

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ASSOCIADO EM ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES VOLTADAS À SAÚDE DA
MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA, BRASIL, 2014**

KATIÚSCIA DE AZEVEDO BEZERRA

**MANAUS- AM
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ASSOCIADO EM ENFERMAGEM**

KATIÚSCIA DE AZEVEDO BEZERRA

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES VOLTADAS À SAÚDE DA
MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA, BRASIL, 2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Associado em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará com a Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. MARIA JACIREMA FERREIRA GONÇALVES

**MANAUS - AM
2016**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

B574a Bezerra, Katiuscia de Azevedo
Avaliação das ações voltadas à saúde da mulher na Atenção
Básica, Brasil, 2014. / Katiuscia de Azevedo Bezerra. 2016
94 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Maria Jacirema Ferreira Gonçalves
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal
do Amazonas.

1. Saúde da Mulher. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3.
Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem em Saúde Pública. I.
Gonçalves, Maria Jacirema Ferreira II. Universidade Federal do
Amazonas III. Título

KATIÚSCIA DE AZEVEDO BEZERRA

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES VOLTADAS À SAÚDE DA
MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA, BRASIL, 2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Associado em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará com a Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 04 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

Universidade Federal do Amazonas

Prof^a. Dr^a. Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof^a. Dr^a. Nair Chase da Silva

Universidade Federal do Amazonas

DEDICATÓRIA

À minha família, sem o apoio de vocês, não seria possível esta vitória.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, que um dia, em meio às tribulações, me revelou que eu conseguiria vencer.

À minha mãe Cássia e meu pai Francisco que sempre me incentivaram nos estudos e nunca me abandonaram mesmo quando eu me mostrei difícil de lidar.

Minhas irmãs Kathyenne, Kathyanne e Carolynne, assim como meu irmão Juninho, porque, juntamente com meus pais, me deram apoio e tornaram esta caminhada mais leve.

Ao meu marido Francerly que, quando eu quis desistir, me disse: vai lá e faz. Também agradeço por “segurar as pontas” em casa, de todas as maneiras possíveis.

Aos meus filhos Lucas, Matheus e Ana Cássia, meus maiores incentivadores, pois mesmo não entendendo minha ausência, foi por eles que segui até aqui.

Aos colegas de trabalho, Dr^a Cristina Garrido pela liberação para os estudos e Aldenise Cabral, que foi quem mais se sobrecarregou com minha ausência, assim como todos os funcionários do Banco de Olhos do Amazonas.

Carlos e Antônia, todos os dias agradeço à Deus pela vida de vocês e por serem esses amigos tão maravilhosos que são.

Às colegas de turma, amigas na verdade, Gisele Reis, Evelyne Menezes, Graciana Lopes, Gisele Rocha e Ellen Rocha, com os quais me aventurei nessa viagem chamada “Mestrado” e que, com certeza, foram de um apoio imensurável.

Aos mestres, todos que contribuíram na construção do meu conhecimento e, principalmente, à Professora Dr^a Maria Jacirema, que foi a orientadora perfeita para mim pois, além de me nortear, me tirou do marasmo, da falta de iniciativa e, além de tudo, foi uma inspiração para prosseguir nas vezes que pensei em desistir.

Aos demais amigos que me incentivaram, meu eterno agradecimento.

EPÍGRAFE

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

Charles Chaplin

RESUMO

Objetivo: Avaliar as ações voltadas à saúde da mulher operacionalizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil em 2014. **Método:** pesquisa avaliativa da Atenção Básica, com dados coletados em 2014, na fase de avaliação externa da Pesquisa para Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, segundo ciclo. Utilizamos dados de todo o território brasileiro, totalizando 29.778 equipes que tiveram o profissional enfermeiro como respondente. Selecionamos variáveis relacionadas a este estudo e computamos o percentual de respostas afirmativas individualmente e agrupadas por município. As variáveis foram organizadas e analisadas conforme as temáticas ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’, ‘Monitoramento do fluxo’, ‘Gerenciamento da assistência’ e ‘Desenvolvimento de ações’. Na análise, atribuímos 1 ponto se percentual maior ou igual a 80%. Com isso chegamos à classificação do padrão das temáticas e à classificação final, “Baixo”, “Médio” e “Alto”. Por fim, testamos a associação da classificação do padrão das temáticas com as grandes regiões do Brasil, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e com os Indicadores de assistência à saúde da mulher: Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, Razão de mamografia realizada e Razão de exame citopatológico realizado. **Resultados:** No que se refere ao planejamento, as regiões Sul e Centro-oeste são significativas para o padrão “Baixo”; em ‘Monitoramento do fluxo’ e ‘Gerenciamento da assistência’ apenas o Sudeste está associado ao padrão “Alto”; em ‘Desenvolvimento das ações’, Norte e Nordeste possuem o padrão ‘Baixo’. Os municípios com os maiores tercís do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) tem associação com o padrão “Baixo”, exceto em planejamento. A maior proporção nos Indicadores municipais de assistência à saúde da mulher está associada ao padrão “Alto”. Evidenciamos ainda, que entre as temáticas, no Brasil as principais fragilidades identificadas nas regiões Norte são: uso de protocolos para captação precoce das gestantes; planejamento das ações; retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados; registro do seu território das mulheres elegíveis para exame de mamografia e agendamento de consultas em qualquer dia e horário e; ações para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto. No Centro-oeste: monitoramento das gestantes que tiveram parto; realiza teste rápido para gravidez, sífilis e HIV, além de ações educativas voltadas à saúde da mulher. **Conclusão:** As ações voltadas à saúde da mulher na atenção primária no Brasil estão aquém das diretrizes preconizadas, refletida pelas baixas classificações das temáticas de ações e pelas diferenças regionais detectadas. O enfermeiro pode intervir em todas as fragilidades identificadas nas ações voltadas à saúde da mulher na APS, exceto sobre aquelas relacionadas à organização do serviço de saúde em rede.

Descritores: Saúde da Mulher; Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde. Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: Evaluate actions to women's health operationalized in Primary Health Care (PHC) in Brazil in 2014. **Method:** Evaluative research of Primary Care, with data gathered in 2014, in external evaluation phase from National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care - PMAQ, second series. Data from all Brazilian territory were used, totaling 29,778 work groups that had a professional nurse as responding. We have selected variables related to this research and calculate the percentage of positive replies individually and grouped by municipality. The variables were organized and studied according to the issues 'Planning, organization and support to the work process', 'Flow monitoring', 'Management of assistance' and 'Development of actions'. In the study, we assign 1 point if percent higher or equal to 80%. This way, we have reached the rating of the issues and the final rating, "Low", "Medium" and "High". Finally, we have tested the link of the rating of the pattern of the issues with the big Brazilian's regions, "Municipal Human Development Index" and with the Indicators of assistance to women's health: Proportion of born alive with 7 or more prenatal visits, Ratio of held mammography and Ratio of held cytopathological exam. **Results:** In relation to planning, the regions South and Central-west are significant to rating "Low"; In 'Flow monitoring' and 'Assistance management' only Southeast are related as rating "High"; In 'Development actions', North and Northeast have rating "Low". The municipalities with higher thirds of the "Municipal Human Development Index" (IDHM) are related with the rating "Low", except in planning. The higher share of the municipal's indicators of assistance to women are related to rating "High". We have also emphasized, that between the issues, in Brazil the main weakness in region North are: use of protocols for early training of the pregnant women; planning of the actions; return of the evaluation held by the users of the transferred users; record of the territory of the eligible women for mammography exam and appointment booking in any day and time and; actions to ensure the puerperium consultation until 10 days after the childbirth. In Central-west: monitoring of the pregnant women that had delivered; hold quick pregnancy test, syphilis and HIV, in addition to educational actions targeted to women's health. **Conclusion:** Actions aimed at the women's primary health care in Brazil are short of the proposed guidelines, reflected by the ranking downgrades of the actions issues and the regional differences detected. The nurse can intervene in all identified fragilities in actions aimed at the women's health in "APD", except those related to services organization of "Health Care Networks".

