



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**LAURA JENNIFER ALVES CRUZ**

**EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA**

Icó - Ceará  
2021

LAURA JENNIFER ALVES CRUZ

**EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA**

Monografia submetida à disciplina de TCC II ao curso de Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Dra. Kerma Márcia de Freitas

LAURA JENNIFER ALVES CRUZ

**EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA**

Monografia submetida à disciplina de TCC II ao curso de Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dra. Kerma Márcia de Freitas**

Centro Universitário Vale do Salgado

*Orientadora*

---

**Prof. Me. João Paulo Xavier Silva**

Centro Universitário Vale do Salgado

*1º examinador*

---

**Prof. Me. Raimundo Tavares de Luna Neto**

Centro Universitário Vale do Salgado

*2º examinador*

*Dedico esse trabalho à Deus por todas as bênçãos e vitórias alcançadas, à minha mãe e à minha família por todo amor para comigo.*

## AGRADECIMENTOS

Imensamente, à Deus, sempre presente, pelo amor, pelas bênçãos e misericórdia recaídas em minha vida, e ao meu anjo Vó Maria Tomé, por permitir trilhar a primeira etapa em minha carreira profissional, conduzindo-me com as devidas lições de prosperidade e compaixão.

À minha mãe, meu alicerce e razão de todas as minhas conquistas, e aos meus avós, fontes de inspiração, por todo o amor incondicional, por terem me ajudado a ultrapassar todos os obstáculos e terem me guiado até aqui, por me motivarem e acreditarem em mim.

Aos meus amigos e familiares pelo companheirismo e compreensão pelas ausências durante todos esses anos.

Ao meu amigo e namorado, Kennedy Wagner, no qual compartilho sonhos e esperanças, companheiro de fé e da vida; que sempre esteve ao meu lado nos momentos difíceis e felizes, por todo amor, parceria, incentivo e compreensão ao me ajudar de todas as formas possíveis, e ainda impossíveis, em cada passo dessa jornada.

Especialmente, à minha orientadora Dra. Kerma Márcia pelas orientações, paciência e compreensão, por me auxiliar na elaboração deste estudo, contribuindo em minha formação profissional com seus conhecimentos enriquecedores e por me permitir adquirir destrezas e competências que serão levadas para toda a vida.

Aos professores Me. João Paulo Xavier Silva e Me. Raimundo Tavares de Luna Neto, pelas valiosas contribuições a este estudo.

À Cibele, pelo apoio, por toda paciência e cumplicidade, por compreender minha ausência no trabalho, sempre disposta a me apoiar durante todos esses anos.

À Anna Klara e Daniel pela amizade e convivência, com quem dividi todas as minhas alegrias e angústias.

Aos colegas de sala, pela ajuda mútua, acompanhando todo o meu percurso com incansáveis momentos de descontração em etapas difíceis.

A todos os meus professores, por compartilharem seus conhecimentos e estarem sempre solícitos e, a UNIVS pelo apoio, por me acolherer e contribuir em minha jornada; por terem me

dado a chance de chegar ao final desse ciclo de maneira satisfatória e pela qualidade do ensino ofertado.

“Seja forte e corajoso! Não se apavore, nem se desanime, pois, o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar”  
(Josué 1:9)

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01.</b> Variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Mulher selecionadas para análise. ....	36
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01.</b> Cobertura populacional estimada de equipe saúde por município.....	35
<b>Tabela 02.</b> Variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Mulher selecionadas para análise.....	44
<b>Tabela 03.</b> Caracterização dos profissionais segundo profissão, vínculo empregatício, contratação e mecanismo de ingresso.....	45
<b>Tabela 04.</b> Caracterização dos profissionais segundo plano de carreira.....	45
<b>Tabela 05.</b> Caracterização sociodemográfica dos usuários.....	46
<b>Tabela 06.</b> Disponibilidade de DIU e preservativos pela unidade básica.....	47
<b>Tabela 07.</b> Disponibilidade de teste e medicamentos (hormonais) pelas Unidades Básicas de Saúde.....	48
<b>Tabela 08.</b> Serviços e ações prestadas pelas equipes de saúde nas Unidades.....	49
<b>Tabela 09.</b> Disponibilidade de materiais e equipamentos para realização do pré-natal e puerpério.....	49
<b>Tabela 10.</b> Disponibilidade de insumos nas unidades.....	50
<b>Tabela 11.</b> Realização de exames no pré-natal pelas gestantes dos municípios.....	21
<b>Tabela 12.</b> Serviços e ações realizados pelas UBS, registro de acompanhamento e a realização de visita domiciliar pelas equipes de saúde das unidades básicas.....	52
<b>Tabela 13.</b> Acompanhamento do bolsa família e locais de realização de consultas pré-natais.....	53
<b>Tabela 14.</b> Acompanhamento e solicitações de exames durante o pré-natal.....	53
<b>Tabela 15.</b> Orientações à gestante na consulta de pré-natal.....	54
<b>Tabela 16.</b> Consulta de revisão de parto.....	55
<b>Tabela 17.</b> Equipamentos e materiais para a prevenção de CA de Colo de útero e Mama.....	56
<b>Tabela 18.</b> Ações e serviços para o rastreamento do CA de Colo de útero e Mama....	56

<b>Tabela 19.</b> Variáveis relacionadas à prevenção de CA de Colo de útero.....	57
<b>Tabela 20.</b> Variáveis relacionadas à prevenção de CA de Colo de útero e Mama.....	58
<b>Tabela 21.</b> Variáveis relacionadas à prevenção de CA de Colo de útero e Mama.....	59
<b>Tabela 22.</b> Variáveis relacionadas à demanda de cuidado continuado, marcação de consulta e acolhimento à demanda espontânea.....	60

## LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ADS	rea Descentralizada de Saúde
APS	Atenção Primária  Saúde
CEP	Comitê de tica em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDM	ndice de Desenvolvimento Municipal
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia do Ceará
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral  Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PSF	Programa de Saúde da Família
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil

SPM/PR	A Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

## RESUMO

CRUZ, L. J. A. **Efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher na Atenção Básica.** 2021. 81 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário Vale do Salgado, Icó, 2021.

A Atenção Primária à Saúde é o primeiro contato dos cidadãos com o sistema de saúde, coordenando o cuidado necessário àquele que o demanda. As ações e serviços ofertados à saúde da mulher, corrobora para um segmento social importante na elaboração de políticas e programas de saúde para avaliar qualidade da assistência prestada à esta classe, como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), relevante para estabelecer mudanças no modelo de atenção à saúde. O estudo objetivou investigar a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher na Atenção Básica em sete municípios que compõem a 17ª Área Descentralizada de Saúde (ADS) do Ceará (Baixio, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari), a partir da avaliação externa do PMAQ, em seu 3º ciclo. A pesquisa foi realizada por meio de estudo exploratório-descritivo, transversal e com abordagem quantitativa, os microdados extraídos do Departamento da Atenção Básica (DAB) presentes neste ciclo, foram organizados, tabulados e consolidados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) para a realização de análises estatística-descritivas com discussão baseada na literatura. Os resultados permitiram identificar a sólida presença dos enfermeiros nos serviços de saúde, através de sua participação na presteza em responder pela classe de saúde à entrevista do programa. É notória a presença da mulher como maior parte do público a utilizar a atenção básica tanto para a sua saúde, quanto para acompanhamento de familiares e amigos. Os dados mostram que as ações em saúde da mulher na atenção primária em algumas unidades estão aquém das diretrizes preconizadas, refletidas na carência da usabilidade dos serviços por parte do público jovem, nos registros de resultados de exames preventivos e de mamas alterados, nas orientações sobre meios de prevenção e proteção contra IST's a serem repassadas pelos profissionais, na falta de protocolos convientes à saúde da usuária e na carência de materiais e insumos necessários para a concretização da PNAISM. Para isso é necessária a ampliação das estratégias dos profissionais de saúde para possibilitar a efetivação da política para a satisfação e fiel adesão das usuárias aos serviços de saúde. Bem como, faz-se necessária a qualificação de profissionais para potencializar a organização nos serviços de saúde. Logo, é evidente que o PMAQ favoreceu a análise da percepção dos profissionais e usuários para o estabelecimento de mudanças no modelo assistencial voltadas para a saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.

## ABSTRACT

CRUZ, L.J.A. **Implementation of the National Policy for Comprehensive Attention to Women's Health in Primary Care.** 2021. 81 f. Monograph (Graduate in Nursing) - Vale do Salgado University Center, Icó, 2021.

Primary Health Care is citizens' first contact with health system, coordinating the necessary care for those who demand it. The actions and services offered to women's health support an important social segment in the development of health policies and programs to assess the quality of care provided to this class, such as the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ), relevant to establish changes in the health care model. The study aimed to investigate the effectiveness of the National Policy for Integral Attention to Women's Health in Primary Care in seven municipalities that make up the 17th Decentralized Health Area (ADS) of Ceará (Baixio, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós and Umari), based on the external evaluation of the PMAQ, in its 3rd cycle. The research was conducted through an exploratory-descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, the microdata extracted from the Department of Primary Care (DAB) present in this cycle, were organized, tabulated and consolidated in the SPSS program (Statistical Package for the Social Science) for performing statistical-descriptive analyzes with discussion based on the literature. The results allowed us to identify the solid presence of nurses in health services, through their participation in the readiness to respond for the health class to the program's interview. The presence of women as the majority of the public is notorious for using primary care both for their health and for monitoring family and friends. The data show that the actions in women's health in primary care in some units fall short of the recommended guidelines, reflected in the lack of usability of services by the young public, in the records of results of preventive exams and altered breasts, in the guidelines on means of prevention and protection against STIs to be passed on by professionals, in the absence of protocols suitable for the health of the user and in the lack of materials and supplies necessary for the implementation of the PNAISM. For this, it is necessary to expand the strategies of health professionals to enable the implementation of the policy for the satisfaction and faithful adherence of users to health services. As well, the qualification of professionals is necessary to enhance the organization in health services. Therefore, it is evident that the PMAQ favored the analysis of the perception of professionals and users for the establishment of changes in the care model aimed at women's health in Primary Health Care

**Keywords:** Women's Health. Primary Health Care. Health Assessment.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2	OBJETIVOS .....	19
2.1	OBJETIVO GERAL .....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA .....	20
3.1	PRESSUSPOSTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA .....	20
3.2	ADESÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	23
3.3	PROCESSOS AVALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	26
3.4	ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	31
4	METODOLOGIA .....	34
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	34
4.2	LOCAL DE ESTUDO .....	34
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
4.4	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	36
4.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	40
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA .....	41
5	RESULTADOS.....	42
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO .....	42
6	DISCUSSÃO.....	59
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	67
	REFERÊNCIAS.....	68

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada dos cidadãos ao sistema de saúde, integrando e coordenando o cuidado necessário e base dos maiores sistemas de saúde do mundo. Estudos apontam que a atenção básica (AB) é capaz de solucionar cerca de 85% dos problemas de saúde de um corpo social. Quando organizada sob lógica de seus atributos, pode proporcionar impactos positivos na saúde da comunidade, através de sua expansão e melhoria do acesso às ações de saúde, com qualidade e integralidade (SELLERA *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza a APS como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo buscando abranger promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos e manutenção da saúde. Almeja criar uma atenção integral que repercute na situação de saúde e autonomia dos indivíduos, com resolutividade dos problemas de saúde relacionando-os aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a).

É válido ressaltar que, no Brasil, a utilização do termo “atenção básica” contrapõe-se à ótica assumida por organizações internacionais, que julgam a APS como uma soma de ações de baixa complexidade, direcionada às populações de baixa renda, minimizando a exclusão social. Para tanto, no objetivo de restaurar o caráter universal da Declaração de Alma-Ata, o Brasil modificou a designação, admitindo que o termo 'básica' refere-se àquilo que serve de base, sustentação, e não algo elementar, assim, a própria PNAB os colocam como equivalentes (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Responsável pela expansão da resolutividade das ações e serviços, a PNAB proporciona o acesso universal com diversidade de ofertas de serviços e assistências ao usuário, com vistas a efetivar a porta de entrada através da atenção integral e a inserção de ações de vigilância em saúde na atenção básica, referentes aos princípios e diretrizes que exibem caráter transitório para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017).

Dentre as ações e serviços ofertados, aqueles voltados à saúde da mulher são regidos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Suas diretrizes estão direcionadas ao atendimento integral à mulher em todas as fases de sua vida, com respeito às diferenças em cada faixa etária e dinamicidade no atendimento, com vistas a oferecer serviços de forma integral, universal e participativo (CUNHA; FREIRE, 2021).

Como principais usuárias do SUS, as mulheres representam 50,77% da população brasileira. Destas, mulheres em idade reprodutiva (10 a 49 anos) somam 58.404.409,

representando o total de 65% da população feminina, corroborando para um segmento social importante na elaboração de políticas e programas de saúde. Para estas, há uma diversidade de motivos para a utilização dos serviços de saúde: para o seu próprio atendimento e para acompanhar crianças, familiares, vizinhos e amigos, seja para tratamento ou para diagnóstico de enfermidades (GARCIA, 2013).

Nesse sentido, o aumento da população e expectativa de vida feminina, corroborou com a inquietação em avaliar a qualidade dos programas e ações em saúde, sobretudo na APS, sendo esta crescente nos últimos anos por consequência da expansão na oferta de serviços e o consequente aumento dos custos globais, principalmente com a integração da tecnologia para tratamento e diagnóstico de patologias nos sistemas de saúde (ARAÚJO; ANDRADE; COSTA, 2020).

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica diversifica as influências sociais, políticas e econômicas, por meio de avaliações, aprimorando o sistema de saúde através do desenvolvimento de estratégias voltadas para a ampliação do acesso e qualidade da atenção primária, a fim de alcançar níveis de qualidade semelhante em todas as regiões do país (FLÔRES *et al.*, 2018).

Por todos esses aspectos, questiona-se: há efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher na Atenção Básica dos municípios da 17ª Área Descentralizada de Saúde (ADS) do Ceará? De que forma é empregada a organização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família voltada para a Saúde da Mulher com vistas a integralizar o atendimento e o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde?

Desse modo, a realização do estudo é justificada pela necessidade de compreender como se dá o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada para os serviços de saúde, considerando a integralidade à Saúde da Mulher, mediante perspectivas dos profissionais e usuários de forma a incentivar a gestão na garantia de estratégias acolhedoras e efetivas.

Devido aos avanços e desafios ainda existentes para essa política, inclusive, ressalta-se a importância de conhecer os programas de avaliação antes vigentes no país - e atual, que avaliam a qualidade dos serviços com incentivo para os gestores e profissionais para melhorar a assistência desse cenário na APS. Ademais, justifica-se a escolha da temática de pesquisa por integrar o eixo 10 da Agenda de Prioridades e de Pesquisa do Ministério da Saúde, tratando-se sobre Saúde da Mulher.

O presente estudo apresenta relevância social e científica, onde faz-se compreender a situação atual referente às falhas e adesão acerca do cuidado integral à saúde da mulher prestada pelo serviço de APS, com contribuição científica primordial para apresentar as perspectivas do usuário e dos profissionais, aspectos que envolvem falhas e desafios diante sua efetivação. Através deste, promovem-se publicações científicas que contribuem para o estudo das repercussões, já que há poucas pesquisas pertinentes a esta em meio acadêmico.

