conversa presencial. No dia e horário marcado, a pesquisadora comparecia na unidade de saúde para conversar com o gestor; por vezes, alguns imprevistos foram motivo de reagendamento da conversa. Após explanação dos objetivos do estudo e a concordância da participação, o questionário específico era entregue ao gestor da unidade (Apêndice E) e o outro aos profissionais que atua(m) diretamente na atenção à SSR (Apêndice F).

Foi estabelecido um acordo entre os participantes e a pesquisadora sobre a data de devolução do questionário preenchido. No dia agendado, a pesquisadora retornava na unidade para recolher os questionários. Caso estes não estivessem preenchidos, novos retornos eram realizados com esse objetivo.

Ademais, utilizou-se a técnica de observação assistemática<sup>27</sup>, cujas anotações foram descritas no diário de campo e que retratam a inserção da pesquisadora no contexto de trabalho dos informantes. Esta técnica de observação envolveu a descrição do primeiro contato com os informantes-chave, a receptividade e impressões gerais sobre a recepção da pesquisa e o ambiente físico da Unidade.

A busca de documentos municipais como fontes de informação complementar, nos sites da prefeitura municipal de Juiz de Fora e da Câmara Municipal, foi o recurso utilizado pela pesquisadora, tendo em vista aprimorar a descrição e compreensão do contexto observado. Destaca-se que não foi necessária a autorização para utilização de tais documentos, uma vez que estes estão disponíveis *on-line* para acesso público.

## 5.6 Análises

### 5.6.1 Organização do material e análise da conformidade

---

<sup>27</sup> A técnica da observação não estruturada ou assistemática é “também denominada espontânea, informal, consiste em recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas” (PRODANOV, DE FREITAS, 2013, p.104).

Inicialmente, os dados quantitativos foram lançados no software EpiData versão 3.1, tendo em vista otimizar a caracterização das ações de SSR ofertadas pelas unidades de saúde, cujas respostas tomaram por base o ano de 2019. Todos os questionários foram codificados e os nomes dos participantes não foram descritos nos mesmos.

No EpiData, foi realizada uma análise estatística descritiva simples, para traçar um perfil dos respondentes. Reitera-se que as análises representam um contexto específico e um recorte temporal delimitado. Assim, os dados não podem ser generalizados, mas possuem validade aplicada ao contexto da pesquisa.

As respostas dos questionários dos gestores e dos profissionais de saúde de uma mesma unidade foram agrupados para facilitar a análise de cada unidade de saúde em relação aos parâmetros observados, seguindo a racionalidade do modelo teórico (quadros 15 e 16) e da matriz de análise (Apêndices C e D).

Para fins de organização dos dados, todos os parâmetros que compuseram as subdimensões foram listados e codificados (Apêndice G). Tal codificação foi utilizada para apresentar, através de um quadro, os resultados obtidos por cada uma das 24 unidades de saúde pesquisadas. Optou-se pela sua apresentação, considerando conferir maior transparência ao processo avaliativo. Neste quadro, as informações fornecidas pelas unidades foram assinaladas com uma cor, que representam as respostas positivas em relação ao parâmetro observado (Apêndice H).

A descrição da frequência absoluta de unidades que atenderam os parâmetros e sua proporção (frequência relativa expressa em %) em relação ao total de unidades de saúde permitiram identificar quais aspectos da estrutura e do processo da atenção à SSR na atenção primária encontravam-se em conformidade com as normativas governamentais.

Os dados desta análise foram organizados no formato de tabelas e são apresentados no tópico 6.2 dos resultados da pesquisa.

### 5.6.2 Classificação do grau de implantação

O grau de implantação foi obtido a partir dos parâmetros das dimensões de estrutura e de processo de cada componente e, para o seu cálculo, foi utilizada a relação entre a pontuação alcançada e a pontuação atribuída para cada dimensão. Para isso,

cada parâmetro foi concebido como uma ação a ser desempenhada pela unidade de saúde, e que poderia ou não ter sido assinalada como executada no questionário preenchido.

Assim, as respostas positivas (sim), negativas ou ignoradas (não) foram traduzidas por um sistema binário de pontuação, no qual um (1) ponto corresponde ao que o serviço refere que faz (resposta igual a sim), e zero pontos (0) ao que o serviço refere não fazer ou não informou (resposta igual a não). No EpiData, as questões não respondidas foram computadas como ignoradas e receberam o número 9 e foram pontuadas com o peso 0. Com a intenção de evitar maior valorização de um componente em detrimento do outro, foi definida uma mesma pontuação (1 ponto) para todos os parâmetros cujas respostas foram positivas; por isso, não houve a preocupação em determinar o mesmo número de variáveis para cada dimensão avaliada.

Esse sistema de classificação binário foi aplicado por Nasser (2015) para avaliar a implementação da atenção à saúde sexual e reprodutiva no município de São Paulo, onde a autora reitera que tal abordagem tem o propósito de identificar as situações onde existe evidência, no caso a partir dos relatos dos respondentes, de que o parâmetro foi atendido.

O cálculo do grau de implantação propriamente dito foi realizado conforme descrito por Consedey (2000), cuja a fórmula é apresentada a seguir:

Sendo:  $\sum_{i=1}^n \frac{Y(O)}{Y(E)} \times 100$  onde:

Y(O): é o somatório do total de pontos do valor observado

Y(E): é o valor máximo esperado de cada dimensão.

Inicialmente, os pontos atribuídos a cada parâmetro das subdimensões resultaram em um somatório da pontuação da dimensão, e esses foram comparados com a pontuação máxima para a dimensão, a partir de uma regra de três simples, cálculo que resultou em um valor percentual. O percentual obtido através deste cálculo foi considerado o valor a ser classificado quanto ao grau de implantação. Esse processo foi feito separadamente nas dimensões de estrutura e processo dos dois componentes avaliados (promoção da SSR e assistência clínica à SSR).

Para obter o grau de implantação total da atenção à SSR, utilizou-se o somatório das pontuações obtidas pelos dois componentes, com o total obtido comparado com a pontuação total (109 pontos), a partir de uma regra de três simples, cálculo que resultou em um valor percentual que foi considerado para classificar o grau de implantação.

Após a obtenção do valor em porcentagem, foi aplicada a classificação final do grau de implantação, baseada nos pontos de corte sugeridos por Leal et al. (2017), da seguinte forma:

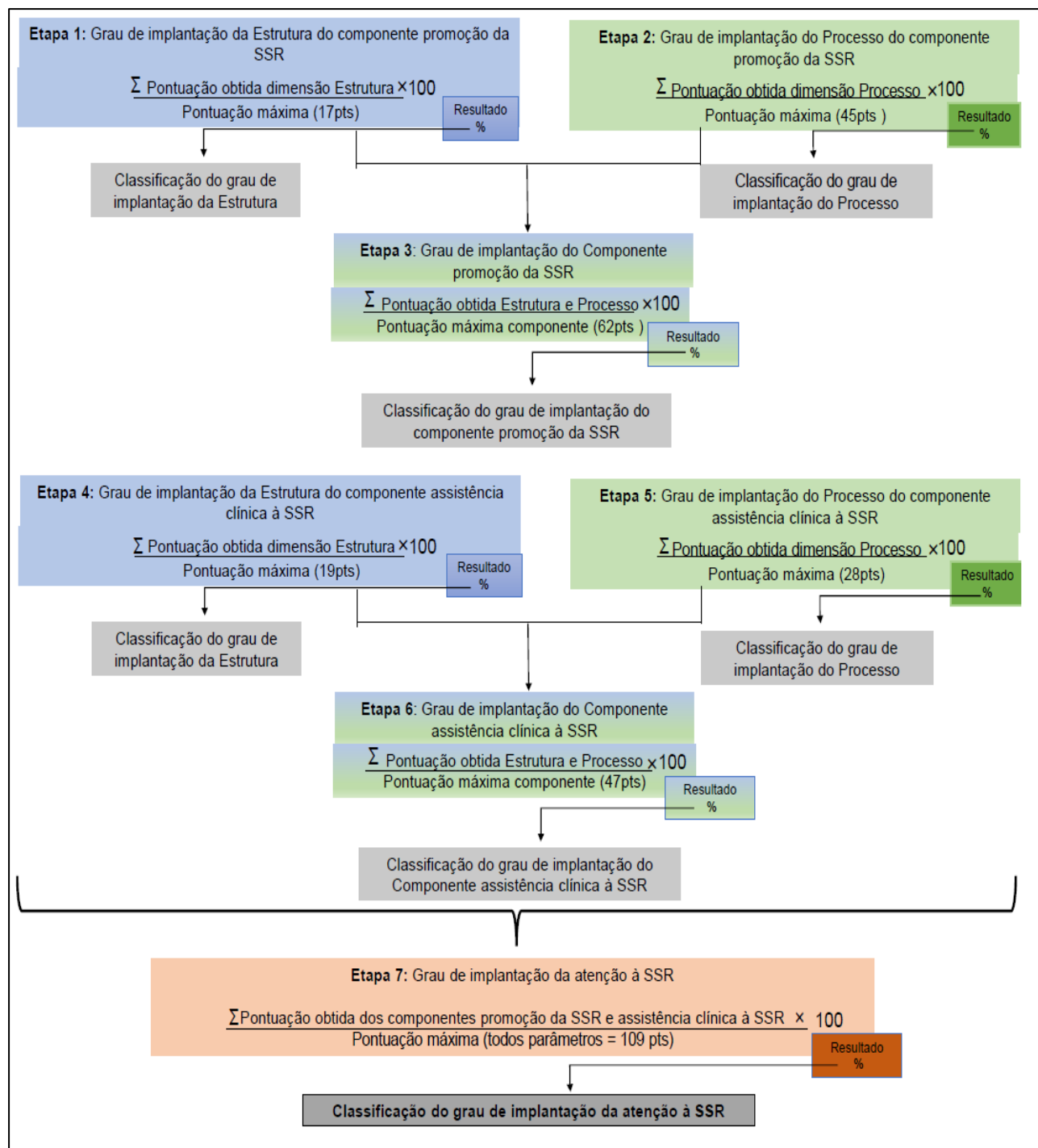
80% a 100% - Grau de implantação satisfatório ou adequado;

79,9% a 50% - Grau de implantação parcial;

≤ 49% a 1% - Grau de implantação incipiente.

Para facilitar a compreensão de todo o processo descrito anteriormente, elaborou-se um esquema visual que apresenta as etapas realizadas nesta classificação do grau de implantação (Figura 4). Os procedimentos informados nas etapas apresentadas na figura abaixo foram realizados para cada uma das 24 Unidades de saúde que participaram da pesquisa, cujos resultados são apresentados no formato de tabelas e descritos no capítulo seis.

Figura 4 - Esquema das etapas realizadas para a classificação do grau de implantação da atenção à saúde sexual e reprodutiva, Juiz de Fora – 2020



Fonte: A autora, 2020.

### 5.6.3 Análise dos limites e potencialidades do processo de implantação

Na quarta e última etapa da análise, foi utilizado a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, para compreender os limites e potencialidades no processo de implantação da atenção à SSR na APS, descritos nas respostas abertas dos questionários dos profissionais e dos gestores.

Bardin (2015) define a análise de conteúdo como a aplicação de um conjunto de técnicas de pesquisa, que possibilitam através da descrição, sistematização e interpretação dos conteúdos das mensagens, gerar inferências de conhecimentos sobre o conteúdo analisado. A análise temática está ligada a uma afirmação sobre um determinado assunto. "Ela comporta um feixe de relações e pode ser apresentada através de uma frase, uma palavra ou um resumo" (MINAYO, 2010, p. 315).

Optou-se pela realização da análise temática, dentre as variadas possibilidades de análise do conteúdo, considerando que a estrutura de tópicos e frases curtas apresentadas nas respostas das perguntas abertas dos questionários facilitava a operacionalização das três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação inferencial (MINAYO, 2010), que sistematizam esse tipo de análise, descrita a seguir.

Na perspectiva da análise temática categorial, a pré-análise representa a organização e preparação do material. Nesta primeira etapa, realizou-se a leitura flutuante e exaustiva do conteúdo das respostas abertas das questões nº 40 e 41 do questionário do gestor (Apêndice E) e das questões nº 41 e 42 do questionário do profissional (Apêndice F), considerando a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência<sup>28</sup>. Nesta etapa, todas as respostas foram digitadas e exportadas para um único documento elaborado em Word®, formando o *corpus*, onde realizou-se a marcação das frases (Unidades de Registro - UR). Na sequência, após a marcação das UR, as mesmas foram agrupadas por semelhanças de conteúdo (temas comuns), permitindo a elaboração das seis unidades de significação (QUADRO 7).

---

<sup>28</sup> Segundo Minayo (2010), exaustividade representa a completude do material em relação aos aspectos levantados no questionário, a representatividade expõe as características essenciais do universo da pesquisa, a homogeneidade refere-se ao critério de precisão na definição de temas e técnicas empregadas considerando, a pertinência é utilização de documentos que adequados e relevantes para responder ao objetivo (MINAYO, 2010, p. 317-316).

Quadro 7 – Primeira etapa da sistematização do processo da análise de conteúdo temática – categorial

Código do tema	Temas da Unidade de Significação	Agrupamento das Unidades de Registros (UR)					Total UR
Limitações	Comportamento da população	Não adesão e pouca participação e interesse da população (17)	Não adesão ao uso dos contraceptivos(2)	Vulnerabilidade social (2)	Medo de exposição (1)	Conhecimento (1)	23
	Questões estruturais e materias	Falta e ou escassez de materiais, medicamentos e insumos (24)	Ausência de espaço físico (5)	—	—	—	29
	Recursos humanos	Necessidade de capacitação em SSR (18)	Falta de profissionais (12)	Conhecimento de protocolos e normas (2)	—	—	32
	Comportamento profissional	Não envolvimento dos profissionais da equipe (4)	—	—	—	—	4
	Questões técnicas e organizacionais	Falta de tempo (3)	Ausência de referência e contrarreferência (5)	Problemas na organização e no planejamento da assistência à SSR (16)	Inflexibilidade no horário de funcionamento (2)	Grande demanda e Sobrecarga de trabalho (10)	36
Potencialidade	Administração e gestão	Aspectos normativos (5)	Percepção da gestão (1)	Comunicação com os usuários (3)	Disponibilidade de recursos materiais e contraceptivos (4)	—	13

Fonte: A autora, 2020, adaptado a partir de Oliveira, 2008.



Na terceira e última etapa, foi feito o tratamento dos resultados, a interpretação e a inferência através da quantificação simples (frequência e porcentagem) das unidades de registro, permitindo agrupá-las em quatro categorias (QUADRO 8).

Quadro 8 – Formulação das categorias na segunda etapa da sistematização do processo da análise de conteúdo temática – categorial

Temas Unidade de Significação	Nº Unidades de Registro por tema	% UR por tema	Categorias	Nº de UR por categoria	% UR por categoria
Questões estruturais e materias	29	21,1	Limitações relacionadas a falta de recursos materiais, humanos e estruturais	61	44,4
Recursos humanos	32	23,3			
Questões técnicas e organizacionais	36	26,2	Dificuldades técnicas e organizacionais e suas implicações na prática profissional	40	29,2
Comportamento profissional	4	3,0			
Comportamento da população	23	17,0	Influências externas na adesão da população as ações de SSR	23	17,0
Administração e gestão	13	9,4	Potencialidades administrativas e gerenciais na implantação da atenção à SSR na APS	13	9,4

Legenda: Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR); Atenção Primária à Saúde (APS); Unidade de Registro (UR).

Fonte: A autora, 2020, adaptado partir de Oliveira, 2008.

Três categorias apresentam as limitações relacionadas à implantação da SSR: (a) Limitações relacionadas à falta de recursos materiais, humanos e estruturais; (b) Dificuldades técnicas e organizacionais e suas implicações na prática profissional; e (c) Influências externas na adesão da população às ações de SSR. A quarta e última categoria, intitulada Potencialidades administrativas e gerenciais na implantação da atenção à SSR na APS, aponta questões que podem favorecer a implantação, segundo a percepção dos profissionais (atores-chave). Todo processo apresentado foi adaptado seguindo a proposta de sistematização da análise de conteúdo temática-categorial de Oliveira (2008).

#### 5.6.4 Análise do contexto técnico – organizacional

Utilizou-se uma das tipologias da análise de implantação proposta por Champagne et al. (2011b, p. 228), “denominada tipo 3: ou análise da influência da interação entre o contexto e a intervenção sobre os efeitos observados”.

Esta perspectiva analítica possibilita, além da compreensão das possíveis influências do contexto na implantação da intervenção, explicar e documentar as variações observadas na implementação com base em elementos contextuais (dinâmica interna da intervenção). Este tipo de análise pode ainda ser útil para conhecer os principais desafios que devem ser levados em conta, quando se quer reduzir riscos de fracassos da implementação das intervenções (CHAMPAGNE et al., 2011b).

Adicionalmente, essa abordagem auxilia na identificação dos fatores contextuais que possam contribuir para o pleno potencial da intervenção. Segundo Champagne et al. (2011b, p. 229), “alguns fatores contextuais como características da organização podem contribuir para aumentar o efeito de uma intervenção ou bloqueá-la”.

Nesse sentido, optou-se por tal abordagem para identificar os fatores técnicos e organizacionais, presentes no contexto da atenção primária, para estabelecer prováveis influências do contexto no grau de implantação das ações de SSR observados na pesquisa. Para tal, utilizou-se, como fontes de informações, o diário de campo e documentos da prefeitura de Juiz de Fora disponíveis na internet (Plano Municipal de Saúde 2018-2021; Programação Anual de Saúde 2018; Catálogo de Normas da Atenção Primária à Saúde<sup>29</sup>, Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação<sup>30</sup>; Relatório anual da Gestão Municipal<sup>31</sup>, e Plano Municipal de Políticas para as Mulheres<sup>32</sup>).

---

<sup>29</sup> Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano\\_diretor/docs/normas\\_apsjf\\_2016.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/normas_apsjf_2016.pdf)

<sup>30</sup> Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano\\_diretor/docs/implantacao.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf)

<sup>31</sup> Relatório anual da Gestão Municipal - 2017 (SARGSUS). Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=31&codTpRel=01>

<sup>32</sup> Disponível em: <https://jfl legis.pjf.mg.gov.br/norma.php?chave=0000046303>

Destaca-se que, nesta tese, a autora optou por delimitar e realizar a análise somente do contexto técnico organizacional, mesmo reconhecendo que esta escolha não reduz a importância dos outros fatores (políticos, financeiros, estruturais, culturais e sociais), igualmente importantes, que permeiam e influenciam o processo de implantação das políticas públicas (LIMA;D'ASCENZ, 2013), mas que não se encontravam públicos ou facilmente disponíveis para a consecução do estudo de acordo com as exigências de tempo de integralização do Programa de Pós-Graduação.

### 5.7 Potenciais usuários e seus interesses na avaliação

A avaliação de implementação da atenção à SSR no município de Juiz de Fora relaciona-se diretamente à capacidade de utilizar os resultados da pesquisa para tomar decisões sobre como melhorar e fortalecer sua oferta no âmbito da APS. Nessa visão, considerando os múltiplos e variados interesses que cercam qualquer intervenção e sua avaliação, foram definidos como potenciais usuários da avaliação a Subsecretaria da Atenção Primária do município de Juiz de Fora, gestores e profissionais da APS. A matriz apresentada no quadro 9 lista estes usuários, com seus potenciais interesses e usos do resultados.

Quadro 9 – Matriz dos potenciais atores interessados nos resultados desta avaliação

<b>Atores</b>	<b>Interesses na avaliação</b>	<b>Potencial uso dos achados</b>
Subsecretaria da APS	Aprimoramento do serviço na esfera municipal; Identificar facilidades e dificuldades no processo de implementação para melhorar a capacidade gerencial.	Ajustes nos processos de gestão; mobilização para aplicar o processo avaliativo na rotina do serviço.
Gestores da unidade	Aperfeiçoar e adequar as atividades em sua gestão; Melhoria das ações; Identificar facilidades e dificuldades no processo de implementação .	Ajustes nos processos de trabalho, mobilização para aplicação do processo avaliativo na rotina do serviço.
Profissionais da APS	Maior conhecimento sobre a atenção à SSR conforme está preconizada; Melhoria das ações; Identificar facilidades e dificuldades no processo de implementação.	Ajustes do programa, dos processos de gestão e mobilização para mudança.

Fonte: A autora, 2020, a partir de Costa, 2013b.

## 5.8 Considerações éticas

Este estudo obedeceu às normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo as Resoluções nº 466 (BRASIL, 2012b) e nº 510 (BRASIL, 2016b) do Conselho Nacional de Saúde. Ambas incorporam, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e obteve parecer (nº 3.686.260) favorável para sua realização. CAEE nº 23878719.0.0000.5260, emitido no dia 18/10/2019.

A pesquisa foi apresentada e autorizada pelo Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde, vinculado à Subsecretaria de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Ao referido Departamento, foram entregues as Cartas de Apresentação e de solicitação de autorização (Anexo C e D) e o Termo de Anuência (Anexo E). Este último foi assinado pelo Gerente do Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde, autorizando tanto a realização do estudo nas unidades de saúde que possuíam ESF, como também a divulgação dos dados em relatórios desta tese e publicações científicas relacionadas à mesma.

Após a liberação por parte da Secretaria de Saúde, os gestores foram convidados a participar do estudo, recebendo uma cópia da carta informativa da instituição (Anexo C) e do termo de anuência institucional assinado (Anexo E). Os profissionais que atuam diretamente na atenção à SSR também foram convidados a participar da pesquisa. O convite para a participação foi precedido da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Anexo A e B), uma das quais foi entregue aos participantes e outra ficou arquivada com a pesquisadora.

O sigilo das informações e o anonimato dos sujeitos foram respeitados, assim como resguardados em sua autonomia e defendidos em sua vulnerabilidade, objetivando-se a garantia dos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. (BRASIL, 2012b). Todo material coletado foi utilizado unicamente para elaboração da pesquisa. Os dados coletados serão guardados em segurança e arquivados pela pesquisadora por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Unidades participantes

Até o início da pandemia, que gerou a paralisação do trabalho de campo e a inviabilização da pesquisa originalmente pretendida, tinham sido visitadas 32 unidades de saúde. Em todas, eram ofertadas ações relacionadas à SSR, foi estabelecido contato presencial com o gestor e houve aceitação do convite para participação no estudo. Na época, os formulários para gestor e profissionais foram deixados na unidade e coletados posteriormente, em data agendada.

No entanto, em oito das 32 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) visitadas e que já tinham concordado com a participação, não foi obtido retorno dos questionários distribuídos, mesmo após múltiplas tentativas. Por isso, elas foram retiradas da pesquisa (UAPS Vale Verde, UAPS Santo Antônio, UAPS Santos Dumond, UAPS Bandeirantes, UAPS Linhares, UAPS Joquei Clube II, UAPS Jardim Natal, UAPS Milho Branco).

Outras onze unidades municipais com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) sequer chegaram a ser contactadas, devido à extensão da pandemia até o momento de elaboração desta tese.

As 24 UAPS que participaram da pesquisa avaliativa estão localizadas em sete regiões do município de Juiz de Fora, em um total de 51 equipes até o dia de encerramento da coleta de dados (Quadro 10). Essas unidades correspondem a 55,8% do total de unidades de saúde com ESF do município e a 51,5% do quantitativo de equipes. Exceto pelas regiões sanitárias 5 e 9, todas as demais estão representadas no estudo. Em termos das regiões administrativas; apenas a região Oeste não teve nenhuma unidade participante.

Quadro 10 – Unidades de saúde participantes da pesquisa que possuem equipes de Estratégia de Saúde da Família. Juiz de Fora – 2020

Região sanitária	Região administrativa	Nome da Unidade de Atenção Primária	Nºequipes de ESF existentes	Nº de profissionais respondentes*
Região 1	Centro	Santa Cecília	3	4
Região 2	Sudeste	Jardim da Lua	1	2
Região 3	Leste	São Benedito	3	2
Região 4	Leste	Santa Rita	2	4
		Progresso	3	2
		Nossa Sra.Aparecida	2	2
		Alto Grajaú	2	2
Região 6	Nordeste	Granjas Bethania	1	2
Região 7	Noroeste	Cidade do Sol	2	3
		Jóquei Clube I	2	3
Região 8	Norte	Nova Era	4	8
		São Judas Tadeu	2	5
		Santa Cruz	4	2
		Vila Esperança	3	2
		Barreira do Triunfo	1	2
Região 10	Sudeste	Retiro	2	3
		Jardim Esperança	2	3
Região 11	Sul	Santa Efigênia	2	2
		Teixeiras	3	3
Região 12	Sudeste	Vila Ideal	2	4
		Vila Olavo Costa	1	2
		Furtado de Menezes	2	3
Região do Campo	Núcleos urbanos	Igrejinha	1	3
		Humaitá	1	2
<b>Total</b>		<b>24 Unidades</b>	<b>51</b>	<b>70</b>

Nota: \* Inclui gestores das unidades de saúde e profissionais de saúde atuantes na atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva.

Fonte: A autora, 2020.

Das unidades participantes, duas (9%) estão localizadas na região rural<sup>33</sup>, 12 (50%) na região periférica do município<sup>34</sup> e 10 (41,7%) na região urbana, sendo que 17 (66,6%) estão localizadas nas regiões administrativas sudeste, leste e norte, onde

<sup>33</sup> Núcleos Urbanos é uma classificação utilizada pelo município que faz referência a uma região marcada por uma ocupação rarefeita, de característica rural, entremeada por manchas urbanas de dimensões reduzidas e contingente populacional baixo (JUIZ DE FORA, 2018c).

<sup>34</sup> Segundo o documento da Política de Desenvolvimento Urbano e Territorial de Juiz de Fora, o termo periférica ou regiões de interesse social, faz referência a “porções do território caracterizadas pela presença de assentamentos de urbanização precária, ocupadas por população predominantemente de baixa renda, socialmente vulnerável, com baixos índices de desenvolvimento” (JUIZ DE FORA, 2018c, p. 32).

concentra-se o maior número de unidades (Tabela 1). A localização da unidade quanto à região urbana, peiférica ou rural foi baseada na resposta dos gestores.

Tabela 1 – Distribuição das unidades de saúde participantes da pesquisa segundo região administrativa. Juiz de Fora – 2020

<b>Região Administrativa</b>	<b>Nº Unidades de saúde com ESF</b>	<b>% do total</b>	<b>Nº Unidades de saúde com ESF participantes</b>	<b>% do total</b>	<b>% de Unidades de Saúde com ESF participantes</b>
Centro	1	2,3	1	4,2	100,0
Nordeste	4	9,3	1	4,2	25,0
Noroeste	7	16,2	2	8,3	28,6
Sul	4	9,3	2	8,3	50,0
Sudeste	7	16,2	6	25,0	85,7
Leste	8	18,6	5	20,8	62,5
Norte	5	11,6	5	20,8	100,0
Núcleo urbano	4	9,3	2	8,3	50,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>92,8</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>60,0</b>

Legenda:ESF - equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Fonte: A autora, 2020.

### 6.1.1 Perfil dos participantes do estudo

A pesquisa contou com a participação de 70 profissionais, sendo 24 gestores de unidades da atenção primária e 46 profissionais atuantes na atenção à saúde sexual e reprodutiva que faziam parte de equipe da ESF.

Quanto à formação dos gestores da unidade, 87% eram enfermeiros, dois deles técnicos de enfermagem. Cerca de 70% relataram ter especialização em saúde da família e aproximadamente a metade possuía especialização específica na área de gestão. A maioria exercia a função de gestor há mais de 2 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos gestores que participaram da pesquisa (n= 24). Juiz de Fora – 2020

<b>Característica</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Formação do gestor</b>		
Enfermagem	21	87,5
Medicina	1	4,2
Técnico de enfermagem	2	8,3
<b>Tempo de atuação do gestor</b>		
Até 6 meses	4	16,7
6 meses a 1 ano	3	12,5
1 ano a 2 anos	2	8,3
Mais de 2 anos	15	62,5
<b>Especialização em Saúde da Família</b>		
Sim	17	70,8
Não	7	29,2
<b>Especialização em gestão</b>		
Sim	11	45,8
Não	13	54,2

Fonte: A autora, 2020.

Verificou-se maior diversidade na formação dos profissionais atuantes na atenção à SSR, embora ainda com predomínio da enfermagem (63%). Proporção elevada dos profissionais possuía algum tipo de especialização (82,6%), sobretudo acupuntura, auditoria em saúde, endocrinologia, ginecologia e obstetrícia, gestão em saúde, saúde do trabalhador, terapia intensiva, terapia intensiva neonatal e pediátrica, urgência e emergência e saúde do adulto. Mais da metade (54%) acumulava mais de seis anos de experiência de atuação na Saúde da Família. O tempo de atuação na Unidade de Saúde investigada variou consideravelmente, mas 52,2% já exerciam atividades neste local há pelo menos 4 anos. Por fim, o tempo de atuação dos profissionais na atenção à SSR é significativo: 69,6% estavam envolvidos com essas atividades há pelo menos 4 anos (Tabela 3).



Tabela 3 – Caracterização dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa (n=46). Juiz de Fora – 2020

<b>Característica</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Formação do profissional</b>		
Enfermagem	29	63,0
Medicina	13	28,3
Farmácia	2	4,3
Assistente Social	1	2,2
Técnico de Enfermagem	1	2,2
<b>Sexo</b>		
Feminino	41	89,1
Masculino	5	10,9
<b>Possui especialização</b>		
Sim	38	82,6
Não	7	15,2
Ignorado	1	2,2
<b>Tempo de atuação na equipe de ESF</b>		
<1 ano	3	6,5
1 a 3 anos	11	23,9
4 a 6 anos	8	17,4
> 6 anos	24	52,2
<b>Tempo de atuação na Unidade de Saúde</b>		
<1 ano	12	26,1
1 a 3 anos	10	21,7
4 a 6 anos	9	19,6
> 6 anos	15	32,6
<b>Tempo de atuação na atenção à SSR na Atenção Primária</b>		
<1 ano	5	10,9
1 a 3 anos	9	19,6
4 a 6 anos	9	19,6
> 6 anos	23	50,0

Legenda: SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva; ESF - Estratégia de Saúde da Família.

Fonte: A autora, 2020.

## 6.2 Análise da conformidade da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva

Os parâmetros das dimensões da estrutura e processo e suas respectivas subdimensões dos componentes promoção da saúde sexual e reprodutiva e assistência clínica formaram o escopo da análise da conformidade da atenção à SSR oferecida nas 24 unidades de saúde que possuem equipes de ESF. A seguir, serão apresentados os resultados obtidos por cada componente.

## 6.2.1 Componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva

### 6.2.1.1 Conformidade da Estrutura

Os resultados da conformidade da estrutura do componente da promoção da saúde sexual e reprodutiva estão apresentados com base nos parâmetros de cada uma das suas subdimensões:

#### a) *Subdimensão recursos humanos*

Em 62,5% das unidades participantes, as ESF estavam completas<sup>35</sup> no momento da pesquisa. A incompletude das equipes foi relatada na região sudeste em três unidades (UAPS Furtado Menezes, Jardim Esperança, Retiro), região norte (UAPS Santa Cruz e Vila Esperança), região leste (UAPS Progresso e São Benedito), região noroeste (UAPS Jóquei Clube I) e região do campo (UAPS Igrejinha).

Cinquenta e seis participantes do estudo, especificamente 17 gestores (70,8% do total) e 39 profissionais (84,8%), relataram que sua formação na graduação permitiu a aquisição de conhecimentos para atuar nas atividades educativas de SSR. Após a formação, o número de profissionais que participaram de educação continuada sobre temáticas relacionadas à SSR foi menos frequente; totalizando 54,3% dos 46 profissionais entrevistados, que atuavam em 15 UAPS: Furtado de Menezes, Humaitá, Igrejinha, Jardim Esperança, Jóquei Clube I, Nova Era, Progresso, Santa Cecília, Santa Cruz, Santa Efigência, São Benedito, São Judas Tadeu, Teixeiras, Vila Esperança e Vila Ideal (Tabela 4).

---

<sup>35</sup> Equipe multiprofissional completa corresponde a um médico, um enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, conforme definição local (BRASIL, 2017a).

Somente quatro unidades (UAPS Nova Era, Retiro, Santa Efigênciã e Santa Rita) pesquisadas informaram presença de profissionais com capacitação na língua brasileira de sinais.

Vinte e duas unidades referiram a participação de mais de duas categorias profissionais diferentes em tais atividades, mas somente a atuação do enfermeiro em tais atividades foi informada por todas as 24 UAPS. O envolvimento multiprofissional no âmbito das práticas educativas de SSR ainda é um desafio no contexto de Juiz de Fora: visto que médicos participavam das atividades educativas de SSR em menos da metade das unidades.

A atuação de um mesmo profissional em todas as atividades da atenção à saúde sexual e reprodutiva — atividades educativas, aconselhamento e acolhimento, atividades clínicas — foi informada em 15 unidades.

Tabela 4 – Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão estrutura, subdimensão recursos humanos, do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, nas unidades de saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora - 2020

Subdimensão	Parâmetros	Nº	%
<b>Recursos humanos</b>	A Unidade possui profissionais capacitados para atividades de SSR (BRASIL, 2005c; 2013a)	22	91,6
	A Unidade possui profissionais capacitados em SSR após a formação (JUIZ DE FORA, 2014)	15	62,5
	A Unidade possui gestor capacitado em atividades de SSR (BRASIL, 2005c; 2013a)	16	66,6
	Unidade com profissionais capacitados na Língua Brasileira de Sinais (BRASIL, 2013a)	4	16,6
	A Unidade possui equipe da estratégia de saúde da família completa (BRASIL, 2017)	15	62,5
	A Unidade possui enfermeiro atuando nas atividades educativas de SSR (JUIZ DE FORA, 2014)	24	100,0
	A Unidade possui médico atuando nas atividades educativas de SSR (JUIZ DE FORA, 2014)	11	45,8
	A Unidade possui mais de três profissionais que participam das atividades educativas de SSR (JUIZ DE FORA, 2014)	16	66,6
	A Unidade possui profissionais que atuam nas atividades educativas, de assistência clínica e de acolhimento/aconselhamento em SSR (BRASIL, 2013a)	15	62,5

Legenda: SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva.

Fonte: A autora, 2020.

### b) *Subdimensão estrutura física*

A existência de salas para a realização de atividades coletivas é uma das recomendações para a adequada estrutura física de uma unidade de saúde (BRASIL, 2017a), pois permite a oferta de grupos educativos para a população. A presença de algum problema estrutural foi relatado por 37,5% (n=9) das UAPS (Alto Grajaú; Humaitá; Igrejinha; Jardim da Lua; Jóquei Clube I; Retiro; Santa Rita; São Benedito e São Judas Tadeu).

As UAPS de São Judas Tadeu, Retiro, Igrejinha, São Benedito, Humaitá e Jóquei Clube I informaram a ausência de estrutura e espaço físico, enquanto as Unidades Jardim da Lua e Santa Rita relataram espaço físico improvisado. Na última, as atividades educativas eram realizadas na sala dos agentes comunitários de saúde. O profissional da unidade de saúde do Alto Grajaú sinalizou a ausência de recursos didáticos.

### c) *Subdimensão recursos materiais*

Equipamentos de mídia (vídeo, televisão, projetor) e materiais educativos sobre SSR são recursos importantes a serem utilizados pelos profissionais, pois facilitam a comunicação e tornam as ações de promoção da saúde mais interativas. A ausência de equipamentos foi relatada por cinco unidades participantes (UAPS Vila Olavo Costa; Vila Esperança; Jardim da Lua; Cidade do Sol e Barreira do Triunfo), e três não possuíam materiais educativos sobre SSR (UAPS Alto Grajaú; Jardim da Lua e Vila Olavo Costa). A oferta de materiais educativos aos participantes das atividades educativas de SSR foi informada por 37,5% das 24 unidades que participaram desta pesquisa (Tabela 5).

Todas as 24 unidades relataram ofertar preservativos masculinos para participantes das ações de promoção da SSR, seguindo a recomendação governamental e favorecendo o acesso a tal método de barreira (BRASIL, 2009b).

Tabela 5 – Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão estrutura, subdimensão recursos materiais, do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, nas Unidades de Saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora – 2020

Subdimensão	Parâmetros	Nº	%
Recursos materiais	A Unidade possui recursos de mídia para uso em atividade educativa (BRASIL, 2013a)	19	79,1
	A Unidade possui materiais educativos para atividade educativa de SSR (BRASIL, 2005c)	21	87,5
	A Unidade possui materiais educativos para disponibilizar aos participantes nas atividades educativas de SSR (BRASIL, 2013a)	9	37,5
	A Unidade possui preservativo masculino para disponibilizar nas atividades educativas de SSR (BRASIL, 2013a)	24	100,0

Legenda: Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR).