Descriptors: Women's Health; Health Services Evaluation; Primary Health Care. Public Health Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

Ensp – Escola Nacional de Saúde Pública

EqAB – Equipe de Atenção Básica

EqSF - Equipe de Saúde da Família

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

GL - Graus de Liberdade

HIV – Human Immunodeficiency Virus (vírus da imunodeficiência humana)

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MS – Ministério da Saúde

Pacs – Programa de agente Comunitário de Saúde

Paism – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PMAQ – Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNPM – Plano Nacional de Política para as Mulheres

RP – Resíduo Padronizado

Sisprenatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUS – Sistema Único de Saúde

SPM/PR - Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

USG - Ultrassonografia

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory (teste de sorologia para sífilis)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	19
	3.1 Objetivo Geral	19
	3.2 Objetivos Específicos.....	19
4	REVISÃO DE LITERATURA: A SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
	4.1 Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Pnaism)	20
	4.2 Atenção Primária à Saúde	22
	4.2.1 O enfermeiro na Atenção Primária em Saúde	25
	4.3 Avaliação de Programas e Serviços de Saúde	26
	4.4 Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	27
5	MÉTODOS.....	30
	5.1 Tipo de Estudo.....	30
	5.2 Local e População do Estudo.....	30
	5.3 Instrumentos	31
	5.4 Coleta de Dados	32
	5.5 Variáveis.....	32
	5.6 Plano de Análise	34
	5.6.1 Análise Exploratória.....	35
	5.6.2 Análise Avaliativa	35
	5.7 Aspectos Éticos	39
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
	6.1 Avaliação das ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde, Brasil, 2014.....	42
	6.2 Atribuições do enfermeiro frente à distribuição regional das ações voltadas a saúde da mulher na APS, Brasil, 2014	65
	CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO	85
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
	Anexo 1- Distribuição da pontuação nas temáticas ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’ e ‘Monitoramento do fluxo’	93
	Anexo 2- Distribuição da pontuação nas temáticas ‘Gerenciamento da assistência’ e ‘Desenvolvimento de ações’	94

APRESENTAÇÃO

Neste estudo utilizou-se dados da pesquisa nacional referentes ao Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Trata-se de um projeto do Ministério da Saúde, desenvolvido em todos os estados brasileiros por instituições de ensino (Universidades) e/ou pesquisa. Portanto, a proposta aqui apresentada é parte integrante do projeto coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) – Fiocruz, que ficou responsável por nove estados, dentre eles o Amazonas. O projeto maior foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da ENSP, obedecendo aos requisitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Como foram utilizados dados de todo o Brasil, este projeto referente à saúde da mulher também foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas, via Plataforma Brasil.

Esta pesquisa é parte das atividades do grupo de pesquisa intitulado “Métodos Epidemiológicos e Análises de Situação de Saúde” coordenado pela Profa. Dra. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves, onde a mestranda atua como pesquisadora e orientanda desde 2014.

O texto da dissertação inicia-se com a contextualização da Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as atribuições do enfermeiro que esta política normatiza e, o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) fundamentando a necessidade de avaliação dos serviços de saúde na introdução e justificativa do trabalho. Nos objetivos destacam-se o enfoque para a saúde da mulher e a pesquisa avaliativa na APS, assim como as atribuições do enfermeiro dentre essas ações, neste nível de atenção. Na revisão de literatura, busca-se ressaltar sobre a assistência à saúde da mulher, a APS e a avaliação em serviços de saúde, além do PMAQ. A seção de métodos detalha todo o processo de avaliação das ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Básica,

enfatizando a descrição do método ora proposto, criado a partir das afirmativas às variáveis selecionadas do PMAQ que foram distribuídas entre grupos temáticos de ações voltadas à saúde da mulher na APS e, a partir do percentual pré-definido na matriz avaliativa, classificou-se o padrão da APS nos municípios. Como os resultados são apresentados em forma de artigos científicos, a seção de resultados da dissertação já engloba a discussão; apresenta-se à parte aos artigos, uma breve introdução sobre a distribuição da pontuação das temáticas entre as grandes regiões. O artigo obedece à formatação direcionada à revista Revista Panamericana de Salud Pública e Revista Latino-americana de Enfermagem, para onde serão submetidos. A dissertação apresenta sua própria conclusão onde se apresentam os achados sobre a temática do estudo. A lista de referências bibliográficas ao final refere-se aos documentos citados na dissertação.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) tem sido considerada como o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde devendo ser resolutive, organizadora do acesso e coordenadora do cuidado (STARFIELD, 2002), sendo, reconhecidamente, um componente-chave dos sistemas de saúde, com dois aspectos distintos e interdependentes: ser estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde e também um modelo de mudança na prática clínico assistencial dos profissionais de saúde.

Possui atributos como seus eixos estruturantes semelhantes àqueles atribuídos à Atenção Primária em Saúde (APS) na qual a literatura internacional, denomina como atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002). Aliás, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é a política que normatiza este nível de atenção no Brasil, a AB e a APS são termos equivalentes, sendo que esta é operacionalizada pelas equipes de Saúde da Família (EqSF), equipes de Atenção Básica (EqAB) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) (BRASIL, 2011b) .

Ressaltamos que, no Brasil, utiliza-se o termo “Atenção Básica” para contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organizações internacionais, que entendem a APS como um conjunto de ações de baixa complexidade, voltadas às populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social. Portanto, em busca de resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata, no Brasil mudou-se a designação assumindo que o termo 'básica' refere-se àquilo que serve de base, sustentação, e não algo elementar, porém, a própria PNAB os colocam como equivalentes (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Em suas orientações para o funcionamento da atenção básica, a PNAB também enfatiza os seus princípios: da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social

(BRASIL, 2011b), devendo ser aplicados em todas as ações e serviços de saúde oferecidos à população.

Entre tais serviços, estão aqueles voltados à saúde da mulher, que são regidos pela Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) em sua última revisão realizada em 2009 suas diretrizes estão voltadas, principalmente, para o atendimento integral à mulher em todas as fases de sua vida, respeitando as diferenças existentes em cada faixa etária e na dinamicidade do atendimento seja dos casos urgentes ou dos casos antigos em todos os níveis de assistência, com vistas a oferecer atendimento de forma integral, universal e participativa (BRASIL, 2011c).

Os resultados da avaliação dos serviços, permite assegurar um atendimento de qualidade, com resultados mensuráveis, e assim identificar a efetividade. A avaliação também ajuda a identificar benefícios, os quais podem ser definidos como uma resposta organizada para reduzir ou eliminar um problema, que ao alcançar seu objetivo, melhora a saúde da população (GONÇALVES, 2012), neste caso, a população feminina. A avaliação, de maneira geral, consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou elaborada a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Em razão da necessidade de avaliação, em 2011, a partir da publicação da PNAB vigente (BRASIL, 2011b), o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (Portaria MS nº 1654 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 de qualidade do piso) como estratégia indutora de um processo permanente e progressivo de

ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação comunitária na AB (PINTO, SOUSA e FERLA, 2014).

A partir da definição de Contandriopoulos et al., (1997) poderíamos alocar o PMAQ como uma pesquisa normativa. No entanto, ao definirmos este estudo como pesquisa avaliativa, ponderamos que esta considera um avaliador externo que evidencie determinado julgamento ao final do processo de avaliação com explicitação do juízo de valor do avaliador sobre o serviço de saúde oferecido (CASPARINI e FURTADO, 2014), aqui, no caso, das ações voltadas à saúde da mulher na APS.

Considerando que a política que rege as ações voltadas à saúde da mulher se desenvolve, principalmente, na APS, que não temos uma normatização para avaliação especificamente das ações voltadas à saúde da mulher, buscamos capturar na pesquisa PMAQ, as ações que se aproximam da operacionalização do Pnaism objetivando avaliar as ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014.

2 JUSTIFICATIVA

As mulheres são a maioria da população brasileira, e conseqüentemente as que mais usam o Sistema Único de Saúde (SUS), assim como são as que frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares ou mesmo vizinhos e amigos (ALMEIDA, CALDAS e ALVES, 2012).

As mulheres também são reconhecidas pelo MS, como um grupo em situação vulnerável. Assim, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) foi criada para minimizar a iniquidade social vivida por este grupo populacional. Essa política ressalta que a mulher tem sua situação de saúde influenciada pela discriminação nas relações de trabalho, a sobrecarga com as reponsabilidades com o trabalho doméstico, além da consideração de outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza que muitas vezes explicam situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2011c).