A pesquisa apresenta relevância para profissionais de saúde e gestão, por abordar as contribuições das perspectivas colhidas pelos primeiros contatos, como eixo norteador para o acesso aos serviços e pela importância da efetivação do serviço para essa demanda, onde os resultados que serão expostos irão contribuir para a realização de estratégias no atendimento no âmbito primário e dos gestores para se obter resultados satisfatórios para a qualidade do atendimento e acesso aos serviços e proporcionar mudanças positivas referentes aos resultados das avaliações, além de incentivar a gestão na garantia de estratégias acolhedoras e efetivas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Investigar a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher na Atenção Básica dos municípios da 17ª Área Descentralizada de Saúde (ADS) do Ceará.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar os microdados da avaliação externa do PMAQ-AB considerando os indicadores de Saúde da Mulher na perspectiva do profissional;
- Verificar a organização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família voltada para a Saúde da Mulher;
- Descrever o acesso aos serviços de saúde, visão do usuário e profissionais de saúde, para efetivação do atendimento integral à Saúde da Mulher.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Primária à Saúde (APS) originou-se na Grã-Bretanha em 1920, incluída em níveis de atenção com diferentes funções, sendo estes primário, secundário e terciário. Esse sistema de organização dos serviços primários foi planejado para responder às diferentes necessidades de serviços de saúde da população, reorganizando-os para prevenção e promoção da saúde (STARFIELD, 2002).

Em 1920 foi publicado o Relatório Dawson, marcando a ideia de APS como forma de organização dos sistemas de saúde nacionais, almejando a reorganização do modelo de atenção à saúde na Inglaterra, com serviços estruturados de acordo com níveis de complexidade. Nesse módulo, os serviços deveriam solucionar a maior parte dos problemas de saúde, atuando como porta de entrada aos sistemas de saúde, com auxílio de centros de saúde secundários e hospitais de ensino (PORTELA, 2017).

Proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários à Saúde, em AlmaAta, a APS corresponde a cuidados essenciais, baseado em tecnologias acessíveis, que torna os serviços de saúde mais contíguo aos lugares de vida das pessoas, tornando-se assim, o primeiro nível de contato com os sistemas nacionais de saúde e elemento do processo contínuo de atenção (GOTTEMS; PIRES, 2009).

No Brasil, a concordância com as proposições da APS foi admitida no debate da agenda setorial por volta da década de 1970, seguindo a dinâmica internacional. No entanto, seus antecedentes são mais longínquos: desde a década de 1920 foram inseridos serviços que hoje poderiam ser chamados de atenção primária à saúde, o primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Por sua vez, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal, sendo regulamentado pela Lei nº 8.080 sancionada em 1990, aplicando princípios e diretrizes com universalidade no acesso em todos os níveis de assistência. A Lei reitera que o SUS engloba um conjunto de ações e serviços de saúde concedidos pelo poder público e privado, este último de caráter complementar, através de recursos humanos (VIACAVA *et al.*, 2018).

Não obstante, a Lei nº 8.142 também instituída pela Constituição Federal e sancionada em 1990, reitera entre outras providências, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, através de Conferências e Conselhos de saúde para a equidade da participação popular

nas decisões e nas formas de financiamento e em todas as esferas de gestão do SUS, inclusive na APS através de programas avaliativos (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Em seus princípios, o SUS regula as ações em saúde nomeando atribuições que auxiliam e favorecem o fortalecimento do acesso aos serviços, visto que a APS é um elemento contínuo de assistência à saúde. Esses princípios são: equidade, integralidade e universalização, classificados como doutrinários, e os organizativos, sendo estes regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular (BRASIL, 1990).

Conseqüentemente, o país vivenciou orientações institucionais para regionalização e hierarquização dos serviços com a criação do Sistema Único de Saúde em 1988 e suas reformas e com a adoção da APS. Assim, compreendendo as normativas do Ministério da Saúde (MS), Portela (2017) enfatiza que os estudos nacionais têm se voltado à ideia governamental que define APS por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo instituído programas para a qualificação de suas ações ao longo do tempo.

Assim, a APS caracteriza-se como a porta de entrada para o sistema de saúde público, considerando o sujeito em sua total singularidade e integralidade, que busca promoção da saúde, prevenção, tratamento e redução de danos ou sofrimentos que possam vir prejudicar seu bemestar biopsicossocial. Para a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), o sistema de saúde fundamentado na APS potencializa o serviço equânime e solidário (SOUSA; SOUSA; SILVA, 2021).

O principal modelo de organização da APS no Brasil é a ESF, criada em 1994 e reformulada em 1998. Através desta, caracterizou-se o cuidado integral às pessoas em seu contexto familiar e comunitário com promoção, educação e vigilância em saúde. Ademais, alguns avanços foram percebidos após a implantação e expansão da ESF, tais como a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, a promoção da equidade, a redução das taxas de mortalidade infantil e de internações por condições sensíveis à atenção primária, melhoria do cuidado a diversas condições de saúde e uma maior participação popular na gestão dos serviços (SARTI *et al.*, 2012).

A partir da década de 80 passaram a ser expandidas experiências municipais integrando universidades e serviços com base na atenção primária, inspirando a composição de um programa de orientação comunitária, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente o Programa de Saúde da Família (PSF), como nascentes de uma política nacional de atenção básica. Aos poucos esses dois pilares passaram a se tornar estratégia para expandir o acesso e reorganizar o modelo assistencial, e como eixo orientador a Estratégia de

Saúde da Família foi enunciada pela PNAB em 2006, transformando o PSF em ESF (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A primeira edição de uma PNAB aconteceu em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, reconhecendo-a no requalifica UBS, no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e no Programa Mais Médicos. Houveram edições posteriores em 2011 e 2017, quando as expansões retrataram os atributos da APS, reconhecendo a saúde da família como modelo substitutivo para reorganização da atenção básica (MELO *et al.*, 2018).

Existem princípios e diretrizes do SUS e da RAS que são operacionalizados na Atenção Básica e utilizados na PNAB de 2017. Os princípios são universalidade definido como um acesso universal e contínuo, a equidade relacionada a oferta de serviço de acordo com suas condições sociais e a integralidade, que se refere a atenção de forma a promover, prevenir, tratar, reabilitar, reduzir danos e realizar cuidados paliativos. Em suas diretrizes regem regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Em 2020, a portaria nº 397 de 16 de março de 2020 consolidou a mais recente atualização da PNAB com a criação das Unidades de Saúde da Família (USF), divergindo-a das UBS através da exigência de pelo menos uma equipe de Saúde da Família, composta por um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro, um médico e um agente comunitário da saúde (BRASIL, 2020).

A integralidade do cuidado identifica-se como sendo um dos pilares oriundos da constituição do SUS, que deve oportunizar o usuário com ações de prevenção e promoção da saúde e potencializando a articulação ao acesso integral. Ainda, as dificuldades do acesso aos serviços de saúde que possam abranger os requisitos do acesso integral necessitam de articulações assistenciais para o alcance de resultados positivos (CARNUT, 2017).

Em contrapartida, as barreiras de acesso universal à saúde têm sido constatadas, Schimith *et al.* (2019) atesta que a comunicação falha e não interativa entre profissionais e usuários é considerada obstáculo à acessibilidade organizacional aos serviços oferecidos, além do absenteísmo declarado, impossibilitando o cuidado continuado e integral da APS com o primeiro contato.

Dentre os serviços oferecidos, destacam-se: práticas educativas de acordo com suas especificidades, através de ações de promoção e prevenção de agravos à saúde, acolhimentos voltados à saúde mental, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e transmissíveis,

infecções sexualmente transmissíveis (IST), saúde da criança, saúde do adolescente, do adulto e saúde da mulher (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Políticas que norteiam a dar respostas a um dado problema de saúde podem ofertar as marcas de integralidade. Na atenção à saúde da mulher acontece a concretização de práticas que garantam o acesso desse público e ações resolutivas de acordo com as especificidades de seu ciclo vital, de acordo com suas necessidades. Contudo, identificou-se obstáculos para a construção da integralidade do cuidado, de acordo com os conhecimentos científicos de profissionais do campo especializados na área feminina (COELHO *et al.*, 2009).

A Atenção Básica (AB), por sua vez, torna-se a porta de entrada da mulher no Sistema Único de Saúde, subsidiando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e coordenação do usuário na rede. Assim, a Equipe de Saúde da Família deve estar preparada para acolhê-la de forma humanizada, objetivando resolutividade nos serviços prestados e proporcionar a criação de vínculo com os profissionais de saúde de forma organizada e com distribuição de responsabilidades (GUSSO; LOPES, 2012).

### 3.2 ADESÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A aliança das mulheres na luta por melhores condições de vida e pelos seus direitos instigou a adoção das primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde com vistas à integralidade à saúde da mulher, reafirmada após a reorganização dos sistemas de saúde brasileiros com a adesão da APS como uma representação organizativa para a Atenção Básica (FREITAS *et al.*, 2017).

No início do século XX, a mulher era vista pelos sistemas de saúde ainda de forma simplista e fragmentada pelos serviços de saúde, com assistências voltadas à gravidez e ao parto. As assistências eram centralizadoras de tal forma que impossibilitavam a implantação de ações de acordo com suas reais necessidades. Ainda no ano de 1960 a política governamental para a assistência à saúde desse grupo era restrita e preconizada pelo Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), motivado nas recomendações a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), elencado na estratégia de intervenção a grupos prioritários, como os grupos em vulnerabilidade (BUSS, 2000).

Giffin e Costa (1999) confirmam ainda, que a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, determinou em sua Declaração a assistência materno-infantil como prioridade, incluindo

diversos fatores, com o planejamento familiar ligado não somente aos aspectos procriativos, mas abarcando todas as necessidades de uma família, tais como: saúde, educação, moradia e lazer. Logo após, o Ministério da Saúde anunciou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em depoimento para Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPI) que investigava o crescimento populacional no Congresso Nacional.

Neste sentido, o Ministério da Saúde obteve decisões relacionadas ao controle de natalidade, sofrendo oposição de diversos movimentos à esquerda e de conservadores, como a Igreja Católica. No Brasil, o movimento sanitário foi um dos marcos para a resistência à implantação de programas de controle demográfico, contribuindo para a sustentação técnica e política concedida ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (COSTA, 2009).

O PAISM originou-se em 1984 pelo MS na busca de critérios para priorizar as reais necessidades da assistência à saúde da mulher, incorporando princípios e diretrizes como propostas de descentralização: hierarquização e regionalização de serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num lapso paralelo aos movimentos sanitários, embasando a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a).

Nesse contexto, o PAISM surgiu como forma de articulação entre estudos, movimentos feministas e o MS, tornando-se fortemente influenciado pelos movimentos sanitaristas, sobretudo no que concerne à uma perspectiva integral de saúde e defesa da universalidade. O programa admitiu uma atitude revolucionária ao retratar a saúde da mulher de forma integral, abstendo-se da ótica limitada à saúde reprodutiva e incorporando toda a logística em termos de política e programas setoriais equitativos no que se reporta ao gênero (PEDROSA, 2005).

Contudo, Osis (1998) constatou que para uma parcela da população houve inoperância do programa paralelo ao caos instalado no sistema público de saúde no país, não havendo atenção necessária nos serviços públicos referentes à saúde integral da mulher em alguns momentos. Por conseguinte, o SUS não obteve resultados positivos e visíveis em sua maioria.

Como ampliação do programa para nortear as ações de atenção a este grupo, foi criado entre os anos de 2004 a 2007 o documento que estabelecia a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM): Princípios e Diretrizes para a promoção da saúde da mulher em sua integralidade, como proposta de análise distinta das anteriores, ao considerar as diversidades femininas dentro de suas necessidades específicas e locais (RAMALHO *et al.*, 2012).

Pautando-se nos princípios de humanização e qualidade da atenção em saúde, a PNAISM teve suas diretrizes estabelecidas em 2009, para a resolutividade das ações no fortalecimento do conhecimento das mulheres frente à identificação de suas questões, na promoção do autocuidado, reconhecendo e reivindicando seus direitos. Igualmente, era vista como sujeito da sua cidadania através da operacionalização da Atenção Básica (AB) garantindo seus direitos à saúde integral (LEMOS, 2011).

Vale ressaltar que o Pacto pela Vida redirecionou o compromisso entre gestores do SUS, priorizando a pactuação de ações norteadas por algumas temáticas, dentre elas a redução da mortalidade materna-infantil em 5% em 2006, garantindo insumos necessários para o tratamento de síndromes hipertensivas no parto, e ainda, qualificando os pontos de distribuição de sangue, atendendo às necessidades das maternidades e locais de parto (BRASIL, 2006).

Paralela à criação das políticas de atenção à saúde da mulher, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), no início da primeira década do século XXI, abordando o reconhecimento da mulher e sua inclusão no processo de desenvolvimento social, político, econômico e cultural. Ainda nesse contexto, foi lançado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), resultado de diálogo entre governo e sociedade civil, estruturado por meio de conferências de municípios e estados brasileiros, firmando um pacto nacional, buscando a importância das políticas públicas para as mulheres no país e contribuindo para a execução das ações da APS (BRASIL, 2004b).

Corroborando com as políticas, foram instituídos programas para avaliação e monitoramento das ações e serviços de saúde na Atenção Básica. Nesse contexto, surgiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com vistas a ampliar o acesso e garantir a melhoria da qualidade da AB, trabalhando um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, na esfera municipal, estadual e federal, mensurando os efeitos das políticas de saúde com o objetivo de subsidiar as tomadas de decisões e certificar a transparência nos processos de gestão do SUS (FERNANDES; COSTA; GARCIA, 2014).

Neste sentido, a avaliação é um instrumento que permite acompanhar o avanço dessas políticas. Para tanto, o PMAQ-AB contempla estratégias que fazem parte da saúde da mulher, dispondo de indicadores de avaliação que permitem subsidiar processos de planejamento, gestão e monitoramento dos serviços voltados à atenção ao pré-natal, parto e puerpério, bem como monitorar e avaliar a qualidade e a constância dos dados informados pelas equipes e pelo usuário, permitindo o acompanhamento da evolução dos resultados (BRASIL, 2015a).

Contudo, com o desafio de expandir o acesso, melhorar a qualidade e equidade para APS no país, o Ministério da Saúde lançou uma nova política de financiamento, baseada nas melhores experiências de qualidade da APS, em novembro de 2019. Buscando fortalecer os atributos essenciais da APS, o Previner Brasil pretende sincronizar os princípios estabelecidos à APS e a modernização organizacional que as mudanças sociais e culturais nos impõem. Para tanto, essa política apresenta componentes: a capitação ponderada, o pagamento por desempenho, e incentivos para ações estratégicas e populações vulneráveis (HARZHEIM, 2020).

Em contrapartida, para Massuda (2020), a APS brasileira pode enfrentar desafios e ameaças pela nova política transpassando objetivo restritivo, descentralizando as ações, limitando a universalidade no desempenho de funções estratégicas, aumentando as distorções no financiamento e contribuindo para a reversão de conquistas históricas na redução de desigualdade na saúde no país.

### 3.3 PROCESSOS AVALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O potencial da Atenção Primária à Saúde (APS) para a reorganização do sistema de saúde, seguido da sua expansão a partir de 1994, levantaram questionamentos referentes à eficiência, resolutividade e capacidade de inter-relação de seus serviços com os demais níveis de atenção, expondo problemáticas. Em resposta, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com instituições, possibilitou estratégias para o monitoramento e a avaliação dos serviços de APS, com vistas a avaliar a disparidade nas perspectivas dos sujeitos relacionados aos serviços (CAMPOS, 2005).

O processo de avaliação em saúde comportou-se como instrumento de interesse em diversos momentos históricos, inclusive em conjunturas anteriores à implementação do Sistema Único de Saúde. Assim como, apresentou-se em espaço de saberes e práticas, estruturando uma dinâmica social em busca de autonomia em relação às subáreas que compreendem a Saúde Coletiva (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Logo, conceitua-se a prática de avaliar como a aplicação de um julgamento de valor, por meio de dispositivos habilitados a dispor informações válidas e legítimas sobre a ação, possibilitando aos envolvidos sujeitar-se a diferentes julgamentos. Permite ainda, examinar a capacidade dos serviços em responder às necessidades referidas à saúde, acompanhar a eficácia

das intervenções, discernir problemas e instrumentalizar equipes de saúde, gestores e comunidade (NICOLA; PELEGRINI, 2018).