Fonte: A autora, 2020.

#### d) *Subdimensão normas e protocolos*

No âmbito da prática local, 13 das 24 unidades relataram possuir protocolos direcionados às práticas educativas de SSR. A utilização de instrumentos normativos na atenção à SSR foi mencionada em 66,6% das UAPS.

#### 6.2.1.2 Conformidade do Processo

Os resultados das três subdimensões (atividade educativa, acolhimento/aconselhamento e planejamento e gestão do cuidado) que compuseram a análise da conformidade do processo do componente promoção da saúde sexual e reprodutiva estão apresentados a seguir:

##### a) *Subdimensão atividade educativa*

Todas as unidades participantes relataram a realização de pelo menos uma atividade educativa sobre SSR em 2019 (Tabela 6).

Foi informada frequência de mais de uma atividade educativa por ano em 45% das unidades pesquisadas, não sendo possível, contudo, pelo conteúdo desta questão do instrumento de coleta, aferir mais informações sobre a quantidade total de atividades desenvolvidas. O levantamento realizado nesta pesquisa sinalizou que, em 2019, 45,8% das unidades realizaram pelo menos uma atividade de educação em SSR para gestantes.

A proporção de unidades de saúde que realizaram atividades educativas em escolas foi bastante pequeno, apenas 16,6%. Merece menção também fato de não ter sido relatada a realização de atividades educativas de promoção da SSR direcionadas a pessoas com deficiência e para a população LGBTQIA+.

Quanto às temáticas abordadas nessas atividades educativas, observou-se que as orientações e informações sobre sexualidade e gênero, teste rápido HIV/Aids, violência doméstica e sexual, saúde do homem e infertilidade foram menos discutidas nos grupos educativos. Métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis foram objeto de atividade educativa de SSR relatada por todas as 24 unidades. Campanhas educativas direcionadas à prevenção dos cânceres de mama e do colo do útero foram desenvolvidas em 95% das Unidades (Tabela 6).

Tabela 6 – Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão processo, subdimensão atividade educativa, do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, nas Unidades de Saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora, 2020 (continua)

Subdimensão	Parâmetro	Nº	%
<b>Atividade educativa</b>	A Unidade realizou atividade educativa de SSR no último ano (JUIZ DE FORA, 2014; BRASIL, 2013a)	24	100,0
	A Unidade realizou duas ou mais atividades educativas de SSR em 2019 (JUIZ DE FORA, 2014)	11	45,8
	A Unidade realizou atividade educativa de SSR para gestantes no último ano (BRASIL, 2013a)	11	45,8
	A Unidade realizou duas ou mais atividades educativas de SSR em 2019 para gestantes (JUIZ DE FORA, 2014)	3	12,5
	A Unidade realizou grupos educativos de SSR em escolas no último ano (BRASIL, 2013a; JUIZ DE FORA, 2014)	4	16,6
	A Unidade realizou duas ou mais atividades educativas de SSR em escolas em 2019 (BRASIL, 2013a)	3	12,5
	O Planejamento reprodutivo foi um dos temas abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	24	100,0
	A sexualidade e gênero foi um dos temas abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	6	25,0
	As doenças sexualmente transmissíveis foram um dos temas abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	24	100,0

A saúde sexual foi um dos temas abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	13	54,1
Infertilidade foi um dos temas abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	5	20,8
Teste rápido HIV/Aids foi um dos temas abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	7	29,1
Métodos contraceptivos foram um dos temas abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	24	100,0
Pré-natal foi um dos temas da abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	18	75,0
Puerpério foi um dos temas abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	17	70,8
O climatério foi um dos temas abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	12	50,0
A saúde sexual e reprodutiva do homem foi um dos temas abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	6	25,0
A violência doméstica e sexual foram um dos temas abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a; JUIZ DE FORA, 2014)	13	54,1
Temáticas relativas à SSR foram abordadas em outras atividades educativas realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	13	54,1
A Unidade realizou atividades educativas de SSR para pessoas com deficiência em 2019 (BRASIL, 2013a)	0	0,0
A Unidade realizou atividades educativas de SSR para população LGBTQIA+ em 2019 (BRASIL, 2013a)	0	0,0
A Unidade realizou atividades educativas de SSR para profissionais do sexo em 2019 (BRASIL, 2013a)	0	0,0
A Unidade realizou atividade educativa de SSR para pessoas em situação prisional em 2019 (BRASIL, 2013a)	0	0,0
A Unidade realizou atividade educativa de SSR para adolescentes em 2019 (BRASIL, 2013a)	19	79,1
A Unidade realizou captação e inclusão de homens nas ações de atenção à SSR (BRASIL, 2018b)	12	50,0
A Unidade realizou campanhas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis em 2019. (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2017)	15	62,5
A Unidade realizou campanhas de prevenção do câncer de colo do útero em 2019. (BRASIL, 2013a)	23	95,8
A Unidade realizou campanhas de prevenção do câncer mama em 2019. (BRASIL, 2013a)	23	95,8
A Unidade realizou campanhas de prevenção do câncer de próstata e de pênis em 2019. (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2009c)	22	91,6

Legenda: SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva; LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queers, Intersex, Agêneros, Assexuados e mais.

Fonte: A autora, 2020.

b) *Subdimensão acolhimento e aconselhamento*

O acolhimento, seguido do aconselhamento sobre o método contraceptivo, foi uma prática mencionada por 91% das unidades. Em menor proporção, observou-se a oferta do aconselhamento sobre teste rápido para HIV/Aids (15 unidades), seguido do acolhimento a mulheres que passaram por situação de aborto e a pessoas com queixas de dificuldade de engravidar, ambos em 58,3% (14) das unidades pesquisadas (Tabela 7).

Tabela 7 – Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão processo, subdimensão acolhimento e aconselhamento, do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, nas Unidades de Saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora - 2020

<b>Subdimensão</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Acolhimento e Aconselhamento</b>	A Unidade ofereceu acolhimento individual ou com o casal para aconselhar e orientar sobre planejamento reprodutivo em 2019 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 1996a)	24	100,0
	A Unidade ofereceu acolhimento individual ou com o casal para aconselhar e orientar sobre o uso dos métodos contraceptivos em 2019 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 1996a)	22	91,6
	A Unidade ofereceu aconselhamento pré-concepcional em 2019 (BRASIL, 2013a)	20	83,3
	A Unidade ofereceu atendimento para acompanhamento do método contraceptivo em 2019 (BRASIL, 2013a)	21	87,5
	A Unidade ofereceu acolhimento para teste rápido HIV/Aids em 2019 (BRASIL, 2013a)	15	62,5
	A Unidade ofereceu acolhimento às vítimas de abuso sexual ou violência doméstica em 2019 (BRASIL, 2013a)	16	66,6
	A Unidade ofereceu acolhimento às mulheres que passaram por situação de aborto em 2019 (BRASIL, 2013a)	14	58,3
	A Unidade ofereceu acolhimento para casais ou pessoas com dificuldade de engravidar em 2019 (BRASIL, 2013a)	14	58,3

Fonte: A autora, 2020.

c) *Subdimensão planejamento e gestão do cuidado*

O planejamento e a gestão do cuidado das atividades educativas de SSR envolvem a divulgação, o registro, agendamentos, a rotina e regularidade com que as ações são realizadas.



Atividades educativas de SSR faziam parte da rotina de 87,5% das unidades pesquisadas, com tal atividade incluída no cronograma das ações promovidas nas UAPS. Destaca-se ainda a proporção elevada de unidades que possuíam registro das atividades e as divulgavam antecipadamente (Tabela 8).

A regularidade está diretamente relacionada à periodicidade, ou seja, unidades com oferta regular são aquelas que oferecem as atividades educativas de SSR uma vez por semana ou uma vez por mês. Essa oferta regular ainda parece deixar a desejar, sendo informada por apenas um quarto das unidades de saúde participantes.

A existência de um fluxo de atendimento foi mencionada por 58% das unidades.

Tabela 8 – Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão processo, subdimensão planejamento e gestão do cuidado, do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, nas Unidades de Saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora - 2020

Subdimensão	Parâmetro	Nº	%
Planejamento e gestão do cuidado	As atividades educativas de SSR na Unidade são divulgadas para a população (BRASIL, 2013a)	24	100,0
	A Unidade possui sistemas de informação e/ou registros das atividades educativas da SSR	23	95,8
	A Unidade possui um fluxo padronizado de atenção à SSR (JUIZ DE FORA, 2014)	14	58,3
	A Unidade realiza planejamento das atividades educativas	20	83,3
	A Unidade possui um cronograma das atividades educativas de SSR (JUIZ DE FORA, 2014)	21	87,5
	A Unidade possui oferta regular de atividades educativas de SSR (BRASIL,2013a)	6	25,0
	A Unidade realiza agendamento e inscrições para atividades educativas de SSR (JUIZ DE FORA, 2014)	24	100,0

Legenda: Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR).

Fonte: A autora, 2020.

## 6.2.2 Componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva

### 6.2.2.1 Conformidade da Estrutura

A verificação da conformidade da estrutura do componente da assistência clínica abrange as subdimensões recursos humanos, medicamentos e insumos, as quais estão descritas na sequência:

a) *Subdimensão recursos humanos*

Apenas em 16,6% das unidades participantes havia profissionais capacitados para realizar esses procedimentos de inserção e remoção do DIU. Já a capacitação para a realização do teste rápido para o diagnóstico de sífilis e de HIV foi identificada em metade das unidades pesquisadas.

b) *Subdimensão medicamentos e insumos*

Os participantes referiram que todas as Unidades dispunham de preservativo masculino e equipamentos para coleta de sangue para realização do teste de gravidez  $\beta$ HCG.

Entretanto, nos últimos três meses de 2019, nenhuma delas tinha disponibilizado insumos contraceptivos hormonais cobrindo todo o espectro preconizado pelo Ministério da Saúde. Diafragma não estava disponível em nenhuma das 24 unidades e somente duas (UAPS Santa Rita e UAPS Santa Cecília) relataram disponibilidade de preservativo feminino disponível para as usuárias naquele momento (Tabela 9).

Nenhuma Unidade possuía disponibilidade do kit de inserção do DIU. Os kits de teste rápido para HIV e Sífilis também estavam indisponíveis, considerando que sua realização na Unidade não era uma realidade do município no momento da coleta de dados desta pesquisa. Tais testes são realizados no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Departamento DST/Aids da prefeitura de Juiz de Fora<sup>36</sup>.

Disponibilidade das vacinas foi informada por todas as UAPS participantes, mas seis delas não possuíam, nos últimos três meses de 2019, antimicrobianos para tratamento de sífilis gestacional.

---

<sup>36</sup> Informação disponível no site [https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/aids\\_dst/servicos.php](https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/aids_dst/servicos.php).

Tabela 9 – Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão estrutura, subdimensão medicamentos e insumos, do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva nas Unidades de Saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora – 2020

Subdimensão	Parâmetros*	N	%
Medicamentos e insumos	A Unidade possuía disponibilidade do kit de inserção do DIU em 2019 (BRASIL, 2013a)	0	0,0
	A Unidade possuía teste rápido para detecção do HIV em 2019 (BRASIL, 2013d)	0	0,0
	A Unidade possuía teste para sífilis (teste rápido ou sorológico em 2019 (BRASIL, 2013d)	0	0,0
	Existência de equipamentos para teste de gravidez $\beta$ HCG (coleta sangue) (BRASIL,2013c)	24	100,0
	A Unidade possuía vacina para Hepatite B em 2019 (BRASIL, 2013a)	23	95,8
	A Unidade possuía vacina de HPV em 2019 (BRASIL, 2013a)	22	91,6
	A Unidade possuía Penicilina Benzatina para tratamento da sífilis na gestação, ou em situação de desabastecimento da penicilina, de ceftriaxona 1g para gestantes com sífilis latente recente em 2019 (BRASIL, 2019)	18	75,0
	A Unidade possuía disponibilidade de Diafragma em 2019 (BRASIL, 2013a)	0	0,0
	A Unidade possuía disponibilidade de minipílula (noretisterona 0,35 mg) em 2019. (BRASIL, 2013a)	15	62,5
	A Unidade possuía disponibilidade de anticoncepcional hormonal oral combinado de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg) em 2019 (BRASIL, 2013a)	22	91,6
	A Unidade possuía disponibilidade de contracepção de emergência (levonorgestrel 0,75 mg) em 2019 (BRASIL, 2013a)	15	62,5
	A Unidade possuía disponibilidade de anticoncepcional hormonal injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg) em 2019 (BRASIL, 2013a)	20	83,3
	A Unidade possuía disponibilidade de anticoncepcional hormonal injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg) em 2019 (BRASIL, 2013a)	23	95,8
	A Unidade possuía disponibilidade de preservativo feminino em 2019 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016; 2021)	2	8,3
	A Unidade possuía disponibilidade de preservativo masculino na unidade em 2019 (BRASIL, 2013a)	24	100,0

Legenda: HPV- Papiloma vírus humano; HIV - Vírus da imunodeficiência adquirida;  $\beta$ HCG ou Beta HCG- Beta Coriônica Humana .

\*Nota: Todos os parâmetros desta tabela tinham seu questionamento remetido aos últimos três (3) meses de 2019.

Fonte: A autora, 2020.

Em 62,5% das UAPS, a contracepção de emergência estava disponível nos últimos três meses. Seis unidades (UAPS Alto Grajaú; UAPS Jardim Esperança; UAPS Retiro; UAPS São Benedito; UAPS São Judas Tadeu e UAPS Vila Olavo Costa) relataram a falta de tal método ao longo do ano de 2019 (Tabela 10).

Idealmente, todos os métodos anticoncepcionais deveriam estar disponíveis para a população nas unidades de saúde (BRASIL, 2013a). Entretanto, todas as unidades pesquisadas relataram a indisponibilidade de algum tipo de contraceptivo ao longo de 2019, sobretudo o injetável mensal e os preservativos feminino e masculino, conforme exposto na tabela 10.

Tabela 10 – Métodos contraceptivos que estiveram em falta nas Unidades de Saúde pesquisadas (n= 24), em algum momento do ano de 2019. Juiz de Fora – 2020

<b>Parâmetros</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Falta de algum tipo de contraceptivos na unidade no ano de 2019	24	100,0
Falta de anticoncepcional hormonal oral combinado de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg) no ano de 2019	12	50,0
Falta de minipílula (noretisterona 0,35 mg) no ano de 2019	11	45,8
Falta de contracepção de emergência (levonorgestrel 0,75 mg) no ano de 2019	6	25,0
Falta de anticoncepcional hormonal injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg) no ano de 2019	17	70,8
Falta de anticoncepcional hormonal injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg) no ano de 2019	10	41,6
Falta de preservativo masculino no ano de 2019	16	66,6
Falta de preservativo feminino no ano de 2019	17	70,8

Fonte: A autora, 2020.

### 6.2.2.2 Conformidade do Processo

Os parâmetros observados nas subdimensões da atenção à saúde, vigilância em saúde e planejamento e gestão do cuidado compuseram a descrição da conformidade do processo do componente da assistência clínica da saúde sexual e reprodutiva, apresentada a seguir.

#### *a) Subdimensão atenção à saúde*

Todas as 24 unidades ofertavam assistência clínica no âmbito da SSR, o que envolvia consultas médica e de enfermagem. Dentre as consultas oferecidas por todas as unidades, destacam-se consultas de planejamento reprodutivo, pré-natal, puerperal e assistência clínico-ginecológica.

Normativas governamentais recomendam a assistência clínica, no nível primário, para casos de infertilidade e para as mulheres que passaram por situação de aborto. Neste estudo, ambos os atendimentos foram mencionados por 58,3% das unidades. Com menor frequência de oferta pelas UAPS, foram informados o atendimento a pessoas que possuem queixas relacionadas à saúde sexual (n=13) e o seguimento dos usuários que utilizam algum método contraceptivo (n=12).

A realização do teste rápido para diagnóstico do HIV não estava sendo oferecida nas unidades de saúde participantes até o momento da pesquisa de campo. Segundo informações disponíveis no *site* da prefeitura municipal de Juiz de Fora, este teste é realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), via agendamento por telefone e sem a necessidade de encaminhamento do usuário pela UAPS. Já o teste de gravidez não é feito nas unidades, mas sim em laboratórios da rede. Nas Unidades de saúde, realiza-se a coleta de sangue, o material é encaminhado para o laboratório e, posteriormente, a usuária pode ter acesso ao resultado na unidade de coleta (Tabela 11).

Tabela 11 – Atendimento dos parâmetros elencados para a análise da conformidade da dimensão processo, subdimensão atenção à saúde, do componente da Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva, nas Unidades de Saúde participantes (n= 24). Juiz de Fora – 2020

Subdimensão	Parâmetros	N	%
Atenção à Saúde	A Unidade oferece consulta médica e de enfermagem no cuidado ao pré-natal e no período puerperal (BRASIL, 2013a)	24	100,0
	A Unidade oferece assistência clínico-ginecológica (BRASIL, 2013a)	24	100,0
	A Unidade oferece tratamento sintomático em casos de Infecção Sexualmente Transmissível (BRASIL, 2013a).	24	100,0
	A Unidade oferece assistência clínica em saúde sexual e reprodutiva para mulher no climatério (BRASIL, 2013a).	23	95,8
	A Unidade oferece assistência clínica para avaliação pré-concepcional (BRASIL, 2013a)	19	79,1
	A prescrição do método contraceptivo na Unidade é feita com base nos critérios de elegibilidade (BRASIL, 2013a)	19	79,1
	A Unidade oferece orientação e encaminhamento dos casos de infertilidade para outros serviços (BRASIL, 2013a).	19	79,1
	A Unidade oferece assistência clínica em casos de aborto (BRASIL, 2013a).	14	58,3
	A Unidade oferece assistência clínica à saúde sexual (BRASIL, 2013a)	14	58,3
	A Unidade realiza inserção de dispositivo intrauterino (BRASIL, 2013a)	0	0,0
	A Unidade realiza teste rápido de gravidez (BRASIL, 2013c)	0	0,0
	A Unidade realiza teste rápido de HIV (BRASIL, 2013d)	0	0,0

Fonte: A autora, 2020.

*b) Subdimensão vigilância em saúde*

O acompanhamento de pessoas portadoras do HIV/Aids foi informado por menos da metade das unidades participantes. Apenas seis UAPS (25%) relataram inexistência de casos de sífilis congênita entre as gestantes que realizaram pré-natal na Unidade no período de 2017 a 2019. Treze unidades que notificaram casos de sífilis realizaram a busca ativa dos parceiros das gestantes diagnosticadas com a doença, condição importante para seu tratamento e redução da reinfeção (Tabela 12) .

Somente 50% das unidades investigadas informaram o acompanhamento das usuárias que faziam uso de métodos contraceptivos hormonais, e 66% acompanhavam homens e mulheres que realizaram vasectomia ou laqueadura.

A abordagem da SSR na visita domiciliar e a avaliação do cartão vacinal dos usuários que procuram pelos serviços de SSR nas unidades de saúde, duas oportunidades de acompanhamento e de vigilância em saúde, eram realizadas por 75% das UAPS do estudo (Tabela 12).

Tabela 12 – Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão processo, subdimensão vigilância em saúde, do componente da Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva, nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora - 2020

<b>Subdimensão</b>	<b>Parâmetros</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Vigilância em Saúde</b>	A Unidade acompanha usuários portadores de HIV/Aids (BRASIL, 2013a).	11	45,8
	A Unidade avalia a situação vacinal dos usuários que procuram a atenção à saúde sexual e reprodutiva.	18	75,0
	A Unidade realiza acompanhamento das usuárias de métodos contraceptivos hormonais (BRASIL, 2013a).	12	50,0
	A Unidade encaminha e acompanha pessoas que optaram pela esterilização cirúrgica (BRASIL, 2013a; BRASIL,1996).	16	66,6
	A Unidade realiza busca ativa de parceiros de gestantes com sífilis (BRASIL, 2013a).	13	54,1
	Unidades que não relataram caso(s) de sífilis congênita nas gestantes que realizaram o pré-natal na unidade nos últimos três anos (2017-2019).	6	25,0
	A Unidade aborda aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva durante a visita domiciliar (BRASIL, 2013a)	18	75,0

Fonte: A autora,2020.

*c) Planejamento e gestão do cuidado*

O planejamento e a gestão do cuidado em SSR envolve um conjunto de rotinas administrativas implementadas pelas unidades de saúde no contexto da rede de atenção a saúde. Nesse sentido, 15 unidades relataram possuir algum grau de flexibilidade nos horários de atendimento, condição que facilita a participação e adesão aos atendimentos e atividades.

Somente em metade das UAPS participantes, os profissionais reconheciam a existência bem estabelecida da rede de referência e contrarreferência relativa à saúde sexual e reprodutiva. O conhecimento sobre a referência para métodos contraceptivos cirúrgicos mostrou-se consolidada em todas as unidades, ao passo que o sistema de referenciamento para atenção à infertilidade e ao acesso à terapia hormonal ainda não havia alcançado a mesma visibilidade (Tabela 13).

A presença de uma rotina de monitoramento e avaliação das ações de saúde sexual e reprodutiva só foi informada por apenas 25% das unidades estudadas.

Tabela 13 – Atendimento dos parâmetros elencados na análise da conformidade da dimensão processo, subdimensão planejamento e gestão do cuidado, do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva, nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora, 2020

<b>Subdimensão</b>	<b>Parâmetros</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Planejamento e gestão do cuidado</b>	A Unidade possui horário flexível de atendimento à SSR (BRASIL, 2013a)	15	62,5
	A Unidade realiza um planejamento para previsão e provisão de vacinas, medicamentos e contraceptivos mais utilizados para a SSR (BRASIL, 2013a).	17	70,8
	A Unidade possui impresso de controle e dispensação de métodos contraceptivos (BRASIL, 2013a).	12	50,0
	A Unidade possui sistema de referência e contrarreferência para atenção à SSR bem definido (JUIZ DE FORA, 2014)	12	50,0
	A Unidade possui sistema de referência e contrarreferência para laqueadura e vasectomia estabelecido (BRASIL, 2013a)	24	100,0
	A Unidade possui sistema de referência e contrarreferência para tratamento de infertilidade estabelecido (BRASIL, 2013a)	20	83,3
	A Unidade possui sistema de referência e contrarreferência para terapia hormonal estabelecido (BRASIL, 2013a)	19	79,1
	A Unidade possui rotina de monitoramento e avaliação das ações de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a)	6	25,0

Fonte: A autora, 2020.

### 6.3 Classificação do grau de implantação

O grau de implantação refere-se a uma classificação que, usualmente, é representada numericamente por uma escala de porcentagem para demonstrar como a teoria da intervenção está consolidada na prática. A análise empírica de tal classificação não pode ser generalizada, pois trata-se de um contexto específico analisado sob determinado período de tempo.

Nesta pesquisa, a intervenção foi considerada implementada de forma satisfatória ou adequada em relação ao que foi planejado somente nos casos em que foram atendidos de 80% a 100% dos critérios, ao passo que o atendimento de 79% a 50% representou uma condição parcial de implantação. Por fim, porcentagem inferior ou igual a 49% sinalizou um grau incipiente de implantação, sugerindo necessidade de mudanças ou, ainda, de investigar as causas que possivelmente explicariam este resultado.

Os resultados das pontuações atribuídas aos parâmetros observados das dimensões de estrutura e do processo nos componentes da promoção da saúde sexual e reprodutiva e da assistência clínica, nas 24 unidades de saúde pesquisadas, foram consolidados em quadros que descrevem a classificação do grau de implantação.

No que se refere à subdimensão estrutura das ações de Promoção da SSR, em apenas três unidades (UAPS Granjas Bethania, Santa Cecília e Santa Efigênia), das 24 participantes, a implantação foi classificada como adequada, com grau de implantação superior a 80% (Tabela 14). Destaca-se que nenhuma UAPS atingiu pontuação de 100%; uma unidade (UAPS Santa Efigênia) obteve a melhor pontuação, tendo alcançado grau de implantação de 94,1%. Atribui-se este resultado à existência de equipes completas e capacitadas para atuar nas ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva, espaço físico adequado, ausência de problemas estruturais importantes para a promoção de atividades coletivas, disponibilidade de recursos materiais para auxiliar a elaboração das ações educativas de SSR e utilização de normas e protocolos para organizar e planejar a oferta desta atividade. Todavia, 17 unidades (71%) foram classificadas com grau de implantação parcial.

Recursos humanos e normas e protocolos foram as duas subdimensões com pior desempenho no conjunto das UAPS, tendo atingido medianas de atendimento de, respectivamente, 5,0 (em máximo de 9 pontos, 55,6%) e 1 (em máximo de 2 pontos, 50%).



A unidade de saúde Alto Grajaú obteve a menor pontuação em todas as subdimensões da dimensão estrutura (35,2%), com classificação do grau de implantação desta dimensão considerado incipiente. Essa mesma situação de incipiência foi observada em outras três unidades, conforme apresentado na tabela 14.

No detalhamento das subdimensões da estrutura, as UAPS Jardim da Lua, Retiro, São Benedito e Alto Grajaú não obtiveram qualquer pontuação na subdimensão espaço físico, seja pela falta de espaço na unidade para as atividades coletivas, seja pela existência de problemas estruturais que inviabilizaram sua oferta nas instalações das unidades. Em seis UAPS identificou-se total ausência de normativas, diretrizes e protocolos.

Tabela 14 - Grau de implantação da dimensão estrutura, do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora - 2020.

Unidades de Atenção Primária	Subdimensões				∑ Total de Pontos obtidos (Máx. 17pts)	%	Grau de Implantação
	Recursos humanos	Espaço físico	Recursos materiais	Normas e protocolos			
	Pontuação máxima (9pts)	Pontuação máxima (2pts)	Pontuação máxima (4pts)	Pontuação máxima (2pts)			
Granjas Bethania	7	2	3	2	14	82,3	<b>Adequado</b>
Barreira do Triunfo	5	2	2	2	11	64,7	<b>Parcial</b>
Cidade do Sol	4	2	4	1	11	64,7	<b>Parcial</b>
Furtado de Menezes	5	2	4	0	11	64,7	<b>Parcial</b>
Humaitá	8	1	4	1	14	64,7	<b>Parcial</b>
Igrejinha	7	1	4	2	14	64,7	<b>Parcial</b>
Jardim da Lua	4	0	1	1	6	35,2	<b>Incipiente</b>
Jardim Esperança	5	2	3	2	12	70,5	<b>Parcial</b>
Jóquei Clube I	5	1	4	0	10	58,8	<b>Parcial</b>
Nossa Sra. Aparecida	6	2	3	2	13	76,4	<b>Parcial</b>
Nova Era	8	2	3	0	13	76,4	<b>Parcial</b>
Progresso	4	2	4	0	10	58,8	<b>Parcial</b>
Retiro	5	0	3	0	8	47,0	<b>Incipiente</b>
Santa Cecília	7	2	4	2	15	88,2	<b>Adequado</b>
Santa Cruz	5	2	3	2	12	70,5	<b>Parcial</b>
Santa Efigênia	9	2	4	1	16	94,1	<b>Adequado</b>
Santa Rita	7	1	2	2	12	70,5	<b>Parcial</b>
São Benedito	6	0	4	2	12	70,5	<b>Parcial</b>
São Judas Tadeu	5	1	2	2	10	58,8	<b>Parcial</b>
Teixeiras	7	1	4	2	14	64,7	<b>Parcial</b>
Vila Esperança	5	2	2	1	10	58,8	<b>Parcial</b>
Vila Ideal	7	2	3	0	12	70,5	<b>Parcial</b>
Alto Grajaú	3	0	2	1	6	35,2	<b>Incipiente</b>
Vila Olavo Costa	4	2	1	1	8	47,0	<b>Incipiente</b>

Fonte: A autora, 2020.

A dimensão de processo do componente Promoção da SSR envolveu a observação de parâmetros sobre a realização das atividades educativas, os múltiplos temas que envolvem a atenção à SSR, a oferta de tais atividades tanto nas Unidades como nas escolas, o acolhimento e aconselhamento da população que participa das atividades educativas e que possui necessidades de saúde relacionadas à SSR e, por fim, o planejamento e gestão do cuidado. Tais aspectos foram retratados com base nos aspectos de gestão e organização dos serviços.

Nesta dimensão, nenhuma unidade participante obteve pontuação superior a 80% e mais da metade foi classificada com grau de implantação parcial, ou seja, com pontuação entre 50 a 79%. Onze unidades foram classificadas como implantação incipiente, pois alcançaram pontuação inferior a 49% (Tabela 15).

Tabela 15 - Grau de implantação da dimensão processo do componente promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora - 2020

Unidades de Atenção Primária	Subdimensões			Σ Total de Pontos obtidos (Máx 45pts)	% de adequação	Grau de Implantação
	Atividade educativa	Acolhimento/ Aconselhamento	Planejamento e gestão do cuidado			
	Pontuação máxima (30pts)	Pontuação máxima (8pts)	Pontuação máxima (7pts)			
	80-100	79-50	49-1			
Granjas Bethania	15	5	5	25	55,5	Parcial
Barreira do Triunfo	8	3	6	17	37,7	Incipiente
Cidade do Sol	11	8	3	22	48,8	Incipiente
Furtado de Menezes	14	8	6	28	62,2	Parcial
Humaitá	9	3	5	17	40,4	Incipiente
Igrejinha	11	8	6	25	55,5	Parcial
Jardim da Lua	9	6	3	18	40,0	Incipiente
Jardim Esperança	10	7	5	22	48,8	Incipiente
Jóquei Clube I	13	8	6	27	60,0	Parcial
Nossa Sra. Aparecida	11	3	6	20	44,4	Incipiente
Nova Era	16	8	6	30	66,6	Parcial
Progresso	12	8	6	26	57,7	Parcial
Retiro	12	5	6	23	51,1	Parcial
Santa Cecília	15	8	7	30	66,6	Parcial
Santa Cruz	8	3	5	16	35,5	Incipiente
Santa Efigênia	11	8	7	26	57,7	Parcial
Santa Rita	12	7	6	25	55,5	Parcial
São Benedito	13	3	4	20	44,4	Incipiente
São Judas Tadeu	14	8	6	28	62,2	Parcial
Teixeiras	14	7	7	28	62,2	Parcial
Vila Esperança	12	3	5	20	44,4	Incipiente
Vila Ideal	13	7	6	26	57,7	Parcial
Alto Grajaú	5	6	5	16	35,5	Incipiente
Vila Olavo Costa	12	7	5	24	53,3	Incipiente

Fonte: A autora, 2020.

Os parâmetros ligados ao planejamento e gestão do cuidado foram atendidos por 85,7% das UAPS (mediana de 6, em máximo de 7 pontos). Entretanto, pontuação igual ou superior à metade da pontuação máxima somente foi atendida na subdimensão atividade educativa por três unidades de saúde (mediana de 12, em 30 pontos no máximo).

Sobre a subdimensão atividades educativas, é relevante mencionar que, em 2019, ano de referência dos dados obtidos, observou-se escassez de oferta das atividades educativas em escolas e para a promoção da SSR de gestantes, bem como ausência de tais atividades direcionadas a pessoas com deficiência, população LGBTQIA+, pessoas em situação de prisão e profissionais do sexo. Essa lacuna também foi verificada no espectro de temas abordados nas atividades, pois 27 profissionais dos 46 que participaram da pesquisa relataram dificuldades para abordar temas relacionados à SSR, dentre eles, violência doméstica e violência sexual, identidade de gênero e saúde sexual (Quadro 11).

Quadro 11 - Temáticas que profissionais relatam dúvidas e dificuldades para abordar nas atividades educativas, segundo Unidades de Saúde de atuação desses profissionais. Juiz de Fora - 2020

TEMAS	UNIDADES DE SAÚDE
Violência doméstica e violência sexual	Alto Grajaú, Furtado de Menezes, Humaitá, Jóquei Clube I, Nova Era, Retiro, Santa Cruz, Santa Rita, São Benedito, São Judas Tadeu, Teixeira, Cidade do Sol.
Identidade de gênero	Cidade do Sol, Furtado de Menezes, Humaitá, Igrejinha, Jardim Esperança, Jóquei Clube I, Nova Era, Retiro, Santa Cruz, São Benedito, São Judas Tadeu, Teixeira e Vila Esperança.
Saúde Sexual/ Disfunção sexual	Cidade do Sol, Igrejinha, Jóquei Clube I, Nova Era, Santa Rita, São Judas Tadeu, Teixeira, Retiro.
Orientação sexual	Igrejinha, Jóquei Clube I, Nova Era, Vila Esperança.
Aborto	Cidade do Sol, Nova Era, Retiro, São Judas Tadeu.
Infertilidade	Cidade do Sol, Nova Era, Santa Rita,
Sexualidade	Nova Era

Fonte: A autora, 2020.

O somatório das dimensões de estrutura e processo do componente Promoção da SSR contabiliza o total máximo de 62 pontos. A menor pontuação obtida nas UAPS participantes foi 22 e a maior de 45, respectivamente, nas unidades de atenção primária Alto Grajaú e Santa Cecília. Desse modo, em nenhuma unidade de saúde esse componente foi classificado como implantação adequada ou satisfatória (Tabela 16).

Em 79% das unidades de saúde, o componente Promoção da SSR foi classificado como parcialmente implantado. Cinco unidades foram classificadas como implantação incipiente: Barreira do Triunfo, Jardim da Lua, Santa Cruz, Vila Esperança e Alto Grajaú.

O impacto negativo da dimensão processo foi maior que o da dimensão estrutura no grau de implantação do componente promoção da SSR nas UAPS: mediana de 24,5 pontos (no máximo de 45, 54,4%) *versus* mediana de 12 pontos (no máximo de 17 pontos, 70,6%).

Tabela 16 - Grau de implantação do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora - 2020.

Unidades de Atenção Primária	Subdimensões		Σ Total de Pontos obtidos (Máx. 62pts)	%	Grau de Implantação total
	Estrutura	Processo			
	Pontuação máxima (17pts)	Pontuação máxima (45pts)			
Granjas Bethania	14	25	39	62,9	Parcial
Barreira do Triunfo	11	17	28	45,1	Incipiente
Cidade do Sol	11	22	33	53,2	Parcial
Furtado de Menezes	11	28	39	62,9	Parcial
Humaitá	14	17	31	50,0	Parcial
Igrejinha	14	25	39	62,9	Parcial
Jardim da Lua	6	18	24	38,7	Incipiente
Jardim Esperança	12	22	34	54,8	Parcial
Jóquei Clube I	10	27	37	59,6	Parcial
Nossa Sra. Aparecida	13	20	33	53,2	Parcial
Nova Era	13	30	43	69,3	Parcial
Progresso	10	26	36	58,0	Parcial
Retiro	8	23	31	50,0	Parcial
Santa Cecília	15	30	45	72,6	Parcial
Santa Cruz	12	16	28	45,1	Incipiente
Santa Efigênia	16	26	42	67,7	Parcial
Santa Rita	12	25	37	59,6	Parcial
São Benedito	12	20	32	51,6	Parcial
São Judas Tadeu	10	28	38	61,2	Parcial
Teixeiras	14	28	42	67,7	Parcial
Vila Esperança	10	20	30	48,3	Incipiente
Vila Ideal	12	26	38	61,2	Parcial
Alto Grajaú	6	16	22	35,4	Incipiente
Vila Olavo Costa	8	24	32	51,6	Parcial

Fonte: A autora, 2020.

Na sequência, é apresentada a classificação do grau de implantação da dimensão estrutura do componente Assistência Clínica à SSR, que abrange duas subdimensões: recursos humanos e medicamentos/insumos. Nenhuma unidade de saúde participante

foi classificada com o grau de implantação adequado ou satisfatório nesta dimensão e 62,5% das UAPS foram classificadas como implantação parcial (Tabela 17).

A pontuação dos parâmetros relativos a medicamentos e insumos variou entre 5 e 11 pontos (mediana de 8), e nenhuma unidade alcançou os 15 pontos totais desta subdimensão. Na subdimensão recursos humanos, pontuação total (4 pontos) foi obtida por duas unidades: UAPS Igrejinha e UAPS Nova Era.