Devemos levar em conta que as mulheres vivem mais que os homens, porém adoecem mais, adicionalmente, a vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos e, esse cenário de necessidades e vulnerabilidade inerentes ao ser mulher demandam atenção que dê conta de tais especificidades. Neste contexto, a Pnaism busca estabelecer e nortear a atenção à saúde da mulher, especialmente no âmbito da AB (BRASIL, 2011c).

O Pnaism destaca ainda a necessidade de integralidade na atenção à saúde da mulher em todas as fases de sua vida (BRASIL, 2011c). Corroborando, a PNAB determina que a assistência deve ser integral aos indivíduos e famílias em todas as fases de desenvolvimento humano (BRASIL, 2011b). Uma estratégia para esse atendimento seria a implementação das ações voltadas à saúde da mulher desde o planejamento, gerenciamento até o desenvolvimento propriamente dessas ações para que, desta forma, as necessidades dessa população sejam atendidas integralmente. Há estudos que apontam que a efetividade dos serviços de saúde está

associada ao maior grau de orientação da APS, evidenciando um impacto positivo sobre esses serviços (CASTRO *et al.*, 2012). Neste sentido, no que tange aos serviços de saúde voltados à assistência à saúde da mulher, a avaliação é um meio para identificar uma aproximação da assistência efetivamente recebida.

No meio científico, detectamos alguns estudos voltados para a saúde da mulher utilizando o PMAQ como instrumento de avaliação (FONSECA SOBRINHO *et al.*, 2014); estudos voltados à saúde da criança (FONSECA SOBRINHO *et al.*, 2014) e aqueles voltados ao controle de doenças crônicas e infecciosas (FONSECA SOBRINHO *et al.*, 2014; GARNELO *et al.*, 2014; MEDINA *et al.*, 2014); outros avaliavam determinado município, por meio do PMAQ, utilizando-se da comparação entre estrutura como disponibilidade de material e salas; informações do profissional, que trata basicamente da operacionalização do serviço (TOMASI e SILVA, 2015) e do usuário através de avaliação de satisfação (FAUSTO *et al.*, 2014). No entanto, carece no meio científico uma abordagem das ações voltadas para a saúde da mulher na atenção básica, identificando suas fragilidades, especialmente com uma visão geral do Brasil.

Diante do exposto, no intuito de avaliarmos a APS, mais especificamente a operacionalização das práticas voltadas à saúde da mulher, surge-nos as questões: como se dá a operacionalização das ações voltadas à saúde da mulher na atenção primária no Brasil? Diante das fragilidades identificadas, quais as atribuições do enfermeiro?

Já se sabe que os serviços de saúde da APS são normatizados a partir de uma política específica que determina as ações de cada profissional envolvido no funcionamento desta. Ao enfermeiro cabe, segundo a PNAB, ações que vão desde o planejamento, gerenciamento e desenvolvimento dessas ações (BRASIL, 2011b). Diante do exposto, nos questionamos até que ponto esses profissionais da atenção primária estão oferecendo um serviço de qualidade, principalmente na saúde da mulher no Brasil, pois a literatura científica apresenta evidências

sobre a associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, da promoção da equidade, da satisfação dos usuários e da eficiência (OLIVEIRA e VERÍSSIMO, 2015). Portanto, a pesquisa ora proposta pretende avaliar as ações realizadas pelas equipes de atenção primária, no que concerne às ações voltadas à saúde da mulher, o que acarretará numa ampla discussão sobre o tema que, se necessário, modificará as ações desenvolvidas pelos profissionais envolvidos, principalmente o enfermeiro, nosso foco de estudo, para que esta população tenha um serviço de saúde norteado pelo que regem as políticas de atenção básica e de saúde da mulher.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar as ações voltadas à saúde da mulher operacionalizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil em 2014.

3.2 Objetivos Específicos

- Categorizar as ações voltadas à saúde da mulher, na Atenção Primária em Saúde no Brasil.
- Qualificar as atividades voltadas à saúde da mulher, informadas pelos enfermeiros, tendo como parâmetro, a Política Nacional da Atenção Básica e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
- Identificar diferenças regionais e/ou contextuais no Brasil e relacionar com a avaliação das ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária em Saúde.
- Descrever as atribuições do enfermeiro frente às fragilidades identificadas nas ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária em Saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA: A SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No início do século XX o engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida impulsionou a adoção das primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde voltadas para a assistência integral à saúde da mulher. Essas medidas foram reafirmadas a partir da reorganização do sistema de saúde brasileiro com a adoção da Atenção Primária à Saúde como modelo organizativo para a Atenção Básica (FREITAS *et al.*, 2009). Desde então, os serviços voltados a assistência à saúde da mulher são normatizados e regidos por políticas e normas que abrangem princípios e diretrizes para garantia da qualidade dos mesmos. Neste sentido, a avaliação é uma ferramenta que permite acompanhar o avanço dessas políticas.

A PNAB é a política que normatiza todo o serviço de atenção básica. Ela determina o enfermeiro como o profissional destinado a planejar, gerenciar e avaliar essas ações e serviços, sendo considerado como o profissional protagonista da APS (UCHÔA *et al.*, 2016).

Nesta seção, abordaremos a Pnaism enfatizando o contexto histórico e as definições de assistência integral à mulher; a Atenção Primária à Saúde, contextualizando seus atributos essenciais; discorreremos sobre a avaliação de serviços e programas de saúde além de contextualizar o PMAQ.

4.1 Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Pnaism)

A partir das primeiras décadas do século XX, a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no Brasil. Nas décadas de 30, 40 e 50 as mulheres eram

vistas, basicamente, como “donas de casa”. Na década de 60 diversos países, entre eles o Brasil, se voltaram para a assistência às mulheres em idade fértil o que resultou, na década de 70, em uma assistência essencialmente voltada para o controle da natalidade, o que ia de encontro com as ideias hoje expressas como “equidade de gênero”. Assim surgiu um novo conceito de saúde da mulher, rompendo com o paradigma vigente centrado na função “controlista da reprodução”, pontuando a saúde sexual e reprodutiva como um direito (FREITAS *et al.*, 2009).

O Brasil, no início dos anos 80 foi vanguarda na elaboração de políticas públicas às mulheres ao propor a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), como continuidade de ações pontuais, que tinham a mulher e a criança como enfoque, especialmente nos aspectos reprodutivos e da diminuição da mortalidade infantil. Com a influência da participação do movimento feminista, de profissionais na instância da formulação de políticas e simpatizantes com as causas feministas e do movimento sanitário, tal programa baseou-se nos princípios do direito à saúde, da integralidade da assistência, da equidade de gênero e em propostas de ações educativas englobando outras questões além das reprodutivas (LEMOS, 2011).

Como ampliação desse programa, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) foi criada em 2004, e incorpora o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, assim como, busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2011c).

A Pnaism teve suas diretrizes reafirmadas e ampliadas em 2009 se pautando nos princípios da humanização e qualidade da atenção em saúde, para que as ações tenham resolutividade no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas questões, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado,

nesse contexto a mulher é vista como sujeito da sua cidadania que terá como principal forma de garantia de seus direitos à saúde integral, a operacionalização da AB (LEMOS, 2011).

Concomitantemente com a criação das políticas voltadas à saúde da mulher, também foi criada, no início da primeira década do século XXI, a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) que enfoca a valorização da mulher e sua inclusão no processo de desenvolvimento social, econômico, político e cultural. Neste contexto, em 2004 foi lançado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), fruto do diálogo entre governo e sociedade civil, construído por meio de conferências realizadas a partir dos municípios e estados brasileiros, conformando um pacto nacional em torno da importância das políticas públicas para as mulheres no país (BRASIL, 2013). Um dos capítulos do PNPM contempla o monitoramento e acompanhamento da Pnaism, referente à saúde da mulher e seus direitos sexuais e reprodutivos, aspectos com importante atuação, contribuição da APS em execução dessas ações.