A avaliação despertou interesse no Brasil a partir dos anos 1990, com o aumento do número de iniciativas relacionadas às políticas públicas, no cenário da Constituição de 1998, ampliando os direitos civis dos cidadãos brasileiros. Além do mais, as indagações sobre a eficácia e eficiência dos programas e serviços instigam a crescente demanda de avaliação dos mesmos (CARVALHO *et al.*, 2012).

O processo de avaliação da satisfação com os serviços de saúde públicos é progressivo e pode possibilitar indicadores para a construção de novas políticas, além de qualificar as existentes. Além disso, a participação dos envolvidos nessa avaliação favorece a compreensão das diferentes perspectivas que transpassam o serviço, inserindo-as nas decisões e organização de plano de cuidados, fundamentado nas diretrizes do SUS com atendimento universal, integral e equitativo. (RÊGO *et al.*, 2018)

Com o objetivo de analisar os componentes dos serviços de saúde no ponto de vista de aprimoramento, a avaliação da atenção primária à saúde é realizada através de intervenções e tecnologias empreendidas pelos profissionais. O processo de avaliação correlaciona-se à produção de instrumentos e conhecimentos para aperfeiçoar o acesso (JALES; JALES; GOMES, 2017).

Necessários para caracterizar os progressos e retrocessos na esfera do acesso universal e monitoramento de resultados, os instrumentos para avaliação na atenção primária à saúde refletem as peculiaridades dos serviços com vistas as concepções organizacionais e mecanismos, buscando a avaliação da satisfação dos usuários, perspectivas dos profissionais e gestores referentes às práticas de saúde na APS (PINTO; NASCIMENTO; NICHATA, 2019).

Vale salientar a diversidade de instrumentos empregados na avaliação da APS que abordam questionamentos e análise de evidências pertinentes às repercussões no âmbito da atenção básica, possibilitando assegurar aos usuários a expansão ao acesso, qualidade e acolhimento destes nos serviços de saúde (RIBEIRO; SCATENA, 2019).

Nesse contexto, os instrumentos são imprescindíveis para avaliar o desempenho e os impactos dos serviços e ações na APS para proporcionar o aprimoramento da reformulação das ações pelas equipes de saúde e gestores e para a construção de novas estratégias para as práticas na ESF. Logo, faz-se necessária a utilização de instrumentos que possibilitem a avaliação e mensuração da eficácia e eficiência dos atributos da APS (CAMPOS *et al.*, 2014).

As reformas da atenção à saúde primária, em sua maioria, sequer são baseadas em evidências, com o progresso destas sendo impulsionado por interesses políticos ou de grupos profissionais específicos. Prontamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou o instrumento de avaliação *WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET)* abrangendo organização e financiamento, médicos da família e os usuários dos serviços primários de saúde. Possibilitara uma abordagem estruturada, baseando-se nas funções dos sistemas de saúde e com atendimento primário voltado a acessibilidade, integralidade, coordenação e a continuidade, proporcionando assim decisões políticas, no que tange à saúde, baseadas em evidências científicas provocando resultados positivos (FRACOLLI *et al.*, 2014).

O questionário *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)* avalia a satisfação dos usuários com os cuidados primários em saúde, fornecendo *feedback* para o aperfeiçoamento da prática, desempenho e organização dos cuidados profissionais médicos de família. Utilizado internacionalmente, este instrumento aborda a satisfação dos usuários de serviços médicos de medicina geral e familiar (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Elaborado sob orientações da *American Academy of Pediatrics Guidelines for treatment of ADHD*, o *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP)* avalia os cuidados primários referentes ao desempenho, desafios e atividades clínicas desenvolvidas para cuidar de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na APS (FRACOLLI *et al.*, 2014).

Dentre os diversos instrumentos avaliativos, encontra-se o Aplicativo para atenção primária em saúde PACOTAPS objetivando subsidiar gestores e equipes de saúde com informações através de dados epidemiológicos no que concerne a qualidade das ações prestadas pelas equipes da APS. Igualmente importante para a gestão, o sistema de dados deste *software* permite monitorar processos além de atendimentos, como exames complementares e atendimentos de outros níveis de complexidade (TOMASI *et al.*, 2003).

O *PCATool*, instrumento de domínio público e validado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), apresenta-se como um questionário estruturado que mensura empiricamente os atributos essenciais e derivados da APS, através da avaliação dos usuários, gestores e profissionais de saúde. Este considera subitens: acesso de primeiro contato associado à acessibilidade e utilização das ações, longitudinalidade e coordenação, onde esse instrumento busca os sistemas de informações e a realização dos serviços aos usuários associado à integração

dos cuidados e sistemas de informação e a integralidade, este associando-se aos serviços disponíveis e prestados (PRATES *et al.*, 2017).

Em 19 de julho de 2011, o MS criou a Portaria N° 1.654 GM/MS instituindo o PMAQAB, Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, na nova PNAB, provocando mudanças nos processos de trabalho, com impacto no acesso e qualidade dos serviços, inter-relacionando avaliação e certificação que enleia repasses de recursos conforme desempenho avaliado pelos elementos do programa (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O PMAQ-AB funcionava por meio da articulação de processos que buscava expandir a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com os profissionais de saúde, no que se refere a ofertar serviços que possibilitem maior acesso e qualidade à população. Além de favorecer a transparência e efetividade das ações governamentais voltadas à atenção básica, o programa tinha como objetivo assegurar maior equidade nos serviços prestados à atenção primária à saúde no Brasil. Este, apresentou quatro fases (adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização) em seu primeiro ciclo (BRASIL, 2011b).

No que se refere ao seu segundo ciclo, o PMAQ-AB em 2013, apresentou quatro fases para o processo de avaliação, possibilitando desta forma a adesão universal e essencial, a regulamentação para a adesão das equipes de Saúde da Família e centros de especialidades odontológicas, de acordo com as modificações da portaria vigente (SELLERA *et al.*, 2020).

Em seu terceiro ciclo, o Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica passou a ocorrer em três fases, complementando-se e formando um processo contínuo com vistas a melhoria do acesso e qualidade da atenção primária, corroborando para um eixo estratégico transversal de desenvolvimento. As fases denominam-se adesão e contratualização, certificação e recontratualização, e em sua segunda fase de desenvolvimento foi incluído o eixo transversal que apresenta o processo de autoavaliação (BRASIL, 2015a).

O Eixo Estratégico Transversal refere-se ao aprimoramento dos serviços da APS que alberga todo o processo de autoavaliação, possibilitando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, com intuito de promover movimentos de mudança da gestão e do cuidado (BRASIL, 2015b).

As equipes de saúde da família identificaram pontos falhos relacionados à autoavaliação e estabeleceram estratégias de intervenção, aprimorando os processos de trabalho. Desta forma, esse processo acontece através de fases dessemelhantes, iniciando-se pelo compromisso das

equipes para com os indicadores dos gestores municipais. A certificação é tida como a terceira fase, ocorrendo mediante o desempenho dos indicadores supracitados, propondo-se obter um desempenho satisfatório (VECCHI; CAMPOS; FARAH, 2017).

A autoavaliação promove o planejamento de ações pelos profissionais no que concerne à melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (AMAQ), objetivando o desenvolvimento de viés que possam suprir as necessidades nos serviços, seguidos do processo de monitoramento das equipes e gestores para a qualificação da assistência desses profissionais (SAMPAIO *et al.*, 2016).

Contudo, desafios comprometem a adesão do PMAQ-AB, estando estes associados à ausência de aperfeiçoamento das ações referentes ao processo de monitoramento durante a avaliação, competências gerenciais, inter-relação de estratégias de intervenções relacionadas ao cenário atual, organização das informações e a reestruturação dos serviços prestados (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Além disso, métodos avaliativos instaurados no contexto da APS, promovem a satisfação dos usuários mediante a assistência prestada, ações e recursos advindos do acesso da atenção básica. Para tanto, ressalta-se a importância de incorporar mudanças nas ações das equipes e gestores da saúde, visto que os usuários carecem de estratégias em saúde que propiciem um serviço qualificado e holístico seguido de mudanças nos indicadores de saúde (PINTO; NASCIMENTO; NICHIATA, 2019).

Em 12 de novembro de 2019, o Ministério da Saúde institui a Portaria N° 2.979 que implementa o Programa Previne Brasil, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, para implantação de ações estratégicas que possibilitem abranger necessidades e prioridades em saúde, em dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica (BRASIL, 2019).

De acordo com Morosi, Fonseca e Baptista (2020) a nova proposta de financiamento, modifica a lógica estrutural de desempenho e organização da política de saúde e aborda três mudanças: extingue os pisos fixo e variável, introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas e estabelece nova forma de pagamento por desempenho, que enfatiza o monitoramento de procedimentos e resultado dos serviços, não considerando a avaliação dos processos de trabalho. Por vez, amplia a possibilidade de privatização da saúde e compõe um novo processo de acúmulo, alargado pela abertura do setor ao capital estrangeiro.

Para o Ministério da Saúde, monitoramento é um elemento integrante do processo de avaliação que abrange a coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações

e indicadores de saúde, disposto a analisar a execução de ações, conforme planejado, bem como investigar se estão alcançando os resultados esperados. A institucionalização do processo avaliativo em saúde requer ações de monitoramento nas diversas áreas do SUS de forma articulada e complementar (SILVA; JORGE; SILVA, 2015).

### 3.4 ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde no Brasil constitui-se como método organizacional da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando um conjunto de funções que promovem a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, tal como ao tratamento e à reabilitação e o trabalho em equipe (STARFIELD, 2002).

Considerando a Constituição de 1988 como marco conceitual, esta promoveu um novo pensamento social de promoção de saúde ao instituir a origem do SUS, a maior conquista do movimento sanitário brasileiro. A partir deste serviço de saúde, estabeleceu-se a relação entre Estado e sociedade civil em favor do acesso pleno às ações e serviços, buscando um novo padrão de cidadania (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O acesso à saúde é definido por aspectos organizacionais e técnicos influenciados pelas circunstâncias políticas, econômicas, sociais e simbólicas, que contemplam os elementos: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional e aceitabilidade. A acessibilidade conforma-se à disponibilidade e à utilização de serviços em tempo favorável, de acordo com a necessidade proposta pelo usuário, atentando-se à facilidade de acesso (ASSIS; JESUS, 2012).

É inevitável discutir sobre acesso e não o relacionar ao acolhimento, dada esta uma ferramenta importante para a ampliação e a facilidade ao acesso aos serviços de saúde. O acolhimento integra postura ética e cuidado, interesse, empatia e respeito, para garantir o acesso equânime. Entretanto, ainda há uma inviabilidade na demanda espontânea relacionada às necessidades momentâneas do usuário, e não a um processo contínuo (BRASIL, 2011c).

Para tanto, a orientação da reorganização do processo de trabalho na APS destaca princípios, dentre eles, o aumento do acesso da população às ações e serviços nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), relacionando o acesso à disponibilidade do cuidado continuado e a demanda espontânea e atividades coletivas (BRASIL, 2014).

Não obstante, estudos mostram que usuários relataram dificuldades no que se refere ao acesso e atendimento na ESF, revelando incompreensão e utilização inadequada das informações e orientações sobre saúde, realçando a ausência no acolhimento por parte dos

profissionais, além da demora do agendamento da demanda, a carência de profissionais e capacitação destes (MENDES, 2012).

As criações de políticas públicas de saúde universais apresentam grande desafio no cotidiano, dada a realidade dos sistemas de saúde no Brasil. Com extensa dimensão geográfica, o país ultrapassa 210 milhões de habitantes, e apesar da criação da ESF para reorganizar a APS com vistas à integralidade do acesso às ações e serviços, ainda é notório a não disponibilidade e acessibilidade à saúde para toda a população (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A deficiência na organização das demandas impossibilita o acesso para a oferta de serviços aos usuários residentes em áreas longínquas, sobretudo com a omissão dos profissionais para a construção de estratégias que viabilizem as políticas que possam beneficiar a melhoria do acesso. Para tal, vê-se a necessidade na coordenação de ofertas de serviços e orientações necessárias para que o usuário possa encontrar o caminho para o sistema de saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Visto que a assistência é um dos principais problemas para a acessibilidade aos serviços públicos na APS, a qualidade dos serviços, ineficácia da gestão e dificuldade do acesso a consulta são problemas interligados frente a uma demanda espontânea, que leva ao aumento da carência de assistência e descontentamento do usuário com o SUS (GOMIDE *et al.*, 2018).

A APS possui atributos essenciais para qualidade do acesso, sendo estes: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. A integração desses atributos deve favorecer as necessidades em saúde, uma vez que abordam a acessibilidade e esta, por sua vez, é fundamental para a continuidade dos usuários nos serviços de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

À vista das experiências cotidianas vivenciadas pelos usuários em demanda espontânea, para o acesso e a acessibilidade aos serviços nos sistemas de saúde, por vezes transparecem o acesso equânime e redução das desigualdades sociais. No entanto, os apoios para a concretização desses eventos são frágeis, uma vez que os protagonistas dos serviços são vulneráveis às mudanças, sejam elas políticas ou fiscais, que requerem a implantação de estruturas sólidas de gestão, compreendendo planejamento e avaliação de ambas as partes (FREEMAN *et al.*, 2015).

Mediante ao pressuposto que a ESF contribui para os elementos facilitadores ao acesso, às ações e serviços básicos, a acessibilidade geográfica, flexibilidade dos profissionais e o vínculo com os usuários possibilitam a organização de estratégias que promovem o acesso para

os usuários e que repercutem de forma positiva diante da busca pelos serviços (GONTIJO *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, compreende-se que o acesso parte do reconhecimento das necessidades individuais que repercutem em sua qualidade em concordância com a eficácia do monitoramento das ações provenientes das estratégias organizacionais dos profissionais. Assim, a orientação e repasse de informações cruciais sobre o acesso proporciona o melhor desfecho nos sistemas de saúde, a fim de respeitar as peculiaridades de cada indivíduo, contribuindo para o acesso integral no contexto social (ANTUNES; PADOIN; PAULA, 2018).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é caracterizado como um estudo exploratório-descritivo, transversal e com abordagem quantitativa, onde aborda a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher na Atenção Básica dos municípios da 17ª Área Descentralizada de Saúde (ADS) do Ceará (Baixio, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari), mediante perspectiva do profissional e usuário, através de microdados gerados a partir da avaliação externa do PMAQ-AB, 3º ciclo, relacionados à Saúde da Mulher.

Os estudos exploratório-descritivos são estudos que almejam retratar determinado fenômeno, como, por exemplo, o estudo de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas. Podem ser estruturados tanto em descrições quantitativas como qualitativas, bem como através de acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio de observação (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Já o estudo do tipo transversal é considerado um dos tipos de pesquisas que têm baixo custo e rapidez para chegar aos resultados, visto que o objetivo de analisar e descrever o que está acontecendo em determinado local ou grupo de indivíduos rapidamente na mesma ocasião e por praticamente não haver perdas de seguimento (HOCHMAN *et al.*, 2005).

A abordagem quantitativa corresponde em quantificar variadas modalidades de coleta dos dados, bem como informações por meio de técnicas estatísticas. A caracterização desse método científico proporciona teses e informações de determinados estudos, desde a mais simples como percentual, média, desvio-padrão, até as mais complexas (SILVA; LOPES; BRAGA JUNIOR, 2014).