Tabela 17 - Grau de implantação da dimensão estrutura do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora - 2020

Unidades de Atenção Primária	Subdimensões		$\Sigma$ Total de Pontos obtidos (Máx 19pts)	% de adequação	Grau de Implantação
	Recursos humanos	Medicamentos e insumos		80-100	Adequado
	Pontuação máxima (4pts)	Pontuação máxima (15pts)		79-50	Parcial
				49-1	Incipiente
Granjas Bethania	3	8	11	57,8	Parcial
Barreira do Triunfo	3	8	11	57,8	Parcial
Cidade do Sol	3	7	10	52,6	Parcial
Furtado de Menezes	3	9	12	63,1	Parcial
Humaitá	2	8	10	52,6	Parcial
Igrejinha	4	8	12	63,1	Parcial
Jardim da Lua	1	7	8	42,1	Incipiente
Jardim Esperança	3	5	8	42,1	Incipiente
Jóquei Clube I	1	7	8	42,1	Incipiente
Nossa Sra. Aparecida	1	8	9	47,3	Incipiente
Nova Era	4	6	10	52,6	Parcial
Progresso	1	9	10	52,6	Parcial
Retiro	1	7	8	42,1	Incipiente
Santa Cecília	3	7	10	52,6	Parcial
Santa Cruz	2	9	11	57,8	Parcial
Santa Efigênia	1	8	9	47,3	Incipiente
Santa Rita	1	11	12	63,1	Parcial
São Benedito	1	8	9	47,3	Incipiente
São Judas Tadeu	3	8	11	57,8	Parcial
Teixeiras	2	8	10	52,6	Parcial
Vila Esperança	1	8	9	47,3	Incipiente
Vila Ideal	3	9	12	63,2	Parcial
Alto Grajaú	1	7	8	42,1	Incipiente
Vila Olavo Costa	3	8	11	57,8	Parcial

Fonte: A autora, 2020.

A dimensão processo do componente Assistência Clínica totalizava 28 pontos, distribuídos em três subdimensões: atenção à saúde, vigilância em saúde, e planejamento e gestão do cuidado. Nesta dimensão, grau de implantação adequado foi atribuído a três unidades (UAPS Igrejinha, UAPS Santa Cecília e UAPS Teixeira),

enquanto outras 16 foram classificadas como implantação parcial. Cinco unidades obtiveram pontuação total igual ou inferior a 13 pontos, sendo classificadas como grau de implantação incipiente (Tabela 18).

A subdimensão atenção à saúde foi a melhor pontuada (mediana de 10 pontos em máximo de 13) pelas unidades de atenção primária estudadas. As medianas de vigilância em saúde e de planejamento e gestão do cuidado atingiram, respectivamente, valores de 4 pontos (em máximo de 7) e de 5 pontos (em máximo de 8 pontos).

Tabela 18 - Grau de implantação da dimensão processo do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva nas unidades de saúde participantes (n=24). Juiz de Fora - 2020

Unidades de Atenção Primária	Subdimensões			Σ Total de pontos obtidos (Máx. 28pts)	% de adequação	Grau de Implantação
	Atenção à saúde	Vigilância em Saúde	Planejamento e gestão do cuidado			
	Pontuação máxima (13pts)	Pontuação máxima (7pts)	Pontuação máxima (8pts)			
	80-100	79-50	49-1			
Granjas Bethania	9	3	7	19	67,8	Parcial
Barreira do Triunfo	7	1	5	13	46,4	Incipiente
Cidade do Sol	11	5	5	21	75,0	Parcial
Furtado de Menezes	11	5	6	22	78,5	Parcial
Humaitá	8	5	8	21	75,0	Parcial
Igrejinha	11	4	8	23	82,1	Adequado
Jardim da Lua	9	0	6	15	53,5	Parcial
Jardim Esperança	11	3	6	20	71,4	Parcial
Jóquei Clube I	11	4	4	19	67,8	Parcial
Nossa Sra. Aparecida	7	3	6	16	57,1	Parcial
Nova Era	10	5	3	18	64,2	Parcial
Progresso	10	5	4	19	67,8	Parcial
Retiro	6	3	1	10	35,7	Incipiente
Santa Cecília	11	6	8	25	89,2	Adequado
Santa Cruz	5	2	5	12	42,8	Incipiente
Santa Efigênia	11	6	3	20	71,4	Parcial
Santa Rita	10	6	6	22	78,5	Parcial
São Benedito	7	3	5	15	53,5	Parcial
São Judas Tadeu	11	5	5	21	75,0	Parcial
Teixeiras	11	5	7	23	82,1	Adequado
Vila Esperança	6	2	5	13	46,4	Incipiente
Vila Ideal	8	5	3	16	57,1	Parcial
Alto Grajaú	7	3	3	13	46,4	Incipiente
Vila Olavo Costa	10	4	7	21	75,0	Parcial

Fonte: A autora, 2020.

Na classificação geral do grau de implantação do componente Assistência Clínica à SSR, 79,1% (19) das unidades de saúde foram classificadas como grau de implantação

parcial e nenhuma como adequado ou satisfatório (Tabela 19). Dos 47 pontos distribuídos entre as dimensões de estrutura e processo, somente duas unidades (UAPS Igrejinha e UAPS Santa Cecília) alcançaram somatório de 35 pontos, pontuação máxima observada neste componente.

O atendimento dos parâmetros relativos à dimensão processo foi um pouco melhor (mediana de 19 pontos, em máximo de 28, correspondendo a 67,9%) que aquele referente à estrutura (mediana de 10 pontos em máximo de 19, 52,6%).

Tabela 19 - Grau de implantação total do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva nas unidades da saúde participantes (n=24). Juiz de Fora - 2020

Unidades de Atenção Primária	Dimensões		Σ Total de pontos obtidos (47pts)	% de adequação	Grau de Implantação
	Estrutura	Processo			
	Pontuação máxima (19 pts)	Pontuação máxima (28 pts)			
	80-100	Parcial			
				79-50	Incipiente
				49-1	
Granjas Bethania	11	19	30	63,8	Parcial
Barreira do Triunfo	11	13	24	51,0	Parcial
Cidade do Sol	10	21	31	65,9	Parcial
Furtado de Menezes	12	22	34	72,3	Parcial
Humaitá	10	21	31	65,9	Parcial
Igrejinha	12	23	35	74,4	Parcial
Jardim da Lua	8	15	23	48,9	Incipiente
Jardim Esperança	8	20	28	59,5	Parcial
Jóquei Clube I	8	19	27	57,4	Parcial
Nossa Sra. Aparecida	9	16	25	53,1	Parcial
Nova Era	10	18	28	59,5	Parcial
Progresso	10	19	29	61,7	Parcial
Retiro	8	10	18	38,2	Incipiente
Santa Cecilia	10	25	35	74,4	Parcial
Santa Cruz	11	12	23	48,9	Incipiente
Santa Efigênia	9	20	29	61,7	Parcial
Santa Rita	12	22	34	72,3	Parcial
São Benedito	9	15	24	51,0	Parcial
São Judas Tadeu	11	21	32	68,0	Parcial
Teixeiras	10	23	33	70,2	Parcial
Vila Esperança	9	13	22	46,8	Incipiente
Vila Ideal	12	16	28	59,5	Parcial
Alto Grajaú	8	13	21	44,6	Incipiente
Vila Olavo Costa	11	21	32	68,0	Parcial

Fonte: A autora, 2020.

Compilou-se a classificação geral dos dois componentes utilizados nessa avaliação — promoção da SSR e assistência clínica à SSR —, para apresentar o grau de implantação da atenção à SSR nas 24 unidades que possuíam equipes de ESF participantes da pesquisa (Tabela 20).

Somado os pontos dos dois componentes, nenhuma Unidade de atenção primária obteve grau de implantação adequado ou satisfatório. Dezesete UAPS (70,8%) foram consideradas com implantação parcial. Destas, a unidade de Santa Cecília obteve a maior pontuação (80 pontos em máximo de 109), correspondendo a um percentual de adequação de 73,3%. Já o grau de implantação incipiente foi identificado em sete unidades (Tabela 20), com os piores resultados sendo apresentados pelas UAPS Alto Grajaú (39,4%) e Jardim da Lua (43,1%), ambas localizadas em zonas periféricas carentes de Juiz de Fora.

Tabela 20 – Grau de implantação da atenção à saúde sexual e reprodutiva nas unidades de saúde (n=24), com base nos componentes Promoção e da Assistência Clínica. Juiz de Fora – 2020

Unidades de Atenção Primária	$\Sigma$ Total de pontos obtidos	% de adequação	Classificação do Grau de Implantação total
	Pontuação máxima (109 pts)	80-100	Adequado
		79-50	Parcial
		49-1	Incipiente
Granjas Bethania	69	63,3	Parcial
Barreira do Triunfo	52	47,7	Incipiente
Cidade do Sol	64	58,7	Parcial
Furtado de Menezes	73	66,9	Parcial
Humaitá	62	56,8	Parcial
Igrejinha	74	67,8	Parcial
Jardim da Lua	47	43,1	Incipiente
Jardim Esperança	62	56,8	Parcial
Jóquei Clube I	64	58,7	Parcial
Nossa Sra. Aparecida	58	53,2	Parcial
Nova Era	71	65,1	Parcial
Progresso	65	59,6	Parcial
Retiro	49	44,9	Incipiente
Santa Cecília	80	73,3	Parcial
Santa Cruz	51	46,7	Incipiente
Santa Efigênia	71	65,1	Parcial
Santa Rita	71	65,1	Parcial
São Benedito	56	51,3	Incipiente
São Judas Tadeu	70	64,2	Parcial
Teixeiras	75	68,8	Parcial
Vila Esperança	52	47,7	Incipiente
Vila Ideal	66	60,5	Parcial
Alto Grajaú	43	39,4	Incipiente
Vila Olavo Costa	64	58,7	Parcial

Fonte: A autora, 2020.

Ao relacionar o grau de implantação calculado com o grau de implantação avaliado conforme a percepção dos gestores, descrito pelos mesmos quando do preenchimento do questionário, observou-se que em 14 (58,3%) unidades os gestores avaliavam o grau de implantação da atenção à SSR como parcial, em consonância com



o observado por meio da avaliação sistemática dos parâmetros empregada nesta pesquisa (Quadro 12).

Dois gestores das UAPS Retiro e Alto Grajaú classificaram a atenção à SSR como não implantada, o que foi confirmado pelos dados desta pesquisa. Em outras duas unidades (UAPS Progresso e Jôquei Clube I), cuja implantação foi considerada parcial pela pesquisa, os gestores referiram que essa atenção não estava implantada.

Contudo, dois gestores avaliaram que a atenção à saúde sexual e reprodutiva encontrava-se plenamente implementada em suas unidades. Um deles é o da UAPS Santa Cecília, unidade antiga, localizada no centro de Juiz de Fora, porém de acesso relativamente difícil, que atingiu a maior pontuação estimada na pesquisa (80 pontos). Esta unidade teve um grau de implantação estimado em 73,3%, tendo apresentado desempenho total bastante próximo em termos dos dois componentes avaliados (atendendo a 72,6% dos parâmetros do componente Promoção à SSR e a 74,4% dos pontos máximos atribuíveis no componente Assistência Clínica). O outro gestor que avaliou as ações de SSR como completamente implantadas em sua unidade de saúde foi o da UAPS Vila Ideal, que atingiu grau de implantação de apenas 60,5%. Trata-se de uma Unidade localizada na periferia do município, recentemente reformada, cuja área de abrangência é composta por uma comunidade carente. Neste caso, tanto para o componente Promoção quanto para o de Assistência, o desempenho da UAPS foi inferior a 60% do total de parâmetros analisados.

Conforme observado no quadro 12, grande parte dos gestores justificou o julgamento por eles realizado sobre o grau de implantação.

Quadro 12 – Julgamento do grau de implantação realizada pelos gestores das unidades de saúde participantes da pesquisa (n=24) e suas respectivas justificativas. Juiz de Fora - 2020

UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	GRAU DE IMPLANTAÇÃO INFORMADO PELO GESTOR	JUSTIFICATIVA
Granjas Bethania	Parcial	“Existem métodos que não conseguimos oferecer, como DIU na unidade”
Barreira do Triunfo	Parcial	“A sobrecarga do serviço atrapalha na total implantação”
Cidade do Sol	Parcial	“Precisamos nos organizar para que haja uma maior oferta desse serviço”
Furtado de Menezes	Parcial	Não justificou
Humaitá	Parcial	“Porque seguimos os manuais do MS e (não) tem norma da prefeitura”
Igrejinha	Parcial	“Ainda estamos precisando de internet para melhor atender a população”
Jardim da Lua	Parcial	Não justificou
Jardim Esperança	Parcial	Não justificou
Jóquei Clube I	Não implantada	Não justificou
Nossa Sra. Aparecida	Parcial	“Poderia ser feito monitoramento das ações”
Nova Era	Parcial	Não justificou
Progresso	Não implantada	“Não existe programação para exercer atividades educativas de forma rotineira”.
Retiro	Não implantada	“Não há continuidade das atividades”
Santa Cecília	Implantada	Não justificou
Santa Cruz	Parcial	“Devido a grande procura por demanda espontânea, não conseguimos implantar totalmente”
Santa Efigênia	Parcial	“Às vezes, faltam contraceptivo injetável de uso mensal e preservativos”
Santa Rita	Parcial	Não justificou
São Benedito	Parcial	“Temos serviço de referência, mas falta capacitação para a APS”.
São Judas Tadeu	Parcial	“Necessita de fluxo definido devido à alta demanda. Desvio de função da enfermagem prejudica o serviço e as atividades educativas”
Teixeiras	Parcial	“Faltam de insumos”
Vila Esperança	Parcial	Não justificou
Vila Ideal	Implantada	Não justificou
Alto Grajaú	Não implantada	Não justificou
Vila Olavo Costa	Parcial	“Pode-se melhorar. Comunidade com baixa aceitação”

Fonte: A autora, 2020.

#### 6.4 Limites e potencialidades do processo de implantação da Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Estratégia de Saúde da Família de Juiz de Fora

Os limites e potencialidades do processo de implantação da atenção à SSR nas 24 Unidades que possuem equipes de ESF foram examinados com base na percepção expressa pelos 40 profissionais e 22 gestores que responderam às perguntas abertas dos questionários.

Os dados apresentados retratam o ponto de vista dos profissionais que participaram do estudo em seus contextos de trabalho, não sendo, portanto, passíveis de generalização. Cabe assinalar que a pesquisa foi realizada sob uma perspectiva temporal e, nesse sentido, muitos dos aspectos apresentados a seguir são dinâmicos e podem ter sido modificados posteriormente, conforme as necessidades dos serviços. Por fim, ainda que as questões fossem abertas e disponibilizassem bastante espaço para suas respostas, a grande maioria do retorno obtido concentrou-se em relatos demasiadamente sintéticos por parte dos profissionais e gestores.

Após a realização das etapas metodológicas da análise de conteúdo temática categorial (BARDIN, 2015; MINAYO, 2011; OLIVEIRA, 2008), foram formuladas quatro categorias. São elas: (1) Limitações relacionadas à falta de recursos materiais, humanos e estruturais; (2) Dificuldades organizacionais e técnicas e suas implicações na prática profissional; (3) Influências externas na adesão da população às ações de SSR, e (4)- Potencialidades administrativas e gerenciais na implantação da atenção à SSR na APS do município.

Para assegurar a confidencialidade prometida aos participantes, os profissionais foram codificados pelo nível de atuação na atenção primária, seguido da sigla da Unidade e do número do participante naquela Unidade, por exemplo: PSR-1(Profissional Santa Rita nº 1). Os gestores foram codificados da seguinte forma: G-1 (Gestor 1 ).

#### 6.4.1 Limitações relacionadas à falta de recursos materiais, humanos e estruturais

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais no âmbito da sua atuação na atenção à SSR na APS e que, conseqüentemente, impactam no processo de implantação, compuseram o conteúdo apresentado nesta categoria.

Na percepção dos participantes, as principais barreiras envolvem recorrentes faltas e irregularidades no abastecimento de insumos e medicamentos, sobretudo, contraceptivos:

Falta de contraceptivo (G-16) (PSB-1)  
 Falta de medicação, insumos e recursos materiais (G-19) (PJC-2)  
 Falta de insumos (G-8, G-9, G-1 e G-4) (PSR-2, PNE-6, PJE-2, PSJT-4)  
 Disponibilidade de insumos de forma descontinuada (PIG-1, PNE-5)  
 Irregularidade na distribuição dos anticoncepcionais (PNE-2)

Outra limitação mencionada refere-se à indisponibilidade de teste rápido para detecção de HIV/Aids e sífilis e de materiais para realizar o exame de Papanicolaou para o preventivo ginecológico, conforme descrito abaixo

Falta de kit para teste rápido de HIV (PFM-1) (PSR-1)  
 Não tem disponibilidade de material de inserção de DIU (PFM-1)  
 Falta de material, principalmente espéculo para realização de preventivo (PRE-

1)

Dentre as dificuldades para a atenção à SSR relacionadas aos recursos humanos, foram recorrentemente mencionados a escassez de profissionais, a falta de capacitação e treinamento sobre SSR e o desconhecimento de protocolos sobre esta atenção. O quantitativo insuficiente ou incompleto de profissionais nas equipes de Saúde da Família foi apontado por cinco gestores e por três participantes de diferentes unidades como outra limitação:

Deficiências de recursos humanos (PSR-2) (PJC-1) (G-11)  
 Falta de funcionário (G-15) (G-13) (G-12) (G-8)  
 Equipes incompletas (PNE-1) (G-12)

O desvio nas suas funções de origem e a alta rotatividade de profissionais nas UAPS também constituíam dificuldades na opinião de dois gestores, ambas podendo guardar relação com a falta de profissionais para as diversas ações e serviços a serem desenvolvidos nas unidades:

Desvio de função da enfermagem (G-9)  
 Rotatividade de enfermeiros (G-17)

A ausência da capacitação sobre temas da SSR foi mencionada por dez participantes. Dois deles especificaram a necessidade de promover capacitação sobre o atendimento à população LGBTQIA+ e com relação à inserção do DIU.

Falta capacitação e treinamentos sobre a temática (PNE-6) (PVOC-1) (PAG-1)  
 Falta de capacitação (G-4) (G-15) (G-16) (G-22) (PSB-1)  
 Capacitação profissional para atendimento à população LGBT (PSR-1)  
 Colocação do DIU na UBS após capacitação (PSR-3)

O espaço físico limitado ou improvisado para a realização das atividades educativas foi apontado por quatro profissionais, de diferentes unidades, como algo que comprometia sobremaneira a execução de tais ações no contexto da atenção à SSR:

Falta de local apropriado na unidade (G-7) (PSB-1) (PIG-2)  
 Espaço físico reduzido ou inadequado (PIG-2) (G-16)

#### 6.4.2 Dificuldades organizacionais e técnicas e suas implicações na prática profissional

Nesta categoria, foram elencados alguns aspectos descritos pelos participantes que traduzem limitações relacionadas à organização e planejamento da atenção à SSR, à referência e contrarreferência, à sobrecarga e alta demanda de trabalho e à inflexibilidade do horário de funcionamento das unidades.

A ausência de um fluxo de atendimento padronizado, de protocolos e normas específicas, bem como de melhorias relacionadas ao planejamento da atenção à SSR, dificultava a organização e divulgação das atividades, conforme observado nas falas dos profissionais:

Melhorar planejamento das ações (PSC-1) (G-10)  
 Grande acúmulo de atividades (G-13)  
 Falta de frequência das atividades (G-17)  
 Falta fluxograma definido/padronizado (PVOC-1) (G-9) (PRE-2)  
 Falta divulgação (G-5) (PSB-1) (G-18)

A ausência de apoio da Secretaria de Saúde, o horário de funcionamento da unidade, a prioridade do atendimento em grupo em detrimento do atendimento individual e dificuldades no acesso aos métodos contraceptivos cirúrgicos foram outras questões técnicas e burocráticas referidas como limitações adicionais na implantação das atividades de SSR:

Falta de apoio por parte da Secretaria de Saúde (G-15)  
 Inflexibilidade no horário de funcionamento da UBS para atender usuários que não podem vir pois trabalham (PPR-1)  
 Horário dificulta a participação de homens (PVI-2)  
 Não fazer atendimento individual, somente em grupo (PVI-3)  
 Demora e burocracia para esterilização ou método cirúrgico de anticoncepção (PFM-1)  
 Morosidade no que se refere a laqueadura e vasectomia para homens e mulheres que optam pelo método contraceptivo definitivo (PFM-2)

Para além das questões burocráticas, os participantes ressaltaram que a grande demanda assistencial, a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo dos profissionais também prejudicavam a oferta das atividades de SSR:

O número de demanda espontânea na UBS é muito grande, o que dificulta a realização de qualquer tipo de grupo educativo, pois a demanda consome todo tempo dos profissionais (PSC-1)  
 Excesso de atribuição (G-22)  
 Sobrecarga do profissional (PSJT-1) (PSJT-3) (G-11) (G-15)  
 Sobrecarga de consultas e atendimentos em função do número de equipe (PSJT-4)  
 Tenho que atender duas comunidades, dividindo os atendimentos em dois dias por semana para cada (PHU-1)  
 Grande demanda espontânea (PSJT-3)  
 Extensa área de abrangência da UBS (G-12)  
 Falta de tempo devido a outras funções (PHU-1) (G-8) (PSJT-2) (PNE-4)

Quatro gestores apontaram limitações em relação a referência e contrarreferência na atenção à SSR.

Falta de referência e contrarreferência organizada (G-9) (G-10) (G-11)  
 Referência para método cirúrgico e DIU são demoradas (PNE-5)  
 Ausência de fluxo de referência mais organizado (G-14)

As descrições dos participantes sugerem que todas essas dificuldades impactam de forma importante na sua prática profissional cotidiana e, conseqüentemente, podem ter reflexos negativos nos cuidados à população que busca pela atenção à SSR na APS do município.

### 6.4.3 Influências externas na adesão da população às ações de Saúde Sexual e Reprodutiva

Esta categoria apresenta algumas influências externas que comprometem a adesão da população às ações de SSR oferecidas na APS. O conhecimento de tais questões é importante para estimular o diálogo e participação da população nas ações oferecidas, no sentido de valorizar o papel da atenção primária no fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos.

Para além das dificuldades estruturais e organizacionais, observou-se que alguns comportamentos da população em relação às ações de SSR oferecidas nas Unidades são reconhecidos e identificados pelos profissionais como limitações no contexto da assistência à SSR.

A primeira questão pontuada pelos participantes faz menção ao desinteresse e dificuldades de adesão às ações de SSR por parte da população:

Baixa adesão dos usuários (G-17) (G-1) (G-8)  
 Baixa participação da população nas atividades (G-2)  
 Baixo interesse da população (G-1) (G-13) (PRE-1)  
 Não conseguimos adesão nos grupos de adolescente (PTX-1)  
 Não comparecimento dos usuários inscritos no caderno de agendamento de grupo educativo (G-6)  
 Falta muita adesão dos homens às atividades(PNE-3)  
 Não comparecimento da população, mesmo sendo realizada a divulgação (PVI-1)  
 Oferta sempre se tem, a todo momento, o que se tem pouco interesse dos usuários por este serviço (PIG-1)

Buscas por informações sobre a SSR estritamente na internet e/ou a preferência por procurar a atenção à SSR em outras unidades, ou seja, fora da área de abrangência na qual o usuário está cadastrado, bem como a não adesão ao uso do preservativo para prevenir as IST, também foram expostas pelos profissionais como questões limitadoras na atenção à SSR.

Busca pelos usuários de informações na internet, achando que não precisa das orientações/informações sobre saúde sexual e reprodutiva (PSC-2)  
 Busca do usuário a outro serviço, muitas vezes ele prefere buscar em serviço fora da área de sua moradia por conta do medo de se expor (G-11).  
 Baixa aceitação do uso de preservativo, mesmo sendo informado a importância do uso e estando o mesmo disponível na UBS (G-19)

Falta maior prevenção por parte dos usuários para prevenir as DST (G-6)

#### 6.4.4 Potencialidades administrativas e gerenciais para a implantação da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária

Esta última categoria emergiu com base na análise dos conteúdos das observações adicionais anotadas pelos profissionais no final do questionário. Tais observações foram voluntárias, ou seja, não decorreram de uma pergunta específica, algo que poderia ter sido feito e, portanto, que sugere uma limitação do estudo.

Assim, os conteúdos desta categoria foram provenientes de um reduzido número de unidades de registros quando comparado às categorias anteriores. Ainda assim, sua apresentação em uma categoria torna-se relevante e justificável, pois os espaços e proposições de melhorias, segundo as percepções e necessidades dos atores envolvidos diretamente na atenção, podem ser úteis e favorecer o processo de implantação adiante.

A categoria abrange conteúdos relacionados às ações administrativas e gerenciais, consideradas pelos profissionais como questões potencialmente estratégicas para a implantação da atenção à SSR no contexto da atenção primária. Destacam-se sugestões de melhorias em relação as normativas, fluxos assistenciais e comunicação com os usuários.

A capacitação dos profissionais de saúde na APS sobre SSR é concebida como uma das atividades necessárias para melhoria do atendimento à população que procura por tal assistência:

Seria importante trazer protocolos e orientações acerca da saúde sexual e reprodutiva para a prática da unidade (PJC-1)  
 Capacitar todos das equipes de Saúde da Família (PNE-5)  
 Melhor capacitação dos profissionais (PJE-1) (PIG-2) (G-20)  
 Treinamento da equipe é fundamental (G-14)  
 Uma capacitação dos profissionais sobre o tema seria bastante importante (G-2)

Os profissionais relataram considerar fundamentais ações administrativas, como a formulação, definição e pactuação de fluxograma da atenção à SSR com toda a rede



de atenção, além do estabelecimento de rotinas e de um calendário regular, do planejamento das ações e da participação de todos os profissionais da equipe nas atividades de SSR. Segundo eles, isso é imprescindível para otimizar o atendimento nas unidades pesquisadas:

- Organização de um fluxograma (G-20)
- Estabelecimento de fluxos bem definidos (G-24)
- Rotina de atividades que permitisse mais tempo dos profissionais para realizá-las (PJE-1)
- Melhorar planejamento das ações e a participação de todos profissionais (PSC-1)
- Envolvimento dos profissionais da equipe (G-2)
- Calendário oficial proposto pela Secretaria de Saúde (G-5)

Alguns participantes citaram ainda algumas iniciativas para aproximar e favorecer a adesão da população às ações de SSR. Apesar dos relatos sucintos e da não especificação das ideias, ações para maior divulgação das atividades e serviços ofertados, parceria com escolas e fomento aos interesses da população foram propostas.

- Fomentar o interesse da comunidade (PSC-2)
- Investir em estratégias de divulgação para propiciar mais participação (PSC-2)
- Inserir educação sexual e reprodutiva nas escolas locais (PNE-5)
- Parceria mais efetiva entre a escola e a unidade (G-5)

## **6.5 Influências do contexto técnico-organizacional da Estratégia de Saúde da Família sobre o grau de implantação da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva**

Para discutir as potenciais influências do contexto técnico-organizacional da ESF sobre o grau de implantação da atenção à SSR observado nesta pesquisa, foram analisados documentos da gestão de saúde municipal que versam sobre a atenção primária em Juiz de Fora como fonte de informação.

O dois principais documentos examinados foram o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e a Programação Anual de Saúde de 2018. Ambos são instrumentos norteadores do planejamento, programação e organização dos serviços de saúde ofertados à população para o próximo quadriênio, que seguem normatizações e necessidades apontadas pelos cidadãos, gestores, controle social e profissionais,

sempre buscando o aprimoramento da Política de Saúde do Município (JUIZ DE FORA, 2017b).

De forma complementar, foram analisados o documento do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS), que se constitui na principal diretriz para a estruturação da ESF de Juiz de Fora, e o Catálogo de Normas da Atenção Primária à Saúde, que representa o arcabouço das normas para a execução das políticas de saúde relacionadas à APS em Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 2016). Por último, foram consultados o relatório detalhado do quadrimestre da gestão municipal, apresentado à Casa Legislativa em 15 de março de 2018 (JUIZ DE FORA, 2017a), e o Plano Municipal de Saúde da Mulher (JUIZ DE FORA, 2020).

Esse conjunto de documentos mencionados nos parágrafos anteriores são de acesso público. Eles foram escolhidos pela pesquisadora considerando sua importância para a gestão no contexto da atenção primária do município, pois foram elaborados pela Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, com base em diagnósticos da rede assistencial da saúde realizados entre 2014 a 2017.

Esses diagnósticos sublinham algumas fragilidades do contexto do município e descrevem propostas de ações que contemplam desde aspectos relacionados à infraestrutura das unidades até a gestão do processo de trabalho, tendo como prioridade o fortalecimento da APS como ordenadora da rede de atenção à saúde municipal.

Dentre as fragilidades apresentadas nos documentos que possuem relação com a atenção primária, destacam-se: carência de médicos, associada à concepção ideológica da APS; infraestrutura inadequada de alguns serviços; modelo de atenção centrado na condição mórbida e nos eventos agudos; ausência de equipe multiprofissional; escassez e inadequação dos recursos (humanos, materiais, insumos e administrativos) para atender a livre demanda; agendas restritivas; limitações de consultas; relativa fragilização das relações de trabalho; precarização do trabalho em saúde mediante vínculos temporários; grande rotatividade de servidores; descontinuidade de ações de educação permanente; dificuldades de comunicação entre os diferentes setores da Secretaria de Saúde; necessidade de melhoria da divulgação externa dos serviços prestados pela Rede SUS; fragilidade gerencial das unidades e ausência de sistemas de informações clínicas potentes (JUIZ DE FORA, 2014; JUIZ DE FORA, 2017b).

Pressupostos teóricos no campo da avaliação afirmam que, “na introdução de uma intervenção, alguns fatores contextuais (por exemplo, características da organização) podem contribuir para aumentar os efeitos por ela produzidos (interação sinérgica) ou bloqueá-los (interação antagônica)” (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p.59). Mediante a compreensão da realidade empírica informada pelos documentos analisados, foi possível formular alguns pressupostos analíticos sobre as prováveis influências sinérgicas e antagônicas do contexto técnico-organizacional da ESF sobre o grau de implantação da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva.

As influências sinérgicas correspondem às características que são potencialmente favoráveis para a implementação da atenção à SSR, enquanto as influências antagônicas representam obstáculos ou elementos que podem bloqueá-la ou pelo menos lentificar sua implantação.

Cabe ressaltar que os estudos de implementação se propõem a investigar para além do formal e do normativo, considerando os processos decisórios e as percepções dos atores. Nesse sentido, tendo em vista a complexidade do processo de implantação das ações de saúde, a análise da realidade não possui um pressuposto “condenatório” mas sim uma perspectiva construtivista dos estudos de implementação de políticas públicas.

#### 6.5.1 Influências sinérgicas

Como ações que influenciam positivamente e são capazes de favorecer a implantação da atenção à SSR na atenção primária, destacam-se: a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária; a implantação da Saúde Sexual e Reprodutiva em todas as unidades de saúde como meta a ser alcançada; o fortalecimento da política de recursos humanos; a oferta da assistência farmacêutica; e a implantação do Plano Municipal de Políticas para Mulheres. Na sequência, cada um desses aspectos será descrito individualmente, de forma mais detalhada.

##### 6.5.1.1 A implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) constitui-se na principal diretriz para o fortalecimento e estruturação da ESF em Juiz de Fora, bem como para a sistematização dos fluxos, protocolos e processos de trabalho da APS à luz da gestão do cuidado. O intuito deste Plano é qualificar os profissionais de todas as Unidades do município no âmbito da rede de atenção à saúde, sendo descrito como uma alternativa da gestão para superar os diversos problemas vivenciados no cotidiano das UAPS do município (JUIZ DE FORA, 2014).

A implantação do PDAPS se iniciou em 2014 (JUIZ DE FORA, 2014). O avanço dessa implantação é uma das propostas da gestão de saúde municipal, cuja meta prevê a adequação do conteúdo e dos instrumentos de planejamento e gestão, segundo dispositivos legais e necessidades do município, além da melhoria da comunicação interna e externa na rede de saúde (JUIZ DE FORA, 2017a).

A gestão de saúde municipal reconhece a importância do Plano enquanto um instrumento estratégico de planejamento, mas aponta dificuldades de adesão a este instrumento por parte das unidades de saúde. Assim, para fortalecer sua ampliação, estão previstos a definição clara das metas e o monitoramento e avaliação de resultados dos programas, projetos e indicadores de saúde.

A organização da agenda e do processo de trabalho das Unidades é uma das propostas do PDAPS para melhoria do atendimento na Atenção Primária. Esta proposta contempla a organização do atendimento conforme os ciclos de vida (saúde da criança, do adolescente, da gestante, do adulto e do idoso) ou por patologias de maior relevância, considerando uma programação local da demanda espontânea – urgência, emergência e atenção programada (JUIZ DE FORA, 2014).

A organização do serviço é concebida como uma estratégia para fortalecer o vínculo do usuário com a equipe, bem como potencializar a longitudinalidade e a integralidade do cuidado em saúde neste nível de atenção. A proposta administrativa tem como parâmetro de equilíbrio para a agenda dos profissionais “50 a 60% do tempo deve ser dedicado à atenção programada e 40 a 50% ao atendimento da demanda espontânea, à educação permanente e às atividades administrativas”(JUIZ DE FORA, 2014, p. 102).

Na atenção à demanda espontânea, envolve a avaliação da situação/queixa, atendimento imediato ou agendamento de consultas, e encaminhamentos para outros níveis de atenção. O plano de organização recomenda que a Unidade realize os

primeiros cuidados em casos de urgência e, então, providencie a transferência para o ponto de atenção competente (JUIZ DE FORA, 2017a).

Já a atenção programada envolve as consultas previamente agendadas, cujo atendimento deve ser estruturado a partir das linhas-guias e operacionalizado por redes integradas de atenção. Integram os objetivos desta atenção programada a promoção da saúde em todos os ciclos de vida dos indivíduos/famílias desde o nascimento à velhice, a identificação precoce e controle de patologias, o cuidado resolutivo e integrado segundo os critérios de adscrição da clientela em relação à equipe de ESF (JUIZ DE FORA, 2017b).

Para organizar os atendimentos, a gestão municipal recomenda que cada Unidade elabore sua própria programação, com base no diagnóstico local e nos serviços oferecidos pela equipe de saúde. Esta programação tem o propósito de auxiliar as equipes na melhoria do atendimento prestado à população de um determinado território, focando no cuidado do usuário, da família e comunidade. Para isso, as normativas municipais reforçam a importância das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e resolução de problemas de saúde identificados em determinado território.

O Plano Diretor orienta que o acolhimento deve ser o eixo norteador de todos os atendimentos na atenção primária e uma responsabilidade de toda equipe. Para isso, a gestão informa a necessidade de mudança da cultura organizacional, quebra das barreiras ao acesso, agilização do atendimento e responsabilização da população adscrita às UAPS.

Para instrumentalizar os profissionais sobre atividades e fluxos de atendimento e reorganização dos processos de trabalho nas unidades, a proposta inclui avançar na utilização das tecnologias da gestão da clínica — as linhas-guias, os protocolos clínicos, o prontuário da família e o sistema de informação gerencial. Para a efetivação da mudança da prática assistencial, a gestão reconhece a necessidade do “comprometimento da equipe de saúde, o planejamento integrado das ações e o compartilhamento com a comunidade local, através dos Conselhos Locais de Saúde” (JUIZ DE FORA, 2014, p. 112).

Observou-se que as demandas em relação à organização do processo de trabalho na APS relatadas pelos gestores e profissionais que participaram da pesquisa dialogam com as ações propostas pelo Plano Diretor da Atenção Primária. A ausência de fluxos e protocolos padronizados para atendimento à SSR em toda a rede de atenção, a falta de rotinas bem estabelecidas e de ações programadas, foram algumas das questões

suscitadas pelos participantes como limitantes da implementação da atenção à SSR na atenção primária.

A implantação do Plano Diretor encontrava-se em andamento no momento da realização da pesquisa; nesse sentido, espera-se que as propostas relacionadas à utilização de protocolos, à pactuação do sistema de referência e contrarreferência, à capacitação dos profissionais que atuam na APS e à organização do atendimento contemplem as ações de SSR. Conforme identificado nesta pesquisa, tais aspectos exercem impacto direto na implantação desta atenção.