4.2 Atenção Primária à Saúde

O atual sistema de saúde brasileiro vive um momento de intensos avanços, mas ainda de muitos desafios a serem superados. Podemos descrever como avanços o que se refere à oferta de diversos programas, projetos e políticas que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira, que incluem a evolução das equipes do Programa Saúde da Família. A criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (SOUZA e COSTA, 2010).

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, o conceito de saúde no Brasil, que considerava apenas o modelo hospitalocêntrico foi ampliado: elaborou-se um modelo de

atenção mais democrático baseado em discussões sobre problemas existentes no modelo vigente àquela época, a Atenção Básica que foi baseada no conceito internacional da APS proposta na Conferência de Alma-Ata que representa o primeiro nível de contato, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem ou trabalham; não se restringe ao primeiro nível, está integrada ao processo permanente da assistência integral, incluindo: prevenção, promoção, cura e reabilitação; e enfatiza a necessidade de ações de outros setores (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012). A AB está embasada pela PNAB que assume a equivalência entre APS e AB no Brasil (FRACOLLI e CASTRO, 2012).

Essa definição conceitual adquire sua versão prática com a instituição formal do SUS, quando no Capítulo II, artigo 198 da mesma Constituição, é relatado que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Assim, estava criado o Sistema Único de Saúde, resultado de uma política social e universalista, que tem a Constituição Federal e as Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, como sua base jurídica, constitucional e infraconstitucional e, ainda, tais leis consolidaram o papel do município como o principal executor das ações de saúde, caracterizando a ampliação do processo de descentralização que já havia sido exposto desde a 8ª Conferência de Saúde e que significava um avanço e contraposição ao modelo ditatorial vigente naquele momento (SOUZA e COSTA, 2010).

A APS, componente primordial desse novo modelo, internacionalmente teve seu conceito sistematizado através de seus *atributos essenciais*: acesso de primeiro contato, que é a **acessibilidade** e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema; a **longitudinalidade**, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; a **integralidade**, que implica em fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde e a **coordenação do cuidado**, que é a

disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Além desses, a autora também detalhou os *atributos derivados*: a **orientação familiar**, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; a **orientação comunitária**, que procede do reconhecimento das necessidades sociais; e a **competência cultural**, que envolve a atenção às necessidades de uma população com características culturais especiais.

A atenção primária, segundo a PNAB, é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011b).

Ainda segundo a PNAB, a atenção primária deve, entre suas ações, enfatizar a participação popular por meio de práticas de cuidado e de gestão, cabendo às três esferas de governo planejar, apoiar, monitorar e avaliar esta atenção, assim como preconizar a equipe multiprofissional, territorialização, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. O objetivo é que a UBS seja a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, integrada aos demais serviços da rede. As equipes devem trabalhar no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo atividades de planejamento, de educação em saúde, ações intersetoriais e garantir assistência integral às famílias (BRASIL, 2011b). Portanto, nas ações voltadas à saúde da mulher, de uma forma geral, cada equipe deve verificar as reais necessidades de sua população, planejar priorizando e considerando a realidade local, visando a atenção integral e empoderadora das mulheres.

Esta política determina ainda as características das EqAB no processo de trabalho, a participação no planejamento local de saúde assim como o monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município. A PNAB visa, com isso, à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas e cada membro da equipe e deve acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho. Neste contexto, avaliação é sugerida na PNAB dos gestores aos trabalhadores assim como a participação dos usuários (BRASIL, 2011b).

4.2.1 O enfermeiro na Atenção Primária em Saúde

O enfermeiro mostra sua importância para o desenvolvimento das ações na atenção primária quando ele é o profissional mais indicado para responder sobre o trabalho da equipe na pesquisa PMAQ, evidenciando o papel de liderança que esse profissional exerce (UCHÔA *et al.*, 2016). Os enfermeiros representam a maior categoria na força de trabalho em saúde, e também atuam como a linha de frente (SCHVEITZER, ZOBOLI e VIEIRA, 2016).

A APS no Brasil, como falamos anteriormente, é normatizada pela PNAB onde cada membro da equipe multiprofissional tem sua função estabelecida; no entanto, ainda assim, os enfermeiros atuam com pouca especificidade de suas atribuições por ainda não se apropriarem da finalidade precípua de seu trabalho no cotidiano das UBS, agregando funções e afazeres que não lhes são próprios (SOARES, BIAGOLINE e BERTOLOZZI, 2013).

Os desafios da enfermagem no contexto da atenção primária dizem respeito à educação e treinamento, condições de trabalho adequados e uma definição clara dos seus papéis na APS. Dificuldades devem ser superadas, tais como conceitos fragmentados de saúde e cuidado, e deve-se investir em equipes de trabalho multidisciplinares, empoderamento da comunidade, vínculo entre profissional e usuário, acolhimento, uso de tecnologias leves, com vistas a

promover qualidade de vida, cuidado holístico e melhorar o reconhecimento da enfermagem pelos usuários e outros profissionais (SCHVEITZER, ZOBOLI e VIEIRA, 2016).

4.3 Avaliação de Programas e Serviços de Saúde

Avaliar é uma forma particular de julgamento e ferramenta de gestão comprometida com os processos de transformação social (SOUZA *et al.*, 2007). A avaliação normativa é definida como a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas e, a pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção por avaliadores externos, através de métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

No Brasil, a avaliação desperta crescente interesse a partir dos anos 1990, quando a ampliação do número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais aumenta, no contexto da Constituição de 1998, que amplia os direitos civis dos cidadãos brasileiros. Além disso, os questionamentos sobre a eficácia e eficiência de programas e serviços de saúde estimulam o aumento da demanda de avaliações sistemáticas dos mesmos (CARVALHO *et al.*, 2012).

Inicialmente pesquisas acadêmicas foram realizadas com a intenção de avaliar serviços ou programas de saúde, posteriormente as próprias políticas traziam em seus documentos tópicos que sugeriam uma preocupação com a avaliação. O próprio Ministério da Saúde encomendou um conjunto de estudos nessa perspectiva, não só por exigência de financiadores externos, mas devido a uma crescente consciência de responsabilização entre seus técnicos e dirigentes (HARTZ e VIEIRA, 2005).

Historicamente a qualidade da assistência à saúde tem sido determinada por meio do julgamento individual dos profissionais envolvidos. No entanto, as pressões da sociedade, os altos custos da assistência, bem como a necessidade de promover a equidade de acesso aos recursos, estão direcionando os esforços das instituições públicas no sentido de buscar evidências objetivas de que os serviços de saúde estão sendo providos, de maneira eficiente, enquanto mantém e melhoram a qualidade do cuidado ao paciente (SOUZA *et al.*, 2007) .

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. A abordagem para a avaliação desta qualidade deve ser ampla, abrangendo diferentes aspectos e visões como a avaliação da estrutura, avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais, avaliação dos resultados e avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho (BRASIL, 2007).

4.4 Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

A Portaria nº 1.654 de 19 julho de 2011, do MS, criou o PMAQ e instituiu, na nova PNAB, amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – para a implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa (PINTO, SOUSA e FERLA, 2014).

O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população e, por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográfico (BRASIL, 2011a).

É dividido em quatro fases de um ciclo contínuo: 1- adesão e contratualização; 2- desenvolvimento; 3- avaliação externa e; 4- Recontratualização (FONSECA SOBRINHO *et al.*, 2014).

Especificamente a terceira fase do PMAQ, consiste na avaliação externa das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes do programa. O Ministério da Saúde em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa realiza visita às equipes para a avaliação de um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos até questões ligadas ao processo de trabalho. A avaliação externa busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das Equipes de Atenção Básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2015). Alguns estudos (ALVES *et al.*, 2014; CRUZ *et al.*, 2014 e FAUSTO *et al.*, 2014) utilizaram-se de dados coletados nesta etapa do PMAQ, mais precisamente no 1º ciclo de avaliações realizado em 2012, e ambos os estudos realizaram avaliações da Estratégia Saúde da Família no âmbito da APS.