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado a partir dos microdados provenientes da avaliação externa do PMAQ-AB, 3º ciclo, disponíveis no Departamento da Atenção Básica (DAB), em sete municípios que compõem a 17ª Área Descentralizada de Saúde (ADS) do Ceará (Baixio, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari), localizada na região Centro-Sul, composta por 171.124 habitantes; o município de Icó é o mais populoso e sedia essa região de saúde. Dentre os municípios da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), Cedro,

Ipaumirim, Lavras da Mangabeira e Orós estão na Classe 3 do Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM), e os municípios de Baixo, Icó e Umari estão na Classe 4 do Índice de Desenvolvimento Municipal, o mais baixo na classificação do Instituto de Pesquisa do Ceará – IPECE (CEARÁ, 2018).

As equipes de saúde da família distribuídas por município da 17ª Região de Saúde, apresentam o seguinte perfil, de acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Tabela 01 – Cobertura populacional estimada de equipe saúde por município.**

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (hab.)	EQUIPE SAÚDE FAMÍLIA (número)	COBERTURA (%)
Baixo	6.228	02	100
Cedro	25.063	10	100
Icó	67.486	20	100
Lavras da Mangabeira	31.035	09	100
Ipaumirim	12.349	04	100
Orós	21.292	09	100
Umari	7.671	03	100
<b>Total</b>	<b>171.124</b>	<b>57</b>	-

**Fonte:** e-gestor, 2018.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foram os profissionais do ensino superior e usuários que responderam às perguntas do instrumento de avaliação do PMAQ-AB em seu terceiro ciclo, constituída por todos os dados informados e disponibilizados no sistema. A amostra foi constituída pelos dados referentes às variáveis respondidas pelos profissionais.

Quanto à população, Marconi e Lakatos (2011) a aponta como um conjunto de seres animados ou inanimados que, em geral, apresentam pelo menos uma característica em comum. Em uma pesquisa a população depende do assunto a ser investigado.

Já a amostra é definida como um subconjunto da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características dessa população. Ela é realmente o que será

submetido à verificação, sendo obtida ou determinada por uma técnica específica de amostragem (GIL, 2002).

#### 4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento de avaliação externa do PMAQ, do 3º ciclo, é dividido em três módulos: Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde; Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e, Módulo III – Entrevista com Usuário na Unidade Básica de Saúde. A partir de cada módulo foram extraídas variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Mulher e organizados em uma tabela para facilitar a visualização e identificação da relação entre elas (Quadro 1). Uma vez definidas as variáveis do estudo, foram extraídos os resultados a partir dos microdados, disponíveis no Departamento da Atenção Básica (DAB).

#### **Quadro 01 – Variáveis relacionadas à Atenção à Saúde da Mulher selecionadas para análise.**

<b>Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde</b>
I.8.5- Essencial. Quantos estetoscópios adultos em condições de uso?
I.8.9 Essencial. Quantas balanças antropométricas em condições de 150 kg em condições de uso?
I.8.14 - Geral. Quantos focos de luz para exame ginecológico em condições de uso?
I.8.15 – Geral. Quantas mesas para exame ginecológico com perneira em condições de uso?
I.8.16 – Geral. Quantas macas/mesa para exame clínico em condições de uso?
I.8.17 - Geral. Quantos sonares/detector fetal em condições de uso?
I.8.9- Geral. Quantos glicosímetros em condições de uso?
I.9.2 Caderneta da Gestante sempre disponível
I.10.4- Geral. dTpa sempre disponível
I.10.6- Geral. Influenza sazonal
I.10.7 – Geral. Hepatite B sempre disponível

I.11.1 – Geral. Teste rápido de sífilis sempre disponível
I.11.2 – Geral. Teste rápido de gravidez sempre disponível
I.11.3 – Geral. Teste rápido de HIV sempre disponível
I.11.4 – Geral. Teste rápido de hepatite B sempre disponível
I.11.5 – Geral. Teste rápido de hepatite C sempre disponível
I.12.13. Dispositivo IntraUterino - DIU sempre disponível
I.12.14 – Geral. Fita métrica sempre disponível
I.12.15 – Essencial. Espéculo descartável sempre disponível
I.12.16 – Essencial. Espátula de Ayres sempre disponível
I.12.17 – Essencial. Lâmina de vidro com lado fosco sempre disponível
I.12.18 – Essencial. Portalâmina ou frasco plástico com tampa para lâmina sempre disponível
I.12.19 – Essencial. Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) sempre disponível
I.12.21 – Essencial. Escovinha endocervical sempre disponível
I.15.4.1. Sulfato ferroso em quantidade suficiente?
I.15.4.2. Ácido fólico em quantidade suficiente?
I.15.6.1. Enantato de noretisterona + valerato de estradiol em quantidade suficiente?
I.15.6.2. Etinilestradiol + levonorgestrel em quantidade suficiente?
I.15.6.3. Noretisterona em quantidade suficiente?
I.15.6.4. Acetato de medroxiprogesterona em quantidade suficiente?
I.15.6.5. Levonorgestrel em quantidade suficiente?
I.15.6.7. Estrogênios conjugados em quantidade suficiente?

<b>Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica</b>
II.9.2 - Geral. Em relação à demanda de cuidado continuado, como é realizada a marcação de consulta?
II.10.1 - Essencial. A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?
II.10.4.1 Qual(is) é(são) o(s) principal(is) fluxo(s) para o acolhimento à demanda espontânea?
II.11.13 Quais motivos dificultam a oferta do procedimento Inserção de DIU?
II.12.1 - Geral. Quais desses exames para o pré-natal são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde?
II.12.9 - Geral. Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?
II.13.1 A equipe realiza ações de planejamento familiar?
II.13.2 Para qual público alvo a equipe realiza ações de planejamento familiar:
II.14.1 - Essencial. A equipe realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?
II.14.2 - Geral. A equipe possui registro do número de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?
II.14.3 A equipe possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados?
II.14.4 A equipe possui o registro de mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?
II.14.6 - Geral. A equipe realiza busca ativa das seguintes situações:
II.14.7 A equipe de atenção básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?
II.14.8 A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame citopatológico?
II.14.9 A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame das mamas com um profissional de saúde?
II.15.1 - Essencial. A equipe realiza consulta de pré-natal?

II.15.3 A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes?
II.15.4 A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?
II.15.5 A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?
II.15.6 - Geral. A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco?
II.15.7 A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?
II.15.11 - Geral. É realizada a consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe?
II.15.12 - Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até uma semana após o parto?
<b>Módulo III – Entrevista com Usuário na Unidade Básica de Saúde</b>
III.5.6 Vocês recebem atendimento dos profissionais de saúde para acompanhamento das exigências do programa Bolsa Família (vacinação, pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento)?
III.5.7 Vocês encontraram dificuldades para ter este atendimento?
III.12.1 Quando a senhora tem um problema ginecológico, consegue ser atendida na hora mesmo sem estar com a consulta marcada?
III.12.2 Se NÃO é atendida na hora, indique para quando a marcação da consulta é feita:
III.12.3 Quando foi a última vez que a senhora fez o exame preventivo de câncer do colo de útero (exame Papanicolau)?
III.12.4 A senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) nesta unidade de saúde?
III.12.6 Na(s) consulta(s) que a senhora já fez nesta unidade de saúde, foi orientada quanto à importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer?
III.12.7 Na(s) consulta(s), o(s) profissional(ais) realiza(m) exames nas mamas da senhora?

III.12.10 Os profissionais de saúde que atendem a senhora nesta unidade informam sobre métodos de proteção/prevenção para a senhora não engravidar (ex.: camisinha, anticoncepcional)?
III.13.4 Em que local a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal?
III.13.5 Na(s) consulta(s) de pré-natal, os profissionais de saúde:
III.13.6 Na(s) consulta(s) de pré-natal, a senhora foi orientada sobre:
III.13.7 Durante o pré-natal, a senhora fez:
III.14.3 A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local?
III.14.6 Foi perguntado sobre como a senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão?
III.14.7 Foram ofertadas formas para a senhora não engravidar (métodos contraceptivos. Ex.: camisinha, anticoncepcional)?
III.14.8 Foi realizado exame ginecológico a senhora?
III.14.9 Foram examinadas as mamas da senhora?
III.14.10 Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação?

**Fonte:** Instrumento de avaliação externa para as equipes de Atenção Básica Saúde Bucal e NASF, 2017.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os microdados, provenientes da avaliação externa, foram organizados, tabulados e consolidados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 23, possibilitando a realização de análises a partir da estatística descritiva.

O *Software* estatístico SPSS é uma ferramenta internacional para análise de dados utilizando técnicas estatísticas básicas e avançadas de fácil manuseio (MEIRELES, 2014).

Inicialmente, foi utilizada a análise estatística descritiva com utilização de frequência e percentual, sendo realizadas análises que permitiram a abrangência entre as variáveis, para que os objetivos da pesquisa fossem contemplados. Após análise, os dados foram confrontados com a literatura pertinente, a fim de identificar os fatores que interferem na efetivação e acesso às ações de serviços de saúde voltados à Atenção à Saúde da Mulher na APS.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Mediante a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pesquisas relacionadas à participação de seres humanos incorporam a ótica dos indivíduos e sua coletividade os referencias da bioética, sendo eles: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, na qual incluem os direitos e deveres aos participantes para o desenvolvimento da pesquisa, promovendo o respeito a comunidade científica e a sociedade (BRASIL, 2012).

O procedimento para a obtenção dos dados da pesquisa foi desenvolvido a partir de dados secundários disponibilizados para o acesso público, por isso não se fez necessária a submissão desta pesquisa para obter parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO

Nesta seção iremos apresentar informações quanto às unidades básicas de saúde que foram avaliadas no 3º ciclo do PMAQ-AB e características relacionadas aos profissionais e usuários que responderam a avaliação externa. Vale ressaltar que para a avaliação externa foram utilizados um instrumento contendo três módulos: Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde, Módulo II – Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde e, Módulo III – Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde, dos quais foram extraídos as variáveis que serão apresentadas a seguir.

A tabela 02 apresenta a quantidade de Unidades Básicas de Saúde por município, da 17ª Área Descentralizada de Saúde que participou do terceiro ciclo do PMAQ-AB Ceará, onde foram entrevistadas 56 unidades. Dentre os municípios, o maior número de UBS está concentrado em Icó com 19 (39%) e Cedro com 10 (17,9%) unidades.

**Tabela 02. Variáveis de caracterização das UBS por município.**

MUNICÍPIO	N	%
Baixio	3	5,4
<b>Cedro</b>	<b>10</b>	<b>17,9</b>
<b>Icó</b>	<b>19</b>	<b>33,9</b>
Ipaumirim	4	7,1
Lavras da Mangabeira	9	16,1
Orós	8	14,3
Umari	3	5,4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/ Ministério da saúde.

Na tabela 03, os dados caracterizam os profissionais de saúde que responderam a avaliação externa do PMAQ. Todos os profissionais entrevistados eram enfermeiros. O vínculo empregatício, por sua vez, prevalece o de servidor público estatutário com 43 (76,8%), porém é válido ressaltar a porcentagem de 5 (8,9%) de contrato temporário por prestação de serviço.

O tipo de contratação concentrou-se em administração direta com 49 (87,5%) e, quanto à forma de ingresso 45 (80,4%) através de concurso público.

**Tabela 03. Caracterização dos profissionais segundo profissão, vínculo empregatício, contratação e mecanismo de ingresso.**

<b>PROFISSÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>CONTRATAÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Enfermeiro</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>	<b>Administração direta</b>	<b>49</b>	<b>87,5</b>
<b>VÍNCULO EMPREGATÍCIO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	Consórcio intermunicipal de direito público	1	1,8
<b>Servidor público estatutário</b>	<b>43</b>	<b>76,8</b>	Cooperativa	3	5,4
Cargo comissionado	1	1,8	Outro(s)	3	5,4
Contrato temporário pela administração pública	4	7,1	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>
<b>CONTRATAÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>MECANISMO DE INGRESSO</b>		
<b>Contrato temporário por prestação de serviço</b>	<b>5</b>	<b>8,9</b>	<b>Concurso público</b>	<b>45</b>	<b>80,4</b>
Outro(s)	3	5,4	Outro(s)	11	19,6
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde

Os dados na tabela 04 são referentes a existência de plano de carreira onde apenas 6 (10,7%) dos profissionais entrevistados afirmaram possuir, com 6 (10,7%) confirmando a progressão por antiguidade e por titulação. Contudo, somente 2 (3,6%) sinalizaram a progressão segundo a avaliação de desempenho.

**Tabela 04. Caracterização dos profissionais segundo plano de carreira.**

<b>PLANO DE CARREIRA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>PROGRESSÃO SEGUNDO AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>6</b>	<b>10,7</b>	<b>Sim</b>	<b>2</b>	<b>3,6</b>
Não	50	89,3	Não	4	7,1
			Não se aplica	50	89,3
<b>PROGRESSÃO POR ANTIGUIDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>PROGRESSÃO POR TITULAÇÃO</b>		
<b>Sim</b>	<b>6</b>	<b>10,7</b>	<b>Sim</b>	<b>6</b>	<b>10,7</b>
Não se aplica	50	89,3	Não se aplica	50	89,3

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde

A tabela 05 caracteriza os usuários entrevistados no terceiro ciclo do PMAQ-AB nos municípios que compõem a 17ª ADS. Ao todo, foram entrevistados 229 usuários distribuídos entre as sete cidades da região, destas, os maiores números de usuários que responderam ao questionário foram Icó com 76 (33,2%) e Cedro e Lavras da Mangabeira com 40 (17,5%) dos usuários cada um.

**Tabela 05. Caracterização sociodemográfica dos usuários.**

<b>USUÁRIOS POR</b>					
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Baixio	12	5,2	Solteiro	58	25,3
<b>Cedro</b>	<b>40</b>	<b>17,5</b>	<b>Casado(a) ou União estável</b>	<b>149</b>	<b>65,1</b>
<b>Icó</b>	<b>76</b>	<b>33,2</b>	Divorciado(a)	11	4,8
Ipaumirim	17	7,4	Viúvo	11	4,8
<b>Lavras da Mangabeira</b>	<b>40</b>	<b>17,5</b>	<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>
Orós	40	17,5	<b>COR DA PELE/RAÇA</b>		
Umari	32	14,0	Branco	75	32,8
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>	Preto	19	8,3
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	Amarelo	37	16,2
<b>Masculino</b>	<b>45</b>	<b>19,7</b>	<b>Pardo/mestiço</b>	<b>96</b>	<b>41,9</b>
Feminino	184	80,3	Indígena	2	0,9
<b>Total</b>	<b>299</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>IDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não é alfabetizado	14	6,1	15 a 19 anos	12	5,2
Alfabetizado	10	4,4	<b>20 a 29 anos</b>	<b>47</b>	<b>20,5</b>
<b>Ens. Fund. Incompleto</b>	<b>51</b>	<b>22,3</b>	<b>30 a 39 anos</b>	<b>62</b>	<b>27,2</b>
Ens Fund Completo	25	10,9	<b>40 a 49 anos</b>	<b>46</b>	<b>20,0</b>
Ens Med Incompleto	23	10,0	50 a 59 anos	32	13,8
<b>Ens Med Completo</b>	<b>81</b>	<b>35,4</b>	60 a 79 anos	30	12,8
Ens Sup. Incompleto	11	4,8	<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>
Ens Sup. Completo	11	4,8			
Pós-graduação	3	1,3			
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>			

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica

Quanto ao sexo, a maioria dos usuários concentrava-se no sexo feminino com 184 (80,3%), enquanto o sexo masculino soma-se em 45 (19,7%). Sobre o estado civil, o predominante foi casado com 65,1%. Quanto a cor de pele/raça, a maioria dos usuários se declararam da cor parda/mestiça 96 (41,9%) e de escolaridade com ensino médio completo com 81 (35,4%) e ensino fundamental incompleto 51 (22,3%) usuários.