#### 6.5.1.2 A implementação da atenção à SSR como uma meta a ser alcançada

A garantia da implementação de 100% da Política de Direitos Sexuais Reprodutivos é uma das metas quadrienais da programação anual de saúde do município de Juiz de Fora (2018). As propostas incluem a formulação de protocolos e fluxos que permitam uma padronização das rotinas nas realizações de grupos educativos, a oferta de métodos contraceptivos e realização de cirurgias de esterilização pelos diversos prestadores municipais, além da ampliação das ações de promoção à saúde. Para a consecução desses objetivos, a gestão prevê a elaboração de um cronograma de palestras, ações sociais nas escolas municipais e formação de grupos de Direitos Sexuais e Reprodutivos com usuários ou não do serviço. Uma das metas é reduzir de 13,5% para 11,5% a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos. Para isso, além da ampliação da oferta das atividades, a gestão municipal recomenda a realização da busca ativa às mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos, a fim de estimular que participem das ações educativas de saúde sexual e reprodutiva (JUIZ DE FORA, 2018a).

A descentralização da Triagem Neonatal para a atenção primária e a promoção do atendimento das demandas em pré-natal para adolescentes e vítimas de violência sexual também fazem parte das ações a serem instituídas nas Unidades. Além destas, destacam-se iniciativas para reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano, captar precocemente gestantes para o pré-natal, realizar o número mínimo de consultas de pré-natal preconizadas pelo MS, aumentar o quantitativo de

usuários testados para HIV e promover campanhas anuais de testagem em HIV/Aids nas Unidades (JUIZ DE FORA, 2018a).

Diversas outras medidas integram o conjunto de ações previstas de serem implementadas no município. São elas: definição de ações a serem implementadas para a saúde do homem, integradas à Rede de Atenção à Saúde da Mulher; treinamento de equipes do Departamento de Saúde da Mulher e das Unidades de Saúde; revisão de Planos nacionais e estaduais de Políticas para as Mulheres; elaboração do Plano Municipal de Políticas para as Mulheres; implantação do serviço de notificação de violência doméstica sexual e outras violências em unidades de Urgência e Emergência; e pactuação de um cronograma de capacitação dos profissionais para a notificação da violência doméstica e/ou sexual (JUIZ DE FORA, 2018a). A esse respeito, vale lembrar que a capacitação na temática da violência doméstica e sexual foi uma demanda dos profissionais que atuam em 12 UAPS, os quais relataram dúvidas e necessidade de maior conhecimento sobre o tema para a sua atuação.

Desde 2017, a implementação da Rede Cegonha no município encontra-se em andamento, sendo uma das prioridades da saúde municipal. Até então, eram realizadas ações pertinentes ao escopo do programa por três instituições prestadoras de serviço contratualizadas com a rede SUS. A implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é outra prioridade citada no documento; contudo, as ações para tal não estão especificadas (JUIZ DE FORA, 2017b).

Algumas ações que fazem parte da atenção à SSR também são oferecidas no Departamento de Saúde da Mulher, para atender as demandas das mulheres que residem fora da área de abrangência das Unidades. Neste serviço, são oferecidos palestras, métodos contraceptivos, atendimento multidisciplinar para homens e mulheres que optaram pela vasectomia, laqueadura ou inserção do DIU para mulheres que optaram por este método mediante a participação em grupos de direitos sexuais e reprodutivos (JUIZ DE FORA, 2018a).

A meta descrita no plano de saúde municipal inclui a realização de treinamentos para os profissionais de saúde no atendimento à mulher e identificação do quantitativo de profissionais necessários para atender a demanda de Saúde da Mulher de acordo com a sua implantação como uma Rede Prioritária (JUIZ DE FORA, 2018a).

Diante do exposto nos parágrafos acima, fica clara a estreita relação entre diversas ações e propostas da gestão com várias fragilidades na estrutura e no processo da implantação da atenção à SSR identificadas nesta pesquisa. Os profissionais

participantes referiram a falta e a irregularidade no abastecimento de insumos e medicamentos (sobretudo, contraceptivos), dificuldades de acesso dos usuários a métodos cirúrgicos, indisponibilidade de teste rápido para detecção de HIV/Aids e sífilis e de materiais para realizar o exame de Papanicolau, além de escassez de profissionais e sobrecarga de trabalho e de funções e alta rotatividade de profissionais nas UAPS. Destaca-se que todos os quais podem ser minorados se as propostas e metas forem efetivamente alcançadas.

Chama atenção, contudo, que os documentos pouco informam ou versam especificamente sobre as ações de SSR na atenção primária; em contrapartida, ênfase é dada às ações de SSR no Departamento de Saúde da Mulher.

A intensificação das ações de promoção da SSR foi pontuada como uma recomendação da gestão municipal para o fortalecimento da implementação dos direitos sexuais e reprodutivos. Por outro lado, observou-se que nenhuma unidade de saúde participante obteve pontuação superior a 80% na implantação das ações de promoção da SSR, sendo que mais da metade delas foi classificada com grau de implantação parcial. Atrelado a essa realidade, os profissionais demandam mais apoio da Secretaria de Saúde e urgente capacitação para atuação nas ações de SSR, conforme relatos descritos nas categorias.

Desse modo, diante da análise dos documentos e dos resultados apresentados nesta pesquisa, observou-se que muitas propostas apresentadas nos documentos possuem previsão de implantação ou estão em andamento. Vale ressaltar que, para além da instituição de normas e elaboração de propostas, o sucesso da implantação da atenção à SSR depende diretamente do suporte municipal concedido aos profissionais que atuam na APS, uma vez que são os protagonistas nesse processo de implantação.

#### 6.5.1.3 Fortalecimento da política de recursos humanos

As metas relacionadas ao fortalecimento da política de recursos humanos no contexto da atenção primária indicam a necessidade de aumento da cobertura populacional atendida pelas equipes de APS e aumento de 103 para 127 no número de equipes, bem como adesão das unidades tradicionais às equipes de ESF (JUIZ DE FORA, 2017b)



Tanto a baixa cobertura populacional da APS quanto o insuficiente número de equipes são fragilidades que impactam na organização do serviço e na assistência aos cidadãos de Juiz de Fora. Desse modo, a gestão municipal apresenta iniciativas para reverter tal situação: a contratação de profissionais para composição da ESF e admissão de assistente social e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para todas as unidades. De forma complementar, sugere a necessidade da capacitação das equipes e da educação permanente dos gestores, com o objetivo de melhorar o desempenho nos processos de trabalho da saúde (JUIZ DE FORA, 2018a; 2017b).

A regulamentação e implantação do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria é considerada uma das ações necessárias, cuja atuação está prevista tanto nas áreas assistenciais quanto administrativas. Caberão a este Núcleo a decisão sobre os temas prioritários elencados pela gestão e controle social a serem considerados para capacitação dos profissionais e a definição de cronogramas anuais de treinamentos e capacitações segundo adequação das agendas dos profissionais (JUIZ DE FORA, 2018a; 2017b).

Do ponto de vista institucional, o aumento da população atendida pela atenção primária e a capacitação dos profissionais para atuar na atenção à SSR podem ser estratégias fortalecedoras da implementação desta atenção na APS. Na perspectiva dos profissionais, existe uma grande demanda de capacitação sobre temas da SSR e queixas relacionadas à sobrecarga de trabalho e à falta de profissionais. Adicionalmente, os relatos informam uma ausência de atividades de educação permanente sobre SSR, o que reforça a necessidade do fortalecimento da política de recursos humanos na APS do município.

#### 6.5.1.4 Assistência farmacêutica na Atenção Primária

As questões relacionadas à aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos têm sido objeto de discussão e busca de melhorias por parte da gestão municipal. O planejamento municipal inclui a alocação de farmacêuticos nas Unidades do município, para auxiliarem a assistência farmacêutica na dispensação de medicamentos (JUIZ DE FORA, 2017b).

A proposta é promover e qualificar os serviços de assistência farmacêutica e de insumos na rede SUS do município, ampliar em 20% o abastecimento de medicamentos da assistência farmacêutica, revisar dados de gestão de estoque, elaborar Termos de Referência de medicamentos padronizados, manter registros de preços atualizados e promover compra para abastecimento contínuo e eficaz (JUIZ DE FORA, 2018a;2017b).

Todos esses aspectos são muito relevantes dado que, nesta pesquisa, os profissionais das 24 UAPS relataram a indisponibilidade de algum tipo de contraceptivo ao longo de 2019, sinalizando que o abastecimento contínuo de métodos contraceptivos é um desafio no contexto municipal. Além disso, apenas 50% das unidades utilizavam instrumentos de controle da dispensação dos métodos contraceptivos e referiram irregularidade na distribuição dos anticoncepcionais e ausência de organização entre o planejamento, abastecimento e a distribuição dos métodos contraceptivos como algumas das dificuldades frequentes na rotina dos profissionais.

Assim, destaca-se que a assistência farmacêutica na organização, planejamento e dispensação dos métodos contraceptivos aos usuários da APS na atenção à SSR pode ser um apoio adicional para a promoção da saúde e do acolhimento àqueles que possuem a atenção primária como referência para aquisição dos contraceptivos.

#### 6.5.1.5 Implantação do Plano Municipal de Políticas para Mulheres

O Decreto Municipal nº 14.260, de 30 de dezembro de 2020, aprovou o Plano Municipal de Políticas para as Mulheres, a ser instituído no período de 2021 a 2024. Suas deliberações versam sobre a implementação de políticas públicas, anseios e necessidades coletivas das mulheres residentes em Juiz de Fora.

O referido Plano Municipal está estruturado em torno de cinco eixos temáticos de fundamental relevância para as mulheres em Juiz de Fora, a saber: (1) Enfrentamento das várias formas de violência doméstica e social; (2) Incentivo à autonomia econômica da mulher; (3) Promoção da saúde da mulher; (4) Educação não sexista; e, (5) Inserção da mulher nos espaços de poder.

Dentre os nove capítulos, o de número três versa sobre a saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. O mesmo apresenta, como objetivos específicos:

[...] assegurar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de forma livre, individual e responsável; garantir a continuidade na aquisição, distribuição e oferta dos métodos contraceptivos e o atendimento saúde das mulheres em espaço físico próprio e com horário estendido; e intensificar as ações de caráter educativo como forma de contribuir para a autonomia na tomada de decisão em relação à saúde sexual e reprodutiva (JUIZ DE FORA, 2020, p. 7).

Diante de tais objetivos, as propostas de ações incluem a capacitação e qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde para o atendimento humanizado às mulheres do campo e da cidade e das mulheres com deficiência; implementação de sistemas eficientes de gestão que viabilizem a marcação de consultas e realização de exames; oferta de atendimentos no Centro de Referência em Saúde da Mulher; oferta de atendimentos à saúde mental das mulheres, considerando a perspectiva de gênero; atendimento estendido e progressivo da ESF, no intuito de facilitar o acesso das mulheres aos serviços de saúde após o horário comercial; e promoção de ações em bairros sem cobertura pelo programa de Saúde da Família (JUIZ DE FORA, 2020).

Entre outras ações propostas, que são transversais à temática da saúde sexual e reprodutiva, destacam-se: atendimento às mulheres que têm seus direitos humanos e sexuais violados, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo e sobre sua sexualidade; capacitação e conscientização de gestores públicos para a superação de todas as formas de discriminação e preconceito na implantação das políticas públicas; promoção de ações de prevenção, especialmente em relação às DST e HIV/Aids; e assistência integral à saúde das meninas, adolescentes e jovens (JUIZ DE FORA, 2020).

Adicionalmente, o Plano descreve a implementação de ações com o objetivo de esclarecer a população sobre exploração sexual e tráfico de mulheres, desconstruir estereótipos, combater a lesbofobia, o racismo e a violência contra mulheres (JUIZ DE FORA, 2020).

Considerando os resultados apresentados nesta pesquisa, infere-se que, para a concretização das ações propostas no Plano, que envolvem a assistência integral à saúde e o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na APS, serão necessários esforços da gestão, dos profissionais e das usuárias para melhoria da estrutura das Unidades. Na prática, tais esforços poderão contribuir para a garantia do

acesso aos métodos contraceptivos de barreira e cirúrgicos, organização dos fluxos de atendimento, flexibilização nos horários de atendimento, oferta de ações educativas individuais e coletivas que contemplem temáticas transversais da SSR (sexualidade, gênero, violência e outras) e melhoria da adesão da população às atividades de SSR.

### 6.5.2 Influências antagônicas

As lacunas na rede de atenção à saúde, precariedade da estrutura física das Unidades de Saúde e desafios para a organização do atendimento na atenção primária são algumas das características técnicas e organizacionais da APS que podem inviabilizar ou dificultar a implantação da atenção à SSR.

#### 6.5.2.1 Lacunas na rede de atenção à saúde

A rede de serviços de atenção básica em Juiz de Fora está constituída por 63 unidades, distribuídas nas sete regiões administrativas e em 12 regiões sanitárias. Neste cenário, o diagnóstico municipal apontou ausência de utilização das linhas-guias de cuidado e da sistematização da gestão do cuidado no processo de trabalho, o que fragiliza ou inviabiliza o manejo adequado das condições crônicas e, conseqüentemente, prejudica o desenvolvimento das outras atividades assistenciais e educacionais (JUIZ DE FORA, 2014).

Outra constatação refere-se a não utilização dos *guidelines* em seu processo de trabalho. Isso revela a ausência do planejamento/programação local como instrumento de gestão de cuidado junto à população adscrita às unidades, privilegiando as demandas espontâneas (JUIZ DE FORA, 2014).

A atuação isolada e com fluxos próprios não padronizados na atenção secundária é outra fragilidade na organização da rede de atenção, uma vez que, para a organização do acesso aos serviços, a Secretaria de Saúde reconhece a “necessidade de protocolização, ordenando a demanda advinda das Unidades e os retornos às especialidades” (JUIZ DE FORA, 2017b, p. 28).

Além da organização da gestão do cuidado, outras ações podem ser pactuadas na esfera municipal que impactam na rede de atenção. São elas: melhorias no acesso aos resultados dos exames, descentralizando os laudos para 100% das Unidades; pactuação, entre os prestadores de serviços e a Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde (SSAPS), de uma forma de envio dos laudos às Unidades e fluxo de envio e registros de recebimento e entrega aos usuários; e adequação da infraestrutura das unidades de saúde (JUIZ DE FORA, 2017b).

Diante da complexidade da rede de atenção, o diagnóstico presente no documento do Plano Diretor indica a necessidade de

[...] desenvolvimento de habilidades, capacidades e competências gerenciais, técnicas e de relacionamento, exigindo ampla mobilização dos profissionais de saúde, dos gestores e da sociedade civil para viabilizar o acesso, com equidade e solidariedade, através do Acolhimento dos cidadãos (JUIZ DE FORA, 2014, p.109).

Nesse sentido, as lacunas na rede de atenção mencionadas nos documentos são questões que influenciam diretamente na referência e contrarreferência da atenção à SSR. Destaca-se que tais lacunas também foram apontadas pelos participantes deste estudo como uma das limitações à implantação desta assistência na atenção primária.

#### 6.5.2.2 Desafios para a organização do atendimento na atenção primária

A implantação da Estratégia de Saúde da Família no município iniciou-se em 1995, enquanto uma estratégia de transformação do modelo assistencial, com proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência. Entretanto, o diagnóstico municipal cita que o modelo da atenção à saúde praticado pelas unidades de atenção primária em Juiz de Fora continua “agudocêntrico” (JUIZ DE FORA, 2014, p. 47). Tal constatação se deve a existência majoritária de atendimento à demanda espontânea, com baixas coberturas das ações programáticas (agenda programada), sugerindo um modelo de “pronto-atendimento”, centrado na doença e no modelo médico centrado, favorecendo a cultura da “fila” (JUIZ DE FORA, 2014).

A prevalência da alta demanda espontânea nas agendas das unidades, associada à insuficiência do acesso à demanda programada, e o desequilíbrio da continuidade do cuidado nas ações assistenciais reduzem o comprometimento com a resolubilidade das necessidades de saúde da população (JUIZ DE FORA, 2017b).

No documento do Plano Municipal de Saúde (2018-2021), a gestão considera que a produção das equipes em atividade na APS está abaixo do seu potencial e que existe desequilíbrio na integralidade do cuidado, o que reforça os desafios na organização do atendimento da atenção primária. Para modificar essa situação, a proposta municipal inclui firmar parcerias com instituições de ensino; elaborar cronograma de capacitações; capacitar servidores para a escuta qualificada, com o propósito de potencializar ações de acolhimento nas unidades; auxiliar na implantação do fluxo de acolhimento da demanda espontânea; elaborar uma Agenda Programada, que deve ser divulgada na recepção das UAPS; e aumentar a produção de consultas das ESF e do quantitativo de visitas domiciliares pelos ACS (JUIZ DE FORA, 2014; 2017b; 2018a).

#### 6.5.2.3 Precariedade da estrutura física das Unidades de Saúde

A precariedade da infraestrutura física de algumas unidades é outro problema mencionado nos documentos municipais (JUIZ DE FORA, 2014; 2017b; 2018a), sendo sua (re)estruturação pontuada como uma meta do quadriênio de 2018-2021. Para tanto, estão previstas a construção de seis unidades (Jóquei Clube I, Nova Benfica, Manoel Honório, Jardim da Lua, Linhares II e São Benedito)<sup>37</sup> e a adequação de infraestrutura física, segundo as normas da vigilância sanitária, de nove unidades (tais unidades não são mencionadas nos documentos). Quanto à qualidade da estrutura, 26 (42%) unidades foram classificadas com estrutura ruim, 21 (34%) com boa e 15 (24%) com razoável (JUIZ DE FORA, 2017b). Contudo, o alcance de tal meta depende diretamente de convênios com o Estado e a União, bem como da captação de recursos para tal.

---

<sup>37</sup> Até o momento de análise dos dados desta pesquisa ( março 2021), a reforma das UAPS mencionadas ainda não havia sido realizada.

Dificuldades em relação à falta de espaço físico foi pontuada pelos profissionais em oito UAPS como um fator que limita a oferta das atividades educativas de promoção da SSR.

## 7 DISCUSSÃO

A premissa da não implantação da atenção à SSR na ESF foi utilizada pela pesquisadora como uma hipótese inicial desta pesquisa, realizada no contexto da cidade de Juiz de Fora. Os resultados da avaliação realizada em 24 unidades confirmam essa hipótese, mostrando que 70,8% das unidades possuem esta atenção parcialmente implantada e 29,2% foram classificadas com o grau de implantação incipiente. Destaca-se que nenhuma UBS obteve pontuação compatível com implantação avançada.

Essa situação de implantação deficitária da atenção à SSR no contexto da APS ecoa o resultado de outras pesquisas (NAGAHAMA, 2009; NASSER, et al.2017), reiterando que a total implantação dessa atenção ainda é um desafio em muitos contextos no Brasil (NAGAHAMA, 2009; NASSER, et al., 2017; FERRAZ; NEMES, 2009; PAIVA; CAETANO, 2020). Tais pesquisas avaliativas identificaram que esta realidade se deve a vários fatores, dentre eles o não reconhecimento da SSR como objeto de trabalho, a baixa priorização das atividades preventivas, necessidade de capacitação profissional, quantidade insuficiente de profissionais, falta de estrutura física e de insumos, bem como de instrumentos e saberes necessários para ofertar atenção integral.

Para além de tais constatações, também identificadas nos outros estados, os achados desta tese sinalizaram possíveis impactos da estrutura e do processo da atenção primária no grau de implantação tanto das ações de promoção à SSR como da assistência clínica. Ou seja, a complexidade da implantação da atenção à SSR perpassa por questões não apenas de estrutura física, mas também relacionadas à estrutura organizacional e ao processo de trabalho. Observou-se também como o desequilíbrio em ambas as dimensões pode limitar a implantação, dependendo diretamente das ações dos envolvidos nesta atenção (profissionais, gestores locais e do nível central e população).

Cinco unidades foram classificadas como implantação incipiente: Barreira do Triunfo, Jardim da Lua, Santa Cruz, Vila Esperança e Alto Grajaú, todas localizadas em regiões carentes do município, o que sugere lacunas na oferta da promoção da SSR em localidades que possuem vulnerabilidade social, econômica e de saúde. Relatório sobre



a pobreza menstrual<sup>38</sup> no Brasil, divulgado pela Unicef (2021), confirmou que a desigualdade social, econômica e carências de estrutura digna de moradia, higiene e saneamento (questões que sabidamente fazem parte de muitos lares na realidade nacional) violam e comprometem o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Apesar de três unidades (Granjas Bethania, Santa Cecília e Santa Efigênia) terem sido classificadas com a estrutura implantada de forma adequada, aspecto potencialmente favorável à implantação da assistência, o processo da promoção da SSR nas mesmas foi considerado implantado parcialmente. Situação semelhante foi identificada em outra pesquisa, na qual “95,6% das unidades básicas de saúde foram classificadas como “avançadas” no grau de implantação da dimensão estrutural e nenhuma delas alcançou este escore na avaliação da dimensão assistencial” (NAGAHAMA, 2009, p. 287).

Esses resultados desiguais em termos de implantação da estrutura e processo podem indicar que, apesar das duas dimensões possuírem relação de dependência, na prática existe uma multiplicidade de fatores ligados a recursos humanos, relações interpessoais, capacitação profissional, aspectos organizacionais, entre outros, que interfere em ambas de forma diferente (NAGAHAMA, 2009). A existência de elementos ligados à estrutura favoráveis pode contribuir para a concretização de um bom processo. Contudo, conforme observado nesta avaliação, cada dimensão (estrutura, processo) possui valor diferente, ou seja, o processo pode acontecer em situação de precariedade estrutural, assim como o contrário também é possível, a estrutura pode estar implementada, contudo, o processo pode ser inadequado ou incipiente.

Fragilidades relacionadas à ausência de estrutura física adequada, observadas em algumas unidades participantes, foram consideradas pelos profissionais atuantes na atenção à SSR como um fator que limita e inviabiliza a realização das atividades de promoção da SSR, bem como das atividades assistenciais. Essas dificuldades também estão descritas nos documentos municipais analisados, com o diagnóstico da Prefeitura apontando que 42% das UAPS foram classificadas com estrutura ruim (JUIZ DE FORA, 2017b). As melhorias estruturais propostas pela gestão municipal são dependentes e estão aguardando repasses governamentais. Em uma situação de subfinanciamento

---

<sup>38</sup> Pobreza menstrual é um conceito complexo, transdisciplinar e multidimensional, que traduz a falta de acesso a recursos financeiros, condições de higiene precária, deficiência de infraestrutura e ausência de conhecimento para que mulheres e meninas tenham plena capacidade de cuidar da sua menstruação (UNICEF, p.5,2021).

crônico do SUS e escassez permanente e crescente de recursos, este cenário está longe de ser rapidamente revertido. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de reforçar a luta por um melhor financiamento da saúde pública em todos os níveis.

Em relação aos recursos humanos, os resultados mostraram baixa porcentagem de profissionais atuantes na APS capacitados em SSR e pouca atuação da equipe multiprofissional nas atividades educativas de SSR. Além disso, evidenciaram indisponibilidade de materiais educativos tanto para os profissionais quanto para a população e ausência de protocolos direcionados às práticas educativas de SSR como alguns dos aspectos que têm prejudicado a implantação da estrutura do componente promoção da SSR.

Especificamente, a ausência de capacitação foi descrita pelos participantes como uma possível justificativa para o resultado negativo da implantação da atenção à SSR. Pesquisas que analisaram e/ou avaliaram ações vinculadas à SSR, realizadas tanto em Juiz de Fora (SOUZA, 2011; RODRIGUES, 2018; OLIVEIRA, 2018; TRIGUEIRO et al., 2018) como em outras regiões do Brasil (BONAN et al., 2011; MONTALVÃO, 2017; NASSER et al., 2017), reforçam essa necessidade recorrentemente, defendendo que a capacitação precisa ser objeto de iniciativas municipais e governamentais para reverter esse quadro preocupante, justamente neste *locus* prioritário da atenção à SSR (BRASIL, 2013).

A importância do investimento na capacitação de profissionais da APS sobre SSR é uma constante nos estudos que dialogam sobre temáticas complexas e/ou pouco discutidas nesta atenção (NASSER et al., 2017; PINHO; CABRAL; BARBOSA, 2017; ALBUQUERQUE et al., 2018; ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020; LANGENDORF; PADOIN; SUZA, 2020; CHAVES; SOUSA, 2021; CARVALHO; MONTEIRO, 2021). Assim, a atuação em outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva também necessita de conhecimentos específicos.

No contexto de Juiz de Fora, já existe, pelo menos na teoria, proposta municipal de fortalecimento de recursos humanos através da instituição do Núcleo de Educação Permanente (JUIZ DE FORA, 2018a). Espera-se, em um futuro próximo e a partir da instituição e consolidação desse Núcleo, que ações de capacitação e atualização dos profissionais da ESF sobre SSR se tornem mais constantes. A implantação do Plano Municipal para Mulheres no cenário desta pesquisa, entre 2021 a 2024, pode também se tornar um reforço na promoção da capacitação dos profissionais para atuação nas demandas relacionadas à atenção à mulher portadora de deficiência, ao acolhimento em

situações de violência doméstica e sexual e ao fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva da igualdade de gênero, dentre outros temas importantes na atenção à SSR (JUIZ DE FORA, 2020).

Além de ter sido pontuado como uma necessidade, o investimento em capacitação e treinamentos sobre a atenção à SSR foi considerado pelos profissionais como fundamental para auxiliar e melhorar a implantação desta assistência na APS. Nesse sentido, verificar que projetos de capacitação, atualização e treinamento de todos os profissionais de saúde nas temáticas do planejamento reprodutivo, direitos reprodutivos e doenças sexualmente transmissíveis têm sido considerados estratégicos pela prefeitura de Juiz de Fora para reduzir o número de gravidez não planejada, gravidez de risco e morbimortalidade materno-infantil (JUIZ DE FORA, 2017b) demonstra que pelo menos uma das limitações aqui sublinhadas já tem alguma proposta de resolução em encaminhamento. Isso é muito importante, em que pesem as dificuldades para implementar efetivamente esses projetos, tendo em vista os demais problemas relativos aos recursos humanos sinalizados, tanto pelos participantes como nos documentos da gestão municipal (escassez de pessoal, rotatividade e sobrecarga de trabalho).

Segundo as normativas governamentais, cabe à APS garantir ações de orientação, educação e informação sobre saúde sexual e reprodutiva para pessoas com deficiência nas unidades de saúde (BRASIL, 2009d). Nesse sentido, a promoção da SSR das pessoas com deficiência visual exige o acesso à informação e materiais educativos sobre SSR adaptados no sistema Braille (BRASIL, 2010).

Além da capacitação, a formulação de protocolos e fluxos que permitam uma padronização das rotinas nas realizações de grupos educativos é uma ação igualmente necessária para a implantação da atenção à saúde sexual e reprodutiva em Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 2014). As iniciativas descritas nos documentos municipais apontam para propostas referentes à implantação das linhas de cuidado tanto para organizar o processo de trabalho como para melhorar a qualidade do atendimento. Segundo Louvison (2017, p. 126), “a construção das linhas de cuidado é de extrema importância para o desenho das redes e permitem a organização dos processos reguladores”, algo que para a autora pressupõe a produção de integralidade da atenção.

A apreensão ampliada do conceito de integralidade sugere que as práticas de promoção da educação em saúde também formam a prática da integralidade no contexto da atenção à saúde (MATTOS, 2004). Especificamente no componente Promoção da

SSR, contraditoriamente ao esperado para o contexto da APS, a atividade educativa foi a subdimensão deste componente que obteve a menor pontuação. Tal fato certamente dialoga com a afirmação de Chaves e Sousa, (2021, p. 22), para os quais a “educação em saúde e o trabalho em saúde ainda são colocadas em posições distintas no processo de fomento ao desenvolvimento de estratégias adequadas de Planejamento Reprodutivo em Atenção Primária em Saúde”.

Observou-se que, em alguns contextos, o reflexo positivo das condições estruturais de algumas unidades não foi suficiente para o desenvolvimento das ações direcionadas ao componente Promoção da SSR, pois 79% delas foram classificadas com o grau de implantação parcial. A existência de espaço físico, de profissionais com algum conhecimento sobre SSR ou, ainda, a disponibilidade de materiais educativos, apesar de essenciais, não superam as limitações relacionadas à organização do processo de trabalho na APS, traduzidas na oferta reduzida das atividades educativas para promoção da SSR e, conseqüentemente, na pouca adesão da população.

Segundo Jesus e colaboradores (2008), a atividade educativa é considerada um eixo norteador da ESF. Assim, a educação em saúde precisa ser o principal instrumento de intervenção neste cenário, para fazer com que as informações sobre serviços, direitos e relacionadas à SSR alcancem os usuários (CHAVES; SOUSA, 2021).

Nesse sentido, ainda que no discurso e na teoria a atividade educativa tenha sua relevância reconhecida pelos profissionais da APS, a sua prática ainda enfrenta desafios operacionais e estruturais, conforme identificados anteriormente. O Plano Municipal de Saúde menciona o número de ações de promoção à saúde referentes à saúde sexual e reprodutiva e ao HIV/Aids realizadas pelas unidades de atenção primária como um indicador que corresponde à meta municipal de intensificar essas ações de promoção à saúde (JUIZ DE FORA, 2017b). Contudo, a pesquisa observou que, além da ausência de regularidade na oferta da promoção da SSR, o deficit de profissionais capacitados pode sugerir sua baixa priorização, tanto por parte dos profissionais quanto por parte da gestão.

As atividades de promoção da SSR em escolas e para gestantes também são práticas ainda pouco frequentes nas unidades participantes desta pesquisa. Em contrapartida, os documentos governamentais sobre a atenção à SSR na APS e as normas municipais enfatizam a importância da interlocução entre a unidade de saúde e a escola (BRASIL, 2013a; JUIZ DE FORA, 2017b). Ressalta-se que a educação em

saúde sexual e reprodutiva para gestantes faz parte ainda das ações recomendadas no escopo da Rede Cegonha (BRASIL, 2011b).

Algumas das UAPS participantes da pesquisa estão localizadas ao lado de escolas municipais e estaduais, como é o caso das UAPS de Furtado de Menezes, Nova Era e Teixeiras. Apesar dessa proximidade, verificou-se que ainda são escassas as ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva para os adolescentes, ainda que as temáticas DST, aconselhamento contraceptivo, orientação para prevenção de violências física, sexual e *bullying* ou assédio moral) sejam recomendadas no Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2009e).

A ausência de atividades educativas direcionadas a indivíduos com deficiência, população LGBTQIA+, pessoas em situação de prisão e profissionais do sexo apontada nesta pesquisa foi reiterada em outros estudos realizados em Juiz de Fora (PAIVA et al., 2016; TRIGUEIRO et al., 2018; PAIVA et al., 2019). Esse fato reforça a responsabilidade dos atores envolvidos no planejamento, implementação e atividades da SSR no contexto municipal em prol de melhorias a populações em situação de vulnerabilidade, conforme recomendações das normas governamentais (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2018a).

Tais lacunas, somadas à baixa adesão e à falta de interesse por parte dos usuários, foram pontuadas pelos profissionais como limitação na implantação da SSR no nível local. Contudo, cabe pressupor que a baixa adesão e a demanda da população podem estar relacionadas à ausência de oferta ou, ainda, que as temáticas oferecidas não condizem com os interesses e necessidades dos usuários. Segundo resultados de estudo prévio realizado com usuários da APS de Juiz de Fora em 2014, apesar destes informarem interesse nas ações de SSR promovidas na ESF, a inflexibilidade, burocracia atrelada à ausência de recursos visuais e a não continuidade de atividades desenvolvidas são fatores que dificultam sua participação (PAIVA et al., 2019).

Conforme observado em outras pesquisas (MARQUES; PEREIRA, 2011; SOUZA, 2011; PAIVA et al., 2019), a abordagem prescritiva, genérica e não dialógica dos assuntos que envolvem a SSR destoa das recomendações descritas nas teorias que versam sobre a temática (BRASIL, 2013a). A ausência de escuta, acolhimento e apreensão das necessidades dos usuários podem originar cuidados e recomendações distantes das necessidades singulares do indivíduo (FERRAZ; NEMES, 2009). Assim, embora a Política Nacional de planejamento Reprodutivo tenha sido instituída no cenário nacional há 25 anos, sua evolução em termos de comunicação parece não acompanhar

o avanço das tecnologias, o que poderia facilitar as atividades educativas (CHAVES; SOUSA,2021).

A abordagem restrita das temáticas que envolvem a atenção e promoção da SSR, também impactou negativamente no resultado da avaliação de processo desta atenção. Observou-se destaque na tríade planejamento reprodutivo, IST e métodos contraceptivos, em detrimento de outros temas igualmente relevantes. Ademais, sexualidade, gênero, saúde sexual, pré-natal, climatério, saúde sexual e reprodutiva de homens, da população LGBTQIA+ e das pessoas com deficiência, violência doméstica e sexual não são alvo das ações educativas.

A literatura mostra que a percepção do corpo e das funções reprodutivas prevalece sobre os temas direitos e sexualidade nas abordagens de SSR na APS (NASSER et al., 2017; PAIVA et al., 2016). Segundo Chaves e Sousa (2021), a construção familiar binomial e heteronormativa e a sociedade imersa na cultura do patriarcalismo, machismo e misoginia são alguns dos reflexos sociais que, mesmo de forma inconsciente, tornam-se um entrave na evolução das práticas de planejamento reprodutivo. Ainda que tenham pouca visibilidade, estudos denotam avanços teóricos sobre práticas de promoção da SSR direcionadas a populações vulneráveis e às pessoas portadoras de deficiência, cujos direitos sexuais e reprodutivos, até então, mostravam-se invisíveis no âmbito das práticas de promoção da SSR na APS (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES et al., 2013; FRANÇA, 2014; DANTAS; COUTO, 2018; REIS; ZUCCO, 2019; FORTES et al.,2021; PAIVA et al.,2021).

Esta invisibilidade pode ser decorrente da falta de conhecimento dos profissionais que atuam neste contexto. Conforme observado nesta pesquisa, um número considerável de profissionais relatou falta de conhecimento sobre temáticas relacionadas a temas complexos como violência doméstica e sexual e sobre saúde da população LGBTQIA+.

Em situações de violência doméstica e sexual, a Unidade de Saúde pode ainda não ser reconhecida como um cenário de apoio, como observado em estudo realizado em unidades de atenção primária no Rio de Janeiro (ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020). Diante disso, os autores recomendam a disponibilidade de uma infraestrutura mínima e equipes capacitadas na APS para o atendimento inicial de pessoas que sofrem violência sexual, para garantir o seguimento em serviços especializados.

Pereira e Chazan (2019) sugerem que a APS tem potencial para se tornar um espaço para fomentar ações intersetoriais e promoção das causas LGBTQIA+. Segundo os autores, a capacitação do profissional sobre diversidade de gênero e sexual deve ser a primeira iniciativa para mudar a realidade de invisibilidade desta população nas unidades de saúde. Esta sugestão, ao ser incorporada no município de Juiz de Fora, também pode ser aplicada para a temática da violência, em prol de ajudar a corrigir as limitações na rede de cuidados à população LGBTQIA+ e reduzir a peregrinação da vítima de violência pelos serviços de saúde do município, conforme descrito nos estudos de Oliveira (2018) e Trigueiro et al. (2018).

Reitera-se que diversos documentos do Ministério da Saúde apresentam diretrizes e orientações sobre a oferta das atividades educativas de SSR na APS (BRASIL, 2013a; 2016a; 2017). Os profissionais que atuam nas UAPS podem utilizar tais materiais de forma adaptada segundo a realidade de sua unidade, considerando, principalmente, as necessidades dos usuários, no planejamento e elaboração destas atividades. Cabe mencionar que todas as ações propostas nos referidos documentos foram construídas com base nas demandas da sociedade, em pesquisas científicas e no conhecimento de especialistas sobre o tema.

A oferta das ações e campanhas de prevenção de IST é fortemente recomendada pelas normativas do Ministério da Saúde no cenário APS, para informar, acolher e orientar a população e facilitar o acesso e a adesão aos preservativos masculino e feminino nas relações sexuais (BRASIL, 2013a; 2016; 2018a).

Em contrapartida, observou-se que a realização das campanhas para prevenção de IST foi menos frequente na comparação com as campanhas de prevenção do câncer de colo de útero, mama e de próstata. Esse resultado, atrelado à baixa aceitação do uso do preservativo (conforme conteúdo das falas dos profissionais na categoria), reforça o distanciamento entre a prática e o alcance da metas do Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora de intensificar as ações de promoção à saúde referentes à saúde sexual e reprodutiva e ao HIV/Aids (JUIZ DE FORA, 2018a).