No que diz respeito à saúde da mulher, as variáveis contidas no instrumento de avaliação do PMAQ não estão agrupadas em uma seção ou subseção voltada exclusivamente a esta população, muito menos, algumas dessas variáveis tratam especificamente das ações voltadas

à saúde da mulher. No entanto, através das variáveis identificadas, podemos avaliar aspectos da Pnaism que indiquem a integralidade da assistência à saúde da mulher preconizada.

5 MÉTODOS

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa na Atenção Primária à Saúde (APS), onde utilizamos como padrões e normas, os documentos do Ministério da Saúde (MS) que norteiam o trabalho voltado à saúde da mulher na APS no Brasil, conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011b) e Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (Pnaism) (BRASIL, 2011c). A PNAB serviu como norteadora para eleição das variáveis que apresentam as ações necessárias na assistência à saúde da mulher na AB ali descritos e, da Pnaism, buscamos embasamento que viesse corroborar com a escolha dessas variáveis pois estas ações deveriam abranger ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência da mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades, como violência familiar (BRASIL, 2011c).

Para esta avaliação, obtivemos dados coletados em 2014, na fase de avaliação externa, do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

5.2 Local e População do Estudo

Utilizamos dados de todo o território brasileiro, das equipes de atenção básica que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ, totalizando 29.778 equipes que responderam ao questionário de avaliação externa. Cada equipe deveria indicar um profissional de nível superior para responder ao módulo 2 da pesquisa, ocorrendo que, na maioria dos casos, o respondente

foi o enfermeiro. Como nosso foco é guiado pelas respostas dos enfermeiros, trabalhamos com o quantitativo de 27.822 equipes de AB (93,4%), agrupadas em 4.978 municípios.

A opção de trabalhar somente com os questionários na qual o respondente sobre as ações da equipe de Atenção Básica foi o enfermeiro, se deve ao fato de ser esse o profissional reconhecido por ter mais domínio de todas as atividades da equipe de saúde, aquele que atua em todos os programas (UCHÔA *et al.*, 2016), e em geral, coordena os trabalhos da equipe e, desse modo, mantemos a homogeneidade quanto ao grupo de respondentes.

5.3 Instrumentos

Os instrumentos de coleta de dados foram criados, estruturados e padronizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf. Acesso: 08 de janeiro de 2015. Os mesmos foram organizados de forma a verificar evidências de um conjunto de dimensões previamente determinadas no que tange à gestão municipal, à organização da atenção e à avaliação da rede local de saúde pelas equipes, com padrões de qualidade de acordo com os princípios e diretrizes da PNAB (BRASIL, 2015).

Cada instrumento do PMAQ remete a um módulo. Nesta pesquisa utilizamos somente os dados do módulo II que corresponde a entrevista realizada com o profissional de nível superior da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde e, objetiva verificar as ações desenvolvidas/realizadas pelos profissionais da equipe de atenção básica, assim como obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários (BRASIL, 2015).

5.4 Coleta de Dados

Para a coleta de dados da Avaliação Externa em todo o território nacional, o Ministério da Saúde, a partir do apoio da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, desenvolveu parceria com instituições de ensino e pesquisa em todo o País, cujos representantes tanto contribuíram na formulação do instrumento de pesquisa, quanto elaboraram o manual de campo, que unificou todo o processo de coleta de dados (BRASIL, 2015).

Os entrevistadores foram previamente treinados e aplicaram os instrumentos por meio de entrevista, cujas respostas foram registradas em meio eletrônico seguindo os padrões do Ministério da Saúde, onde o entrevistador observava e/ou questionava os tópicos constantes no formulário e depois assinalava nos tablets e enviava via internet ao servidor do banco de dados do Ministério da Saúde para consolidação dos dados.

A partir desta consolidação, obtivemos a planilha de dados sem identificação dos respondentes, por equipe, com o devido dicionário de variáveis, com anuência da coordenação do projeto pela Escola Nacional de saúde Pública (ENSP)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Esses dados foram transferidos para o software Stata 9.0, onde se realizou a análise.

5.5 Variáveis

As variáveis que selecionamos correspondem às próprias perguntas utilizadas no questionário. Para esta análise utilizamos somente o percentual de respostas afirmativas ao item questionado. Selecionamos as variáveis que implicam em algum trabalho voltado à saúde da mulher, as quais foram agrupadas, didaticamente, em quatro grupos temáticos distintos, descritos no quadro a seguir (Quadro 1):

Operacionalização da Atenção à Saúde da Mulher
Planejamento, Organização e Apoio ao Processo de trabalho
A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?
Existe documento que comprove que a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?
Existe documento que comprove que a equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?
Existe documento que comprove que foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?
Existe documento que comprove que os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares?
A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação?
A agenda dos profissionais está organizada para a realização de visita domiciliar?
A equipe programa oferta de consultas de pré-natal?
Monitoramento do Fluxo
A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado para gestantes?
A equipe mantém registro das gestantes de maior risco encaminhadas para outros pontos de atenção?
A equipe mantém registro das usuárias com citopatológico alterado encaminhados para outros pontos de atenção?
A equipe mantém registro dos usuários com mamografia alterada encaminhados para outros pontos de atenção?
A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?
O tempo de espera para exame de mamografia é de até 30 dias?
O tempo de espera para USG pré-natal é de até 15 dias?
A equipe monitora as gestantes que tiveram parto?
Gerenciamento da Assistência
Existe documento que comprove que a equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?
A equipe realiza acolhimento em 5 ou mais dias da semana?
Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?
A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento do usuário?
As consultas são agendadas em qualquer dia da semana em qualquer horário?
A equipe possui o registro do seu território de todas as gestantes?
A equipe possui o registro do seu território das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero?
A equipe possui o registro do seu território das mulheres elegíveis para exame de mamografia?
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para Câncer do colo do útero?
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para Câncer de mama?
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para o Pré-natal?
Existe documento que comprove que a equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?
No acompanhamento da gestante, há registro sobre o profissional que a acompanha, vacinação e citopatológico realizado?
A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?
Desenvolvimento de Ações
A equipe oferta atividades para gestantes?
A equipe oferta atividades para mulheres?
A equipe realiza busca ativa dos casos de câncer do colo do útero?
A equipe realiza busca ativa dos casos de citopatológico atrasado?
A equipe realiza busca ativa dos casos de câncer de mama?
A equipe realiza busca ativa dos casos de pré-natal?
A equipe solicita e o serviço realiza a mamografia?
São realizados no pré-natal os exames de rotina preconizados pelo Ministério da Saúde?
Realiza teste rápido para gravidez, sífilis e HIV?
O Exame citopatológico de colo de útero é coletado na Unidade de saúde?
É realizada a aplicação da penicilina G Benzatina na unidade de saúde?

A equipe realiza ações para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para as temáticas: câncer de colo de útero e de mama, planejamento familiar e aleitamento materno?
A equipe realiza estratégias educativas relacionadas à saúde reprodutiva?

Quadro 1 – Variáveis selecionadas para avaliação das ações voltadas à saúde da mulher, conforme temáticas da Atenção Básica

Nota: Elaborada pelos autores

‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’: selecionamos variáveis que pudessem representar as atividades desenvolvidas pelas equipes de APS que facilitassem a operacionalização das ações voltadas à saúde da mulher, tais como treinamentos, capacitações e planejamento de ações.

‘Monitoramento do fluxo’: selecionamos variáveis que pudessem representar o acompanhamento realizado pela equipe de APS às usuárias adscritas, atendidas pelo serviço prestados na rede de saúde.

‘Gerenciamento da assistência’: selecionamos variáveis que pudessem representar o caráter administrativo da assistência à saúde da mulher como a utilização de protocolos que padronizem as atividades desenvolvidas.

‘Desenvolvimento de ações’: selecionamos aquelas variáveis que tratam da execução de ações voltadas à saúde na mulher na APS, pelas equipes de saúde deste nível de atenção.

Ponderamos que essas variáveis selecionadas possuem apenas um caráter representativo não sendo, reconhecidamente, suficientes para abordar os diversos aspectos relacionados na política e ações desenvolvidas na APS para as mulheres.

5.6 Plano de Análise

A análise dos dados foi estruturada em duas etapas: análise exploratória e análise avaliativa.