Quanto a faixa etária observa-se que a maior parte dos usuários estão compreendidos entre 20 e 49 anos com 187 (61,5%) dos respondentes, uma tímida presença dos adolescentes na faixa de 15 a 19 anos, com 12 (5,2%) e apenas 30 (12,8%) de idosos.

A seguir apresentaremos as variáveis organizadas por programas de atenção à saúde da mulher, para facilitar a análise, compreensão e interpretação. Serão eles: planejamento familiar, pré-natal e puerpério e acolhimento à demanda espontânea. Cada programa está organizado pela sequência dos módulos analisados: módulo I, referente à Unidade Básica de Saúde, módulo II, que corresponde aos dados referidos pelos profissionais das equipes de saúde e o módulo III referente às informações repassadas pelos usuários.

### Planejamento Familiar

A tabela 06 apresenta disponibilidade de contraceptivos e motivos que dificultam a oferta do dispositivo intra-uterino nas unidades. Percebe-se que 17 (30,4%) UBS não possuem o dispositivo, porém 46 (82,14%) delas não possuem infraestrutura adequada para a inserção do material; 18 (32,1%) UBS não possuem recursos humanos para o procedimento. Ademais, 16 (28,6%) profissionais afirmaram que a falta de capacitação e treinamento dificulta a oferta do procedimento de colocação do DIU.

**Tabela 06. Disponibilidade de DIU e preservativos pela unidade básica.**

DISPONIBILIDADE DE CONTRACEPTIVOS	SIM		NÃO		NS/NR	
	N	%	N	%	N	%
<b>Dispositivo Intra-Uterino</b>	35	62,5	<b>17</b>	<b>30,4</b>	4	7,1
Preservativo masculino	52	92,9			4	7,1
Preservativo feminino	52	92,9			4	7,1
DIFICULDADES NA INSERÇÃO DO DIU	SIM		NÃO		NS/NR	
	N	%	N	%	N	%
<b>Infraestrutura adequada</b>	10	5,4	<b>46</b>	<b>82,14</b>	-	-
Falta material/insumo	1	1,8	55	98,2	-	-
Falta de protocolo	3	5,4	53	94,6	-	-
<b>Falta de profissionais (recursos humanos)</b>	<b>18</b>	<b>32,1</b>	38	67,9	-	-
Falta de demanda para os procedimentos	7	12,5	49	87,5	-	-
Sobrecarga de trabalho	1	1,8	55	98,2	-	-
Medidas restritivas de conselho de fiscalização da profissão	4	7,1	52	92,9	-	-

<b>Falta de capacitação/treinamento</b>	<b>16</b>	<b>28,6</b>	40	71,4	-
Falta de segurança	4	7,1	52	92,9	-
A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento	8	14,3	48	85,7	-

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. \*NS Não sabe; NR não respondeu.

Sobre a disponibilidade de testes e medicamentos pelas unidades, a tabela 07 expõe que dentre os testes, ainda que maior parte das UBS tenham disponíveis testes de gravidez, 23 (41,1%) UBS não o ofertam. A partir dos dados, é possível perceber que o levonorgestrel apesar de ser disponibilizado em 26 (46,4%) das UBS, também não é disponibilizado em 26 (46,4%) UBS, bem como os estrogênios conjugados, onde 2 (3,6%) das UBS não o ofertam.

**Tabela 07. Disponibilidade de teste e medicamentos (hormonais) pelas Unidades Básicas de Saúde.**

TESTES	SIM		NÃO		NS/NR	
	N	%	N	%	N	%
VDRL	49	87,5	3	5,4	4	7,1
<b>Gravidez</b>	29	51,8	<b>23</b>	<b>41,1</b>	4	7,1
HIV	50	89,3	2	3,6	4	7,1
hB	45	80,4	7	12,5	4	7,1
hC	48	85,7	4	7,1	4	7,1
MEDICAMENTOS HORMONAIS	SIM		NÃO		NS/NR	
	N	%	N	%	N	%
Enantato de noretisterona + valerato de estradiol		8,9 47	5	8,9	4	7,1
Etinilestradiol + levonorgestrel	46	10,7	6	10,7	4	7,1
Noretisterona	45	12,5	7	12,5	4	7,1
Acetato de medroxiprogesterona	49	5,4	3	5,4	4	7,1
<b>Levonorgestrel</b>	26	46,4	<b>26</b>	<b>46,4</b>	4	7,1
<b>Estrogênios conjugados</b>	2	3,6	<b>50</b>	<b>89,3</b>	4	7,1

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. \*NS Não sabe \*NR não respondeu.

A tabela 08 apresenta informações referentes aos serviços e ações prestados pela equipe de saúde das Unidades Básicas. Nos dados expostos, é possível identificar que 4 (7,1%) UBS não realizam ações de planejamento familiar para homens e 50 (89,3%) UBS realizam planejamento familiar em casais.

**Tabela 08. Serviços e ações prestadas pelas equipes de saúde nas Unidades.**

SERVIÇOS/AÇÕES	SIM		NÃO		NS/NR	
	N	%	N	%	N	%
A equipe realiza ações de planejamento familiar	56	100	-	-	-	-
A equipe realiza ações de planejamento familiar	56	100	-	-	-	-
Mulheres em idade reprodutiva	56	100	-	-	-	-
Mulheres durante o pré-natal	55	98,2	1	1,8	-	-
Mulheres no puerpério	56	100	-	-	-	-
<b>Homens</b>	<b>52</b>	<b>92,9</b>	4	7,1	-	-
<b>Casais</b>	<b>50</b>	<b>89,3</b>	6	10,7	-	-

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. \*NS Não sabe; NR não respondeu.

### Pré-Natal, Parto e Puerpério

Sobre o pré-natal, a tabela 09 expressa os dados, onde observamos que 17 (30,4%) UBS que responderam ao questionário não possuem ou possuem pelo menos um sonar, bem como a balança de 150 kg e o glicosímetro, 43 (76,7%) e 26 (46,4%) respectivamente, não possuem ou possui pelo menos um desses materiais.

**Tabela 09. Disponibilidade de materiais e equipamentos para realização do pré-natal e puerpério.**

EQUIPAMENTO/ MATERIAL	≤ 01		+ 01		SIM		NÃO		NR/NS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Foco de luz</b>	<b>32</b>	<b>57,1</b>	20	35,8	-	-	-	-	4	7,1
Mesa ginecológica	41	73,2	11	19,6	-	-	-	-	4	7,1
Maca	1	1,8	51	91	-	-	-	-	4	7,1
Sonar	17	30,4	35	62,5	-	-	-	-	4	7,1
Aparelho p.a. (adulto)	12	21,4	40	71,4	-	-	-	-	4	7,1
Estetoscópio (adulto)	3	5,4	49	84,5	-	-	-	-	4	7,1
Balança 150 kg	43	76,7	9	16,1	-	-	-	-	4	7,1
Pinard	48	85,7	4	7,1	-	-	-	-	4	7,1
Glicosímetro	26	46,4	26	46,4	-	-	-	-	4	7,1
Termômetro	9	16,1	43	46,8	-	-	-	-	4	7,1
Caderneta da gestante	-	-	-	-	52	92,9	-	-	4	7,1

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. \*NS Não sabe; NR não respondeu.

A tabela 10 expõe as variáveis relacionadas aos imunobiológicos, testes, insumos e medicamentos disponíveis nas unidades de saúde para pré-natal, planejamento familiar e prevenção ao câncer de mama e colo de útero. Observa-se que 3 (5,4%) unidades não disponibilizam o teste VDRL para gestantes, bem como os teste de HIV, hB, hC que percentuam 3,6%, 12,5% e 7,1% respectivamente. Chama a atenção o fato de 26 (28,6%) UBS não disponibilizarem a vacina da influenza, sendo este um imunobiológico a ser ofertado durante o pré-natal.

**Tabela 10. Disponibilidade de insumos nas unidades.**

INSUMOS	DISP.		SIM		NÃO		NS/NR	
	PERÍODO SAZONAL		N	%	N	%	N	%
	N	%						
<b>VDRL</b>	-		49	87,5	<b>3</b>	<b>5,4</b>	4	7,1
Gravidez	-		29	51,8	23	41,1	4	7,1
<b>HIV</b>	-		50	89,3	<b>2</b>	<b>3,6</b>	4	7,1
<b>hB</b>	-		45	80,4	<b>7</b>	<b>12,5</b>	4	7,1
<b>hC</b>	-		48	85,7	<b>4</b>	<b>7,1</b>	4	7,1
dT	-		52	92,9	-	-	4	7,1
dTpa	-		52	92,9	-	-	4	7,1
<b>Influenza sazonal</b>	<b>1</b>	<b>1,8</b>	35	62,5	<b>16</b>	<b>28,6</b>	4	7,1
Fita glicêmica	-		52	92,9	-	-	4	7,1
Fita métrica	-		52	92,9	-	-	4	7,1
Espéculo	-		52	92,9	-	-	4	7,1
Espátula Ayre	-		52	92,9	-	-	4	7,1
Lâmina fosca	-		52	92,9	-	-	4	7,1
Porta lâmina	-		51	91,1	1	1,8	4	7,1
Fixador de lâmina	-		52	92,9	-	-	4	7,1
Escova endocervical	-		52	92,9	-	-	4	7,1
Sulfato ferroso	-		49	87,5	3	5,4	4	7,1
Ácido fólico	-		52	92,9	-	-	4	7,1

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. \*NS Não sabe; NR não respondeu.

A tabela 11 expõe os dados sobre a realização dos exames de pré-natal nos municípios. Através deles foi possível observar que 6 (10,7%) UBS não ofertam os exames de coombs indireto, tampouco o teste de tolerância à glicose e o exame de urocultura.

**Tabela 11. Realização de exames no pré-natal pelas gestantes dos municípios.**

EXAMES	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
ABO RH	55	98,2	1	1,8
<b>Coombs indireto</b>	50	89,3	<b>6</b>	<b>10,7</b>
Dosagem de hemoglobina e hematócrito	56	100		
Glicemia de jejum	56	100		
<b>Tolerância à glicose (teste oral)</b>	50	89,3	<b>6</b>	<b>10,7</b>
Sorologia para HIV	56	100		
Sorologia para sífilis (VDRL)	56	100		
Sorologia para hepatite B	55	98,2	1	1,8
Sorológico para toxoplasmose	55	98,2	1	1,8
Exame de ultrassonografia obstétrica	56	100		
Sumário de urina (urina tipo I)	56	100		
<b>Urocultura</b>	50	89,3	<b>6</b>	<b>10,7</b>

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. \*NS Não sabe; NR não respondeu.

A tabela 12 expressa os dados relacionados aos serviços e ações realizadas pelas UBS, registro de acompanhamento e a realização de visita domiciliar realizadas pelas equipes de saúde das unidades básicas. Através dos dados, foi possível observar que 3 (5,4%) UBS não utilizam protocolos para estratificação de risco das gestantes, 7 (12,5%) UBS não possuem registros com o número de gestantes de alto risco no território. Observou-se ainda que a caderneta para acompanhamento das gestantes não é utilizada por 7 (12,5%) equipes de saúde, bem como também não há visita do agente comunitário de saúde para busca ativa da mulher. Além disso, 14 (25%) unidades não dispõem de horário especial para realização do pré-natal.

**Tabela 12. Serviços e ações realizados pelas UBS, registro de acompanhamento e a realização de visita domiciliar pelas equipes de saúde das unidades básicas.**

SERVIÇOS/AÇÕES	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
A equipe realiza consulta de pré-natal	56	100	-	
Existe documento que comprove	56	100	-	
A equipe recebe o exame VDRL das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias	56	100	-	
<b>A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes</b>	<b>53</b>	<b>94,6</b>	<b>3</b>	<b>5,4</b>
A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade	56	100	-	
<b>A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território</b>	<b>49</b>	<b>87,5</b>	<b>7</b>	<b>12,5</b>
A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco	55	98,2	1	1,8
<b>A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes</b>	<b>49</b>	<b>87,5</b>	<b>7</b>	<b>12,5</b>
É realizada a consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe	55	98,2	1	1,8
Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher	51	91,1	5	8,9
Visita domiciliar de membro da equipe que não o agente comunitário de saúde	54	96,4	2	3,6
Consulta em horário especial em qualquer dia da semana	42	75	14	25

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde.

Os dados referentes ao acompanhamento do bolsa família, e os locais de realização das consultas de pré-natal estão descritos na tabela 13. Através da exposição dos dados, foi possível perceber que somente 107 (46,7%) equipes de saúde realizam o acompanhamento das

exigências do bolsa família, e o local de consulta de pré-natal, somente 19 (8,3%) usuários responderam que a realizava na UBS.

**Tabela 13. Acompanhamento do bolsa família e locais de realização de consultas pré-natais.**

BOLSA FAMÍLIA		SIM		NÃO		NA	
		N	%	N	%	N	%
Vocês recebem atendimento dos profissionais de saúde para acompanhamento das exigências do programa Bolsa Família (vacinação, pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento)?		107	46,7	8	3,5	114	49,8

  

CONSULTAS	Nesta unidade de saúde		Em outra unidade de saúde		Hospital		Consultório particular		Outros		NS/NR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Local da maioria das consultas	19	8,3	1	0,4	1	0,4	-		2	0,9	206	90

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. \*NS não sabe; NR não respondeu; NA não se aplica.

A tabela 14 expõe as variáveis relacionadas as ações e solicitações realizadas durante o pré-natal. Os dados mostram que somente 10 (4,4%) usuários que responderam que realizaram o exame Papanicolau e 9 (3,9%) realizaram exame ginecológico durante o pré-natal. No que tange as solicitações de exames durante o pré-natal, 18 (7,9%) usuários que responderam afirmaram que não foi solicitado o exame de ultrassonografia obstétrica.

**Tabela 14. Acompanhamento e solicitações de exames durante o pré-natal.**

AÇÕES NO PRÉ-NATAL	SIM		NÃO		NS/NA	
	N	%	N	%	N	%
Mediram sua barriga (altura do útero)	20	8,7			209	91,3
Mediram sua pressão arterial	20	8,7			209	91,3
Examinaram sua boca	17	7,4	3	1,3	209	91,3
Examinaram suas mamas	20	8,7			209	91,3

<b>Realizaram exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau)</b>	<b>10</b>	<b>4,4</b>	10	4,4	209	91,3
<b>Realizaram exame ginecológico</b>	<b>9</b>	<b>3,9</b>	11	4,8	209	91,3
<b>SOLICITAÇÕES NO PRÉ-NATAL</b>	<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>		<b>NS/NA</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Exame de urina	20	8,7			209	91,3
Exame de HIV/AIDS	20	8,7			209	91,3
Exame de sífilis (VDRL)?	19	8,3	1	0,4	209	91,3
<b>Exame de ultrassom (ultrassonografia)?</b>	<b>18</b>	<b>7,9</b>	2	0,9	209	91,3
Exame para medir o açúcar no sangue (exame de glicose)?	20	8,7			209	91,3
Vacina contra tétano?	20	8,7			209	91,3

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. \*NS Não sabe; NA não se aplica.

De acordo com o que se configura na tabela 15, 19 (8,3%) usuários que responderam ao questionário afirmaram que nas consultas de pré-natal não foram orientados quanto aos cuidados com o RN, tal qual a importância de ser fazer o exame de Citopatologia oncótica e sua periodicidade.

**Tabela 15. Orientações à gestante na consulta de pré-natal.**

<b>ORIENTAÇÕES</b>	<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>		<b>NA</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alimentação e ganho de peso	20	8,7			209	91,3
Amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses	20	8,7			209	91,3
<b>Os cuidados com a criança (ex.: higiene da boca, umbigo)</b>	<b>19</b>	<b>8,3</b>	1	0,4	209	91,3
<b>A importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer o próximo</b>	<b>19</b>	<b>8,3</b>	0,4	1	209	91,3

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde. \*NA não se aplica.