Além das campanhas, a Política nacional de DST/Aids destaca o papel da atenção primária no acesso à testagem voluntária e no acolhimento/aconselhamento para população geral e gestantes; disponibilização de preservativos; inclusão, nos serviços, dos segmentos populacionais mais vulneráveis; e assistência às DST (BRASIL, 2005; 2013a).

Conforme observado, até o momento de coleta de dados desta pesquisa as Unidades ainda não ofereciam teste rápido para detecção de HIV/Aids, apesar de alguns profissionais relatarem capacitação para tal e da existência de referenciais ético-normativos que fundamentam a proposição destas atividades na APS.

Atividades de acolhimento e aconselhamento, enquanto prática, devem orientar as ações de prevenção das IST e da SSR oferecidas na APS (BRASIL, 2017). Os documentos governamentais enfatizam a relevância destas atividades, sobretudo quando associadas ao aconselhamento no âmbito da promoção da SSR para o fortalecimento do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013a). Em teoria, os acolhimentos associados ao aconselhamento podem ser considerados estratégicos e oportunos para fortalecer o vínculo entre profissional e usuário. Além disso, esse atendimento individual pode auxiliar o profissional de saúde na identificação das necessidades, curiosidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias relacionados à vida sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a).

Ainda que o acolhimento e aconselhamento na atenção à SSR tenham sido identificados como uma prática nas unidades participantes, nem todas ofereçam tal atendimento direcionado ao aconselhamento para teste rápido HIV/Aids, para pessoas vítimas de abuso sexual ou violência doméstica, que passaram por situação de aborto e pessoas com dificuldade de engravidar.

Uma das possibilidades da prática do acolhimento na SSR é orientar os usuários sobre os serviços e fluxos assistenciais na rede de atenção. A ausência de fluxos e normas padronizadas sobre a promoção da SSR também impactou negativamente no resultado deste componente. Segundo Ferraz e Nemes (2009, p. 247), a ausência de normas e protocolos nas atividades de SSR “favorece a reprodução de práticas descontextualizadas pautadas por conhecimentos não técnicos, com base no senso comum, frequentemente orientadas pela moral e pelas características individuais de cada profissional”.

Além disso, os gestores e profissionais informaram dificuldades no processo de trabalho devido ao número reduzido de profissionais para o atendimento da grande demanda de atendimento, sobrecarga de trabalho, desvio nas suas funções de origem e alta rotatividade de profissionais nas UAPS. Essas limitações enfraquecem a proposta deste nível de atenção na promoção do vínculo para promoção do cuidado em saúde (MENEZES et al.,2020; ESPERANDIO; MOURA; FAVORETO, 2020).



Os resultados dessas condições de trabalho na APS podem ser relacionados com o baixo desempenho da dimensão processo do componente Promoção da SSR avaliado na pesquisa. Assim, uma das necessidades apontadas nos documentos municipais é a de aumentar o número de profissionais e de equipes nas UAPS de Juiz de Fora.

Para além de melhorias na gestão dos recursos humanos, aperfeiçoamentos na implantação da promoção da SSR envolvem a possibilidade de adaptação das práticas às necessidades dos usuários. Dessa forma, o profissional atua de forma consciente, ética e responsável e promove um ambiente de comunicação capaz de facilitar o acompanhamento da saúde e o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos (COSTA et al., 2020).

Quanto à estrutura relacionada à assistência clínica, nenhuma unidade alcançou implantação adequada nesta dimensão no componente Assistência Clínica, com 62,5% delas classificadas com implantação parcial e nove como incipiente. A subdimensão de recursos humanos apresentou as piores pontuações. Embora ações para capacitação e treinamento para que os profissionais da atenção primária realizem o procedimento de inserção e remoção de dispositivo intrauterino (DIU) sejam recomendadas pelas normativas governamentais, tendo em vista possibilitar o acesso das mulheres a esse método contraceptivo de longa duração (BRASIL, 2018g), verificou-se que somente quatro unidades possuíam profissionais capacitados para esse procedimento. E apenas metade delas tinha funcionários capacitados para teste rápido de sífilis e de HIV.

Uma das metas municipais em Juiz de Fora é aumentar para 25% o número de usuários testados por HIV. Para isso, uma das estratégias é a realização de campanhas anuais de testagem em HIV/Aids nas unidades de atenção primária (JUIZ DE FORA, 2017b). O Ministério da Saúde recomenda que cada unidade de saúde tenha, no mínimo, um profissional de saúde de nível superior capaz de realizar os testes rápidos (BRASIL, 2012a). Contudo, nem todas as unidades investigadas do município tinham profissionais capacitados para esta testagem.

Foi relatado pelos participantes que, apesar da disponibilidade de preservativos masculinos e de teste de gravidez em todas as unidades, diafragma não é disponibilizado nas unidades do município e somente duas unidades informavam disponibilidade de preservativo feminino. Essas carências se repetem em outros cenários da APS brasileira (NASSER et al., 2017; BONAN et al., 2010), “tanto pela ausência do método, quanto pela baixa procura ao mesmo; nesse aspecto é fundamental para ampliação a sua procura, a

capacitação e sensibilização dos profissionais quanto ao uso da camisinha feminina” (CHAVES; SOUZA, 2021, p. 29).

Crítérios desnecessários e ausência de profissionais com capacitação para inserção de dispositivo intrauterino, bem como oferta insuficiente e descontinuada de determinados métodos, são algumas das principais barreiras organizacionais que dificultam o acesso aos métodos contraceptivos no SUS (BONAN et al., 2010; CHAVES; SOUZA, 2021). Situação similar foi observada nesta pesquisa. Apesar da orientação governamental, a inserção do DIU nas unidades de saúde ainda não é uma realidade no município, sendo reduzido o quantitativo de profissionais capacitados a realizar tal procedimento.

O acesso à contracepção de emergência na APS é recomendado após relação sexual desprotegida, a fim de evitar gravidez não planejada (BRASIL, 2013a). Uma das metas do município é reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos (JUIZ DE FORA, 2017b), cabendo destacar a importância do acesso à contracepção de emergência na APS para a consecução dessa meta. Contudo, a oferta da contracepção de emergência ainda é limitada, por conta de problemas na disponibilidade ou pelo fato da sua indicação ser concebida erroneamente pelo usuário como um método de rotina, o que compromete sua eficácia e qualidade (ALMEIDA et al., 2016; NASSER et al., 2017).

Todas as unidades pesquisadas relataram a indisponibilidade de algum tipo de contraceptivo ao longo de 2019. Contraceptivo injetável mensal e preservativos masculino e feminino foram os que mais faltaram nas UAPS, semelhante ao identificado em outros cenários (NAGAHAMA, 2009; BONAN et al., 2010). A falta de tais métodos pode sugerir preferência por eles, considerando sua facilidade de uso e/ou sua maior disponibilidade se comparados ao preservativo feminino e a outros métodos (OSIS et al., 2006; NASSER et al., 2017).

Vale ainda lembrar que a utilização de métodos contraceptivos hormonais necessita de acompanhamento e avaliação prévia para reduzir riscos à saúde, conforme enfatizam Oliveira e colaboradores (2020). Os autores alertam para doenças diagnosticadas cada vez mais frequentemente em mulheres jovens, como hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico e diabetes mellitus. Tal realidade demanda “maior assistência no planejamento reprodutivo, com foco na anamnese e exame físico geral, responsáveis por revelar achados significantes para a elegibilidade de métodos contraceptivos” (OLIVEIRA et al., 2020, p. 786).

Aprofundando os dados da assistência clínica à SSR, nenhuma UAPS foi classificada com o grau de implantação adequado ou satisfatório neste componente, com 79,1% das unidades de saúde avaliadas como grau de implantação parcial.

Observou-se, neste componente, que o processo teve melhor desempenho em três unidades, classificadas como a implantação adequada (UAPS Igreja, UAPS Santa Cecília e UAPS Teixeiras), embora a estrutura em tais unidades tenha sido classificada como parcialmente implantada. No geral, a subdimensão Atenção à Saúde obteve melhor pontuação, comparada à pontuação inferior identificada na subdimensão Vigilância em Saúde.

A sífilis congênita é considerada uma condição evitável, desde que a sífilis gestacional seja diagnosticada e tratada oportunamente (BRASIL, 2006), sendo “vista como evento marcador da qualidade de qualquer sistema de saúde. Isto se deve ao fato de ser uma doença previsível e de tratamento simples e barato” (BRASIL, 1999, p. 46). As recomendações governamentais reforçam o papel da atenção primária na oferta das ações de prevenção e no acesso à assistência de qualidade nos serviços de pré-natal, realização de exames para a triagem da sífilis na primeira consulta e no terceiro trimestre, a fim de que esta seja detectada e o tratamento adequado instituído precocemente para a gestante e seu parceiro, em busca de evitar a reinfecção (BRASIL, 2006).

A redução do número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade é outra meta da gestão municipal de saúde (JUIZ DE FORA, 2017b). Entretanto, apenas treze unidades que notificaram casos de sífilis realizaram a busca ativa dos parceiros das gestantes diagnosticadas com a doença. Esta busca é uma condição importante para aumentar a adesão ao tratamento e reduzir a reinfecção, uma vez que grande parte dos casos são decorrentes de falhas na testagem durante o pré-natal ou de tratamento inadequado ou ausente da sífilis materna, que permanece como grave problema de saúde pública e evidencia lacunas especialmente na assistência pré-natal (BRASIL, 2020).

Igualmente importante é o acompanhamento de pessoas portadoras do HIV/Aids, informado por menos da metade das unidades participantes. Ressalta-se que o acompanhamento e as orientações a serem ofertadas para essas pessoas na APS sobre as alternativas atuais de prevenção combinada contribuem para a redução do risco de transmissão do HIV e das IST e permitem que a decisão sobre a concepção seja feita, reduzindo as chances de transmissão vertical e sexual (PINTO et al., 2021).

Aspecto essencial no contexto da rede de atenção do SUS, enquanto responsabilidade da gestão, é a pactuação das referências para atenção especializada, contrarreferências e definição dos fluxos de atendimento na SSR (BRASIL, 2013a).

Somente em metade das UAPS investigadas, os profissionais consideraram que a rede de referência e contrarreferência relativa à saúde sexual e reprodutiva estava bem estabelecida no município. Profissionais e gestores descreveram limitações relacionadas ao conhecimento dos sistemas de referência e contrarreferência para algumas ações de SSR, como por exemplo infertilidade e terapia hormonal, o que pode ser compreendido como dificuldades relacionadas à organização e planejamento dessa atenção a rede do município.

Esta realidade foi observada também nos documentos analisados pela pesquisadora, cujos dados sinalizam para a ausência de fluxos, normativas e de avaliação das ações, prejudicando a gestão do cuidado. Tais documentos, ao mesmo tempo informam sobre a instituição do Plano Diretor como uma solução para tal problemática (JUIZ DE FORA, 2014).

Diante disso, confirma-se a lacuna entre o discurso e a prática, pois apesar da avaliação ser considerada como um componente indispensável do processo de gerenciamento das atividades, sua ausência na prática e a falta de instrumentos avaliativos no contexto da atenção à SSR constituem um desafio para a gestão deste cuidado nas unidades de atenção primária.

Nesse sentido, cabe argumentar que apresentar esses aspectos organizacionais sob a visão dos atores-chave no processo de implantação da atenção à SSR foi uma contribuição adicional desta tese, avançando em relação a outras pesquisas que avaliaram esta atenção. Os desafios em relação à gestão do cuidado e do processo de trabalho foram apontado pelos profissionais como limitantes no processo de implantação, com tais fragilidades envolvendo aspectos importantes da estrutura e do processo. Segundo Chaves e Souza (2021), a identificação das potencialidades e fragilidades da assistência é uma necessidade no contexto da atenção à SSR.

Buscando relacionar o contexto apontado nos documentos com os resultados do grau de implantação da atenção à SSR identificado na pesquisa, há que se destacar que as propostas e iniciativas municipais descritas demonstram uma preocupação em relação a melhorias na oferta dos atendimentos envolvidos nesta área na saúde. As ações da nova administração municipal instituídas em 2021 mostram alguns avanços em relação a temas que fazem parte da saúde sexual e reprodutiva. Um exemplo é o decreto

municipal que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de travestis, mulheres transexuais e homens trans no âmbito da Administração Pública Municipal direta, autárquica e fundacional, bem como nos serviços sociais autônomos instituídos pelo Município e concessionárias de serviços públicos municipais<sup>39</sup>. Juiz de Fora será a primeira cidade do interior do país a oferecer a assistência do processo transexualizador (acompanhamento ambulatorial e cirúrgico) pelo SUS, tendo o município já recebido autorização do Ministério da Saúde para sua implementação<sup>40</sup>. O serviço será oferecido no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Nesse sentido, acredita-se que as recentes intervenções por parte da administração pública local e os resultados observados em relação às práticas poderão auxiliar os gestores e os profissionais na superação da fragmentação, fortalecimento da integralidade nas práticas de saúde, identificação das necessidades e promoção do diálogo entre esses atores e a sociedade. Isso, por sua vez, favorecerá a construção conjunta de propostas que visem ultrapassar as barreiras e entraves na implantação, alguns dos quais apontados nesta tese.

Para Mattos (2004), aplicar a integralidade na prática profissional envolve muito mais sensibilidade na postura do profissional do que seu conhecimento para tal, pois na prática esse conceito pode ser aplicado através da contextualização. Essa demanda a articulação entre as ações preventivas e assistenciais, concepção ampliada das necessidades de saúde, empatia e análise das demandas sob olhar de quem demanda cuidados e, por fim, a análise do contexto prático (serviço) e da vida do usuário para promover ações imediatas e produzir o vínculo para acompanhamento da saúde.

Nesta avaliação realizada, os dados não devem ser compreendidos de modo isolado, senão como partes complementares de um todo, para que se possa ter um entendimento da análise de implantação da atenção à SSR na Estratégia Saúde da Família do município de Juiz de Fora. Não foi realizada uma discussão exaustiva de todos os possíveis pontos que influenciam a implantação, mas considerando a hipótese inicial da pesquisa, optou-se por apresentar algumas comparações, interpretações e

---

<sup>39</sup> Decreto 14.291, de 29 de Janeiro de 2021. Publicado no diário oficial eletrônico do município de Juiz de Fora em 30/01/2021. Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/e\\_atos/e\\_atos\\_vis.php?id=81600](https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=81600)

<sup>40</sup> Notícia divulgada em 28 de junho de 2021 no site da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=71449>

reflexões importantes concernentes à estrutura e processo que foram o foco da avaliação.

A não validação do modelo teórico pode ser considerada uma limitação desta pesquisa avaliativa. A validação dos modelos teóricos por especialistas da área de saúde sexual e reprodutiva e/ou até mesmo pelos profissionais que atuam nesta atenção poderia ter enriquecido o modelo elaborado pela pesquisadora com base somente nas normativas governamentais. Contudo, esse embasamento torna-se uma possibilidade diante de situações que inviabilizam a validação.

O intervalo de tempo entre a coleta dos dados e a apresentação final dos resultados pode representar alguma limitação vis-à-vis à potencial utilidade dos resultados, em virtude de sua desatualização. A literatura recomenda que as avaliações sejam processos ágeis que dialoguem com a prática de forma constante, considerando a produção e comunicação de resultados em tempo oportuno para aumentar a utilidade dos dados produzidos. Cabe ainda mencionar que a pesquisa não foi uma demanda da gestão municipal e que a pesquisadora não atua profissionalmente no sistema de saúde do município, e que durante sua realização ocorreram mudanças em relação à administração e ao governo municipal. Adicionalmente, a pandemia inverteu as prioridades da rede de atenção, interferindo no tempo da coleta de dados e na metodologia prevista para a pesquisa.

## 8 RECOMENDAÇÕES E DEVOLUTIVAS

Segundo Dubeux e colaboradores (2010, p.140), “recomendações com a formulação de sugestões práticas e temporais para os atores envolvidos no contexto da avaliação, fazem parte dos relatórios de pesquisas avaliativas”. Tais informações podem ter utilidade durante a resolução de problemas indicados na avaliação, bem como pertinência para o fortalecimento da intervenção avaliada. Além das recomendações, a pesquisadora se coloca à disposição da gestão municipal de saúde para “garantir que tanto os processos de avaliação, quanto suas descobertas sejam utilizados e disseminados de modo apropriado” (DUBEUX et al., 2010, p.133).

Considerando os achados do estudo e seu compromisso em colaborar com os atores envolvidos na assistência à SSR na atenção primária, elaborou-se um elenco de recomendações, que podem contribuir para transformações em prol de melhorias e avanços na implantação desta atenção no município de Juiz de Fora.

### 8.1 Recomendações para a gerência municipal de saúde

- Promover diálogo com os profissionais de cada uma das UAPS sobre suas necessidades referentes à capacitação e organização do atendimento da SSR.
- Em conjunto com os profissionais das UAPS, pactuar fluxos de atendimento entre os níveis de atenção e produzir protocolos direcionados a auxiliar os atendimentos de SSR, tendo como referência os manuais, protocolos e documentos governamentais.
- Discutir com os profissionais atuantes na atenção à SSR estratégias para reduzir as burocracias e melhorar o atendimento segundo as necessidades e interesses da população, considerando a necessidade de fortalecimento da autonomia no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.
- Promover parcerias com unidades de ensino superior, em busca de avançar e viabilizar a realização de capacitações e atualizações dos profissionais nas próprias unidades, ou seja, no local de trabalho, para maior adesão de todos da equipe.
- Definir e pactuar fluxos de atendimento direcionados a atenção à SSR, uma vez que ficou evidente no conteúdo das descrições dos profissionais que a sua ausência

impacta negativamente no cuidado e, conseqüentemente, dificulta a implantação da atenção.

- Estabelecer uma fonte direta de comunicação entre profissionais que implementam as ações de saúde e os gestores municipais, pois o diálogo entre eles torna-se necessário para discutir as lacunas nos processos de trabalho e viabilizar a implementação de estratégias para corrigi-las, já que em muitos casos as propostas de intervenções na teoria são distantes das necessidades da prática.

## 8.2 Recomendações para as unidades de saúde

- Na recepção da Unidade, a divulgação das ações educativas pode ser feita por meio de cartazes, convites dos profissionais e/ou através de um caderno de demandas de grupos de direitos sexuais e reprodutivos, ao qual os usuários tenham fácil acesso para se inscreverem e pontuarem suas demandas em relação aos temas e dúvidas. Essa última estratégia é uma possibilidade para valorizar as demandas dos usuários e seus interesses em relação aos temas que envolvem a atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva.
- Mapear as dificuldades e limitações das Unidades de Saúde e propor mudanças e melhorias para facilitar o acesso da população aos seus direitos sexuais e reprodutivos.
- Diante da inflexibilidade da Unidade de Saúde, o usuário vê na Internet uma forma de obtenção de informação sobre SSR. Essa realidade pode ser ressignificada como uma oportunidade de garantir a autonomia para vivência dos direitos sexuais e reprodutivos, com os profissionais oferecendo informação proveniente de fontes confiáveis sobre o tema (*sites*, blogs, livros, dentre outras), bem como mostrando-se disponíveis para atender e sanar dúvidas em relação à SSR.
- A busca do usuário pela atenção à SSR fora da área de abrangência não deve ser ignorada e pode ser alvo de diálogo entre os profissionais e a gestão, considerando, em algumas situações e dependendo da demanda dos usuários, promover atividades educativas individuais e aconselhamento.



- Informação sobre sigilo e privacidade nos atendimentos coletivos e individuais de SSR deve ser comunicada aos usuários, uma vez que os atendimentos individuais devem acontecer independentemente do coletivo.
- Outra possibilidade é facilitar o acesso do usuário a outras unidades e serviços da rede de atenção que oferecem atendimento à SSR. Tal fluxo de atendimento seria pactuado para os casos em que o usuário prefira não buscar atendimento na sua área de abrangência, como forma de resguardar seu direito à privacidade, sigilo e autonomia quanto à sua vida sexual e reprodutiva.

### 8.3 Divulgação dos achados

O compartilhamento dos resultados da avaliação com os atores envolvidos se traduz como etapa fundamental do processo avaliativo, principalmente no caso de um estudo que tinha como uma de suas motivações a proposta de contribuir para melhoria da implantação da atenção à saúde sexual e reprodutiva no contexto municipal de Juiz de Fora.

Desse modo, a pesquisadora pretende apresentar o relatório de pesquisa para a Secretaria de Saúde e para todas as unidades participantes do estudo. Essa visibilidade dos resultados também será possível ao longo de futuras apresentações em eventos do município.

A participação dos profissionais e gestores já propiciou uma primeira devolutiva, considerando que pode ter oportunizado uma reflexão sobre a atenção à saúde sexual e reprodutiva oferecida pelo município e sobre suas práticas e atuações nesse contexto.

A divulgação dos resultados para a comunidade acadêmica inclui a publicação de um capítulo de livro<sup>41</sup> e de um segundo artigo, que aguarda a publicação<sup>42</sup>. Também serão apresentados alguns resultados relativos às etapas preparatórias desta pesquisa

---

<sup>41</sup> PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno DE; LEMOS, Adriana ; CAETANO, Rosângela. Assistência à saúde sexual e reprodutiva: reflexões sobre as atribuições da atenção primária à saúde. In: Dayana Lúcia Rodrigues de Freitas; Luciano Luan Gomes Paiva; Caroline Rodrigues de Freitas Fernandes. (Org.). *Amplamente: pesquisa em saúde*. 1ed. Recife: Amplamente Cursos, 2020, v. 01, p. 129-142.

<sup>42</sup> PAIVA, C.C.N, CAETANO R. Modelo teórico da atenção à saúde sexual e reprodutiva: subsídios para pesquisas avaliativas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021. (Aceito para publicação em 30/08/2021).

em eventos científicos nacionais nas áreas de Enfermagem<sup>43,44</sup> e de Saúde Coletiva, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde<sup>45</sup>. Após a defesa da tese, a pesquisadora pretende apresentar os resultados finais em congressos científicos das áreas afins e elaborar outros manuscritos, a serem submetidos a periódicos do campo da Saúde Coletiva.

---

<sup>43</sup> Desafios na implementação da atenção à saúde sexual e reprodutiva na estratégia de saúde da família de uma cidade da zona da mata mineira - 72º Congresso Brasileiro de Enfermagem – 25 a 28 de agosto de 2021. Aguardando publicação dos anais.

<sup>44</sup> O papel do profissional da atenção primária à saúde na assistência à saúde sexual e reprodutiva. In: 71º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 12º Jornada Brasileira de Enfermagem Gerontológica. 5º Seminário Internacional sobre o Trabalho em Enfermagem, 2020, Manaus. ANAIS. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2019. Disponível em:

<https://www.abeneventos.com.br/71cben/anais/resumos/9314824/Resumo.pdf>

<sup>45</sup> PAIVA, CCN; CAETANO, R. A construção de um modelo teórico da atenção a saúde sexual e reprodutiva: subsídios para pesquisas avaliativas. 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde – Resumo publicado nos anais do congresso disponível em:

<https://proceedings.science/cbppgs-2021/papers/a-construcao-de-um-modelo-teorico-da-atencao-a-saude-sexual-e-reprodutiva--subsidiios-para-pesquisas-avaliativas?lang=pt-br>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da complexidade da atenção à SSR, sua implementação pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família ainda representa um desafio em Juiz de Fora.

O estudo propôs um modelo teórico que buscou representar tal complexidade alicerçada nas normativas governamentais que orientam a atenção à SSR na APS. Tal modelo teve como foco a estrutura e o processo, que orientaram a organização dessas atividades em dois componentes principais: promoção da SSR e assistência clínica. Os parâmetros de conformidade e o conteúdo dos instrumentos avaliativos direcionados para avaliar o grau de implantação da SSR na atenção primária poderão ser utilizados, reformulados e adaptados para tomada de decisão e/ou futuras avaliações.

Mais da metade das unidades que participaram do estudo tiveram a atenção à SSR classificada como parcialmente implantada. Esse resultado pode ser interpretado como um avanço das práticas clínicas em detrimento das atividades de promoção, em um movimento que se aproxima mais do modelo de atenção curativo do que do modelo de atenção integral da APS, que possui a promoção da saúde como um eixo principal. Adicionalmente, os reflexos da heterogeneidade no grau de implantação que caracterizou as unidades de atenção primária à saúde estudadas podem refletir as limitações estruturais e do processo da APS em relação a esta atenção.

Considerando que a maioria das UAPS apresentou condições estruturais favoráveis à implantação da promoção da SSR, mas que, sozinhas, não garantem essa implementação, é necessário que gestores e equipe de saúde reflitam e discutam sobre o processo de trabalho da equipe e elaborem estratégias para a realização efetiva das atividades de promoção da saúde. Para tanto, devem assumir como princípio norteador o fortalecimento do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e da integralidade nas práticas da atenção.

Alguns aspectos estruturais, organizacionais e gerenciais da APS impactaram negativamente na verificação da conformidade da atenção à SSR. Eles incluem ausência de regularidade de provisão dos métodos contraceptivos na unidade; desconhecimento de mecanismo formal de encaminhamentos, referência e contrarreferência na rede de atenção à SSR no município; não utilização e ausência de normas e protocolos de atendimento direcionados à SSR elaborados pelo município; pequena oferta de atividades educativas para promoção da SSR tanto nas unidades de saúde, como em

escolas e outros locais da comunidade; ausência de acompanhamento dos usuários que buscam pela atenção à SSR; baixa inserção dos profissionais da equipe de SF tanto nas ações de promoção da SSR quanto na assistência clínica; e escassez de profissionais capacitados na equipe de saúde sobre temas que envolvem esta atenção.

O estudo descreveu a percepção dos profissionais sobre as prováveis limitações e seus reflexos no resultado da implantação da atenção à SSR na APS. Tais limitações concentraram-se na dimensão organizacional e assistencial, envolvendo a gestão do cuidado e do processo de trabalho deste nível de atenção.

A avaliação realizada combinou a elaboração de explicações, julgamentos e recomendações, mas algumas questões fugiram do escopo desta pesquisa e poderão ser discutidas e exploradas em estudos futuros. São elas: estratégias de institucionalização da avaliação da atenção à saúde sexual e reprodutiva na APS; avaliação dos resultados e da qualidade da atenção à SSR oferecida na ESF; necessidades de usuários do SUS em relação à atenção à SSR; e evidências e experiências exitosas que traduzem iniciativas de implantação da atenção à SSR na APS.

O uso de questionários autorrespondíveis foi uma estratégia de coleta de dados útil para otimizar a obtenção de informações focadas no objetivo do trabalho. Contudo, a possibilidade das respostas não serem condizentes com a realidade, ou seja, a omissão de informações, interpretação ou entendimento equivocado da pergunta, respostas baseadas na leitura parcial da questão, é uma desvantagem deste tipo de instrumento.

A não realização do estudo em todas as unidades impossibilitou a avaliação completa do grau de implantação da atenção à SSR na ESF do município de Juiz de Fora, o que restringe a compreensão da realidade local como um todo.

Contudo, os achados desta análise sinalizam para um vasto caminho a ser percorrido para a plena implementação da atenção à saúde sexual e reprodutiva e fortalecimento do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos em Juiz de Fora. Esses caminhos envolvem, principalmente, a gestão do cuidado e dos processos de trabalho, capacitação em saúde sexual e reprodutiva, implementação de ações mais práticas e menos burocratizadas, superação de paradigmas e preconceitos, avanço do conservadorismo, superação de deficiências estruturais, envolvimento entre planejadores e implementadores das políticas e programas no contexto municipal e, o

mais importante, favorecer o acesso da população aos cuidados que envolvem a saúde sexual e reprodutiva na ESF.

Considerando o papel político da avaliação, essa discussão sobre as influências negativas do conservadorismo em relação à saúde sexual e reprodutiva deve ser pensada nos processos avaliativos, pois os direitos já conquistados devem ser valorizados e defendidos, tanto do ponto de vista da teoria quanto da prática. O conservadorismo, estigmas, preconceitos, violência, dentre outras atitudes antiéticas reproduzidas nos serviços de saúde, podem ser fatores propulsores da invisibilidade do direito das populações vulneráveis ao acesso à promoção da saúde e prevenção de doenças nos serviços de saúde do SUS.

A saúde sexual e reprodutiva deve, definitivamente, se concretizar enquanto política de estado, pautada em ideias de liberdade, autonomia, democracia, igualdade e valorização dos direitos humanos. Nesse sentido, diante da ameaça iminente do retrocesso dos direitos já conquistados, cabe aos profissionais de saúde, gestores e a todo cidadão unir forças em prol do avanço e implementação das políticas sociais.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. A Descentralização do SUS: o financiamento e as normas operacionais básicas de saúde. In: SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percursos, perspectivas e desafios. Zenaide Neto Aguiar. São Paulo: Martinari, 2011. 189 p.

ALBUQUERQUE, G. A. et al. Planejamento reprodutivo em casais homossexuais na estratégia saúde da família. *Revista de APS*, v. 21, n. 1, p. 104 -111. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15639/8195>. Acesso em: 20 de mar. 2019.

ALFÖLDI, F. *Savoir évaluer en action sociale et médico-sociale*. Paris: Dunod; 2006.

ALMEIDA, M.P. et al. Atenção em saúde no planejamento reprodutivo: atitudes e práticas de Enfermeiros. *Rev Enferm UFSM*. v.6, n.2, p. 270-280, abr/Jun. 2016.

ALVARENGA, A.T.; SCHOR, N. Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. *Saúde soc.*, São Paulo , v. 7, n. 1, 1998. p. 87-110.

ALVES, C.K.A. et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Isabella Samico. (Org.). Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 89 -107

ALVES, J.E.D.; CORRÊA, S. Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo+ 10. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 20, n. 2, p. 129-156, 2003.

ALVES, J.E.D. *As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, p.1677-70, 2006.

ARBEX, D. Mesmo em queda, casos de gravidez na adolescência preocupam. *Jornal online Tribuna de Minas*. Juiz de Fora. 2019. Disponível em: <<https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/26-11-2017/mesmo-em-queda-casos-de-gravidez-na-adolescencia-preocupam.html>>. Acesso em: 02 de Junho de 2019.

ARIE, W. M.Y. et al. História da anticoncepção. In: *História da anticoncepção*. 2009. 167 p.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, v. 2, p. 121-144, 2003.

AYRES, A.R. G. et al. HPV in women assisted by the Family Health Strategy. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n.92, p.1-11, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000065>>. Acesso em: 20 de mar. 2020.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Edições 70. Lisboa. Portugal, 2015.

BARBOSA, R.M. et al. Avaliação em saúde sexual e reprodutiva. Cad. Saúde Pública, v. 25, n. Sup 2, p. S190-S191, 2009.

BARROS, M.E.B. Avaliação e formação em saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento. In: Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde / Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos, organizadores. – Rio de Janeiro : CEPESC, 2006. 484 p

BARSTED, L.A.L. Sexualidade e reprodução: Estado e sociedade. In: Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe. Elisabete Dória Bilac e Maria Isabel Baltar da Rocha (Org.). Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP. São Paulo: ed.34, 1998. 147-182p.

BARSTED, L.L. O campo politico-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Elza Bérquo (Org.). Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. 79-94 p.

BARZELATTO, J. Desde el control de natalidade hacia la salud sexual y reproductiva: la evolución de um concepto a nivel internacional. In: Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe. Elisabete Dória Bilac e Maria Isabel Baltar da Rocha (Org.). Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP. São Paulo: ed.34, 1998. 39-50p

BATISTA, M.; DOMINGOS, A. Mais que boas intenções: técnicas quantitativas e qualitativas na avaliação de impacto de políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 32, n. 94, p.1-24, 2017.

BERNADETE, L. Mortalidade materna apresenta alto índice em JF. Jornal online Tribuna de Minas. Juiz de Fora. 2019. Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/30-05-2019/mortalidade-materna-apresenta-alto-indice-em-jf.html>. Acesso em: 02 de Jun. 2019.

BEZERRA, LC de A.; CAZARIN, G.; ALVES, C.K de A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, p. 65-78, 2010.

BONAN, C. et al. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. Rev Bras Saúde Matern Infant. v.10, n.1. p.S107-S118, 2010.

BRASIL. CONASP. Plano de reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito de Previdência Social. Rio de Janeiro, 1982.

\_\_\_\_\_. Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar- Brasil 1986. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM Instituto para Desenvolvimento de Recursos – IRD. Rio de Janeiro, dezembro 1987. 255p. Disponível <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR4/FR4.pdf>

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. 140p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984a.

\_\_\_\_\_. Leis, decretos, etc. Resolução 06/84, MS/MPAS/MEC/ CIPLAN; Ações Integradas de Saúde. Anexo: normas gerais aplicáveis às AIS. Brasília, 3 maio 1984b. 3 p.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 20, 1990.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1999. 90 p.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma operacional básica – NOB – 1/96. Diário Oficial da União. 6 nov. 1996b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 1996. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Marco Internacional Inc. 1997. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr77/fr77.pdf>

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS- SUS. 01/2001. Brasília; 2001a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Programa agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde. 2001b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS nº 115 de 19 de maio de 2003. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2003. Seção 1, p. 100.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 34p.



\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria Nº 426/GM, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção I, p. 22. 22 mar. 2005b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. 24 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília; 2006a. 24 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. HIV/Aids, hepatites e outras DST / Cadernos de Atenção Básica, nº 18 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006d. 72 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 52 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Nota técnica nº 13/2009/GAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS. Recomendação para a ampliação de acesso aos preservativos masculinos na rede de serviços do Sistema único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2009b. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/nota\\_tecnica\\_13\\_2009.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/nota_tecnica_13_2009.pdf)> Acesso em: 10 de abr. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. 2009c. 40 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais e reprodutivos na integralidade da atenção à saúde de pessoas com deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009e.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. Passo a Passo PSE. Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília. 2011a. Disponível em: [http://189.28128.100/dab/docs/legislacao/passos\\_a\\_passos\\_pse.pdf](http://189.28128.100/dab/docs/legislacao/passos_a_passos_pse.pdf). Acesso em: 20 mar.2020.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, 2011b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011c. 82 p

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na Atenção Básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. 2012a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)> Acesso em: 10 de ago. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 300 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 22 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 16 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. 18 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília; 2016a. 230 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 10 de ago.2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 set. 2017a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 234 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Painel de monitoramento. 2017c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>. Acesso em: 20 de março 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Lei nº 13.504, de 7 de novembro de 2017. Institui a campanha nacional de prevenção ao HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis, denominada dezembro vermelho. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13504.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13504.htm) Acesso em: 15 de jul. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>> Acesso em: 10 de ago.2019

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Cuidando de Adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 44 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018b.56 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018c. 16 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.717, de 12 de junho de 2018. Descredencia Equipes de Saúde da Família (ESF) por não cumprimento de prazo estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, 2018d.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. 2018e.

\_\_\_\_\_. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Painel de monitoramento. 2018f. Disponível em:<  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>> Acesso em: 15 de jul. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018g. 32 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 3.704, de 23 de dezembro de 2019. Credencia municípios a receberem incentivos financeiros referentes às Equipes de Atenção Primária (eAP). 2019a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.704-de-23-de-dezembro-de-2019-235215601>>. Acesso em: 20 de março de 2020.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Painel de monitoramento. junho 2019b. Disponível em:<<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/regularidade/?s=MSQyMDE5JDEkMzUkNzYkNSQ1MiQz>> Acesso em: 15 de jul. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 248 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria MS/SCTIE nº 42, de 5 de outubro de 2018. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet].Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2018 out 8 [citado 2020 set 21]; Seção I: 88. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2018/prt0042\\_08\\_10\\_2018.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2018/prt0042_08_10_2018.html)> Acesso em 20 de abril 2020.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. E-GESTOR. Cobertura da Atenção Básica. Consulta por unidade geográfica - Juiz de Fora. Disponível em:<  
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 20 de jul. 2019.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Boletim Epidemiológico Especial - Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. 83 p.

BROUSSELLE, A. et al. Avaliação: conceitos e métodos. In: Avaliação: conceitos e métodos. 2011. 292p.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos Grandes Centros Urbanos: Velhos Problemas. Novos Desafios. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12. n. 1. p. 11-21. 2002.

CANESQUI, A.M. Assistência médica e saúde e reprodução humana. In: Assistência médica e saúde e reprodução humana. 1987.