5.6.1 Análise Exploratória

Na a análise exploratória dos dados, todas as variáveis foram dispostas em número e percentual para variáveis categóricas, assim como média e desvio padrão, para as variáveis contínuas. Em seguida, identificamos suas características e distribuição, bem como foram criadas novas variáveis a partir daquelas existentes, inclusive categorização de variáveis contínuas, a fim de adequar à análise. Em toda esta etapa também exploramos a adequação dos grupos temáticos de variáveis, até a reorganização destas em quatro grupos temáticos distintos de ações voltadas à saúde da mulher: ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’; ‘Monitoramento do Fluxo’; ‘Gerenciamento da assistência’ e ‘Desenvolvimento de ações’.

O conjunto dos percentuais das variáveis de cada temática foi analisado conforme a distribuição, média, desvio padrão, valores mínimos, medianos e máximos, a fim de compreender as características das variáveis e dos grupos temáticos. A frequência e percentual das variáveis estão dispostas em tabelas e a distribuição percentual das temáticas estão nos “box plot” com as respostas afirmativas das questões em análise (Anexo 1 e 2).

Utilizamos esta fase para estudar adequados pontos de corte dos percentuais identificados, a fim de conduzir a etapa avaliativa de classificação de cada temática em padrões de qualidade.

5.6.2 Análise Avaliativa

A unidade de análise nesta fase é o município, portanto, agrupamos as respostas afirmativas das equipes em seus respectivos municípios e calculamos a sua proporção, tendo como denominador, a quantidade de equipes de atenção básica que aderiu ao PMAQ.

A partir de uma matriz avaliativa (Figura 1), elaborada para este estudo, determinamos que seria desejável que cada atividade tivesse pelo menos 80% de respostas afirmativas, que foi o ponto de corte utilizado para a pontuação aqui utilizada. Cada categoria possui **n** variáveis e, o somatório de seu escore determina a pontuação máxima em cada categoria, conforme detalhado na Figura 1. Com essa pontuação foi possível gerar uma classificação para cada grupo.

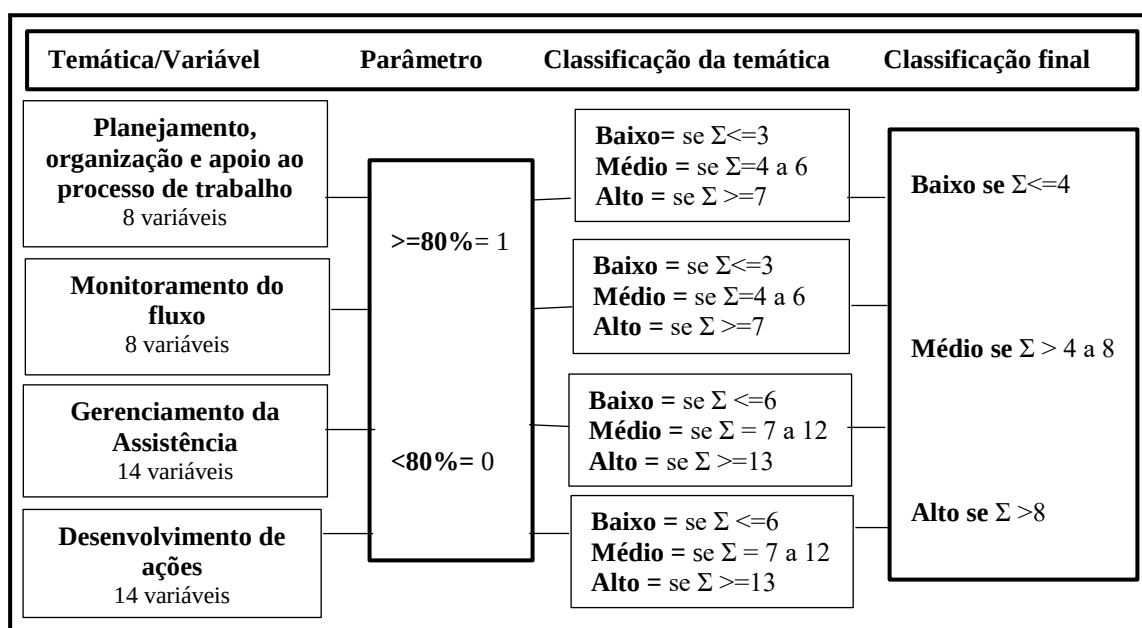


Figura 1- Matriz avaliativa para o padrão de classificação final dos grupos temáticos de atividades voltadas à saúde da mulher na APS no Brasil, 2014.

Nota: Elaborada pelos autores.

* Parâmetros determinados pelo percentual de respostas afirmativas.

Essa classificação foi determinada heurísticamente como “Baixo”, “Médio” e “Alto” de acordo com o resultado da somatória dos scores determinados no parâmetro para cada temática. Essa definição se deu de forma equitativa em cada somatório da pontuação, na qual reservamos os dois últimos pontos do somatório para o padrão de classificação "Alto".

Por fim, elaboramos uma classificação geral, considerando a pontuação que cada grupo temático recebeu, na qual definimos escores: Baixo = 1; Médio = 2 e Alto = 3. Com o somatório desse score, definimos a classificação final do município, segundo o padrão da classificação

das atividades voltadas à saúde da mulher na APS. Os resultados são apresentados para todo o Brasil.

Analisamos a associação da classificação dos grupos temáticos encontrada neste estudo com as grandes regiões do Brasil (Norte Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), e com as seguintes variáveis divididas em tercils: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e ‘Indicadores municipais de assistência à mulher’ que são: Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, Razão de mamografia realizada em mulheres entre 50 e 69 anos e Razão de exame citopatológico realizado em mulheres entre 25 a 64 anos, por acreditarmos que a classificação avaliativa das categorias de ações voltadas à saúde da mulher tem associação significativa com esses indicadores .

Abaixo detalhamos a fonte e como os dados adicionais foram trabalhados nesta análise:

- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - “**IDHM**”: utilizamos os dados do Programa das nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) referente ao ano de 2010 (disponível em: <www.atlasbrasil.org.br> Acesso em: 08 de janeiro de 2016.). Esse índice varia de 0 a 1 e, para esta análise, dividimos os municípios em três grupos distintos, de acordo com o IDHM atribuído: no 1º Tercil, municípios com o IDHM <0,6; no 2º Tercil, municípios com IDHM entre 0,6 e 0,7 e no 3º Tercil, municípios com IDHM > 0,7.

- “**Nascido vivo com 7+ consulta PN**”, variável que se refere à proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, calculada por meio da fórmula abaixo descrita e disponibilizada pelo Ministério da Saúde no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) referente ao ano de 2014 (disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em 08 de janeiro de 2016). O valor dessa variável varia entre 0 e 100 e, para esta análise, dividimos os municípios em tercils, de acordo com o resultado da proporção: no 1º tercil, municípios com a proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consulta de pré-natal <62,6; no 2º Tercil, municípios com proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consulta de pré-natal entre 62,6 a

76,9 e no 3º Tercil, municípios com proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal > 76,9.

$$\frac{\text{Nº de NV* de mães residentes em determinado local e ano com 7+ ou mais consultas de PN**} \times 100}{\text{Nº de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}}$$

*Nascidos Vivos

** Pré-natal

- “**Mamografia realizada**”, variável que se refere à razão de exames de mamografia de rastreamento realizada em mulheres entre 50 e 69 anos, calculada por meio da fórmula abaixo descrita e disponibilizada pelo Ministério da Saúde no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) referente ao ano de 2014 (disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em 08 de janeiro de 2016). O valor dessa variável varia entre 0 e 1 e, para esta análise, dividimos os municípios em tercils, de acordo com os seguintes resultados: no 1º tercil, municípios com a razão de mamografia realizada no valor <0,2; no 2º Tercil, municípios com a razão de mamografia realizada no valor entre 0,2 e 0,4 e no 3º Tercil, municípios com razão de mamografia realizada no valor > 0,4.

$$\frac{\text{Nº de MR* em mulheres entre 50 a 69 anos realizadas por local de residência e ano de atendimento}}{\text{População feminina na mesma faixa etária no mesmo local e ano}/2}$$

* Mamografia de rastreamento

Nota: para 2013 e 2014, foi utilizada a população de 2012, por não haver estimativas estratificadas por sexo e faixa etária para esse ano.