Os dados relacionados à revisão de parto na percepção dos usuários entrevistados estão descritos na tabela 16, onde é possível perceber que apenas 9 (3,9%) usuários entrevistados afirmaram que foram indagados quanto às emoções sentidas. Ainda, 6 (2,6%) dos usuários entrevistados não realizaram exame ginecológico, bem como apenas 9 (3,9%) dos usuários tiveram suas mamas examinadas.

**Tabela 16. Consulta de revisão de parto.**

CONSULTA DE REVISÃO DE PARTO	SIM		NÃO		NA	
	N	%	N	%	N	%
<b>Foi perguntado sobre como a senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão?</b>	<b>9</b>	<b>3,9</b>	4	1,7	216	94,3
Foram ofertadas formas para a senhora não engravidar (métodos contraceptivos. Ex.: camisinha, anticoncepcional)?	12	5,2	1	0,4	216	64,3
<b>Foi realizado exame ginecológico a senhora?</b>	7	3,1	<b>6</b>	<b>2,6</b>	216	64,3
<b>Foram examinadas as mamas da senhora?</b>	<b>9</b>	<b>3,9</b>	4	1,7	216	64,3
Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação?	13	5,7	-		216	64,3
LOCAL DE CONSULTA DE REVISÃO DE PARTO	NESTA UNIDADE DE SAÚDE	EM OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	HOSPITAL DE PARTO	EM CASA (C/ PS)	OUTROS	
A senhora fez a consulta de revisão do parto em que	5 2,2	1 0,4	3 1,3	3 1,3	1 0,4	

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde. \*PS profissional de saúde.

Vale destacar o número reduzido de mulheres que responderam aos quesitos relacionados ao Pré-Natal, Parto e Puerpério. De acordo com o banco de dados apenas 20 mulheres responderam a estes quesitos. Considerando que dos 229 participantes apenas 45 eram do sexo masculino e que 155 usuários estavam na faixa etária de 20 a 49 anos, faixa etária considerada a fase de idade fértil para as mulheres. Neste contexto, ressaltamos uma fragilidade do banco de dados o que compromete de certo modo uma análise mais real.

### CA de colo de útero e de Mama

A tabela 17 apresenta os dados relacionados aos materiais complementares para a realização do exame preventivo de Citopatologia oncótica. Através da observação dos dados, é possível perceber que 32 (57,1%) das unidades de saúde não possuem ou possuem pelo menos um foco de luz, equipamento complementar, para realização do exame preventivo.

**Tabela 17. Equipamentos e materiais para a prevenção de CA de Colo de útero e Mama.**

EQUIPAMENTO/MATERIAL	≤ 01		+ 01		NR/NS	
	N	%	N	%	N	%
foco de luz	32	57,1	20	35,8	4	7,1
mesa ginecológica	41	73,2	11	19,6	4	7,1
maca	1	1,8	51	91	4	7,1
sonar	17	30,4	35	62,5	4	7,1
aparelho p.a. (adulto)	12	21,4	40	71,4	4	7,1
estetoscópio (adulto)	3	5,4	49	84,5	4	7,1
balança 150 kg	43	76,7	9	16,1	4	7,1

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde. \*NR não respondeu; NS não sabe.

A tabela 18 apresenta os dados referentes às ações realizadas pela equipe de saúde para rastreamento do CA colo de útero e de Mama. Através dos dados, observamos que 4 (7,1%) equipes que responderam ao questionário não possui registro de mulheres com o exame citopatológico alterado, 10 (17,9%) das equipes afirmaram que não possuem registro de mulheres com exame de mamografia ou USG mamária alterado e 45 (80,4%) das equipes possuem documentos para comprovação deste último.

**Tabela 18. Ações e serviços para o rastreamento do CA de Colo de útero e Mama.**

RASTREAMENTO	SIM		NÃO		NA	
	N	%	N	%	N	%
A equipe realiza coleta do exame citopatológico na unidade de saúde	56	100	-	-	-	-

Existe documento que comprove	56	100	-	-	-	-	
A equipe possui registro do número de mulheres com coleta do citopatológico atrasado	53	94,6	3	5,4	-	-	
Existe documento que comprove	53	94,6	3	5,4	-	-	
<b>A equipe possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados</b>	52	92,9	4	7,1	-	-	
Existe documento que comprove	51	91,1	1	1,8	4	7,1	
<b>A equipe possui registro de mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado</b>	46	82,1	10	17,9	-	-	
<b>Existe documento que comprove</b>	<b>45</b>	<b>80,4</b>	1	1,8	10	17,9	
<b>PROTOSCOLOS PARA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE/ RASTREAMENTO/BUSCA ATIVA</b>			<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>		<b>NA</b>
			<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b> <b>%</b>
Câncer do colo do útero	55	98,2	1	1,8	-	-	
Câncer de mama	55	98,2	1	1,8	-	-	
Citopatológico alterado	56	100	-	-	-	-	
Citopatológico atrasado	54	96,4	2	3,6	-	-	
Exames (USG mamária e mamografia) de mama alterado	56	100	-	-	-	-	
A equipe de atenção básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado na atenção especializada	56	100	-	-	-	-	
Estratégias de divulgação/ sensibilização para realização do exame citopatológico	56	100	-	-	-	-	
Estratégias de divulgação/ sensibilização para realização do exame das mamas com um profissional de saúde	56	100	-	-	-	-	

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde. \*NA não se aplica.

A tabela 19 apresenta os dados relacionados à prevenção do câncer de colo de útero. Através da exposição dos dados, foi percebido que somente 65 (28,4%) usuários que responderam ao questionário afirmaram que conseguem ser atendidos na hora, mesmo sem estar com consulta marcada quando há problemas ginecológicos.

**Tabela 19. Variáveis relacionadas à prevenção de CA de Colo de útero.**

PREVENÇÃO DE CANCER DE COLO DE ÚTERO	SIM		NÃO		NP		NS/NR		NA		OUTRO DIA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quando a senhora tem um problema ginecológico, consegue ser atendida na hora mesmo sem estar com a consulta marcada?	65	28,4	2	0,9	116	50,7	1	0,4	45	19,7	-	-
Se NÃO é atendida na hora, indique para quando a marcação da consulta é feita:	-	-	-	-	-	-	227	99,1	-	-	2	0,9

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde. \*NP não precisa; NS não sabe; NR não respondeu; NA não se aplica.

A tabela 20 apresenta a periodicidade de realização do exame citopatológico para a prevenção do câncer de colo de útero. 153 (66,2%) usuários que responderam aos questionários afirmaram que realizaram o exame em menos de 3 anos, 3 (1,3%) em 3 anos, 3 (1,3%) em mais de 3 anos. É válido ressaltar que, 20 (8,7%) dos usuários afirmaram que nunca realizaram o exame para detecção precoce de câncer de colo de útero e infecções sexualmente transmissíveis.

**Tabela 20. Variáveis relacionadas à prevenção de CA de Colo de útero e Mama.**

RASTREAMENTO	<3		3		>3		NFE		NA		NR	
	ANOS		ANOS		ANOS		N %		N %		N %	
	N	%	N	%	N	%						
Quando foi a última vez que a senhora fez o exame preventivo de câncer do colo de útero (exame Papanicolau)?	153	66,2	3	1,3	3	1,3	20	8,7	45	19,7	5	2,2

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. \*NFE nunca fez o exame; NA não se aplica; NR não respondeu.

A tabela 21 expõe às consultas realizadas e suas orientações para rastreamento do câncer de colo de útero e mama. Conforme visualiza-se abaixo, 38 (16,6%) dos usuários que responderam ao questionário afirmaram que os profissionais de saúde não realizam exames nas mamas para rastreamento, assim como 40 (17,5%) dos usuários confirmam que não informam sobre os meios de proteção e prevenção para gravidez.

**Tabela 21. Variáveis relacionadas à prevenção de CA de Colo de útero e Mama.**

RASTREAMENTO	SIM, SEMPRE		SIM, ALGUMAS VEZES		NÃO		NA		NR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Na(s) consulta(s) que a senhora já fez nesta unidade de saúde, foi orientada quanto à importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer?	177	77,3	4	1,7	1	0,4	45	19,7	2	0,9
<b>Na(s) consulta(s), o(s) profissional(ais) realiza(m) exames nas mamas da senhora?</b>	135	59	6	2,6	<b>38</b>	<b>16,6</b>	45	19,7	5	2,2
<b>Os profissionais de saúde que atendem a senhora nesta unidade informam sobre métodos de proteção/prevenção para a senhora não engravidar (ex.: camisinha, anticoncepcional)?</b>	130	56,8	9	3,9	<b>40</b>	<b>17,5</b>	45	19,7	5	2,2

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. \*NA não se aplica; NR não respondeu.

### **Atendimento a demanda geral**

A tabela 22 expressa os dados relacionados à demanda de cuidado continuado e a marcação de consulta e acolhimento à demanda espontânea. De acordo com o que se configura abaixo, 38 (67,9%) usuários afirmaram que realizam o próprio agendamento posteriormente à

última consulta na unidade de saúde e 50 (89,3%) afirmaram que não precisa de fila e senha para que seja atendido.

**Tabela 22. Variáveis relacionadas à demanda de cuidado continuado, marcação de consulta e acolhimento à demanda espontânea.**

<b>CUIDADO CONTINUADO</b>	<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>		<b>NÃO SABE</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Marcação de consulta na consulta anterior	53	94,6	3	5,4	-	-
Consulta marcada pela equipe, após informada ao usuário	15	26,8	41	73,2	-	-
<b>Consulta agendada posteriormente pelo usuário na UBS</b>	18	32,1	<b>38</b>	<b>67,9</b>	-	-
Orientação ao usuário para consulta no dia do atendimento programado	21	37,5	35	62,5	-	-
<b>O usuário precisa de fila e senha para o atendimento</b>	6	10,7	<b>50</b>	<b>89,3</b>	-	-
<b>ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA</b>	<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>		<b>NÃO SABE</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Realização de acolhimento à demanda espontânea	56	100	-	-	-	-
Usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha	18	32,1	38	67,9	-	-

**Fonte:** Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde.

## 6 DISCUSSÃO

Constata-se no estudo que 100% dos profissionais que responderam a avaliação externa do PMAQ são enfermeiros. Através desse dado podemos perceber a realidade no gerenciamento do serviço de saúde exercida por este profissional, corroborando com o estudo de Custódio *et al.* (2021) que retratam a enfermagem como a principal força de trabalho em saúde, coordenando o processo de trabalho em equipe, assegurando a integralidade da atenção e qualidade com humanização no atendimento.

Apesar de ser essencial seu trabalho como gerente de serviços em saúde dando assim a oportunidade de construir mudanças efetivas na implementação do sistema, para Silva (2012) faz-se necessário que esta profissão assuma a posição de liderança com qualificação e prudência, a fim de não comprometer a assistência em enfermagem nas unidades, contudo, garantindo que a ESF esteja sempre como um instrumento de reorganização do cuidado.

Ainda que o vínculo empregatício prevaleça o de servidor público estatutário, o contrato temporário por prestação de serviço esteve presente. Este último constitui-se um ponto negativo por impedir um longo período de permanência do profissional com a realidade de saúde da comunidade, enfraquecendo o vínculo dos usuários nos serviços prestados pela atenção.

Este tipo de vínculo relaciona-se à rotatividade dos profissionais da Atenção Básica, sugerindo a importância no empenho de esforços para a diminuição dessa realidade, já que a permanência do profissional de saúde na ESF é tida como fator crucial para efetividade do vínculo profissional-usuário, acrescentam Seidl *et al.* (2014).

Os dados expressam a baixa existência do plano de carreiras pelos profissionais, apesar de ter sido implantado anteriormente, poucas instituições possuem o plano de carreira demonstrando a baixa efetividade na regulamentação e desenvolvimento desse processo. Ainda é identificado baixos salários e insuficiente recursos humanos para atender às demandas da população, gerando desgaste do profissional; onde a avaliação por desempenho é inexistente, abre-se a lacuna para o desempenho ser baseado por afinidade pessoal, precarizando o trabalho profissional.

Como uma importante ferramenta de gestão, Vieira *et al.* (2017) completam, o plano de carreiras perpassa as perspectivas de direito quando associado a subsídios como gratificação, avaliação de desempenho e progressão por qualificação.

Ao analisar as características dos usuários observa-se que, no que tange a distribuição por gênero nas ações e serviços voltados à APS, a prevalência do sexo feminino nas unidades consolida as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher nas ESF, corroborando com o

estudo de Brasil (2004), onde afirma-se que as mulheres são a maioria da população do país, e ainda, as principais usuárias dos sistemas de saúde brasileiro.

Por outro lado, esta participação envolve as situações em diversos aspectos da vida, principalmente voltados à vulnerabilidade feminina, sobretudo por ainda serem consideradas cuidadoras, uma concepção restrita e decrépita. Também, a baixa adesão do homem nas unidades evidencia a carência de programas voltados para este público.

A distribuição dos usuários conforme faixa etária aponta a predominância do público adulto. Em contramão, a baixa participação do público adulto jovem e adolescentes evidencia a dificuldade da efetivação de programas relacionados a essa faixa etária.

Ainda, Medeiros *et al.* (2018) expõem as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para instigar a participação desse público, tais como a escassez de recursos materiais e financeiros para operacionalização de programas voltados para esta faixa etária, além da relação das equipes sem capacitações com os usuários, que por vezes contribuem, junto a postura dos mesmos, para a ineficácia dos serviços.

O estudo expressa a inadequação para a disponibilidade e inserção do DIU nas unidades de saúde que pode ser descrita por barreiras organizacionais, como o baixo conhecimento sobre sua eficácia e indicações, que poderiam ser quebradas com a ampliação da atuação do enfermeiro na inserção do dispositivo.

Para Gonzaga (2016), em Minas Gerais essa realidade não é distante, os obstáculos estão expressos nos critérios para inserção como o conhecimento precário dos profissionais para repasse de informações somados aos fatores culturais, tal qual a carência de recursos humanos e profissionais habilitados contribuem para essa dificuldade.

Ainda, a literatura aponta para a qualificação da assistência contraceptiva, onde Souza *et al.* (2021) relatam que por meio da orientação e oferta de todos os métodos disponíveis no SUS é possibilitada a garantia de atenção em saúde sexual e reprodutiva de qualidade, onde a capacitação dos profissionais da APS para a oferta de métodos reversíveis e não hormonais é uma ação estratégica para o alcance desse desafio.

Apesar haver a disponibilidade de contraceptivos, a adesão ao planejamento reprodutivo ainda é baixa. Algumas literaturas apontam para o aumento no acesso aos contraceptivos em alguns pontos, como no estudo de Trindade *et al.* (2021). Por outro lado, Ruivo *et al.* (2021) ressaltam que estudos sugerem que esse aumento não atende à demanda necessária, havendo limitação na variedade de métodos disponíveis pela AB. Esta limitação pode reverberar numa barreira à utilização dos serviços públicos, além de tornar as escolhas dos usuários dependentes do método oferecido.

Além disso, ainda que haja a oferta desses métodos, verifica-se no presente estudo que, a contracepção de emergência não é disponibilizada por metade das unidades estudadas, contrariando o plano de ação para a PNAISM.

Para Brasil (2005) é imprescindível incluir a anticoncepção de emergência nos setores públicos, já que os direitos sexuais e reprodutivos também estão ligados ao risco de gravidez indesejada pelas as mulheres em idade reprodutiva, que deveriam ter garantia de acesso a esta informação e ao uso da anticoncepção. A atenção básica, porta de entrada do usuário aos serviços de saúde no país, deve estar preparada para oferecer resposta a essa demanda, principalmente em casos de violências sexuais.