CARVALHO, J.M.R.; MONTEIRO, S.S. Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021, v. 37, n. 6, e00169720. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00169720>>. Acesso em 04 Jun 2021.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. Avaliação em saúde conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 19-40, 2011a.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, AP.; DENIS, JL. A Análise de Implantação. In: BROUSSELLE et al (Org.) Avaliação: Conceitos e métodos. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011b, p. 217-238.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, AP. Apreciação normativa. In: BROUSSELLE et al (Org.) *Avaliação: Conceitos e métodos*. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011c.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, AP. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE et al (Org.) *Avaliação: Conceitos e métodos*. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011d.

CHAVES, E.J.V.; DE SOUSA, M.N.A. 25 anos da lei de Planejamento Familiar: Quais razões ainda limitam o amplo acesso a suas atribuições na Atenção Primária à Saúde?. ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA, v. 15, n. 55, p. 20-32, 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz (Org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COSENDEY, M.A.E. et al. Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. 2000. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4451>> Acesso em: 13 de mar. 2020.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P.M. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006. 27- 62 p.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos Sexuais e Reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.17-78 p.

COSTA, A. et al. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 37, n. 1, p. 74 -86, 2013a.

COSTA, M.C. Avaliação de implementação da vigilância epidemiológica do município de Itaboraí no estado do Rio de Janeiro. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

COSTA C.C. et al. A percepção de agentes comunitárias de saúde sobre o planejamento reprodutivo com adolescentes. *Rev. Enferm. UFSM*. v.10, e57. p.1-15. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40345/html>> Acesso em: 10 de mar.2020.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. RBGO, v. 25, n. 10, p. 717-24, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/yGdcPSt6j4Zz8fxqqxtmB3j/?lang=pt>>. Acesso em: 6 de jan.2019.

COUTINHO, T. et al . Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 32, n. 11, p. 563-569, Nov. 2010.Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032010001100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Jan. 2019.

COOK, R.J.; DICKENS, B.M.; FATHALLA, M.F. Saúde reprodutiva e direitos humanos. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

CRUZ, M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org). Caminhos para análise das políticas de saúde, 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 181-199 p.

DANTAS, Suellen Maria Vieira e COUTO, Marcia Thereza. Sexualidade e reprodução na Política Nacional de Saúde do Homem: reflexões a partir da perspectiva de gênero. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. n. 30, p. 99-118, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.05.a>>. Acesso em 10 mar.2019

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)> Acesso em 10 mar.2019

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DE SÁ FIUZA, E.S.et al. Planejamento familiar: avaliação da qualidade nas dimensões da estrutura, organização e assistência. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 7, n. 4, p. 3227-3238, 2015.

DE JESUS, M.C.P. et al. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Revista de APS, v. 11, n. 1, 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14177>> Acesso em: 10 de mar.2020

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed?. Jama, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. The Definition of Quality: A Conceptual Exploration. In: *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment* (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I). Ann Arbor, Health Administration Press, 1980. Pgs. 1-31.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. Archives of pathology & laboratory medicine, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DUBEUX, L. S. et al. Comunicação dos resultados: um desafio para o uso das lições aprendidas com a avaliação. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, , 2010. 131-142 p.

DUBOIS, CA; CHAMPAGNE, F; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE et al (Org.) Avaliação: Conceitos e métodos. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011, p. 19-40.

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 21, p. 164-176, 2007.

ESPERANDIO, E.G.; MOURA, A.T.M.S.; FAVORETO, C.A.O. Violência íntima: experiências de mulheres na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v. 24, suppl 1, e190707. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190707>>. Acesso em: 20 de mai. 2021.

FAGUNDES, Helenara; DE MOURA, Alessandra Ballinhas. Avaliação de programas e políticas públicas. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 8, n. 1, p. 89-103, 2009.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife*, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.

FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, 2010.

FELISBERTO, E. et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* v.9. p.339-57, 2009.

FERRAZ, D.A.S.; NEMES, M.I.B. 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*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s240-s250, 2009

FEUERWERKER, C.M. Pensando Avaliação em Políticas e na Gestão em Saúde numa Perspectiva Cartográfica – Construção compartilhada que favoreça mudanças. In: Tanaka, OU; Ribeiro, EL; Almeida, CAL. *Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano*. Rio de Janeiro: Atheneu. 1ª. ed. 2017. 29-36 p.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico, I; Felisberto, E.; Figueiró, A.C.; Frias, P.G. (Orgs) *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 1-13 p.

FORMIGA FILHO, José Ferreira Nobre. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. 1999. p. 104-62.

FORTES, D. C. S. et al. Sexual and reproductive health of women with mental disorder: factors shaping professional care. *Research, Society and Development, [S. l.]*, v. 10, n. 4, p. e49310414329, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.14329. Disponível em: <<https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14329>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

FRANÇA, Dalva Nazaré Ornelas. Direitos sexuais, políticas públicas e educação sexual no discurso de pessoas com cegueira. *Revista Bioética*, v. 22, p. 126-133, 2014.

FRANK, B.R.B. et al. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. *Saúde em Debate*. v. 40, n. 109, 2016, p. 163-174. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201610913>>. Acesso em: 14 de ago. 2019.

FRIAS, P. G. et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG (Orgs) *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 43-55 p.



FURTADO, J.P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014.

FURTADO, J.P.; VIEIRA DA SILVA, L. M. Entre os campos científico e burocrático - a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: Akerman, M. *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos* / Akerman, M.; Furtado, J. P. (organizadores). – Porto Alegre: Rede Unida, p.374, 2015. 17-58 p.

FURTADO, J.P. et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00087917, p.1-12, 2018.

GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan (orgs). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; Population Council, ,1999. 165-79 p.

GALVÃO, L; DÍAZ, J.(Orgs). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; Population Council, ,1999. 389 p.

GELLER, E.J.et al. Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *Am J Perinatol*.v.27,n.9, p.675–83. 2010a.

GELLER, E.J. et al. Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *J Perinatol*.v.30, n.4, p.258–64. 2010b.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenados cuidados / Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça (Org.). Rio de Janeiro: CEBES, p.71, 2012.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GONÇALVES, D.F. et al. Fatores reprodutivos associados ao excesso de peso em mulheres adultas atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. 2018.

GUBA, E; LINCOLN, YS; *The Coming of Age of Evaluation*. In: *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, London: SAGE Publications, Inc. 1989, p.21-49.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Hartz, Z.M.A (Org.) — Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L.M.V. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 2005.

HARTZ, Z. M. A; CAMACHO, L.A.B. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 12, p. S13-S20, 1996.

HITA, M.G.; SILVA, M.G. Esterilização feminina no nordeste brasileiro: uma decisão voluntária? In: Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe. BILAC, E.D. e ROCHA, M.I.B. (orgs.) – Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP. São Paulo: ed.34, 1998.

JUIZ DE FORA. Plano de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. 2014-2017. 2013. Disponível em:<<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=31&codTpRel=01>>. Acesso em: 10 de jun. 2019.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação. Thiago Campos Horta, Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães et al. – Juiz de Fora (MG), 2014. 133 p. Disponível em: <[https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano\\_diretor/docs/implantacao.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf)> Acesso em: 10 de abr. 2019.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde Catálogo de Normas da Atenção Primária [PDAPSJF] / Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde, Thiago Augusto Campos Horta (Org.) – Juiz de Fora (MG): Funalfa, 2016. 112 p.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Relatório anual de Gestão. 3º quadrimestre. Período de setembro a dezembro de 2017a. v.3. 133p. Relatório técnico.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. 2018/2021. 2017b. Disponível em:<<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=31&codTpRel=01>>. Acesso em: 10 de ago. 2019.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Decreto nº 13.042 - de 08 de agosto de 2017c. Aprova a alteração da terminologia das Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) para Unidade Básica de Saúde (UBS) no âmbito do Município de Juiz de Fora, de acordo com o estabelecido pela Portaria GM/MS nº 2488/2011. Disponível em: <<https://jflgis.pjf.mg.gov.br/norma.php?chave=0000041251>> . Acesso em: 20 de março 2020.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Decreto Nº 13.605, de 30 de abril de 2019. Dispõe sobre a organização e estrutura do Poder Executivo do Município de Juiz de Fora, fixa princípios e diretrizes de gestão e dá outras providências. 2019. Diário Oficial. Disponível em:< [https://jflgis.pjf.mg.gov.br/c\\_norma.php?chave=0000043538](https://jflgis.pjf.mg.gov.br/c_norma.php?chave=0000043538)> Acesso em: 20 de jul. 2019.

JUIZ DE FORA. Programação anual de saúde revisão. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. 2018a. p.71.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Subsecretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais. Boletim Epidemiológico nº 2 A

Sífilis em Juiz de Fora – 2018b. Disponível em:

<https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/servicos/boletim/arquivos/1808.pdf>. Acesso em 20 de março de 2019.

JUIZ DE FORA. Câmara Municipal de Juiz de Fora. Lei complementar nº 082 - de 03 de julho de 2018c. Dispõe sobre a Política de Desenvolvimento Urbano e Territorial, o Sistema Municipal de Planejamento do Território e a revisão do PDP/JF de Juiz de Fora conforme o disposto na Constituição Federal e no Estatuto da Cidade e dá outras providências. 2018c. Disponível em:

<[https://www.pjf.mg.gov.br/desenvolvimentodoterritorio/plano\\_diretor/pdp\\_lc82.18\\_00.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/desenvolvimentodoterritorio/plano_diretor/pdp_lc82.18_00.pdf)> Acesso em 20 de mar. de 2020.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Decreto Nº 13.893, de 16 de março de 2020a.

Dispõe sobre as medidas preventivas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (COVID-19), em Juiz de Fora (MG) e traz outras providências, funcionou como um forte impeditivo para a continuidade do trabalho. Disponível em:<

[https://www.pjf.mg.gov.br/e\\_atos/e\\_atos\\_vis.php?id=74964#:~:text=DECRETO%20N.%C2%BA%2013.893%20%2D%20de,%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias](https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=74964#:~:text=DECRETO%20N.%C2%BA%2013.893%20%2D%20de,%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias)>

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Decreto nº 14.260, de 30 de dezembro de 2020a.

Institui o Plano Municipal de Políticas para as Mulheres. *Diário Oficial Eletrônico* da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Sistema de Legislação Municipal. Disponível em: <<https://jflgis.pjf.mg.gov.br/norma.php?chave=0000046303>>. Acesso em: 01 de mar.2021.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Decreto nº14.291, de 29 de janeiro de 2021. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de travestis, mulheres transexuais e homens trans no âmbito da Administração Pública Municipal direta, autárquica e fundacional, bem como nos serviços sociais autônomos instituídos pelo Município e concessionárias de serviços públicos municipais.

Disponível em: <[https://www.pjf.mg.gov.br/e\\_atos/e\\_atos\\_vis.php?id=81600](https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=81600)> Acesso em: 12 de mar.2021

KOHN, L.; CHRISTIAENS, W. Reflections on Outsourcing and Applying for Funding.

In: A New Era in Focus Group Research. Palgrave Macmillan, London, 2017. p. 35-58.

LANGENDORF, T.F.; PADOIN, S.M.M.S.; OLIVEIRA, I.E. Men's sexual and reproductive health in the situation of HIV-serodiscordance. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020, v. 73, n. 6 , e20180904. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0904>>. Acesso em: 20 de jul.2021.

LIMA, L.L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013. Disponível em: <Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf> >. Acesso em: 20 abril. 2021.

LEAL, D.R. et al. Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 209-228, 2017. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41nspe/209-228/pt/>>. Acesso em: 20 abril. 2021.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Saúde em Debate*. v. 38, n. 101, p. 244-253, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38n101/244-253/pt/>> Acesso em: 20 abril. 2021.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/ij/csc/a/vYzbD5NkckJvMhFYFBRTyhJ/?format=html>>. Acesso em: 20 abril. 2021.

LOUVISON, M.C.P. Avaliação das Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS. In: Tanaka, OU; Ribeiro, EL; Almeida, CAL. *Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano*. Rio de Janeiro: Atheneu. 1ª. ed. 2017. p.125-136

MACHADO FILHO, H. Documentos temáticos: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 1- 2- 3- 5- 9- 14. Brasília, DF: ONU BR, 2017.

MALACHIAS, I. et al. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. 1 ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011. 280 p.

MANDÚ, E.N.T. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual no Brasil, século XX. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 358-71, 2002.

MANDÚ, E.N.T. A expressão de necessidades no campo de atenção básica à saúde sexual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 6, p. 703-709, 2005.

MARGARITA DÍAZ; JUAN DÍAZ. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças. In: *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios*. GALVÃO, L.; JUAN, D. (Org.). São Paulo: Hucitec; Population council, 1999. 209-233 p.

MARQUES, D.M; PEREIRA, A.L. Assistência pautada nos direitos sexuais e reprodutivos: uma condição para promover a saúde da mulher. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v.13, n.3, p. 449-55, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9668>>. Acesso em: 12 de mar.2020

MARTINS, A.C.S.; SILVA, L.S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 677-683, 2018.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 20, n. 5, pp. 1411-1416, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>>. Acesso em: 12 de mar.2020

MELLO, G.A; FONTANELLA, B.J.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária a saúde – origens e diferenças conceituais. *Rev. APS*, v. 12., n.2, p. 204-213,

2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>>  
Acesso em: 12 de mar. 2020.

MELO, E.A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>> Acesso em: 15 de mar. 2020.

MENEZES, E.L.C et al. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020, v. 25, n. 5, p. 1751-1764. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33462019>>. Acesso em: 20 de mar.2020

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social em saúde. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R.C. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 2015. 96 p.

MONTALVÃO, A.S. Desafios para redução da Sífilis Congênita: avaliação da implantação das Ações do Pré-Natal no âmbito da Rede Cegonha na Atenção Básica. 2017. 49 f. Dissertação. (Mestrado profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/25728>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

NAÇÕES UNIDAS. *Report of the International Conference on Population and Development*. Cairo: 5-13 set. 1994. Disponível em [http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/conference-report/finalreport\\_icpd\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/conference-report/finalreport_icpd_eng.pdf). Acesso em: 30 de jan. 2019.

NAGAHAMA, E.E. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v.25, n. 2, p.279-90, 2009.

NASSER, M.A. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo. 2015. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <doi:10.11606/T.5.2016.tde-22012016-110316>. Acesso em: 10 de mar.2020.

NASSER, M.A. et al. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. *Rev. Saúde Pública*. v.51, n.77, 2017. 1-12 p. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsp/2017.v51/77/pt/#>>. Acesso em: 12 de mar.2020.

NICOLAU, S.M.; SCHRAIBER, L.B.; AYRES, J.R.C.M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 863-872, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/x4Ct7sJ4krY7wzGH5XX57nR/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em:12 de mar.2020.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista de Saúde Pública, v. 34, p. 547-549, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/6bwNKdzy7QdbxFxVnmyz93y/abstract/?lang=pt>> Acesso em 10 de mar.2021.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev. enferm. UERJ, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-16162>> Acesso em:12 de mar.2020.

OLIVEIRA, G.S. O vivido de transexuais e travestis nos atendimentos à saúde: compreender para melhor assistir. Dissertação (mestrado acadêmico), Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Juiz de Fora, Minas Gerais. 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/7809>> Acesso em: 12 de mar.2020.

OLIVEIRA, I.G. et al. Identificação de fatores de risco à saúde entre mulheres usuárias de métodos contraceptivos hormonais.v.12, p.786-792, jan/dez. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7452>>.Acesso em: 10 de mar.2021.

OSIS, M.J.D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. Cadernos de Saúde Pública. v. 22, n. 11, p. 2481-2490, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100023>>. Acesso em: 15 de mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. IV Conferência mundial sobre a mulher. Plataforma de ação. Pequim: ONU, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Fundo das Nações Unidas pela Infância. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília, DF: Unicef; 1979. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y&ua=1)>. Acesso em: 25 de mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, DC: OPAS; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: OMS; 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf) Acesso em 20 de março de 2020.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, p. S25-S32, 1998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/jJ6GcQvLRp9ygHFTTFbMZVS/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 20 de jun.2020.

OSIS, M.J.D et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 2481-2490, 2006.

PAIM, J.S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, Jun. 1986.

PAIVA, C.C.N. Itinerários sexuais e reprodutivos dos participantes das atividades educativas no planejamento reprodutivo na Estratégia Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

PAIVA, C.C.N. et al. Temas abordados nos grupos educativos de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 8, n. 3, p. 4872-81, 2016.

PAIVA, C.C.N.; CAETANO, R., SALDANHA, B.L.; PENNA, L.H.G.; LEMOS, A. Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS*. v.22. n.1, p.23-46.2019.

PAIVA, C.C.N.; CAETANO, R. Evaluation of the implementation of sexual and reproductive health actions in Primary Care: scope review. *Escola Anna Nery* [online]. 2020, v. 24, n. 1. e20190142. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0142>>. Acesso em: 20 de mar.2021.

PAIVA, C.C.N.; LEMOS, A; CAETANO, R. Assistência à saúde sexual e reprodutiva: reflexões sobre as atribuições da atenção primária à saúde. In: Dayana Lúcia Rodrigues de Freitas; Luciano Luan Gomes Paiva; Caroline Rodrigues de Freitas Fernandes. (Org.). *Amplamente: pesquisa em saúde*. 1ed. Recife: Amplamente Cursos, 2020, v. 01, p. 129-142.

PAIVA, C.C.N.; CAETANO, R. O papel do profissional da atenção primária à saúde na assistência à saúde sexual e reprodutiva. In: 71º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 12º Jornada Brasileira de Enfermagem Gerontológica. 5º Seminário Internacional sobre o Trabalho em Enfermagem, 2020, Manaus. ANAIS. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2019. Disponível em: <<https://www.abeneventos.com.br/71cben/anais/resumos/9314824/Resumo.pdf>> Acesso em: 20 de mar.2021.

PAIVA, C.C.N.; CAETANO, R. A construção de um modelo teórico da atenção a saúde sexual e reprodutiva: subsídios para pesquisas avaliativas 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde – Resumo publicado nos anais do congresso. Disponível em: <<https://proceedings.science/cbppgs-2021/papers/a-construcao-de-um-modelo-teorico-da-atencao-a-saude-sexual-e-reprodutiva--subsidi-os-para-pesquisas-avaliativas?lang=pt-br>>. Acesso em 20 de setembro de 2021.

PATTON, M.Q. “Expanding Futuring Foresight through Evaluative Thinking.” *World Futures Review*, v. 11, n. 4, p. 296–307, dez. 2019. Disponível em: <[doi:10.1177/1946756719862116](https://doi.org/10.1177/1946756719862116)>. Acesso em 20 de setembro de 2021.

PEREIRA, L.L. et al. Assistência aos casais inférteis: uma análise da rede de atenção do sistema único de saúde na macrorregião de Juiz de Fora–Minas Gerais. Dissertação

(Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2013.

PEREIRA, L.B.C.; CHAZAN, A.C.S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. v.14, n.41, p.1795. 2019. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1795www.rbmfc.org.br](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795www.rbmfc.org.br)> Acesso em: 20 de mar. 2021.

PINHO, A.A.; CABRAL, C.S.B.; BARBOSA, R.M. Diferenças e similaridades entre mulheres que vivem e não vivem com HIV: aportes do estudo GENIH para a atenção à saúde sexual e reprodutiva. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 33, n. 12 e00057916. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00057916>>. Acesso em: 20 de mar.2021.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

PINTO, L.F.S.N. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2021, v. 30, n.spe1, e2020588. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100013.esp1>>. Acesso em: 10 de mar. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. Juiz de Fora se torna primeira cidade do interior a contar com processo transexualizador. Disponível em: : <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=71449> Acesso em 20 de julho de 2021.

PRODANOV, C.C.; DE FREITAS, E.C. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico 2ª Edição. Editora Feevale, 2013.

REIS, C.; ZUCCO, L. Saúde sexual e saúde reprodutiva no cárcere. *Fronteiras: Revista Catarinense de História*, n. 33, p. 66-86, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.edu.br/index.php/FRCH/article/view/10827>> Acesso em: 10 de mar.2020

RODRIGUES, F.D. (Des)caminhos em busca de cuidado: uma análise da rede de assistência a saúde para pessoas transexuais e travestis em Juiz de Fora. Minas Gerais. Tese (Doutorado em psicologia). Universidade Federal de Juiz de Fora. Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-graduação em Psicologia, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/6826>> Acesso em: 14 de mar.2021.

SANCHO, L.G.; DAIN, S. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 765-774, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/mBcHL8dtMmBrXJg33cCjb8F/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 20 de mar. 2020.



SANTOS, B.R. et al. Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas. Benedito Rodrigues dos Santos. Brasília: INDICA, 2017. 108 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Subsecretaria de Gestão Regional. Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: <[www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)>. Acesso em: 26 de setembro 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Boletim Especial Macrorregião Sudeste.nº6, 2020. Disponível em: <[https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/boletim/09-setembro/1409/Boletim\\_Especial\\_URS\\_Juiz\\_de\\_Fora\\_Uba%CC%81\\_Manhuac%CC%A7u\\_e\\_Leopoldina\\_n%C2%BA\\_6.pdf](https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/boletim/09-setembro/1409/Boletim_Especial_URS_Juiz_de_Fora_Uba%CC%81_Manhuac%CC%A7u_e_Leopoldina_n%C2%BA_6.pdf)>. Acesso em: 26 de setembro de 2021. Acesso em: 26 de setembro de 2021

SILVA, L.M.V. et al. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A. SILVA, L.M.V (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 207-253

SOUZA, M.D. Atuação da Enfermeira na Educação em Saúde Grupal em Direitos Sexuais/Reprodutivos na Atenção Básica. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

TANAKA, O.Y. Avaliação em Saúde: Novos tempos, Novas construções. In: TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L.; ALMEIDA, C.A.L.(Org.). Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 1ª. Ed. 2017.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, p. 121-136, 2004.

TRIGUEIRO, T.H. et al. Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 27, n. 1, 2018.

VIEIRA, E.M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: Berquó E, organizador. Sexo e vida: panorama de saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp; 2003. p. 151-96

VILLELA, W. Experiências anteriores com indicadores de saúde sexual e reprodutiva. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006. 63-76 p.

VIEIRA, E.M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Elza Bérquo (Org.). Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. 151-90p.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação de políticas e programas de saúde. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2014. 110 p.

WISDOM, J.; CRESWELL, J.W. Mixed methods: integrating quantitative and qualitative data collection and analysis while studying patient-centered medical home models. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção primária à saúde - agora mais do que nunca. Genebra: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommendations for augmentation of labour: highlights and key messages from World Health Organization's 2014 global recommendations. World Health Organization, 2015.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Fundo de População das Nações Unidas. Pobreza menstrual no Brasil: Desigualdades e violações de direitos. 2021. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/14456/file/dignidade-menstrual\\_relatorio-unicef-unfpa\\_maio2021.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/14456/file/dignidade-menstrual_relatorio-unicef-unfpa_maio2021.pdf) Acesso em: 30 de junho de 2021

**APÊNDICE A** - Documentos governamentais direcionados atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica

Quadro 13 - Lista de documentos encontrados no *site* do Departamento de Atenção Básica, com enfoque na saúde sexual e reprodutiva, segundo ano, tipo de documento, título e referência, 2019.

<b>ANO</b>	<b>TÍPO DE DOCUMENTO/ MATERIAL DE COMUNICAÇÃO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
2006	Livro / Publicações - Cadernos	HIV/Aids, hepatites e outras DST (Cadernos de Atenção Básica, n. 18)	(BRASIL, 2006c)
2010	Livro / Publicações - Cadernos	Saúde sexual e saúde reprodutiva (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)	(BRASIL, 2010)
2011	Lei / Legislações	Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011 (Rede Cegonha)	(BRASIL, 2011)
2012	Lei /Legislações	Portaria Nº 77, de 12 de Janeiro de 2012 (Testes rápidos APS)	(BRASIL, 2012a)
2013	Livro /Publicações – cartilhas, guias e manuais	Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes	(BRASIL, 2013b)
2013	Cartilha / Publicações	Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica	(BRASIL, 2013d)
2016	Guia/ Publicações	Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres	(BRASIL, 2016a)

Fonte: A autora, 2019.

**APÊNDICE B - Documentos governamentais direcionados a atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde**

Quadro 14 - Lista de documentos encontrados no *site* da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, com enfoque a saúde sexual e reprodutiva, segundo ano, tipo de documento, título e referência. 2019.

<b>ANO</b>	<b>TÍPO DE DOCUMENTO/ MATERIAL DE COMUNICAÇÃO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>
1996	Política Nacional	Planejamento Familiar	(BRASIL, 1996)
1999	Política Nacional	Política nacional de DST/Aids princípios, diretrizes e estratégias	(BRASIL, 1999)
2004	Política Nacional	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes	(BRASIL, 2004)
2005	Cartilha / Publicações	Direitos sexuais e Direitos reprodutivos uma prioridade do governo	(BRASIL, 2005c)
2005	Política Nacional / Portaria Legislação	Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida	(BRASIL, 2005b)
2009	Política Nacional	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem Princípios e Diretrizes	(BRASIL, 2009c)
2009	Nota técnica	Nota técnica nº 13/2009/GAB/PN-DST-Aids/SVS/MS)	(BRASIL, 2009b)
2009	Manual técnico	Direitos sexuais e reprodutivos na integralidade da atenção à saúde de pessoas com deficiência	(BRASIL, 2009d)
2010	Política Nacional	Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	(BRASIL, 2010)
2013	Guia técnico/ Publicações	Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico	(BRASIL, 2013c)
2013	Livro / Publicações - Cadernos	Saúde sexual e saúde reprodutiva (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)	(BRASIL, 2013a)
2017	Manual técnico	Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica	(BRASIL, 2017a)
2018	Manual técnico / Publicações	Saúde sexual e saúde reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado	(BRASIL, 2018b)
2018	Manual técnico/ Publicações	Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva	(BRASIL, 2018a)
2018	Cartilha/ Publicações	Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança	(BRASIL, 2018c)
2018	Manual técnico/ Protocolo clínico	Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Prevenção da Transmissão vertical de HIV, sífilis e Hepatites virais	(BRASIL, 2018e)

Fonte: A autora, 2019.

**APÊNDICE C – Matriz de análise do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva na Atenção Primária à Saúde**

Sub dimensão	Critérios	Parâmetros	Descrição do valor máximo esperado	Respondente	Valor total atribuído por subdimensão	Fórmula Grau de implantação
<b>Dimensão: ESTRUTURA (17pts)</b>						
Recursos humanos	Profissionais de saúde capacitados em SSR.	A Unidade possui profissionais capacitados para atividades de SSR (BRASIL, 2005c; 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Gestor	9 pontos	Somatório do valor atribuído na dimensão X 100 pontuação máxima esperada (62)
	Gestores capacitados em SSR.	A Unidade possui gestorapitados em atividades de SSR (BRASIL, 2005c; 2013a)	Sim =1 Não = 0	Profissionais		
	Capacitações sobre SSR realizadas em serviço.	A Unidade possui profissionais capacitados em SSR após su formação (JUIZ DE FORA, 2014)	Sim = 1 Não = 0	Gestor		
	Profissional de saúde capacitado na Língua Brasileira de Sinais.	A Unidade possui condições para atenção específica ao portador de deficiência na APS (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Gestor		
	Equipe da Estratégia de Saúde da Família.	A Unidade possui equipe da estratégia de saúde da família completa (BRASIL,2017)	Sim = 1 Não = 0	Gestor		
	Enfermeiro atuante na atividade educativa de SSR.	A Unidade possui enfermeiro atuando nas atividades educativas de SSR(JUIZ DE FORA, 2014).	Sim = 1 Não = 0	Gestor		
	Médico atuante na atividade educativa de SSR.	A Unidade possui médicos atuando nas atividades educativas de SSR (JUIZ DE FORA, 2014).	Sim = 1 Não = 0	Gestor		
	Equipe multiprofissional atuando na atividade educativa de SSR.	A Unidades possui mais de três profissionais que participam das atividade educativa de SSR (JUIZ DE FORA, 2014).	Sim = 1 Não = 0 .	Gestor		
	Profissionais de saúde atuantes em todas atividades de SSR oferecidas na unidade.	A Unidade possui profissionais que atuam nas atividades educativas , de assistência clínica e de acolhimento/aconselhamento em SSR (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
Espaço físico	Sala para grupos educativos.	A Unidade possui um ambiente em separado e adequado para grupos educativos que preserva a privacidade do usuário (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	2 Pontos	
	Sala para grupos educativos sem problemas estruturais	A Unidade não possui problemas estruturais no no ambiente de realização dos grupos educativos (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
Recursos materiais	Recursos de mídia para uso em atividade educativa sobre SSR	A Unidade possui recursos de mídia para uso em atividade educativa (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	4 Pontos	

	Materiais educativos para ações de promoção da SSR	A Unidade possui materiais educativos para atividade educativa de SSR (BRASIL, 2005c).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Disponibilidade de materiais educativos da atividade educativa de SSR	A Unidade possui materiais educativos para disponibilizar aos participantes das atividade educativa de SSR (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Disponibilidade de preservativos masculinos nas atividade educativa de SSR	A Unidade possui preservativo masculino para disponibilizar nas atividade educativa de SSR (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
Normas e protocolos	Disponibilidade de protocolos e normas para a promoção da SSR	A Unidade possui protocolos e normas para atividade educativa de SSR (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Gestor	2 Pontos	
	Seguimento de protocolos e normas para a promoção da SSR	A Unidade segue protocolo de atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Gestor		
<b>Dimensão: PROCESSO (45 pts)</b>						
Atividades educativas	Promoção de atividade educativa voltadas para atenção à SSR	A Unidade realizou atividade educativa de SSR no último ano (JUIZ DE FORA, 2014; BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	30 Pontos	
	Promoção de mais de duas atividade educativa de SSR ao ano	A Unidade realizou duas ou mais atividades educativas de SSR em 2019 (JUIZ DE FORA, 2014).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Promoção de AE voltadas para atenção à SSR de gestantes	A Unidade realizou atividade educativa de SSR para gestantes no último ano (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Promoção de um grupo de gestantes a cada três meses.	A Unidade realizou grupos educativos para gestantes no último ano (JUIZ DE FORA, 2014)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Promoção de atividade educativa de SSR nas escolas da sua área de abrangência.	A Unidade realizou grupos educativos de SSR em escolas no último ano (BRASIL, 2013a; JUIZ DE FORA, 2014).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Promoção de mais de duas nas atividade educativa de SSR nas escolas da área de abrangência da Unidade.	A Unidade realizou de duas ou mais atividades educativas de SSR em escolas em 2019 (BRASIL, 2013)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Planejamento reprodutivo como temática abordada nas atividade educativa de SSR.	O Planejamento reprodutivo foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Saúde sexual (sexualidade, disfunções sexuais e infertilidade) como temática abordada nas atividade educativa de SSR.	A saúde sexual foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		

Atividade educativa (continuação)	Violência doméstica e sexual como temática abordada nas atividade educativa de SSR.	A violência doméstica e sexual foram um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a; JUIZ DE FORA, 2014).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	“Climatério” como temática abordada nas atividade educativa de SSR	O climatério foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Saúde sexual e reprodutiva do Homem como temática abordada nas atividade educativa de SSR	A saúde sexual e reprodutiva do homem foi um dos tema nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade no em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	“Sexualidade e gênero” como temática abordada nas atividade educativa de SSR	A sexualidade e gênero foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Doenças sexualmente transmissíveis como temática abordada nas atividade educativa de SSR	As doenças sexualmente transmissíveis foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Infertilidade como temática abordada nas atividade educativa de SSR	Infertilidade foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Teste rápido HIV/Aids como temática abordada nas atividade educativa de SSR	Teste rápido HIV/Aids foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Métodos contraceptivos como temática abordada nas atividade educativa de SSR	Métodos contraceptivos foram um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Pré-natal como temática abordada nas atividade educativa de SSR	Pré-natal foi um dos temas da abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Puerpério como temática é temas abordada nas atividade educativa de SSR	Puerpério foi um dos temas abordados na atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	A SSR como temática transversal abordada em outras atividade educativa.	Temáticas relativas à SSR foram abordadas em outras atividade educativa realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
Promoção de atividade educativa sobre SSR para pessoas com deficiência	A Unidade realizou atividade educativa de SSR para pessoas com deficiência em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais			

Atividade educativa (continuação)	Promoção de atividade educativa sobre SSR para população LGBTQIA+	A Unidade realizou atividade educativa de SSR para população LGBTQIA+ em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	
	Promoção de atividade educativa sobre SSR para profissionais do sexo	A Unidade realizou atividade educativa de SSR para profissionais do sexo em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	
	Promoção de atividade educativa sobre SSR para pessoas em situação prisional	A Unidade realizou atividade educativa de SSR para pessoas em situação prisional em 2019(BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	
	Promoção de atividade educativa sobre SSR para adolescentes.	A Unidade realizou atividade educativa de SSR para adolescentes em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	
	Busca ativa de pessoas que se inscreveram na atividade educativa de SSR e não compareceram.	A Unidade realizou busca ativa de usuários faltosos que demandaram atividade educativa de SSR em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	
	Inclusão dos homens na atividade educativa de SSR.	A Unidade realizou a captação e inclusão de homens nas ações de atenção à SSR em 2019 (BRASIL, 2013a;BRASIL,2009).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	
	Promoção de campanhas anuais de prevenção do câncer de colo do útero (Janeiro Verde)	A Unidade promoveu campanhas de prevenção do câncer de colo, mama, pênis e próstata em 2019. (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Gestor	
	Promoção de campanhas anuais de prevenção do câncer de mama (Outubro Rosa)	A Unidade promoveu campanhas de prevenção do câncer mama em 2019. (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Gestor	
	Promoção de campanhas anuais de prevenção do câncer de próstata (Novembro Azul)	A Unidade promoveu campanhas de prevenção do câncer de próstata e de pênis em 2019. (BRASIL, 2013a; BRASIL,2009)	Sim = 1 Não = 0	Gestor	
	Promoção de campanhas anuais de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dezembro vermelho)	A Unidade promoveu campanhas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis em 2019. (BRASIL, 2013a; BRASIL,2017)	Sim = 1 Não = 0	Gestor	
Acolhimento/ aconselhamento	Acolhimento individual para orientação de uso do método contraceptivo	A Unidade ofereceu acolhimento individual ou com o casal para aconselhar e orientar sobre o uso dos métodos contraceptivos em 2019 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 1996).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	8 Pontos
	Acolhimento para orientação e aconselhamento planejamento	A Unidade ofereceu acolhimento individual ou com o casal para aconselhar e orientar sobre	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	



	reprodutivo	planejamento reprodutivo em 2019 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 1996)				
	Aconselhamento pré-concepcional	A Unidade ofereceu aconselhamento pré-concepcional em 2019 (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Acompanhamento do método contraceptivo	A Unidade ofereceu atendimento para acompanhamento do método contraceptivo em 2019 (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Acolhimento para Teste rápido HIV/Aids	A Unidade ofereceu acolhimento para teste rápido HIV/Aids em 2019 (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Acolhimento de vítimas de abuso sexual ou violência doméstica	A Unidade ofereceu acolhimento as vítimas de abuso sexual ou violência doméstica em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Acolhimento para mulheres que passaram por situação de aborto	A Unidade ofereceu acolhimento as mulheres que passaram por situação de aborto em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Acolhimento para casos de infertilidade	A Unidade ofereceu acolhimento para casais ou pessoas com dificuldade de engravidar em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
Planejamento e gestão do cuidado	Presença de registros das atividades educativas de SSR	A Unidade possuía sistemas de informação e/ou registros das atividades educativas da SSR. (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Gestor	7 Pontos	
	Divulgação das atividades educativas de SSR	As atividades educativas de SSR na Unidade são divulgadas para a população (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Fluxo padronizado da atenção à SSR.	A atenção à SSR na Unidade possuía um fluxo padronizado (JUIZ DE FORA, 2014).	Sim = 1 Não = 0	Gestor		
	Rotina de atividades educativas de SSR.	A Unidade possuía um cronograma das atividades educativas de SSR em 2019. (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Gestor		
	Regularidade das atividades educativas de SSR	A Unidade possuía oferta regular de atividades educativas de SSR em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Agendamento da AE de SSR	A Unidade realizava agendamento e inscrições para atividades educativas de SSR em 2019. (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Planejamento das atividades educativas de SSR	A Unidade realizava planejamento das atividades educativas em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		

Legenda: APS — Atenção Primária à Saúde. AE — Atividade educativa. SSR — Saúde Sexual e Reprodutiva. MAC — Métodos anticoncepcionais. IST — Infecção Sexualmente Transmissível. Aids — Síndrome da imunodeficiência adquirida. HIV — Vírus da Imunodeficiência Humana. HPV — Papilomavírus Humano.

Fonte: A autora, 2019. A partir dos documentos citados.