- “**Exame citopatológico realizado**”, variável que se refere à razão de exame citopatológico de câncer de colo de útero realizado em mulheres entre 25 a 64 anos, calculada por meio da fórmula abaixo descrita e disponibilizada pelo Ministério da Saúde no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) referente ao ano de 2014 (disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em 08 de janeiro de 2016). O valor dessa variável está entre 0 e 1 e para esta análise, dividimos os municípios em tercils, de acordo com os seguintes

resultados: no 1º tercil, municípios com a razão de exame citopatológico realizado no valor < 0,3; no 2º Tercil, municípios com a razão de exame citopatológico realizado no valor entre 0,3 e 0,6 e no 3º Tercil, municípios com razão de exame citopatológico realizado no valor > 0,6.

N de exame CCCU* realizado em mulheres entre 25 a 64 anos, por local de residência e ano do atendimento
População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/ 3

* Citopatológico de câncer de colo de útero

Nota: para 2013 e 2014, foi utilizada a população de 2012, por não haver estimativas estratificadas por sexo e faixa etária para esse ano.

As variáveis “NV com 7+ consulta PN”, “mamografias realizadas” e “exame citopatológico realizado”, no Datasus, estão dispostas no item Indicadores Municipais do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, mais precisamente na Diretriz 3, que diz respeito à “Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade”.

Testamos a associação por meio do teste X^2 de Pearson ao nível de significância de 5%. Também realizamos análise de resíduos do qui-quadrado, que revelam os padrões característicos de cada categoria de cada variável segundo o excesso ou falta de ocorrências de sua combinação com cada categoria da outra variável (BATISTA, ESCUDER e PEREIRA, 2004) .

São considerados resíduos significantes os valores positivos maiores ou iguais a 1,96, correspondente a 95% de confiança, indicando mais ocorrências observadas que esperadas em cada casela da tabela de contingência.

5.7 Aspectos Éticos

Este estudo faz parte de um trabalho maior, em que a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) na Fiocruz coordenou as atividades em nove estados, e foi aprovado no comitê de ética

da ENSP sob o CAAE 02040212.1.0000.5240, obedecendo aos requisitos éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Como se tratou de um braço específico do projeto geral, objeto da dissertação da autora, o mesmo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – UFAM (CAAE 49481115.3.0000.5020), pois usamos dados de todo o Brasil.

Os autores declararam não haver conflito de interesses.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em três partes: (i) panorama geral da distribuição do percentual de respostas afirmativas em cada temática segundo as grandes regiões do Brasil; (ii) artigo científico, no qual avaliamos e classificamos as ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil; (iii) artigo científico onde descrevemos as atribuições do enfermeiro frente às fragilidades identificadas nas ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária no Brasil, 2014.

Os artigos estão formatados de acordo com as normas da revista na qual serão submetidos e as referências são aquelas citadas nos artigos em questão.

Inicialmente, sobre as respostas afirmativas em cada variável que geravam pontuação atribuída em cada temática para posterior classificação do padrão conforme matriz avaliativa, evidenciamos as regiões Norte e Centro-oeste como aquelas com as menores percentuais em ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’; o Nordeste, além de estar entre as regiões com maiores pontuações nessa temática, é aquela onde os municípios estão com os percentuais de repostas afirmativas mais uniformes (Anexo 1).

Em ‘Monitoramento do fluxo’, destacamos que todas regiões receberam um baixo percentual; porém, novamente o Norte destaca-se com o menor percentual; no Sul, evidenciamos uma maior dispersão entre o percentual de repostas afirmativas dos municípios (Anexo1). O Norte também é a região com menor percentual e repostas afirmativas em ‘Gerenciamento da assistência’, porém seus municípios possuem a distribuição do percentual semelhante; a região Sudeste destaca-se como aquela com os maiores percentuais nessa temática (Anexo 2). E, em ‘Desenvolvimento de ações’, novamente o Norte, juntamente com o Centro-oeste são as regiões com os menores percentuais, evidenciando uma maior dispersão entre as pontuações atribuídas aos seus municípios (Anexo2).

6.1 Avaliação das ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde, Brasil, 2014.

Katiuscia de Azevedo Bezerra¹. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves².

¹ Universidade Federal do Amazonas - UFAM em associação com a Universidade Estadual do Pará – UEPA. Manaus (AM), Brasil. E-mail: azevedo.katiuscia@hotmail.com

² Fundação Oswaldo Cruz (ILMD/Fiocruz) e Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Manaus (AM), Brasil. E-mail: jaciremagoncalves@gmail.com

Resumo

Objetivo: avaliar as ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014. **Método:** pesquisa avaliativa, com dados do segundo ciclo do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade referentes às entrevistas com profissionais das equipes de atenção primária. Através de matriz avaliativa elaborada para este estudo chegamos à classificação final do padrão da atenção primária no âmbito da saúde da mulher. **Resultados:** No que se refere ao planejamento, as regiões Sul e Centro-oeste são significativas para o padrão “Baixo”; Em ‘Monitoramento do fluxo’ e ‘Gerenciamento da assistência’ apenas o Sudeste está associado ao padrão “Alto”; em ‘Desenvolvimento das ações’, Norte e Nordeste possuem o padrão ‘Baixo’. Os municípios com os maiores tercis do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) tem associação com o padrão “Baixo”, exceto em planejamento. A maior proporção nos indicadores municipais de assistência à mulher está associada ao padrão “Alto”. **Conclusão:** As ações voltadas à saúde da mulher na atenção primária no Brasil estão aquém das diretrizes preconizadas, refletida pelas baixas classificações das temáticas de ações e pelas diferenças regionais detectadas.

Descritores: Saúde da Mulher; Avaliação de serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde.

Descriptors: Women's Health; Health Services Evaluation; Primary health care.

Descriptores: Salud de la Mujer; Evaluación de Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud.

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) reestruturou o modelo de atenção à saúde, norteado pelos princípios de universalidade no acesso, equidade e integralidade na atenção, e participação popular na gestão (1). Desde a sua criação em 1990, passou por transformações importantes visando modificar o desenho e as operações da política de saúde, chegando à definição da Atenção Básica (AB) como ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado (2).

A Atenção Básica é, reconhecidamente, um componente-chave do SUS, possuindo dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização do sistema de saúde e também um modelo de mudança na prática clínico assistencial dos profissionais de saúde (1) tendo, assim como a APS, eixos estruturantes, denominados atributos. É normatizada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que determina que os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária em Saúde”, no Brasil, são equivalentes (3).

Após a implantação da APS no Brasil e, devido a exigência por resultados de melhor qualidade neste nível de atenção, inicia-se o movimento de institucionalização do Monitoramento e Avaliação na APS com a definição de diferentes iniciativas na gestão governamental visando contribuir para a qualificação da atenção à saúde ao promover a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (4, 5). Nesse contexto avaliativo, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi proposto pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para alcançar mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a ampliar o acesso e a qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação (6). Os resultados da avaliação dos serviços, permitem assegurar um atendimento de qualidade, com resultados mensuráveis, e assim identificar a efetividade dos serviços de saúde (7).

Entre tais serviços, estão aqueles voltados à saúde da mulher, que são regidos pela Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), que em sua última revisão realizada em 2011 teve suas diretrizes voltadas, principalmente, para o atendimento integral à mulher em todas as fases de sua vida, respeitando as diferenças existentes em cada faixa etária e na dinamicidade do atendimento seja dos casos urgentes ou dos casos antigos em todos os níveis de assistência, com vistas a oferecer atendimento de forma integral, universal e participativa (8).

Portanto, considerando que a política que rege as ações voltadas à saúde da mulher se desenvolve, principalmente, na APS e que não temos uma normatização para avaliação especificamente das ações voltadas à saúde da mulher, buscamos capturar na pesquisa PMAQ, as ações que se aproximam da operacionalização do Pnaism objetivando avaliar as ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa na Atenção Primária à Saúde (APS), na qual utilizamos como padrões e normas, os documentos do Ministério da Saúde (MS) que norteiam o trabalho voltado à saúde da mulher na APS no Brasil, conforme a Política Nacional da Atenção Básica (3) e Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (8).