O estudo mostra uma boa porcentagem da realização de planejamento familiar por parte do sexo masculino. Contudo, para Silva *et al.* (2018) o homem está mais distante do centro de políticas deste planejamento no Brasil e no mundo, de acordo com a Organização das Nações Unidas, que propôs pautas para que esse cenário seja modificado.

Corroborando com o estudo acima, França *et al.* (2021) discorrem sobre a tímida presença dos homens na atenção primária, dada a precarização dos serviços públicos em relação ao atendimento que ainda dificulta a inserção do homem nos serviços de saúde no país; notada a carência de estratégias específicas para este gênero, propensa a cultura intuitiva de contracepção voltada à mulher.

As consultas das gestantes na unidade de saúde devem ser periódicas e conter todos os equipamentos necessários. O estudo expôs os dados referentes aos materiais utilizados durante o pré-natal, onde parte das unidades de saúde não possuem ou possuem pelo menos um aparelho sonar, esfigmomanômetro e estetoscópio. Dada a importância do acompanhamento médico e de enfermagem, a quantidade de materiais disponíveis pode inviabilizar o atendimento, já que as duas classes necessitam do material para o acompanhamento fidedigno.

Neste sentido, para Brasil (2006) é fundamental para a saúde materna e neonatal a realização das consultas consolidadas com a usabilidade de todos os materiais necessários à saúde, como o uso do sonar que nos traz estímulo sonoro para a avaliação neonatal, sendo este o mínimo material a ser disponibilizados para os serviços de saúde no Brasil para o acompanhamento sistematizado da evolução gravídica, bem como o acompanhamento da pressão arterial da gestante, que evita intercorrências durante o parto e pós-parto.

Os insumos disponibilizados pelas unidades identificam a carência em alguns municípios, onde a dispensação de testes durante o pré-natal é inexistente, tais como VDRL, HIV e hB/C, exames necessários durante a gravidez para identificar possíveis infecções que podem causar disfunções no neonato.

Dentre as ações preconizadas durante o pré-natal incluem a prevenção, diagnóstico e tratamento de infecções. O diagnóstico precoce é primordial para a redução da transmissão vertical, especialmente no primeiro e terceiro trimestres de gestação, completam Araújo e Souza (2020).

Ainda, a vacina influenza é um imunobiológico a ser ofertado durante o pré-natal. Contudo, os dados mostram a não disponibilização em quase metade das unidades estudadas, onde a carência na vacinação desse público aumenta o risco de desenvolvimento grave da doença.

Para Kfoury e Richtmann (2013) e Pereira *et al.* (2013), embora a vacinação já seja disponibilizada pelo PNI (Programa Nacional de Imunizações), estudos ainda evidenciam a baixa cobertura vacinal em gestantes por se tratar da carência de informações repassadas sobre o imunobiológico e conscientização da população sobre os benefícios desta estratégia.

A realização de exames durante o pré-natal é necessária para uma atenção efetiva e integral à saúde da mulher durante a gestação. Os dados explanados evidenciam a baixa disponibilidade de exames como coombs indireto, glicose e urocultura pelas unidades de saúde, transpassando uma assistência falha com atendimento precário segundo as necessidades de cada mulher.

As recomendações do Ministério da Saúde para a assistência no pré-natal devem se dar, também, através da inserção da detecção precoce de patologias e de intercorrências de risco gestacional. A ausência na realização desses exames demonstra a existência de falhas na assistência pré-natal, com a inconclusa realização dos procedimentos recomendados, que afeta a qualidade e efetividade de políticas para este público (VIELLAS *et al.*, 2014).

De acordo com a exposição dos dados, percebe-se que a não utilização de protocolos para estratificação de risco das gestantes, a falta de registro das gestantes de alto risco e o não uso da caderneta para acompanhamento por parte das unidades demonstra a necessidade da qualificação do cuidado para os profissionais à saúde da mulher, já que esses registros constam como apoio à decisão clínica em casos de desfechos desfavoráveis à saúde materno-infantil.

Para Brasil (2017) o protocolo de classificação de risco é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas. Tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes. Consiste numa análise sucinta e sistematizada, que permite identificar situações que ameaçam a vida.

Além disso, algumas unidades afirmam que não há captação da gestante por parte dos agentes comunitários de saúde, sendo estes primordiais para a comunicação do eixo profissional-usuário.

Nesse sentido, Morosini e Fonseca (2018) salientam que o agente comunitário de saúde é visto como um profissional crucial para a articulação das ações com a comunidade, capaz de superar desafios em saúde, aprimorar determinantes sociais, ampliando o cuidado com a saúde através da prevenção e promoção da saúde por meio da visita domiciliar, criando o vínculo dos serviços de saúde com a população.

O acompanhamento do bolsa família se configura através das realizações de acompanhamento de saúde, consultas de pré-natal e acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil, além de vacinações. Através desses dados, podemos perceber que quase metade dos usuários que responderam ao questionário estão sendo acompanhados segundo as exigências do programa.

No entanto, Barcelos *et al.* (2021) em seu estudo, contrariam esses dados afirmando que ainda há um baixo percentual de crianças com o esquema de vacinação adequada, tanto no primeiro quanto no segundo ano de vida, seja pela carência da procura pelos imunobiológicos ou carência do imunobiológico nas unidades de saúde dos municípios.

A realização do exame preventivo pode ser feita até o segundo trimestre de gestação para rastreamento de lesões precursoras, onde as gestantes correm o mesmo risco de desenvolvimento de câncer de colo de útero de mulheres não gestantes.

Segundo Tomazettia *et al.* (2017) orienta-se que seja realizada uma abordagem integral, de acordo com os preceitos dos programas em vigência para este público, onde seja realizada na primeira consulta a anamnese da gestante com exame físico completo, além de exame ginecológico e obstétrico, considerando as queixas ginecológicas de cada paciente.

Durante as consultas de pré-natal as usuárias informaram que não foram orientados quanto aos cuidados com o RN e a importância da realização do exame de citopatologia oncológica e sua periodicidade.

De acordo com Lucena *et al.* (2017) a representatividade do binômio mãe-bebê pode ser consolidada a partir de ações dos enfermeiros quanto as orientações sobre cuidados básicos ao RN, através da promoção ao aleitamento materno, as formas de empoderamento da mulher durante o pré-natal e vínculo do profissional com a família.

Corroborando com o estudo supracitado, Marques *et al.* (2021) enfatizam que durante o pré-natal as gestantes e a família devem receber orientações fundamentais para uma adequada

atenção ao pré-natal, puerpério e cuidados com o recém-nascido, dentre outras temáticas importantes para a orientação relacionadas a saúde da mulher.

A literatura mostra que cabe ao profissional enfermeiro executar ações no contexto da atenção primária para que as mulheres realizem o exame para prevenção do câncer de colo de útero, por intermédio de oportunidades, especialmente durante as consultas de pré-natal. Assim, faz-se necessário que o profissional esteja capacitado para tal, inclusive sobre os agravos que podem ser prevenidos através da realização do exame, visto que as mulheres geralmente não sabem como o preventivo é realizado e qual a sua importância (SANTOS; SILVEIRA; REZENDE, 2019).

As consultas de acompanhamento após o parto detectam problemas físicos e psicológicos na puérpera. O estudo mostra que 4 (1,7%) usuárias não foram indagadas quanto aos seus sentimentos e quanto ao exame ginecológico.

Corroborando com os dados acima descritos, Gonçalves *et al.* (2020) também verificaram a deficiência científica de profissionais de saúde e inteira que o apoio matricial surge como um método de viabilização do processo, objetivando a troca de saberes entre as equipes que devem responder pela saúde integral da mulher. Dessa forma, a promoção de uma assistência qualificada deve atender e incorporar a atenção à saúde psíquica da gestante em toda a sua evolução.

Para a assistência no pós-parto, as primeiras semanas é de fundamental importância para a saúde materna e neonatal onde a assistência de enfermagem qualificada é essencial, tendo como base a prevenção de complicações.

Ainda, Gomes e Santos (2017) completam, a assistência puerperal vem sendo negligenciada em alguns aspectos, continuando como uma prática limitada da educação em saúde, com limitações de cuidados, atribuindo-os ao recém-nascido, pouco circundam as puérperas que ainda estão passando por uma situação de transição.

Na realização dos exames de colpocitologia oncótica, equipamentos e materiais complementares são necessários para a concretização deste procedimento. Ao analisar os dados, percebe-se que 32 (57,1%) unidades não possuem ou possuem pelo menos um foco de luz na unidade.

De acordo com Teixeira *et al.* (2018), para o melhoramento da organização da unidade e acolhimento de pacientes, a unidade deve garantir infraestrutura adequada, bem como recursos materiais, equipamentos e insumos para o conjunto de ações propostas para os serviços de atenção básica, caso contrário, poderá acarretar na deficiência da segurança ao paciente.

Os dados explanam a carência no registro clínico de mulheres com exames de colpocitologia oncótica e mama alterados, não condizente com as estratégias de seguimento recomendadas pelo Ministério da Saúde para rastreamento. Para Mariño *et al.* (2020), a efetivação de programas de rastreio conteve a mortalidade por câncer cervical em países desenvolvidos, especialmente devido a iniciativas de rastreo através de registros. No entanto, a infraestrutura desacertada e adversidades no financiamento para essa estratégia de controle é restringida em países em desenvolvimento.

Gomes *et al.* (2021), reforçando o pensamento descrito acima, afirmam que houveram dificuldades na fiel avaliação das mulheres também com cancer de mama em Pernambuco, onde a falta de registros dificultou o rastreamento do câncer em mulheres de 50 a 69 anos.

O presente estudo expõe somente 68 mulheres com problema ginecológico que conseguem atendimento, sem horário marcado, quando reportam urgência. É válido considerar as diferentes redes de apoio ao usuário, porém Brasil (2012) resgata a reorganização do processo de trabalho com o acolhimento à demanda espontânea onde o profissional na atenção primária à saúde, por vezes, consegue ser resolutivo. Embora a Atenção Básica seja a porta de entrada para os serviços em saúde no país, esta é capaz de modular problemas e não somente é a ponte para as redes de serviços em saúde no país.

Também, Rocha *et al.* (2012) relatam o descontentamento por parte da população em relação aos horários e ao acolhimento à demanda espontânea nas unidades, que precisam pegar fila para serem sempre atendidas e descartam a possibilidade de uma urgência, já que a premissa da PNAISM não está de total acordo com as unidades.

A realização do exame citopatológico para a prevenção do câncer de colo de útero deve ser orientada pelo profissional de saúde em momentos oportunos já que essa estratégia pode ser fundamental para que o usuário tenha plena consciência de sua real necessidade, porém, sabese que nem sempre esse tempo oportuno é aproveitado. Os dados apresentados mostram que 20 (8,7%) usuárias nunca realizaram o exame para detecção precoce de câncer de colo de útero e infecções sexualmente transmissíveis.

A literatura aponta para barreiras existentes quanto à realização desse exame. Silva *et al.* (2018) relatam que os sentimentos vivenciados pelas usuárias nas unidades as impedem de realizá-lo, ainda, ressaltam que a vergonha e o medo podem ser as principais razões para a não realização do procedimento, bem como a falta de orientação sobre seus benefícios.

Nas consultas realizadas, usuárias afirmaram que os profissionais de saúde não realizaram o exame clínico das mamas para rastreamento de câncer de mama, bem como não foram orientadas quanto aos meios de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis e

prevenção à gravidez. Os dados expostos, revelam o antagonismo da assistência do profissional com as premissas das políticas públicas para o público feminino, ocasionando a não adesão desse público aos serviços de saúde.

Em consonância, o profissional enfermeiro deve realizar suas consultas ofertando os exames clínicos e orientações devidas, sobretudo por serem a categoria que mais possui vínculo com o usuário, capazes de intervir em situações e problemas de saúde frequentes desta população, sendo necessária a propagação de orientações através da educação em saúde e educação continuada (DINIZ; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2021).

De acordo com Silva *et al.* (2021), o impulso de práticas sexuais desprotegidas pode se tornar um problema sério de saúde, onde a carência de orientações corretas pode ocasionar em um comportamento sexual de risco, sobretudo quando o indivíduo é acometido com uma infecção sexualmente transmissível, constituindo um dos problemas de saúde mais relevantes em especial na adolescência, podendo causar infertilidade, gravidez ectópica, câncer, doença hepática crônica, dentre outras.

A demanda de cuidado continuado, agendamento de consulta e acolhimento à demanda espontânea deve acontecer de acordo com as premissas da Política Nacional de Humanização. Usuários afirmaram que realizaram o próprio agendamento posteriormente à última consulta e ainda que precisam de fila e senha para que serem atendidos na unidade de saúde.

O acesso é um atributo essencial para a qualidade da assistência em saúde. A melhoria no modelo de agendamento é capaz de aumentar o acesso à APS, possibilitando a redução de filas de espera e o aumento da satisfação dos usuários. Salienta-se que a marcação de consultas deve favorecer o vínculo longitudinal do cuidado e expandir o contato com a comunidade, de forma acolhedora e equânime (VIDAL *et al.*, 2019).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste estudo, foi possível investigar a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher na Atenção Básica dos municípios da 17ª Área Descentralizada de Saúde (ADS) do Ceará, a partir da avaliação externa do PMAQ-AB em seu terceiro ciclo. Os três módulos correspondentes a este programa, permitiram uma discussão entre dados referentes à assistência prestada pelos profissionais, a percepção e a satisfação dos usuários.

Constata-se que o PMAQ propiciou a análise da assistência da APS voltada a mulher, ofertada às usuárias para a implementação de novas estratégias para a expansão do acesso aos serviços de saúde no país. Contudo, o instrumento destaca fragilidades, como a possibilidade de mascaramento das ações durante a avaliação, como a eventualidade de disposição de materiais que não retravam a realidade das equipes, assim como questiona-se a confiabilidade na entrevista dos usuários que não participaram do processo avaliativo no que diz respeito ao financiamento.

Assim, o programa nos mostra a variedade de serviços ofertados a este público que repercute no acolhimento com resolutividade nas ações, e evidencia a predominante utilização dos serviços por parte das mulheres em idade fértil. Ainda assim, expõe a baixa utilização por parte do público adulto jovem e adolescente, fazendo-se necessária a ampliação de estratégias norteadoras para o repasse de informações sobre a importância da participação deste público nos serviços de saúde.

Ademais, admite-se que apesar da demasiada oferta nos serviços de pré-natal, parto e puerpério, surge a necessidade de ampliação das ações em saúde que possibilitem a efetivação PNAISM, no que tange o aumento de materiais, insumos e exames para a concretização dessa política em algumas unidades, e a elaboração de protocolos coniventes à saúde da usuária. Tal como a capacitação e qualificação de profissionais que atendem a este público, para que perfaçam as orientações de acordo com os princípios da política, em prol da educação em saúde e do vínculo profissional-usuário.

Embora seja notória a demanda nos serviços de coleta do preventivo para o tratamento precoce de câncer cervical e IST e a realização do exame clínico de mamas, há evidências também na carência de registro desses resultados alterados, revelando uma assistência ineficiente e falha, uma vez que esses resultados podem detectar problemas futuros para um tratamento precoce.

Neste sentido, sugere-se a elaboração de novas estratégias que proporcionem a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher nas unidades de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, a fim de identificar pontos de melhorias visando a qualidade dos serviços prestados para a captação deste público com educação permanente; inclusive, ressalta-se importância na flexibilização do uso do financiamento do programa para a obtenção de insumos necessários para o aprimoramento da organização da unidade e o fortalecimento do usuário aos serviços de saúde primário.