**APÊNDICE D – Matriz de análise do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva**

Sub dimensões	Critérios	Parâmetro	Descrição do valor máximo esperado	Respondente	Valor total atribuído por subdimensão	Fórmula Grau de implantação	
<b>Dimensão: ESTRUTURA (19 pts)</b>							
Recursos humanos	Profissional capacitado para inserção do DIU.	A Unidade possuía profissional capacitado para inserção do DIU em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Gestor	4 Pontos	Somatório do valor atribuído na dimensão / pontuação máxima esperada (46) X 100	
	Profissional capacitado para teste rápido para sífilis	A Unidade possuía profissional capacitado para realização de teste rápido de sífilis em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Gestor			
	Profissional capacitado para teste rápido HIV	A Unidade possuía profissional capacitado para teste rápido de HIV em 2019 (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Gestor			
	Médico e enfermeiro atuante na assistência clínica.	A Unidade possuía médico e enfermeiro atuando na assistência clínica à SSR em 2019 (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Gestor			
Medicamentos e insumos	Disponibilidade de teste rápido de detecção de HIV.	A Unidade possuía teste rápido para detecção do HIV em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	15 Pontos		Somatório do valor atribuído na dimensão / pontuação máxima esperada (46) X 100
	Disponibilidade de testagem para sífilis.	A Unidade possuía teste para sífilis (teste rápido ou sorológico em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais			
	Disponibilidade de teste de gravidez	A Unidade possuía teste de gravidez tipo Pregnosticon (na urina) ou o $\beta$ HCG (no sangue) em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais			
	Disponibilidade de vacina para Hepatite B	A Unidade possuía vacina para Hepatite B em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais			
	Disponibilidade de vacina para o HPV	A Unidade possuía vacina de HPV em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais			
	Disponibilidade de Penicilina Benzatina (Benzetacil®) e/ou ceftriaxona	A Unidade possuía Penicilina Benzatina para tratamento da sífilis na gestação, ou em situação de desabastecimento da penicilina, de ceftriaxona 1g para gestantes com sífilis latente recente (BRASIL, 2019).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais			
	Disponibilidade de Dispositivo Intrauterino e Kit de inserção	A Unidade possuía disponibilidade do kit de inserção do DIU em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais			
	Disponibilidade de Diafragma	A Unidade possuía disponibilidade de Diafragma em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais			
	Disponibilidade de Minipílula (noretisterona 0,35 mg).	A Unidade possuía disponibilidade de minipílula em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais			

	Disponibilidade de pílula combinada de baixa dosagem disponível na unidade.	A Unidade possuía disponibilidade de anticoncepcional hormonal oral combinado de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg) em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Disponibilidade de contracepção de emergência.	A Unidade possuía disponibilidade de contracepção de emergência (levonorgestrel 0,75 mg) em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Disponibilidade de anticoncepcional injetável de uso mensal disponível na unidade.	A Unidade possuía disponibilidade de anticoncepcional hormonal injetável mensal (enantato de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg) em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Disponibilidade de anticoncepcional injetável de uso trimestral disponível na unidade.	A Unidade possuía disponibilidade de anticoncepcional hormonal injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg) em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Disponibilidade de preservativo feminino na unidade.	A Unidade possuía disponibilidade de preservativo feminino em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Disponibilidade de preservativo masculino na unidade.	A Unidade possuía disponibilidade de preservativo masculino em 2019 (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
<b>Dimensão: PROCESSO (28 pts)</b>						
Atenção à Saúde	Oferta de assistência clínica no planejamento reprodutivo	A Unidade oferece assistência clínica no planejamento reprodutivo (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2002).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	13 Pontos	Somatório do valor atribuído na dimensão / pontuação máxima esperada (28) X 100
	Oferta de assistência clínica no cuidado ao pré-natal e no período puerperal	A Unidade oferece consulta médica e de enfermagem no cuidado ao pré-natal e no período puerperal (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Oferta de assistência clínico-ginecológica	A Unidade oferece assistência clínico-ginecológica (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Oferta de assistência clínica e tratamento sintomático em casos de IST.	A Unidade oferece tratamento sintomático em casos de IST (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Oferta de assistência clínica em Saúde sexual e reprodutiva para mulher no período do climatério	A Unidade oferece assistência clínica em saúde sexual e reprodutiva para mulher no climatério (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Oferta de assistência clínica pré-concepcional	A Unidade oferece assistência clínica para avaliação pré-concepcional (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Cumprimento das normas de elegibilidade para prescrição	A prescrição do MAC na Unidade é feita com base nos critérios de elegibilidade (BRASIL,	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		

	do método contraceptivo	2013a)				
	Abordagem da infertilidade em nível primário	A Unidade oferece orientação e encaminhamento dos casos de infertilidade para outros serviços (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Assistência clínica para mulheres que passaram por situação de aborto.	A Unidade oferece assistência clínica em casos de aborto (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Assistência clínica para atendimento de demandas relacionadas à saúde sexual.	A Unidade oferece assistência clínica à saúde sexual (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Assistência clínica para inserção do dispositivo intra-uterino.	Unidade realiza inserção de Dispositivo Intrauterino. (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Oferta de testes para o diagnóstico de gravidez.	A Unidade realiza teste de gravidez.	Sim = 1 Não = 0	Gestor		
	Oferta de testes rápido para diagnóstico de HIV	Unidade realiza teste rápido de HIV.	Sim = 1 Não = 0	Gestor		
Vigilância em saúde	Acompanhamento dos casos HIV/Aids.	A Unidade acompanha usuários portadores de HIV/Aids (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais	7 Pontos	
	Encaminhamento e acompanhamento de casos de esterilização cirúrgica.	A Unidade encaminha e acompanha pessoas que optaram pela esterilização cirúrgica (BRASIL, 2013a; 1996).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Agendamentos subsequentes para monitoramento dos efeitos colaterais dos MAC ou insatisfação com o método escolhido.	A Unidade realiza acompanhamento das usuárias de métodos contraceptivos hormonais (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Busca ativa de parceiros de gestantes diagnosticadas com sífilis.	A Unidade realiza busca ativa de parceiros de gestantes com sífilis (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Abordagem da SSR na visita domiciliar.	A Unidade aborda aspectos relacionados à SSR durante a visita domiciliar (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		
	Sífilis congênita entre as gestantes que realizaram o pré-natal na unidade nos últimos três anos.	Houve caso(s) de sífilis congênita entre as gestantes que realizaram o pré-natal na unidade nos últimos três anos (2017-2019).	Sim = 0 Não = 1	Profissionais		
	Situação vacinal das pessoas que procuram assistência clínica à SSR.	A Unidade avalia a situação vacinal dos usuários que procuram a atenção à saúde sexual e reprodutiva	Sim = 1 Não = 0	Profissionais		

Planejamento e gestão do cuidado	Abastecimento e dispensação dos métodos contraceptivos.	A Unidade realiza um planejamento para previsão e provisão de vacinas, medicamentos e contraceptivos mais utilizados para a SSR (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Gestor	8 Pontos
	Sistema de referência e contra-referência para atenção à SSR.	A Unidade possui sistema de referência e contrarreferência para atenção à SSR bem definido (JUIZ DE FORA, 2014)	Sim = 1 Não = 0	Gestor	
	Sistema de referência e contra-referência para laqueadura e vasectomia	A Unidade possui sistema de referência e contrarreferência para laqueadura e vasectomia estabelecido. (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Gestor	
	Sistema de referência e contra-referência para o tratamento de infertilidade.	A Unidade possui sistema de referência e contrarreferência para tratamento de infertilidade estabelecido (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Gestor	
	Sistema de referência e contra-referência para terapia hormonal.	A Unidade possui sistema de referência e contrarreferência para terapia hormonal estabelecido (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Gestor	
	Monitoramento e avaliação das ações de saúde sexual e reprodutiva.	A Unidade possui rotina de monitoramento e avaliação das ações de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Gestor	
	Controle de dispensação de método contraceptivo.	A Unidade possui impresso de controle e dispensação de métodos contraceptivos (BRASIL, 2013a).	Sim = 1 Não = 0	Gestor	
	Flexibilidade e disponibilidade dos horários de atendimento.	A Unidade possui horário flexível de atendimento à SSR (BRASIL, 2013a)	Sim = 1 Não = 0	Gestor	

Legenda: SSR — Saúde Sexual e Reprodutiva. DIU — Dispositivo Intrauterino. HIV — Vírus da Imunodeficiência Humana. HPV— Papilomavírus Humano. MAC — Métodos Anticoncepcionais. IST — Infecção Sexualmente Transmissível. AIDS — Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Fonte: A autora, 2019. A partir dos documentos citados.

## APÊNDICE E – Questionário para o gestor da Unidade de Saúde

Caro (a) profissional,

Este questionário enquadra-se em uma investigação no âmbito de uma tese de doutorado em Saúde Coletiva, realizada no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sua contribuição é extremamente relevante para melhor conhecer as ações e serviços de saúde sexual e reprodutiva oferecidos pela Estratégia de Saúde da Família. Os resultados poderão contribuir na elaboração de recomendações e propostas em prol de melhorias desta ações.

As respostas às questões serão analisadas em conjunto, preservando o sigilo da identidade dos participantes por isso o questionário é anônimo. **Não** coloque sua identificação em nenhuma das folhas. **Não** assine o questionário. Destacamos que não existem respostas certas ou erradas. Por isso solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz (X) a sua opção de resposta.

Agradecemos a sua colaboração!

### I. Identificação

Questionário número: \_\_\_\_\_

Data de recebimento do questionário: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de recolhimento do questionário: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### II. Informações sobre respondente

1.	Quanto tempo atua como gestor nesta unidade ( ) até 6 meses ( ) de 6 meses a 1 ano ( ) de 1 a 2 anos ( ) mais de 2 anos
2.	Qual a sua formação na graduação? ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Odontólogo ( ) Outro Especifique: _____
3.	Possui especialização em Saúde da Família? Não ( ) Sim ( )
4.	Possui capacitação em gestão? Não ( ) Sim ( )
5.	No momento, está participando de alguma capacitação? Não ( ) Sim ( ) Se sim, qual? _____
6.	Já participou de alguma capacitação e/ou curso sobre atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( )

### III. Informações sobre a unidade e os serviços de saúde sexual e reprodutiva

7.	Região Sanitária: _____
8.	Unidade de Saúde: _____
9.	Localização da unidade: ( ) Central Urbana                      ( ) Periférica                      ( ) Rural Urbana
10.	Telefone da unidade: _____
11.	E-mail de contato: _____
12.	Número de equipes ESF: _____ Número de equipes ESF completas: _____
13.	Número total de profissionais por equipe de ESF: Equipe 1: _____ Equipe 2: _____ Equipe 3: _____ Equipe 4: _____ Equipe 5: _____
14.	A Unidade é local de ensino ou campo de treinamento? Não ( ) Sim ( ). Se sim, especifique com X abaixo: Graduação de Enfermagem ( ) Graduação em Medicina ( ) Técnico/auxiliares de enfermagem( ) Graduação de outros cursos da área de saúde ( ) Residentes de qualquer área( )
15.	Algum profissional da Unidade recebeu capacitação em: <b>(possível marcar várias respostas)</b> Inserção de DIU: ( ) Na língua brasileira de sinais: ( ) Teste rápido de sífilis: ( ) Teste rápido de HIV: ( ) Outras atividades relacionadas a SSR: ( ) Se sim, especifique: _____
16.	A Unidade possui rotinas ou agendas para atividades educativas? Não ( ) Sim ( )
17.	A Unidade realizou atividades educativas relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva no ano de 2019? Não ( ) Sim ( ) Quantos profissionais participam da atividade educativa de Saúde Sexual e Reprodutiva? _____ Especifique a categoria profissional: _____
18.	Existe registros das ações de promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva oferecidas na unidade? Não ( ) Sim ( )
19.	Onde são realizadas as atividades educativas de Saúde Sexual e Reprodutiva? <b>(possível marcar várias respostas)</b> Unidade de Saúde em sala específica para grupos educativos: ( ) Escolas: ( ) Sala de espera: ( ) Outros espaços: ( ) Se outros, especifique: _____
20.	A Unidade possui protocolos e ou alguma norma para a realização da atividade educativa de Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( )
21.	A Unidade possui equipamentos de mídia (televisão, projetor, DVD, etc) para uso nas atividades educativas de Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( )

22.	A Unidade realiza teste rápido HIV/Aids? Não ( ) Sim ( )
23.	A Unidade realiza teste de gravidez? Não ( ) Sim ( )
24.	Unidade realiza a inserção do Dispositivo Intra Uterino (DIU)? Não ( ) Sim ( )
25.	A Unidade possui rotina de previsão e provisão dos métodos contraceptivos? Não ( ) Sim ( )
26.	Existe algum impresso de controle de dispensação dos métodos contraceptivos? Não ( ) Sim ( )
27.	Existe algum tipo de seguimento da clientela usuária de contracepção na Unidade? Não ( ) Sim ( )
28.	Algum critério é considerado para a prescrição do método contraceptivo na Unidade? Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique: _____
29.	Houve falta de algum método contraceptivo na Unidade no ano de 2019? Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique: <b>(possível marcar mais de uma resposta)</b>  Pílula combinada de baixa dosagem: ( ) Minipílula: ( ) Pílula anticoncepcional de emergência: ( ) Anticoncepcional Injetável de uso mensal: ( ) Anticoncepcional Injetável de uso trimestral: ( ) Preservativo masculino: ( ) Preservativo feminino: ( ) Diafragma: ( ) DIU: ( ) Contracepção de emergência: ( )
30.	A Unidade possui referências estabelecidas para: <b>(possível marcar mais de uma resposta)</b> Laqueadura tubária: ( ) Vasectomia: ( ) Infertilidade: ( ) Terapia hormonal: ( ) Outros procedimentos de maior complexidade? ( )
31.	A Unidade segue algum protocolo ou norma para atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique: _____
32.	A Unidade possui algum fluxograma da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( )
33.	A referência e contra-referência da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva está bem definida? Não ( ) Sim ( )
34.	A Unidade promove campanhas anuais sobre os temas abaixo? <b>(possível marcar mais de uma resposta)</b>  DST/Aids ( ) prevenção câncer de mama ( ) prevenção do câncer de colo do útero ( ) prevenção do câncer de próstata ( ) Se outro, especifique: _____



35.	<p>Existe rotina de monitoramento e avaliação das ações de Saúde Sexual e Reprodutiva oferecidas na Unidade?          Não ( ) Sim ( )          Se sim, de que tipo? _____</p>
36.	<p>São realizadas reuniões com a equipe de saúde?          Não ( ) Sim ( )          Se sim, especifique a periodicidade marcando com X abaixo:          Ocasional ( ) Semanal ( ) Quinzenal ( ) Mensal ( )</p>
37.	<p>Os profissionais realizam algum tipo de trabalho coletivo articulado na Unidade?          Não ( ) Sim ( )          Se sim, especifique marcando com X abaixo:          matriciamento ( ) discussão de casos ( ) outros ( )          Se outros, especifique: _____</p>
38.	<p>A Unidade possui algum tipo de flexibilidade de horário para atender as demandas da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva da população?          Não ( ) Sim ( )          Se sim, especifique: _____</p>
39.	<p>Como você julga a implantação da assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva na Unidade?  <b>(Marque só uma das alternativas)</b>          Totalmente Implantada ( )          Parcialmente Implantada ( )          Não Implantada ( )          Justifique sua resposta abaixo:          _____          _____          _____          _____</p>
40.	<p>Na sua opinião, quais as principais dificuldades para a efetiva oferta da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na sua Unidade?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. _____</li> <li>2. _____</li> <li>3. _____</li> <li>4. _____</li> <li>5. _____</li> </ol>
41.	<p>Haveria algo mais que você considere relevante mencionar sobre essa temática para a pesquisadora? (Escreva no verso desta última folha)</p>

## APÊNDICE F – Questionário para o profissional da Estratégia Saúde da Família

Caro (a) profissional,

Este questionário enquadra-se em uma investigação no âmbito de uma tese de doutorado em Saúde Coletiva, realizada no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sua contribuição é extremamente relevante para melhor conhecer as ações e serviços de saúde sexual e reprodutiva oferecidos pela Estratégia de Saúde da Família. Os resultados poderão contribuir na elaboração de recomendações e propostas em prol de melhorias desta ações.

As respostas às questões serão analisadas em conjunto, preservando o sigilo da identidade dos participantes por isso o questionário é anônimo. **Não** coloque sua identificação em nenhuma das folhas. **Não** assine o questionário. Destacamos que não existem respostas certas ou erradas. Por isso solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz (X) a sua opção de resposta.

Agradecemos a sua colaboração!

### I. Identificação

Questionário número: \_\_\_\_\_

Data de recebimento do questionário : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data de recolhimento do questionário: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### II. Perfil do profissional entrevistado

1.	Idade:
2.	Sexo: M ( ) F ( )
3.	Formação: _____
4.	Possui alguma Especialização: Não ( ) Sim ( ) Se sim, especificar: _____
5.	Tempo de atuação na Saúde da Família: ( ) <1 ano ( ) de 1 a 3 anos ( ) 4 a 6 anos ( ) >6 anos
6.	Tempo de atuação na Unidade: ( ) <1 ano ( ) de 1 a 3 anos ( ) 4 a 6 anos ( ) >6 anos
7.	Tempo de atuação na atenção à saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde : ( ) <1 ano ( ) de 1 a 3 anos ( ) 4 a 6 anos ( ) >6 anos
8.	Na sua formação de graduação, recebeu orientação sobre a assistência à Saúde Reprodutiva e Saúde Sexual? Não ( ) Sim ( )
9.	Após sua formação de graduação, recebeu algum tipo de capacitação específica para atuar na atenção à saúde sexual e reprodutiva?

	Não ( ) Sim ( ) Se sim, especificar o(s) tema(s): _____
10.	Você atua em alguma das atividades da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva abaixo listada: <b>(possível marcar várias respostas)</b> Atividades educativas: ( ) Assistência clínica: ( ) Aconselhamento e acolhimento: ( ) Outras ( ) Se sim, especifique: _____
11.	Possui capacitação na Língua brasileira de sinais? Não ( ) Sim ( )
12.	Possui capacitação para inserção do DIU? Não ( ) Sim ( )

### III. Promoção da saúde sexual e reprodutiva

13.	A Unidade ofereceu algum tipo de atividade educativa relacionada à Saúde Sexual e Reprodutiva no ano de 2019? Não ( ) Sim ( )
14.	Existe algum tipo de registro das atividades educativas relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique onde são realizados: _____
15.	Existe algum problema na estrutura e condições do local da atividade educativa de Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique: _____ _____ _____
16.	Qual a periodicidade das atividades educativas relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva realizadas no ano de 2019? Uma (1) vez por semana ( ) Uma (1) vez por mês ( ) Duas (2) vezes por mês ( ) Esporádica ( ) Outro: _____
17.	É realizada a busca ativa de pessoas que demandaram pela atividade educativa de Saúde Sexual e Reprodutiva e não compareceram na Unidade no dia agendado da atividade? Não ( ) Sim ( )
18.	Quem coordena os grupos educativos relacionados à Saúde Sexual e Reprodutiva? <b>(possível marcar várias respostas)</b> Médico: ( ) Enfermeiro: ( ) Técnico de enfermagem : ( )

	Agente Comunitário de Saúde: ( ) Assistente Social : ( ) Odontólogo : ( ) Psicólogo : ( ) Se outro profissional, especifique: _____
19.	Quais desses temas foram alvo de atividades educativas relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva realizadas na Unidade no ano de 2019? <b>(possível marcar várias respostas)</b> Planejamento Reprodutivo: ( ) Teste rápido HIV/Aids: ( ) Acolhimento casais/ indivíduos com dificuldades de engravidar: ( ) Avaliação pré-concepcional: ( ) Abordagem das disfunções sexuais: ( ) Acolhimento individual para prescrição do método contraceptivo: ( ) Acompanhamento do método contraceptivo: ( ) Pré-natal: ( ) Consulta puerperal: ( ) Violência doméstica e/ou abuso sexual: ( ) Promoção da SSR de pessoas com deficiência: ( ) Promoção da SSR da população LGBTI: ( ) Promoção da SSR de pessoas em situação de prisão: ( ) Promoção SSR de jovens e adolescentes na escola: ( ) Promoção SSR de jovens e adolescentes na unidade: ( ) Promoção SSR de pessoas que exercem a prostituição: ( ) Grupos para mulheres no climatério: ( ) Prevenção IST/Aids: ( ) Saúde do Homem: ( ) Saúde Sexual (disfunções sexuais e infertilidade): ( ) Outros, especifique: _____ _____
20.	Você possui dificuldades em abordar algum dos temas relacionados à Saúde Sexual e Reprodutiva: <b>(possível marcar várias respostas)</b> Prescrição e manejo dos métodos contraceptivos: ( ) Avaliação das contra-indicações dos métodos contraceptivos: ( ) Violência doméstica: ( ) Abuso sexual: ( ) Manejo de efeitos colaterais dos métodos: ( ) Sexualidade: ( ) Aborto: ( ) Orientação sexual : ( ) Identidade de gênero : ( ) Disfunções sexuais : ( ) Infertilidade : ( ) Outros, especifique: _____ _____
21.	Foi realizado grupos educativos direcionados à Saúde Sexual e Reprodutiva foram realizados na Unidade no ano de 2019? <b>( Se não foi realizado marque 0)</b> Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique quantos: _____
22.	Foi realizado grupos educativos para gestantes foram realizados na Unidade no ano de 2019? <b>( Se não foi realizado marque 0)</b>

	Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique quantos: _____
23.	Foi realizado grupos educativos de Saúde Sexual e Reprodutiva foram realizados em escolas no ano de 2019? <b>( Se não foi realizado marque 0)</b> Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique quantos: _____
24.	A Unidade possui estratégias de captação e inclusão de homens nas atividades educativas de Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( )
25.	A Unidade possui estratégias de captação e inclusão das pessoas nas atividades educativas de Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( )
26.	Assinale as opções que representa os participantes das atividades educativas relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva realizadas na Unidade no ano de 2019. <b>(possível marcar várias respostas)</b> Adolescentes ( ) Mulher adulta ( ) Mulher acima dos 50 anos de idade ( ) Homem adulto ( ) Homem acima de 50 anos de idade ( ) Pessoas que já possuem filhos ( ) Público diversificado ( ) Pessoas portadoras de deficiência ( ) População LGBTIA+ ( )  Outros, especifique: _____
27.	Você aborda temas da saúde sexual e reprodutiva em outros grupos educativos? Não ( ) Sim ( )
28.	O serviço dispõe de material educativo para uso nas atividades educativas relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( ) Se sim, quais? <b>(possível marcar várias respostas)</b> Álbum seriado ( ) Fita de vídeos ( ) Cartazes explicativos ( ) Artigos usados para aulas e demonstrações, como tais mamas, bonecos, protótipos de vaginas, pênis, útero ( ) Outros, especifique: _____
29.	É disponibilizado algum material educativo (folders, cartilhas, etc) aos participantes das atividades educativas relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( )
30.	A Unidade disponibiliza algum material educativo (folders, cartilhas, etc) relacionados à Saúde Sexual e Reprodutiva para os seus usuários (não participantes das atividades educativas)? Não ( ) Sim ( )

31.	Existem preservativos masculinos disponíveis na Unidade para oferta nas ações educativas Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( )
32.	Existe alguma forma de divulgação das atividades educativas de Saúde Sexual e Reprodutiva ? Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique: _____
33.	Existe alguma forma de planejamento das atividades educativas Saúde Sexual e Reprodutiva ? Não ( ) Sim ( ) Se sim, especifique: _____
34.	Como os usuários são inscritos nas atividades educativas relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva? <b>(possível marcar várias respostas)</b> Iniciativa das pessoas: ( ) Encaminhamento do Agente Comunitário de Saúde: ( ) Encaminhamento por algum outro profissional de Saúde: ( ) Se outros, especifique: _____

#### VI. Assistência à saúde sexual e reprodutiva

35	Assinale as <b>atividades assistenciais (consulta médica e ou consulta de enfermagem)</b> oferecidas na Unidade? <b>(possível marcar várias respostas)</b> Planejamento Reprodutivo: ( ) Acolhimento casais/ indivíduos com dificuldades de engravidar: ( ) Avaliação e aconselhamento pré-concepcional: ( ) Acolhimento individual para prescrição e uso método contraceptivo: ( ) Acompanhamento do método contraceptivo: ( ) Pré-natal: ( ) Consulta puerperal: ( ) Acolhimento de vítimas de violência doméstica e/ou abuso sexual: ( ) Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva de pessoas com deficiência: ( ) Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva da população LGBTI: ( ) Promoção Saúde Sexual e Reprodutiva de jovens e adolescentes na escola: ( ) Promoção Saúde Sexual e Reprodutiva de jovens e adolescentes na unidade: ( ) Promoção Saúde Sexual e Reprodutiva de pessoas que exercem a prostituição: ( ) Atendimento a mulheres no climatério: ( ) Tratamento sintomático de IST (DST): ( ) Aconselhamento para teste rápido HIV/Aids: ( ) Atenção à Saúde Sexual (disfunções sexuais e infertilidade) : ( ) Acolhimento a mulheres que passam pela situação de aborto: ( ) Assistência clínico ginecológica: ( ) Acompanhamento de pessoas portadoras do HIV/Aids: ( ) Acompanhamento de usuários que optaram pela esterilização cirúrgica: ( ) Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva de pessoas em situação prisional: ( )
36	A Unidade realiza avaliação da situação vacinal dos cartões dos usuários que procuram a unidade para assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva?

	Não ( ) Sim ( )
37	Existe fluxo padronizado para atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Unidade?
38	Durante a visita domiciliar você orienta sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva? Não ( ) Sim ( )
39	Quais insumos estão disponíveis na Unidade? <b>(Considere os três últimos meses)</b> Pílula combinada de baixa dosagem: Não ( ) Sim ( ) Minipílula: Não ( ) Sim ( ) Pílula anticoncepcional de emergência: Não ( ) Sim ( ) Anticoncepcional Injetável de uso mensal: Não ( ) Sim ( ) Anticoncepcional Injetável de uso trimestral: Não ( ) Sim ( ) Preservativo masculino: Não ( ) Sim ( ) Preservativo feminino: Não ( ) Sim ( ) Diafragma: Não ( ) Sim ( ) DIU: Não ( ) Sim ( ) Contracepção de emergência: Não ( ) Sim ( ) Vacina HPV: Não ( ) Sim ( ) Vacina Hepatite B: Não ( ) Sim ( ) Penicilina Benzatina (Benzetacil®): Não ( ) Sim ( ) Kit de inserção do DIU: Não ( ) Sim ( ) Material para teste de gravidez: Não ( ) Sim ( ) Material para teste rápido de HIV: Não ( ) Sim ( )
40	Houve casos de sífilis congênita entre os recém nascidos de gestantes que realizaram o pré-natal na unidade entre 2017 e 2019? Não ( ) Sim ( )  Se sim, foi realizada a busca ativa dos parceiros das gestantes diagnosticadas com sífilis? Não ( ) Sim ( )
41	Na sua opinião, quais as principais dificuldades para a efetiva oferta da atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na sua Unidade?  _____  _____  _____
42	Haveria algo mais que você considere relevante mencionar sobre essa temática para a pesquisadora? (Escreva no verso desta última folha)

## APÊNDICE G – Parâmetros e seus respectivos códigos

Quadro 15 – Códigos dos parâmetros utilizados na avaliação da dimensão Estrutura (E) do componente Promoção (PR) da saúde sexual e reprodutiva.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PARÂMETROS	CÓDIGOS
ESTRUTURA	Recursos humanos	A Unidade possui profissionais capacitados para atividades de SSR (BRASIL, 2005c; 2013a)	1.E.PR
		A Unidade possui profissionais capacitados em SSR após a formação (JUIZ DE FORA, 2014)	2.E.PR
		A Unidade possui gestor capacitado em atividades de SSR (BRASIL, 2005c; 2013a)	3.E.PR
		Unidade com profissionais capacitados na Língua Brasileira de Sinais (BRASIL, 2013a)	4.E.PR
		A Unidade possui equipe da estratégia de saúde da família completa (BRASIL, 2017)	5.E.PR
		A Unidade possui enfermeiro atuando nas atividades educativas de SSR (JUIZ DE FORA, 2014).	6.E.PR
		A Unidade possui médicos atuando nas atividades educativas de SSR (JUIZ DE FORA, 2014).	7.E.PR
		A Unidade que possui mais de três profissionais que participam das atividades educativas de SSR (JUIZ DE FORA, 2014).	8.E.PR
		A Unidade possui profissionais que atuam nas atividades educativas, de assistência clínica e de acolhimento/aconselhamento em SSR (BRASIL, 2013a)	9.E.PR
	Estrutura física	A Unidade possui um ambiente em separado e adequado para grupos educativos que preserve a privacidade do usuário (BRASIL, 2013a).	10.E.PR
		A Unidade não possui problemas estruturais no ambiente de realização dos grupos educativos (BRASIL, 2013a).	11.E.PR
	Recursos materiais	A Unidade possui recursos de mídia para uso em atividade educativa (BRASIL, 2013a).	12.E.PR
		A Unidade possui materiais educativos para atividade educativa de SSR (BRASIL, 2005c).	13.E.PR
		A Unidade possui materiais educativos para disponibilizar aos participantes das atividades educativas de SSR (BRASIL, 2013a).	14.E.PR
		A Unidade possui preservativo masculino para disponibilizar nas atividades educativas de SSR (BRASIL, 2013a).	15.E.PR
	Normas e protocolos	A Unidade possui protocolos e normas para atividade educativa de SSR (BRASIL, 2013a).	16.E.PR
		A Unidade segue protocolo de atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva (BRASIL, 2013a)	17.E.PR

Legenda: E: Estrutura; PR: Promoção da Saúde; SSR: Saúde Sexual e Reprodutiva.

Fonte: A autora, 2021.



**APÊNDICE G – Parâmetros e seus respectivos códigos (continuação)**
**Quadro 16 – Códigos dos parâmetros utilizados para avaliar a dimensão Processo (P), do componente da promoção da saúde (PR) sexual e reprodutiva.**

<b>DIMENSÃO</b>	<b>SUB DIMENSÃO</b>	<b>PARÂMETROS</b>	<b>CÓDIGOS</b>
<b>PROCESSO</b>	<b>Atividade educativa</b>	A Unidade realizou atividade educativa de SSR no último ano (JUIZ DE FORA, 2014; BRASIL, 2013a).	1.P.PR
		A Unidade realizou duas ou mais atividades educativas de SSR em 2019 (JUIZ DE FORA, 2014).	2.P.PR
		A Unidade realizou atividade educativa de SSR para gestantes no último ano (BRASIL, 2013a)	3.P.PR
		A Unidade realizou duas ou mais atividades educativas de SSR em 2019 para gestantes (JUIZ DE FORA, 2014)	4.P.PR
		A Unidade realizou grupos educativos de SSR em escolas no último ano (BRASIL, 2013a; JUIZ DE FORA, 2014).	5.P.PR
		A Unidade realizou de duas ou mais atividades educativas de SSR em escolas em 2019 (BRASIL, 2013)	6.P.PR
		O Planejamento reprodutivo foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	7.P.PR
		A sexualidade e gênero foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL em 2019 (BRASIL, 2013a).	8.P.PR
		As doenças sexualmente transmissíveis foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	9.P.PR
		A saúde sexual foi um dos temas abordados nas atividades educativas de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	10.P.PR
		Infertilidade foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	11.P.PR
		Teste rápido HIV/Aids foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	12.P.PR
		Métodos contraceptivos foram um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	13.P.PR
		Pré-natal foi um dos temas da abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	14.P.PR
		Puerpério foi um dos temas abordados na atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	15.P.PR
		O climatério foi um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	16.P.PR
		A saúde sexual e reprodutiva do homem foi um dos tema nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade no em 2019 (BRASIL, 2013a).	17.P.PR
		A violência doméstica e sexual foram um dos temas abordados nas atividade educativa de SSR realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a; JUIZ DE FORA, 2014).	18.P.PR

	Temáticas relativas à SSR foram abordadas em outras atividade educativa realizadas na Unidade em 2019 (BRASIL, 2013a).	19.P.PR
	A Unidade realizou atividade educativa de SSR para pessoas com deficiência em 2019 (BRASIL, 2013a).	20.P.PR
	A Unidade realizou atividade educativa de SSR para população LGBTQIA+ em 2019 (BRASIL, 2013a).	21.P.PR
	A Unidade realizou atividade educativa de SSR para profissionais do sexo em 2019 (BRASIL, 2013a).	22.P.PR
	A Unidade realizou atividade educativa de SSR para pessoas em situação prisional em 2019(BRASIL, 2013a).	23.P.PR
	A Unidade realizou atividade educativa de SSR para adolescentes em 2019 (BRASIL, 2013a).	24.P.PR
	A Unidade realizou busca ativa de usuários faltosos que demandaram atividade educativa de SSR em 2019 (BRASIL, 2013a).	25.P.PR
	A Unidade realizou a captação e inclusão de homens nas ações de atenção à SSR em 2019 (BRASIL, 2013a;BRASIL,2009).	26.P.PR
	A Unidade realizou campanhas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis em 2019. (BRASIL, 2013a; BRASIL,2017).	27.P.PR
	A Unidade realizou campanhas de prevenção do câncer de colo do útero em 2019. (BRASIL, 2013a)	28.P.PR
	A Unidade realizou campanhas de prevenção do câncer mama em 2019. (BRASIL, 2013a)	29.P.PR
	A Unidade realizou campanhas de prevenção do câncer de próstata e de pênis em 2019. (BRASIL, 2013a; BRASIL,2009)	30.P.PR

Legenda: P: Processo; PR: Promoção da Saúde; AE: Atividade Educativa; SSR: Saúde Sexual e Reprodutiva.

Fonte: A autora, 2021.

**APÊNDICE G – Parâmetros e seus respectivos códigos (continuação)**

Quadro 16 - Códigos dos parâmetros utilizados para avaliar a dimensão Processo (P), do componente da promoção da saúde (PR) sexual e reprodutiva (continuação).

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PARÂMETROS	CÓDIGOS
PROCESSO	Acolhimento e aconselhamento	A Unidade ofereceu acolhimento individual ou com o casal para aconselhar e orientar sobre planejamento reprodutivo em 2019 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 1996)	31. P.PR
		A Unidade ofereceu acolhimento individual ou com o casal para aconselhar e orientar sobre o uso dos métodos contraceptivos em 2019 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 1996).	32. P.PR
		A Unidade ofereceu aconselhamento pré-concepcional em 2019 (BRASIL, 2013a)	33. P.PR
		A Unidade ofereceu atendimento para acompanhamento do método contraceptivo em 2019 (BRASIL, 2013a)	34. P.PR
		A Unidade ofereceu acolhimento para teste rápido HIV/Aids em 2019 (BRASIL, 2013a)	35. P.PR
		A Unidade ofereceu acolhimento as vítimas de abuso sexual ou violência doméstica em 2019 (BRASIL, 2013a).	36. P.PR
		A Unidade ofereceu acolhimento as mulheres que passaram por situação de aborto em 2019 (BRASIL, 2013a).	37. P.PR
		A Unidade ofereceu acolhimento para casais ou pessoas com dificuldade de engravidar em 2019 (BRASIL, 2013a).	38. P.PR
	Planejamento e gestão do cuidado	As atividades educativas de SSR na Unidade são divulgadas para a população (BRASIL, 2013a).	39. P.PR
		A Unidade possui sistemas de informação e/ou registros das atividades educativas da SSR.	40. P.PR
		A Unidade possui um fluxo padronizado de atenção à SSR (JUIZ DE FORA, 2014).	41. P.PR
		A Unidade realiza planejamento das atividades educativas	42. P.PR
		A Unidade possui um cronograma das atividades educativas de SSR.	43. P.PR
		A Unidade possui oferta regular de atividades educativas de SSR.	44. P.PR
		A Unidade realiza agendamento e inscrições para atividades educativas de SSR	45. P.PR

Legenda: P: Promoção da Saúde; PR: Processo; AE: Atividade Educativa; SSR: Saúde Sexual e Reprodutiva. HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana. Aids: Acquired Immunodeficiency Syndrome

Fonte: A autora, 2021.