Propõe-se a realização de estudos que proporcionem a continuidade da pesquisa a fim de promover novos conhecimentos na abordagem do tema deste presente estudo, para evidenciar os avanços e as mudanças, de forma comparativa, na nova política de incentivo da atenção básica instituída após o encerramento desta, o Programa Previne Brasil; inclusive, propõe-se, ainda, a inserção de conteúdos relacionados a processos gerenciais em saúde nas academias para que o profissional crie uma análise crítica de suas ações no processo laboral.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, B. S.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: criança e adolescente vivendo com HIV. **Revista Escola Anna Nery**, v. 22, n. 2, p. 1-9, 2018.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.
- ARAÚJO, D. V.; ANDRADE, F. B.; COSTA, I. C. C. Construção e validação do instrumento de avaliação da saúde da mulher na atenção primária (AVASMAP). **Enfermagem Revista**, v. 23, n. 1, p.1-20, 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/23632>. Acesso em: 18 de maio de 2021.
- ARAÚJO, T. C. V.; SOUZA, B. M. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 54, 2020.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BARBIANI, R., NORA, C. R. D., SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: *scoping review*, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2721, p. 1-12, 2016.

BARCELOS, R.S.; SANTOS, I.S.; MUNHOZ, T.N.; BLUMENGERG, C.; BORTOLOTTI, C.C.; MATIJASEVICH, A.; SALUM, C.; SANTOS JÚNIOR, H.G.; SANTOS, L.M.; CORREIA, L.; SOUZA, M.R.; LIRA, P.I.C.; ALTAFIM, E.; MACANA, E.C.; VICTORA, C.G. Cobertura vacinal em crianças de até 2 anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família, Brasil. **Rev Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 30, n. 3, 2021.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. 82p

BRASIL. 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. **Presidência da República**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 12 abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, n. 138, 20 jul. 2011b. Seção 1, p. 79-80.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 22 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 220, 13 nov. 2019. Seção 1. p. 97-99.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 397 de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 mar, 2020. Seção 1, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 12 abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 4 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, p. 89, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, p. 82, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. 1 ed., Brasília, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 162 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1. Brasília. 2013. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf). Acesso em: 12 abril de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**, Brasília: DF, 2004b. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pfdc/midioteca/saude/plano-nacional-de-politicas-para-asmulheres/view>. Acesso em: 20 de abril de 2021.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, p. 6369, 2005. Suplemento.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; DA GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, 2014.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out- dez, 2017.

CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZUL, H. E.; SENRA, M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901–911, 2012.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) Ceará – 2018**. Disponível em: [https://www.ipece.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/45/2020/12/IDM\\_2018.pdf](https://www.ipece.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/45/2020/12/IDM_2018.pdf). Acesso em: 08 de maio de 2021.

- COELHO, E. A. C.; SILVA, C. T. O.; OLIVEIRA, J. F., ALMEIDA, M. S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Revista Escola Anna Nery**, vol. 13, n. 1, p. 154-160, 2009.
- COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009.
- CUNHA, T. S.; FREIRE, S. M. C. Pandemia e crises: impactos nas políticas sociais do trabalho, saúde e habitação. **Revista direitos, trabalho e política social**, Cuiabá, v. 7, n. 12, p.158-176, Jan./jun. 2021. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/issue/view/657>. Acesso em: 18 de maio de 2021.
- CUSTÓDIO, R. J. M.; KAPASSI, L. B.; ALVES, D.; BARROS, A. F.; MELO, M. C.; BOECKMAN, L. M. M. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do checklist do parto seguro. **Revista Cogitare enferm.** [Internet]. 2021 [acesso em “colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano”]; 26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.74752>. Acesso em: 09 de outubro de 2021.
- DINIZ, D. S.; OLIVEIRA, R. K. A.; OLIVEIRA, E. A. O diálogo na abordagem preventiva ao exame das mamas e citopatológico: relato de experiência. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, 8 (único), p. 791-805, 2021.
- FERNANDES, A. C. U. R.; COSTA, D. D. O.; GARCIA, M. P. P. T. **A Saúde da mulher e o Sistema Único de Saúde brasileiro**. São Luís. Editora: Copyright UFMA/UNA-SUS, 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1704>. Acesso em: 20 de abril de 2021.
- FLÔRES, G. M. S.; WEIGELT, L. D.; REZENDE, M.S.; TELLES, R.; KRUG, S. B. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB, **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.
- FRACOLLI, L. A; GOMES, M. F. P.; NABÃO, F. R. Z.; SANTOS, M. S.; CAPPELLINI, V. K., ALMEIDA, A. C. C. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.12, p. 4851-4860, 2014.
- FRANÇA, A. M.B.; CASADO FILHO, J.; SILVA, K. R. B.; FRANÇA, M. B.; OLIVEIRA, M. M.; BENTO, T. M. A. Saúde do homem na atenção básica: fatores que levam os homens a não procurar a assistência de saúde. **Revista Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Alagoas, v. 6, n. 3, p. 191-199, maio 2021.
- FREEMAN, T.; BAUM, F.; LAWLESS, A.; JAVANPARAST, S.; JOLLEY, G.; LABONTÉ, R.; BENTLEY, M.; BOFFA, J.; SANDERS, D. Revisiting the ability of Australian primary healthcare services to respond to health inequity. **Australian Journal of Primary Health**, v. 22, n. 4, p. 332-338, 2015.
- FREITAS, G. L., VASCONCELOS, C. T. M., MOURA, E. R. F., PINHEIRO, A. K. B.

Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde.

**Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 12, p. 424–428, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47053>. Acesso em: 20 de abril de 2021.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014.

GARCIA, P. T. **Saúde da Mulher**. São Luís - MA. Cad. Univ. Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA, 2013, 46 p. Disponível em:

[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7850/1/Provab2012.1\\_Modulo11\\_Introducao.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7850/1/Provab2012.1_Modulo11_Introducao.pdf). Acesso em: 18 de maio de 2021.

GIFFIN, K., COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 319- 335. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-18.pdf>. Acesso em: 20 Abril de 2021.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas S. A, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 575-626.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; BULGARELLI, A. F.; SANTOS, A. L. P.; GALLARDO, M. P. S. A satisfação do usuário com a Atenção Primária à Saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Revista Interface**, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018.

GONÇALVES, C.L.S.; OLIVEIRA, A.M.N.; JANTARA, R.D.; GOMES, G.C.; SILVA, M.R.S.; AFONSO, M.S. (2020). Conhecimento de profissionais da estratégia saúde da família acerca da depressão pós-parto Research, **Society and Development**, v. 9, n.7, e 337973842, 2020

GONTIJO, T. L.; DUARTE, A. G. S.; GUIMARÃES, E. A. A.; SILVA, J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 741-752, julho- setembro, 2017.

GONZAGA, V. A. S. Barreiras organizacionais para a disponibilização do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica a saúde (macrorregião sul de minas gerais) [dissertação de mestrado] **São Paulo**: escola de enfermagem da universidade de são Paulo, 2016.

GOTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p.189-198, 2009.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.4, p. 1189-1196, 2020.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; OLIVEIRA, R. S.; FERREIRA, L. M. Desenhos de Pesquisa. **Revista Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, p. 1-8, 2005. Suplemento.

JALES, E. D.; JALES, R. D.; GOMES, J. G. N. O PMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde. **Revista Saúde Coletiva**, v. 6, n. 3, p. 77-97, 2017.

KFOURI, R. A.; RICHTMANN, R. Vacinação contra o vírus influenza em gestantes: cobertura da vacinação e fatores associados. **Revista Eistein**, v. 11, n. 1, p. 7-53, 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LEMOS, A. Atenção integral à saúde da mulher: o olhar de mulheres que a construíram. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 2, n. 1, p. 220–227, 2011.

LUCENA, D.B.A.; GUEDES, A.T.A.; CRUZ, T.M.A.V.; SANTOS, N.C.C.B.; COLLET, N.; REICHERT, A.P.S. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família **Rev Gaúcha Enferm**. V. 39, 2018.

MARQUES, B.L.; TOMASI, Y.T.; SARAIVA, S.S.; BOING, A.F.; GEREMIA, D.S. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Revista Escola Anna Nery**, v. 25, n.1, 2021.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 4, Mar-abr, 2020  
MEDEIROS, E. R.; PINTO, E. S. G.; PAIVA, A. C. S.; NASCIMENTO, C. P. A.; REBOUÇAS, D. G. C.; SILVA, S. Y. B. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. **Revista CUIDARTE**, v. 9, n. 2, p. 2127-34, mai, 2018.

MEIRELES, M. O Uso do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na Ciência Política: uma breve introdução. **Revista Pensamento Plural**, Pelotas, v. 14, p. 65 – 91, janeiro-junho, 2014.

MELO, E.A.; MENDONÇA, M.H.M.; OLIVEIRA, J.R.; ANDRADE, G.C.L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, set, 2018.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2012.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**, v.42, n.1, p. 261-274, Set, 2018.

NICOLA, T.; PELEGRINI, A. H. W. Avaliação em saúde nos serviços de atenção primária no Brasil: revisão integrativa da literatura. **J. Nurs. Health**, v. 8, n. 1, 2018.

OLIVEIRA, A. P. C.; GABRIEL, M.; POZ, M. R. D.; DUSSAULT, G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1165-1180, 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158– 164, 2013.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 25-32, 1998.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 72–80, 2005.

PEREIRA, B. F.; MARTINS, M. A. S.; BARBOSA, T. L. A.; SILVA, C. S. O.; GOMES, S. L. M. X. Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. **Revista Ciência em Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, jun 2013.

PINTO, A. R. P.; NASCIMENTO, D. G.; NICHATA, L. Y. I. Desempenho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família na avaliação do PMAQ-AB. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 53, p. 35-09, 2019.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Revista Saúde em Debate**, v. 38, p. 358–372, 2014.

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). **Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p. 1903-1913, 2018.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; DA SILVA, L. S.; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; DE

MENDONÇA, E. T.; DA COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017.

RAMALHO, K. S.; SILVA, S. T.; LIMA, S. M.; SANTOS, M. A. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade?. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT**, Alagoas, v. 1, n. 1, p. 11–22, 2012. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/462>. Acesso em: 20 de abril de 2021.

- RÊGO, A. S.; HADDAD, M. C. F. L.; SALCI, M. A.; RADOVANOVIC, C. A. T. Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p.1-9, 2018.
- RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.95-110, Jun, 2019.
- ROCHA, B. D.; BISOGNIN, P.; CORTES, L. F.; SPALL, K. B.; LANDERDAHL, M. C.; VOGTV, M. S. Exame de papanicolau: conhecimento de usuárias de uma unidade básica de saúde. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 2, n. 3, p. 619-29, 2012.
- ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar., 2013.
- RUIVO, A. C. O.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; WACHS, L. S.; FASSA, A. G. Disponibilidade de insumos para o planejamento reprodutivo nos três ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Caderno de saúde pública**, v. 37, n. 6, 2021.
- SAMPAIO, J.; MORAES, M. N.; MARCOLINO, E. C.; CASTRO, I. D.; GOMES, L. B.; CLEMENTINO, F. S. Pmaq-ab: a experiência local para a qualificação do programa nacional. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 1, p. 4318-28, nov, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11179/12720#:~:text=O%20PMAQ%20DAB%2C%20como%20estrat%C3%A9gia,necessidades%20de%20sa%C3%BAde%20dos%20usu%C3%A1rios>. Acesso em: 23 de abril de 2021.
- SARTI, T.D.; CAMPOS, C. E. A.; ZANDONADE, E.; RUSCHI, G. E. C.; MACIEL, E. L. N. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.537-548, 2012.
- SCHIMITH, M. D., BUDÓ, M. L. D., WEILLER, T. H., PRATES, A. L., WILHELM, L. A., ALBERTI, G. F., Acessibilidade organizacional: barreiras na continuidade do cuidado na atenção primária à saúde, **Revista de Enfermagem UFSM - REUFSM**, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 17, p. 1-17, 2019. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28053/pdf>. Acesso em 12 de Abr. 2021.
- SEIDL, H.; VIEIRA, S. P.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, R. C. D.; GAGNO, J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Revista saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 94-108, out 2014.
- SELLERA, P. E. G; PEDEBOS, L. A.; HARZHEIM, E.; MEDEIROS, O. L.; RAMOS, L. R.; MARTINS, C.; D'ÁVILA, O. P. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 25, n. 4, p.1401-1411, 2020.

- SILVA, C. L. A.; ANGELO, L. K. G.; BERNARDINO, A. C.; SILVA, C. A.; CANDIDO, S. A.; PACHECO, A. L. D.; MELO, I. S.; CASTRO, O. W. Importância da escola no conhecimento empírico sobre infecções sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos: promoção da saúde na rede pública de ensino. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.2, p.20421-20432, fev 2021.
- SILVA, D.; LOPES, E. L.; BRAGA JÚNIOR, S. S. Pesquisa quantitativa: elementos, paradigmas e definições. **Revista de Gestão e Secretariado**, v. 5, n. 1, p. 1-18, jan/abr., 2014.
- SILVA, F. H. C. A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS COMO GESTORES EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 67-82, jan./jun. 2012.
- SILVA, R. M.; JORGE, M. S. B.; SILVA, A. G. J. **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. 1 ed, Fortaleza: EdUECE, 2015.
- SILVA, W. G.; BERNAL, H. L.; CÂNDIDO, F. N. O.; RAIMUNDO, P. P. M.; DUARTE, S. J. H. O planejamento familiar para homens. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 12, n. 11, p. 109-3.098, nov, 2018.
- SOUSA, N. L.; SOUSA, M. H. L.; SILVA, M. G. C. Análise da equidade na Distribuição do financiamento federal à Atenção Primária à Saúde entre os municípios do Ceará, **Caderno Ibero-americano**, Brasília, v.10, n. 1, jan./ mar., 2021.
- SOUZA, E. G.; PINHEIRO, E. R. S.; ROCHA, J. M. S.; SOUSA, E. A.; RANGEL, H. F. A. A capacitação de profissionais da APS para a inserção do dispositivo intrauterino de cobre: a experiência do município de Betim, Minas Gerais. **Revista da Rede APS**. V. 3, n. 1, p. 32-38, jan/abr, 2021.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. 1. ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TEIXEIRA, V. R. S.; COSTA, B. S. DA; SOUZA, D. S. DE; CAETANO, L. C. C.; SANTOS, M. P.; COSTA, I. M. M. A Segurança do Paciente diante da Assistência de Enfermagem na coleta do exame Papanicolau em uma Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 3, p. 205, 29 dez. 2018.
- SANTOS, T. L. S.; SILVEIRA, M. B.; REZENDE, H. H. A. **importância do exame citopatológico na prevenção do câncerdo colo uterino enciclopédia biosfera**, Centro Científico Conhecer- Goiânia, v.16 n.29; p.1947, 2019.
- TESSER, C.D.; NORMAN, A.H.; VIDAL, T.B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Revista Saúde em Debate**, v. 42, n. especial, p. 361-378, set, 2018.
- TOMASI, E; FACCHINI, L. A.; OSORIO, A.; FASSA, A. G. Aplicativo para planejamento em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p.800-806, 2003.

TOMAZETTIA, B. M.; HERMESH, L.; MATELLOC, N. V.; SCHMITTD, P. M.; BRAZE, M. M.; HOFFMANNF, I. C. Qualidade da assistência pré-natal sob olhar multiprofissional. **Revista Ciência e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 41-50, 2018.

VECCHI, M. P. S.; CAMPOS, E. M.; FARAH, B. F. Autoavaliação: instrumento para reflexão do processo de trabalho nas equipes de saúde da família. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 20, n. 4, p. 527-538, out/dez, 2017.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. R. D.; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIDAL, T.B. et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Rev Saude Pública**, v.53, n.38, p. 1-10, 2019. Disponível em

VIEIRA, S. P.; PIERANTONI, C. R.; MAGNAGO, C.; FRANÇA, T.; MIRANDA, R. G. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 110-121, jan-mar 2017.

VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V. C.; BASTOS, M. H.; LEAL, M. C. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 85-100, 2014.