**APÊNDICE G – Parâmetros e seus respectivos códigos**

Quadro 17 - Códigos dos parâmetros utilizados para avaliar a dimensão Estrutura (P), do componente da Assistência Clínica (AC) à saúde sexual e reprodutiva.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PARÂMETROS	CÓDIGOS
ESTRUTURA	Recursos humanos	A Unidade possuía profissional capacitado para inserção do DIU (BRASIL, 2013a)	1.E.AC
		A Unidade possuía profissional capacitado para realização de teste rápido de sífilis. (BRASIL, 2013a)	2.E.AC
		A Unidade possuía profissional capacitado para teste rápido de HIV (BRASIL, 2013a)	3.E.AC
		A Unidade possuía médico e enfermeiro atuando na assistência clínica à SSR. (BRASIL, 2013a)	4.E.AC
	Medicamentos e insumos	A Unidade possuía teste rápido para detecção do HIV em 2019 (BRASIL, 2013d).	5.E.AC
		A Unidade possuía teste para sífilis (teste rápido ou sorológico em 2019)(BRASIL, 2013d)	6.E.AC
		A Unidade possuía teste rápido de gravidez tipo Pregnosticon (na urina) ou o $\beta$ HCG (no sangue) em 2019 (BRASIL, 2013c).	7.E.AC
		A Unidade possuía vacina para Hepatite B em 2019 (BRASIL, 2013a).	8.E.AC
		A Unidade possuía vacina de HPV em 2019 (BRASIL, 2013a).	9.E.AC
		A Unidade possuía Penicilina Benzatina para tratamento da sífilis na gestação, ou em situação de desabastecimento da penicilina, de ceftriaxona1g para gestantes com sífilis latente recente (BRASIL, 2019).	10.E.AC
		A Unidade possuía disponibilidade do kit de inserção do DIU em 2019 (BRASIL, 2013a).	11.E.AC
		A Unidade possuía disponibilidade de Diafragma em 2019 (BRASIL, 2013a)	12. E.AC
		A Unidade possuía disponibilidade de minipílula (noretisterona 0,35 mg) em 2019. (BRASIL, 2013a)	13. E.AC
		A Unidade possuía disponibilidade de anticoncepcional hormonal oral combinado de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg) em 2019 (BRASIL, 2013a).	14. E.AC
		A Unidade possuía disponibilidade de contracepção de emergência (levonorgestrel 0,75 mg) em 2019 (BRASIL, 2013a).	15. E.AC
		A Unidade possuía disponibilidade de anticoncepcional hormonal injetável mensal (enantato de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg) em 2019 (BRASIL, 2013a).	16. E.AC
		A Unidade possuía disponibilidade de anticoncepcional hormonal injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg) em 2019. (BRASIL, 2013a).	17. E.AC
		A Unidade possuía disponibilidade de preservativo feminino em 2019. (BRASIL, 2013a).	18. E.AC
		Disponibilidade de preservativo masculino na unidade em 2019. (BRASIL, 2013a).	19. E.AC

Legenda: \*E: Estrutura. \*\*AC: Assistência Clínica. HPV: Papilomavírus Humano. DIU: Dispositivo Intrauterino. Fonte: A autora, 2021.

**APÊNDICE G – Parâmetros e seus respectivos códigos (continuação)**

Quadro 18 - Códigos dos parâmetros utilizados para avaliar a dimensão Processo (P), do componente da Assistência Clínica (AC) à saúde sexual e reprodutiva.

<b>DIMENSÃO</b>	<b>SUB DIMENSÃO</b>	<b>PARÂMETROS</b>	<b>CÓDIGOS</b>
<b>PROCESSO</b>	<b>Atenção à saúde</b>	A Unidade oferece assistência clínica no planejamento reprodutivo (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2002).	1. P.AC
		A Unidade oferece consulta médica e de enfermagem no cuidado ao pré-natal e no período puerperal (BRASIL, 2013a)	2. P.AC
		A Unidade oferece assistência clínico-ginecológica (BRASIL, 2013a)	3. P.AC
		A Unidade oferece tratamento sintomático em casos de IST (BRASIL, 2013a).	4. P.AC
		A Unidade oferece assistência clínica em saúde sexual e reprodutiva para mulher no climatério (BRASIL, 2013a).	5. P.AC
		A Unidade oferece assistência clínica para avaliação pré-concepcional (BRASIL, 2013a)	6. P.AC
		A prescrição do MAC na Unidade é feita com base nos critérios de elegibilidade (BRASIL, 2013a)	7. P.AC
		A Unidade oferece orientação e encaminhamento dos casos de infertilidade para outros serviços (BRASIL, 2013a).	8. P.AC
		A Unidade oferece assistência clínica em casos de aborto (BRASIL, 2013a).	9. P.AC
		A Unidade oferece assistência clínica à saúde sexual (BRASIL, 2013a)	10. P.AC
		A Unidade realiza inserção de Dispositivo Intrauterino. (BRASIL, 2013a)	11. P.AC
		A Unidade realiza teste rápido de gravidez. (BRASIL, 2013d)	12. P.AC
		A Unidade realiza teste rápido de HIV e Sífilis. (BRASIL, 2013d)	13. P.AC
	<b>Vigilância em saúde</b>	A Unidade realiza acompanhamento das usuárias de métodos contraceptivos hormonais (BRASIL, 2013a).	14. P.AC
		A Unidade encaminha e acompanha pessoas que optaram pela esterilização cirúrgica (BRASIL, 2013a; 1996).	15. P.AC
		A Unidade avalia a situação vacinal dos usuários que procuram a atenção à saúde sexual e reprodutiva.	16. P.AC
		A Unidade realiza busca ativa de parceiros de gestantes com sífilis (BRASIL, 2013a).	17. P.AC
		A Unidade aborda aspectos relacionados à SSR durante a visita domiciliar (BRASIL, 2013a)	18. P.AC
		A Unidade acompanha usuários portadores de HIV/Aids (BRASIL, 2013a).	19. P.AC
		Houve caso(s) de sífilis congênita entre as gestantes que realizaram o pré-natal na unidade nos últimos três anos (2017-2019).	20. P.AC
	<b>Planejamento e gestão do cuidado</b>	A Unidade possui horário flexível de atendimento à SSR (BRASIL, 2013a)	21. P.AC
		A Unidade realiza um planejamento para previsão e provisão de vacinas, medicamentos e contraceptivos mais utilizados para a SSR (BRASIL, 2013a).	22. P.AC
		A Unidade possui impresso de controle e dispensação de métodos contraceptivos (BRASIL, 2013a).	23. P.AC
		A Unidade possui sistema de referência e contrarreferência para atenção à SSR bem definido (JUIZ DE FORA, 2014)	24. P.AC

		A Unidade possui sistema de referência e contrarreferência para laqueadura e vasectomia estabelecido. (BRASIL, 2013a)	25.P.AC
		A Unidade possui sistema de referência e contrarreferência para tratamento de infertilidade estabelecido (BRASIL, 2013a)	26.P.AC
		A Unidade possui sistema de referência e contrarreferência para terapia hormonal estabelecido (BRASIL, 2013a)	27.P.AC
		A Unidade possui rotina de monitoramento e avaliação das ações de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a)	28.P.AC

Legenda: \*P: Processo. \*\*AC: Assistência Clínica. IST: Infecções sexualmente transmissíveis. DIU: Dispositivo Intrauterino. HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana. SSR: Saúde Sexual e Reprodutiva  
 Fonte: A autora, 2021.

### APÊNDICE H - Parâmetros avaliados por Unidade de saúde

Quadro 19 - Matriz de verificação dos parâmetros observados da dimensão Estrutura do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva nas 24 unidades de saúde que participaram da pesquisa, Juiz de Fora - 2020.

DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	Códigos dos parâmetros*	COMPONENTE - PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA																										
			UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE JUIZ DE FORA																										
			GB	BT	CDS	FM	HU	IG	JL	JE	JC	NSA	NE	PR	RE	SC	SCR	SE	SR	SB	SJT	TX	VE	VI	AG	VOC			
ESTRUTURA	Recursos humanos	1.E.PR																											
		2.E.PR																											
		3.E.PR																											
		4.E.PR																											
		5.E.PR																											
		6.E.PR																											
		7.E.PR																											
		8.E.PR																											
		9.E.PR																											
	Estrutura física	10.E.PR																											
		11. E.PR																											
	Recursos materiais	12.E.PR																											
		13.E.PR																											
		14.E.PR																											
	Normas e Protocolos	15.E.PR																											
		16.E.PR																											
		17.E.PR																											

Legenda: GB: Granjas Bethânia; BT: Barreira do Triunfo; CDS: Cidade do Sol; FM: Furtado de Menezes; HU: Humaitá; IG: Igrejinha; JL: Jardim da Lua; JE: Jardim Esperança; JC: Jôquei Clube I; NSA: Nossa Senhora da Aparecida; NE: Nova Era; PR: Progresso; RE: Retiro; SC: Santa Cecília; SCR: Santa Cruz; SE: Santa Efigênia; SR: Santa Rita; SB: São Benedito; SJT: São Judas Tadeu; TX: Teixeiras; VE: Vila Esperança; VI: Vila Ideal; AG: Alto Grajaú; VOC: Vila Olavo Costa.

\*Nota.: A cor representa que o parâmetro foi identificado e está em conformidade com as normativas governamentais utilizadas como referência teórica e técnica desta pesquisa (idem quadro 19,20,21). A descrição dos parâmetros correspondente a estrutura e seus códigos apresentados pode ser consultada na página 220, Quadro nº 15

Fonte: A autora, 2021.

### APÊNDICE H - Parâmetros avaliados por Unidade de saúde

Quadro 20 - Matriz de verificação dos parâmetros observados da dimensão Processo do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva nas 24 unidades de saúde que participaram da pesquisa, Juiz de Fora - 2020 (continua)

DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	COMPONENTE - PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA																									
		UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE JUIZ DE FORA																									
	Códigos dos parâmetros	GB	BT	CDS	FM	HU	IG	JL	JE	JC	NSA	NE	PR	RE	SC	SCR	SE	SR	SB	SJT	TX	VE	VI	AG	VOC		
PROCESSO	Atividade educativa	1. P.PR																									
		2.P.PR																									
		3.P.PR																									
		4.P.PR																									
		5.P.PR																									
		6.P.PR																									
		7.P.PR																									
		8.P.PR																									
		9.P.PR																									
		10.P.PR																									
		11.P.PR																									
		12.P.PR																									
		13.P.PR																									
		14.P.PR																									
		15.P.PR																									
		16.P.PR																									
		17.P.PR																									
		18.P.PR																									
		19.P.PR																									
		20.P.PR																									
		21.P.PR																									
		22.P.PR																									
		23.P.PR																									
		24.P.PR																									
		25.P.PR																									
		26.P.PR																									
		27.P.PR																									
		28.P.PR																									
		29.P.PR																									
		30.P.PR																									

Legenda: GB: Granjas Bethânia; BT: Barreira do Triunfo; CDS: Cidade do Sol; FM: Furtado de Menezes; HU: Humaitá; IG: Igrejinha; JL: Jardim da Lua JE: Jardim Esperança; JC: Jóquei Clube I; NSA: Nossa Senhora da Aparecida; NE: Nova Era; PR: Progresso; RE: Retiro; SC: Santa Cecília; SCR: Santa Cruz; SE: Santa Efigênia; SR: Santa Rita; SB: São Benedito; STJ: São Judas Tadeu; TX: Teixeiras; VE: Vila Esperança; VI: Vila Ideal; AG: Alto Grajaú; VOC: Vila Olavo Costa. \*Nota: A descrição dos parâmetros correspondente aos códigos apresentados pode ser consultada na página 224, Quadro nº 16. Fonte: A autora, 2021.



## APÊNDICE H - Parâmetros avaliados por unidade de unidade

Quadro 20 - Matriz de verificação dos parâmetros observados da dimensão Processo do componente Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva nas 24 unidades de saúde que participaram da pesquisa, Juiz de Fora - 2020 (continuação)

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	Códigos dos parâmetros	COMPONENTE - PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA																								
			UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE JUIZ DE FORA																								
			GB	BT	CDS	FM	HU	IG	JL	JE	JC	NSA	NE	PR	RE	SC	SCR	SE	SR	SB	SJT	TX	VE	VI	AG	VOC	
PROCESSO	Acolhimento e Aconselhamento	31. P.PR																									
		32. P.PR																									
		33. P.PR																									
		34. P.PR																									
		35. P.PR																									
		36. P.PR																									
		37. P.PR																									
		38. P.PR																									
	Planejamento e gestão e cuidado	39. P.PR																									
		40. P.PR																									
		41. P.PR																									
		42. P.PR																									
		43. P.PR																									
		44. P.PR																									
		45. P.PR																									

Legenda: GB: Granjas Bethânia; BT: Barreira do Triunfo; CDS: Cidade do Sol; FM: Furtado de Menezes; HU: Humaitá; IG: Igrejinha; JL: Jardim da Lua; JE: Jardim Esperança; JC: Jockey Clube I; NSA: Nossa Senhora da Aparecida; NE: Nova Era; PR: Progresso; RE: Retiro; SC: Santa Cecília; SCR: Santa Cruz; SE: Santa Efigênia; SR: Santa Rita; SB: São Benedito; STJ: São Judas Tadeu; TX: Teixeiras; VE: Vila Esperança; VI: Vila Ideal; AG: Alto Grajaú; VOC: Vila Olavo Costa.

\* Nota: A descrição dos parâmetros correspondente aos códigos apresentados pode ser consultada na página 224, Quadro nº 16.

Fonte: A autora, 2021.

**APÊNDICE H -** Parâmetros avaliados por Unidade de saúde

Quadro 20 - Matriz de verificação dos parâmetros observados da dimensão Estrutura do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva nas 24 unidades de saúde que participaram da pesquisa, Juiz de Fora - 2020

DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	COMPONENTE – ASSISTÊNCIA CLÍNICA À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA																										
		UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE JUIZ DE FORA																										
	Códigos dos parâmetros*	GB	BT	CDS	FM	HU	IG	JL	JE	JC	NSA	NE	PR	RE	SC	SCR	SE	SR	SB	SJT	TX	VE	VI	AG	VOC			
ESTRUTURA	Recursos humanos	1.E.AC																										
		2.E.AC																										
		3.E.AC																										
		4.E.AC																										
	Medicamentos e insumos	5.E.AC																										
		6. E.AC																										
		7. E.AC																										
		8 E.AC																										
		9. E.AC																										
		10. E.AC																										
		11. E.AC																										
		12. E.AC																										
		13. E.AC																										
		14. E.AC																										
		15. EAC																										
		16. E.AC																										
		17.E.AC																										
		18.E.AC																										
		19.E.AC																										

Legenda: GB: Granjas Bethânia; BT: Barreira do Triunfo; CDS: Cidade do Sol; FM: Furtado de Menezes; HU: Humaitá; IG: Igrejinha; JL: Jardim DA LUA; JE: Jardim Esperança; JC: Jôquei Clube I; NSA: Nossa Senhora da Aparecida; NE: Nova Era; PR: Progresso; RE: Retiro; SC: Santa Cecília; SCR: Santa Cruz; SE: Santa Efigênia; SR: Santa Rita; SB: São Benedito; STJ: São Judas Tadeu; TX: Teixeiras; VE: Vila Esperança; VI: Vila Ideal; AG: Alto Grajaú; VOC: Vila Olavo Costa.

\*Nota: A descrição dos parâmetros correspondente aos códigos apresentados pode ser consultada na página 227, Quadro nº 17.

Fonte: A autora, 2021.

**APÊNDICE H -** Parâmetros avaliados por Unidade de saúde

Quadro 21 - Matriz de verificação dos parâmetros observados da dimensão Processo do componente Assistência Clínica à Saúde Sexual e Reprodutiva nas 24 unidades de saúde que participaram da pesquisa, Juiz de Fora - 2020

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	Códigos dos parâmetros*	COMPONENTE – ASSISTÊNCIA CLÍNICA À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA																									
			UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE JUIZ DE FORA																									
			GB	BT	CDS	FM	HU	IG	JL	JE	JC	NSA	NE	PR	RE	SC	SCR	SE	SR	SB	SJT	TX	VE	VI	AG	VOC		
PROCESSO	Atenção à saúde	1. P.AC																										
		2. P.AC																										
		3. P.AC																										
		4. P.AC																										
		5. P.AC																										
		6. P.AC																										
		7. P.AC																										
		8. P.AC																										
		9. P.AC																										
		10. P.AC																										
		11. P.AC																										
		12. P.AC																										
		13. P.AC																										
	14. P.AC																											
	15. P.AC																											
	16. P.AC																											
	17. P.AC																											
	18. P.AC																											
	19. P.AC																											
	20. P.AC																											
	21. P.AC																											
	22. P.AC																											
	23. P.AC																											
	24. P.AC																											
	25. P.AC																											
	26. P.AC																											
	27. P.AC																											
	28. P.AC																											

Legenda: GB: Granjas Bethânia; BT: Barreira do Triunfo; CDS: Cidade do Sol; FM: Furtado de Menezes; HU: Humaitá; IG: Igrejinha; JL: Jardim da Lua; JE: Jardim Esperança; JC: Jóquei Clube I; NSA: Nossa Senhora da Aparecida; NE: Nova Era; PR: Progresso; RE: Retiro; SC: Santa Cecília; SCR: Santa Cruz; SE: Santa Efigênia; SR: Santa Rita; SB: São Benedito; STJ: São Judas Tadeu; TX: Teixeiras; VE: Vila Esperança; VI: Vila Ideal; AG: Alto Grajaú; VOC: Vila Olavo Costa.

\*Nota: A descrição dos parâmetros correspondente aos códigos apresentados pode ser consultada na página 228, Quadro nº 18.

Fonte: A autora, 2021.

## APÊNDICE I – Artigos publicados

Esc Anna Nery 2020;24(1):e20190142



REVISÃO | REVIEW

www.scielo.br/

EAN

## Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo

*Evaluation of the implementation of sexual and reproductive health actions in Primary Care: scope review*

*Evaluación de implantación de acciones de salud sexual y reproductiva en la Atención Básica: revisión de escopo*

Carla Cardi Nepomuceno de Paiva<sup>1</sup>Rosângela Caetano<sup>1</sup>

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro,  
RJ, Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar pesquisas de avaliação de implantação com alvo em ações de saúde sexual e reprodutiva e descrever fatores que favorecem ou obstaculizaram a sua implantação na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Revisão de escopo realizada a partir das bases de dados LILACS, MEDLINE, SCOPUS, *Web of Science*, CINAHL e POPLINE e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Dados coletados em janeiro de 2019 e analisados segundo a literatura de avaliação em saúde. Um revisor realizou a seleção e extração. Foram incluídos artigos e pesquisas acadêmicas desenvolvidas no cenário brasileiro e publicadas entre janeiro de 1994 e janeiro de 2019. **Resultados:** Das 14 publicações incluídas, mais da metade corresponderam aos cuidados pré-natais e ao planejamento reprodutivo. A avaliação identificou que questões do contexto e da estrutura física influenciaram na implantação. **Conclusão e implicações para a prática:** Esforços da gestão e dos profissionais são necessários para a implantação, manutenção, reformulação e avaliação dessas ações.

**Palavras-chave:** Saúde Sexual e Reprodutiva; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde.

Disponível no link: <https://www.scielo.br/j/ean/a/ktpRXV4tHmFjDJzphC4XFnz/?lang=pt#>

## APÊNDICE I – Artigos publicados



CAPA
SOBRE
ACESSO
CADASTRO
PESQUISA
ATUAL
ANTERIORES
NOTÍCIAS
ESTATÍSTICAS

EENF
FACEBOOK
SCIELO
REV@ENF
BLOG-REV@ENF
GOOGLE ACADÊMICO
VÍDEO RGE
SUBMISSÕES

Capa > v. 43 (2022) > Paiva

### Modelo teórico da atenção à saúde sexual e reprodutiva: subsídios para pesquisas avaliativas

*Carla Cardi Nepomuceno Paiva, Rosângela Caetano*

**Resumo**

RESUMO Objetivo: Construir um Modelo Teórico da atenção à saúde sexual e reprodutiva ofertada na Atenção Primária à Saúde. Métodos: Pesquisa documental, com abordagem qualitativa. Documentos governamentais e estudos avaliativos constituíram as fontes de dados, coletadas entre agosto de 2018 e junho de 2019 e analisadas com base na literatura de avaliação em saúde. Resultados: A Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva e a Assistência Clínica foram os dois componentes estruturantes do modelo teórico da atenção à saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária. O modelo contempla atividades de prevenção de doenças, promoção da saúde, tratamentos e diagnósticos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Conclusão: O modelo teórico elaborado apresenta a teoria que subsidia a operacionalização da atenção à saúde sexual e reprodutiva na atenção primária, segundo as normativas governamentais no cenário brasileiro, e poderá ser útil em pesquisas avaliativas futuras sobre o tema. Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva. Modelos teóricos. Estudos de avaliação como assunto. Atenção primária à saúde. Enfermagem em saúde pública.

**Palavras-chave**

Saúde sexual e reprodutiva. Modelos teóricos. Estudos de avaliação como assunto. Atenção primária à saúde. Enfermagem em saúde pública.

Idioma

  
 Français (France)

OPEN JOURNAL SYSTEMS

Usuário

Login   
 Senha   
 Lembrar usuário  
Acesso

Idioma

Seleccione o idioma  
Português (Brasil)

Submeter

Conteúdo Da Revista

Pesquisa   
 Escopo da Busca  
Todos

Pesquisar

Procurar
 

- Por Edição
- Por Autor
- Por título
- Outras revistas

Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/121395>

**ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A Sra (Sr.) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora - Minas Gerais”, conduzida por Carla Cardi Nepomuceno de Paiva. Este estudo tem por objetivo geral de avaliar a implementação das ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva na Estratégia Saúde da Família do município de Juiz de Fora. Você foi convidado(a) por ser gestor da unidade de saúde ou profissional que atua na atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva. Sua participação não é obrigatória, caso não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional, ou seja, sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. A qualquer momento, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Para participar deste estudo a Sra. ou o Sr. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, eventuais despesas de participação podem ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa. O motivo pelo qual escolhemos esse tema para estudar decorre dele ser um dos eixos prioritários de atenção no âmbito da Atenção Primária à Saúde, bem como pelo fato das ações direcionadas a Saúde Sexual e Reprodutiva não ter sido objeto de uma avaliação da implantação na Estratégia Saúde da Família do município de Juiz de Fora. É importante esclarecer que a avaliação será utilizada para compreender como as ações são oferecidas na prática, considerando os desafios e potencialidades presentes no contexto. Retifica-se que não se trata de avaliação de desempenho de profissionais e ou gestores. Você será convidada(o) a participar da pesquisa através do preenchimento do questionário autoaplicado, com questões que abordam características da estrutura, desenvolvimento e organização da atenção à saúde sexual e reprodutiva na Estratégia Saúde da Família. Estas questões serão capazes de auxiliar a análise da implantação das ações. Considerando a sua disponibilidade para o preenchimento, os questionários serão entregues aos entrevistados e recolhidos pela própria pesquisadora Carla Cardi Nepomuceno de Paiva. Caso achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências profissionais, poderá escolher não responder. Incômodo e ou cansaço são os riscos possíveis na sua participação, esses são considerados mínimos, ou seja, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Sua participação ajudará na pesquisa, mas não será, necessariamente, para o seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte desse estudo, você fornecerá informações sobre a atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva na Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora (Minas Gerais), o que produzirá elementos para o debate e reflexão sobre a implantação dessa assistência. Assim como poderá contribuir para o avanço do conhecimento sobre o tema.

Assinatura do (a) participante da pesquisa ou responsável legal: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_

Todo material proveniente desta pesquisa ficará arquivado por um período de cinco anos pela pesquisadora responsável e todas as informações obtidas só serão divulgadas em publicações para fins científicos sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Visando assegurar o sigilo de participação, os nomes dos profissionais, gestores e unidades não serão publicados e divulgados em artigos, relatórios ou quaisquer outras formas de divulgação científica ou leiga, assim os resultados obtidos só serão divulgados de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos [ou instituições] participantes.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal. Será também necessário que você e o pesquisador rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção.

Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Em caso de dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o (s) comitê (s) de ética no (s) contato (s):

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Pesquisador Responsável: Carla Cardi Nepomuceno de Paiva, Enfermeira e doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Endereço postal: Rua Marechal Setembrino de Carvalho, 207, apt. 201, bairro Ladeira. Juiz de Fora. Minas Gerais CEP:36052-550. E-mail: carlacardiuff@gmail.com. Telefone (32) 984362975.

Orientadora da pesquisa: Rosângela Caetano; Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: caetano.r@gmail.com. Endereço e contato institucional: Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 210 e 206.

Assinatura do (a) participante da pesquisa ou responsável legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Eu concordo em participar deste estudo. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Assinatura do (a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_. Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**ANEXO B – Carta Informativa à Instituição****UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL - PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA****CARTA INFORMATIVA À INSTITUIÇÃO**

Juiz de Fora, 10 de outubro de 2019

Ilmo. Sr. João Daniel Neto

Gerente do Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde da Prefeitura do Município de Juiz de Fora.

Eu, Carla Cardi Nepomuceno de Paiva, enfermeira, aluna do curso de Doutorado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob a orientação da Professora Doutora Rosângela Caetano, solicito sua autorização para realizar a coleta de dados nas unidades básicas de saúde que possuem equipes de Estratégia de Saúde da Família, para a pesquisa intitulada “Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora - Minas Gerais”, tem por objetivo geral avaliar a implementação das ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva na Estratégia Saúde da Família do município de Juiz de Fora.

Esclarecemos que estão sendo respeitadas as normas da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisa envolvendo seres humanos e que o projeto será encaminhado a Plataforma Brasil para o Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente: Universidade do Estado do Rio de Janeiro e para instituição co-participante da Secretária de Atenção Primária de Juiz de Fora. Mediante isso, realizaremos a pesquisa com a aplicação de questionário e grupo focal para coleta de dados que se dará após autorização do comitê de ética, da instituição e dos participantes.

Será garantido o anonimato das participantes e o sigilo das informações colhidas através de entrevista ou outros, sendo que as mesmas serão usadas exclusivamente como material de análise dessa pesquisa.

Além disso, informo que a pesquisa não acarretará nenhuma despesa ou dano à sua pessoa ou à dos sujeitos participantes, bem como à instituição.

Coloco-me à disposição para esclarecimento de todas e quaisquer dúvidas surgidas durante e após a realização da pesquisa.

Pesquisadora responsável Carla Cardi Nepomuceno de Paiva

Tel: (32) 98436-2975

Orientadora da Pesquisa Profª Drª. Rosângela Caetano

Tel: (21) 2334-0235, ramal 210 e 206



**ANEXO C – Carta de solicitação de autorização do departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde da Subsecretária da Atenção Primária da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora**

Juiz de Fora, 10 de outubro de 2019

Ilmo. Sr. João Daniel Neto

Gerente do Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde da Prefeitura do Município de Juiz de Fora.

Eu, Carla Cardi Nepomuceno de Paiva, enfermeira, aluna do curso de Doutorado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob a orientação da Professora Doutora Rosângela Caetano, solicito sua autorização para realizar a coleta de dados nas unidades básicas de saúde que possuem equipes de Estratégia de Saúde da Família, para a pesquisa intitulada “Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora - Minas Gerais”, que tem por objetivo geral avaliar a implementação das ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora.

A pesquisa pretende ser realizada por meio de questionário autoaplicados direcionados aos gestores das unidades e aos profissionais que atuam diretamente na atenção à saúde sexual e reprodutiva. O grupo focal será uma fonte de dados complementar, a ser agendado com aproximadamente 20 profissionais que fizeram o preenchimento dos questionários. Esses serão convidados a participar do grupo, cuja a data e horário serão acordadas segundo sua disponibilidade.

Na oportunidade, solicitamos sua autorização para proceder à coleta de dados para a pesquisa, nos serviços sob sua coordenação e ainda consideramos contar com a colaboração da subsecretaria para a definição do local de realização do grupo focal.

Gostaríamos de contar com o apoio e a cooperação necessários para que seja desenvolvida essa pesquisa, que poderá contribuir para a produção de informação acerca da implantação da atenção a saúde sexual e reprodutiva oferecida pela Estratégia Saúde da Família do município de Juiz de Fora.

Atenciosamente,

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Rosângela Caetano

Doutoranda Carla Cardi Nepomuceno de Paiva

## ANEXO D – Termo de Autorização Institucional e anuência



### Declaração

Eu, João Daniel Neto, Gerente do Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde, autorizo a realização da pesquisa intitulada “**Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas pela Estratégia Saúde de Família no município de Juiz de Fora – Minas Gerais**” a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Carla Cardí Nepomuceno de Paiva no município de Juiz de Fora e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que AUTORIZAMOS a divulgação do nome do município de Juiz de Fora no relatório de pesquisa e publicações científicas.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Solicita-se, assim que concluídos, o Relatório de Pesquisa e as Bases de Dados da referida pesquisa para apreciação e potencial utilização desta Secretaria de Saúde.

Juiz de Fora, 14 de outubro de 2019.

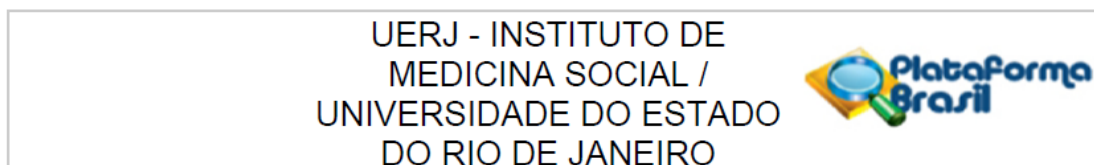
*João Daniel Neto*  
 João Daniel Neto

João Daniel Neto  
 Gerente do Departamento de  
 Programas e Ações de Atenção à Saúde  
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE / JUF

Gerente do Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde

Recebido em: <u>15 / 10 / 2019</u>	
Nome: <u>Carla Cardí Nepomuceno de Paiva</u>	CPF: <u>081 706.486-96</u>
Instituição: <u>Instituto de medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro</u>	
E-mail: <u>CARLA.CARDI@UFJF@GMAIL.COM</u>	Telefone: <u>32-98436-2975</u>
Assinatura: <u>Carla Cardí Nepomuceno de Paiva</u>	

## ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora - Minas Gerais

**Pesquisador:** Carla Cardi Nepomuceno de Paiva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 23878719.0.0000.5260

**Instituição Proponente:** Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.686.260

**Apresentação do Projeto:**

O projeto de doutorado intitulado Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora – Minas Gerais, propõe uma avaliação das ações de saúde sexual e reprodutiva (SSR) desenvolvidas nas 43 unidades da Atenção Primária em Saúde (APS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa que está em continuidade com a dissertação de mestrado da pesquisadora, que investigou os itinerários sexuais e reprodutivos dos participantes das atividades educativas no planejamento na estratégia de saúde da família. No doutorado o seu foco recai essencialmente sobre gestores e trabalhadores da APS, em Juiz de Fora.

Nessa pesquisa, propõe-se o método da observação participante, entrevistas semi-estruturadas e grupos focais. Os participantes do estudo serão gestores das unidades básicas e os profissionais que atuam diretamente na atenção à saúde sexual e reprodutiva. As observações realizadas pela pesquisadora serão complementadas com auxílio de um diário de campo. Com esses procedimentos, a pesquisadora pretende captar a “estrutura (recursos físicos, materiais e humanos) e processo (atividades, ações e serviços prestados e como são oferecidos), e se esses foram elaborados considerando as normas governamentais e diretrizes da assistência à saúde sexual e reprodutiva”. Tendo por base tais informações, as unidades serão classificadas em “avançadas” e “implementação parcial”.

<b>Endereço:</b> Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D			
<b>Bairro:</b> Maracanã		<b>CEP:</b> 20.550-013	
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO		
<b>Telefone:</b> (21)2334-0235	<b>Fax:</b> (21)2334-2152	<b>E-mail:</b> cep.ims.uerj@gmail.com	

UERJ - INSTITUTO DE  
MEDICINA SOCIAL /  
UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.686.260

No que concerne às entrevistas, os questionários serão autoaplicados aos gestores e profissionais. Os questionários serão entregues diretamente pela pesquisadora, e será considerada a disponibilidade dos mesmos ao preenchimento. Quanto aos grupos focais, consta na Carta de Solicitação de Autorização endereçada à Subsecretaria do Município (ANEXO D), que “será agendado com aproximadamente 20 profissionais”, que preencherem os questionários. A data e o horário serão confirmados conforme disponibilidade dos mesmos e o local para realização do grupo focal contará com a colaboração da subsecretaria.

**Objetivo da Pesquisa:**

A proponente parte da hipótese as práticas em SSR em APS em Juiz de Fora encontra-se implementadas de forma incipiente, insuficiente e em não conformidade com as normas governamentais”. Decorre daí o seu objetivo geral, que consiste em “avaliar a implementação das ações de saúde sexual e reprodutiva na ESF” do município de Juiz de Fora. Como objetivos específicos, a orientação consiste identificar a “conformidade” e os “fatores que facilitam e dificultam” a plena realização das diretrizes e normas previstas pelo governo federal em SSR na APS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora informa que destacará aos entrevistados e participantes do grupo focal que os riscos possíveis serão o incomodo e o cansaço, que, no entanto, são mínimos, comparados a atividades rotineiras diárias. Informa ainda que informará amplamente que os participantes podem interromper o questionário e as atividades do grupo focal caso não se sintam confortáveis. Informará ainda que não se trata de avaliação de desempenho. Também esclarece nos TCLE que os participantes estarão a par de que as informações obtidas são sigilosas, e que os mesmos não precisam se identificar no preenchimento do questionário e que as transcrições do grupo focal também não mencionaram a identidade dos participantes.

Os benefícios indicados pela pesquisadora são sobretudo vinculados à melhoria dos serviços prestados pelas ESF, que poderão ter acesso aos resultados após conclusão da tese.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora apresentou a integra dos questionários a serem aplicados para gestores e profissionais vinculados a SSR da ESF de Juiz de Fora. Apresenta ainda o texto do TCLE que será repassado para os gestores e os profissionais, bem como o TCLE concernente à realização dos

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.550-013  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE  
MEDICINA SOCIAL /  
UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.686.260

grupos focais. Consta ainda a apresentação da Carta Informativa ao Gerente do Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde da Secretária de Saúde de Juiz de Fora. Nos anexos apresenta a anuência do Sr. João Daniel Neto, Gerente do referido Departamento.

Quanto às entrevistas, não fica claro se o contato com os profissionais se dará apenas no local de trabalho, ou se haverá contato prévio, por telefone, como o fará em relação ao Gestor da Unidade. Não menciona como conseguirá esses telefones.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto está corretamente preenchida e assinada. O protocolo apresenta título, resumo, desenho da pesquisa, palavras-chave, introdução, hipótese, objetivos primário e secundário, metodologia, considerações éticas, metodologia, cronograma, orçamento, referências bibliográficas, roteiro de perguntas e TCLE para os entrevistados.

Foi apresentado TCLE redigido em linguagem clara e contendo as informações necessárias.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1449266.pdf	19/10/2019 16:20:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_QUESTIONARIO.pdf	18/10/2019 23:28:49	Carla Cardi Nepomuceno de Paiva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_GRUPO_FOCAL.pdf	18/10/2019 23:25:06	Carla Cardi Nepomuceno de	Aceito

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

**Bairro:** Maracanã

**CEP:** 20.550-013

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2334-0235

**Fax:** (21)2334-2152

**E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE  
MEDICINA SOCIAL /  
UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.686.260

Justificativa de Ausência	TCLE_GRUPO_FOCAL.pdf	18/10/2019 23:25:06	Paiva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa.pdf	18/10/2019 23:23:54	Carla Cardi Nepomuceno de Paiva	Aceito
Outros	Roteiro_grupo_focal.pdf	18/10/2019 20:56:40	Carla Cardi Nepomuceno de Paiva	Aceito
Outros	Questionario.pdf	18/10/2019 20:56:02	Carla Cardi Nepomuceno de Paiva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura_autorizacao.pdf	18/10/2019 20:51:16	Carla Cardi Nepomuceno de Paiva	Aceito
Orçamento	apendice_h.pdf	13/10/2019 19:48:49	Carla Cardi Nepomuceno de Paiva	Aceito
Outros	artigo_revisao.pdf	13/10/2019 19:18:36	Carla Cardi Nepomuceno de Paiva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13/10/2019 19:16:30	Carla Cardi Nepomuceno de Paiva	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_cep_CarlaCardi.pdf	13/10/2019 18:52:21	Carla Cardi Nepomuceno de Paiva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Novembro de 2019

Assinado por:  
**Rogério Lopes Azize**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.550-013  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com