Para esta avaliação, obtivemos dados coletados em 2014, na fase de avaliação externa, do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015), em todo o território brasileiro.

Cada equipe de APS que aderiu ao PMAQ, deveria indicar um profissional de nível superior para responder ao módulo 2 (entrevista com o profissional da equipe), do questionário de avaliação externa. Como nosso foco é guiado pelas respostas dos enfermeiros, trabalhamos com o quantitativo de 27.822 equipes, em que o enfermeiro foi o respondente, 93,4% do total

de adesões, agrupadas em 4.978 municípios. A opção de trabalhar somente com os questionários respondidos pelo enfermeiro, se deve ao fato de ser esse o profissional reconhecido por ter mais domínio de todas as atividades da equipe de saúde, e em geral, coordena os trabalhos da equipe (9), desse modo, mantemos a homogeneidade quanto ao grupo de respondentes.

Os instrumentos de coleta de dados foram criados, estruturados e padronizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf. Acesso: 08 de janeiro de 2015. A coleta de dados da Avaliação Externa foi coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio de parceria com instituições de ensino e pesquisa em todo o país, cujos representantes tanto contribuíram na formulação do instrumento de pesquisa, quanto elaboraram o manual de campo, realizaram o treinamento dos entrevistadores e aplicaram o questionário, o que unificou todo o processo de coleta de dados (10). Esta pesquisa foi aprovada no comitê de ética da UFAM sob o CAAE 49481115.3.0000.5020, obedecendo aos requisitos éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os entrevistadores aplicaram os instrumentos por meio de entrevista e verificação de documentos, cujas respostas foram registradas em meio eletrônico, seguindo os padrões do Ministério da Saúde. A partir da consolidação dos dados, obtivemos a planilha com as informações por equipe, com o devido dicionário de variáveis, com anuência da coordenação do projeto. Esses dados foram transferidos para o software Stata 9.0, onde se realizou a análise.

As variáveis escolhidas correspondem às próprias perguntas utilizadas no questionário. Para esta análise utilizamos somente o percentual de respostas afirmativas ao item questionado. Selecionamos as variáveis que implicam em algum trabalho voltado à saúde da mulher, as quais foram agrupadas, didaticamente, e categorizadas em quatro grupos temáticos: ‘Planejamento,

organização e apoio ao processo de trabalho’; ‘Monitoramento do fluxo’; ‘Gerenciamento da assistência’ e; ‘Desenvolvimento de ações’, de acordo com os seguintes critérios:

‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’: selecionamos variáveis que pudessem representar as atividades desenvolvidas pelas equipes de APS que facilitassem a operacionalização das ações voltadas à saúde da mulher, tais como treinamentos, capacitações e planejamento de ações.

‘Monitoramento do fluxo’: selecionamos variáveis que pudessem representar o acompanhamento realizado pela equipe de APS às usuárias adscritas, atendidas pelo serviço prestados na rede de saúde.

‘Gerenciamento da assistência’: selecionamos variáveis que pudessem representar o caráter administrativo da assistência à saúde da mulher como a utilização de protocolos que padronizem as atividades desenvolvidas.

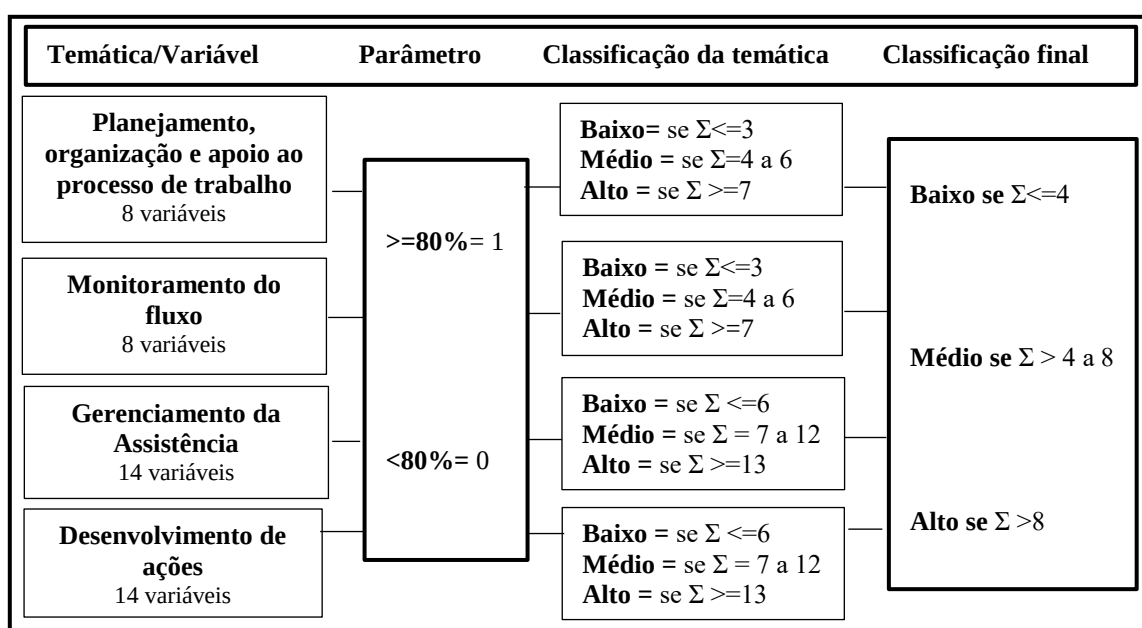
‘Desenvolvimento de ações’: selecionamos aquelas variáveis que tratam da execução de ações voltadas à saúde na mulher na APS, pelas equipes de saúde deste nível de atenção.

A análise dos dados ocorreu em duas etapas: análise exploratória e análise avaliativa. Na a análise exploratória dos dados, todas as variáveis foram dispostas em número e percentual para variáveis categóricas; e, média e desvio padrão, para as variáveis contínuas. Em seguida, identificamos as características e distribuição das variáveis, bem como criamos novas variáveis a partir daquelas existentes, inclusive categorização de variáveis contínuas, com o fim de facilitar a análise. Em toda esta etapa exploramos a adequação dos grupos temáticos de variáveis, até a reorganização destas em quatro categorias distintas de ações voltadas à saúde da mulher. O conjunto dos percentuais das variáveis de cada grupo temático foi analisado conforme a distribuição, média, desvio padrão, valores mínimos, medianos e máximos, a fim de compreender as características das variáveis dos mesmos.

Na fase avaliativa, a unidade de análise é o município, em que agrupamos as respostas afirmativas das equipes, e calculamos a sua proporção. O denominador foi a quantidade de equipes de APS, com adesão em cada município.

A partir de uma matriz avaliativa (Figura 1), elaborada para este estudo, determinamos que seria desejável que cada atividade tivesse pelo menos 80% de respostas afirmativas. Cada categoria possui **n** variáveis e, o somatório de seu escore determinou a pontuação máxima em cada temática, conforme detalhado na Figura 1. Com essa pontuação foi possível gerar uma classificação do padrão da APS para cada grupo.

Figura 1- Matriz avaliativa para o padrão de classificação final dos grupos temáticos de atividades voltadas à saúde da mulher na APS no Brasil, 2014.



Nota: Elaborada pelos autores.

* Parâmetros determinados pelo percentual de respostas afirmativas.

Essa classificação foi determinada heurísticamente como “Baixo”, “Médio” e “Alto” de acordo com o resultado da somatória dos scores, determinados no parâmetro para cada grupo temático. Essa definição se deu de forma equitativa em cada somatório da pontuação, na qual reservamos os dois últimos pontos do somatório para o padrão de classificação "Alto". Por fim, elaboramos uma classificação geral, considerando a pontuação que cada grupo temático

recebeu, na qual definimos escores: Baixo = 1; Médio = 2 e Alto = 3. Com o somatório desse score, definimos a classificação final do município, segundo o padrão da classificação das atividades voltadas à saúde da mulher na APS. Os resultados são apresentados para todo o Brasil.

Analizamos a associação da classificação dos grupos temáticos encontrada neste estudo com as grandes regiões do Brasil (Norte Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), e com as seguintes variáveis divididas em tercis: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e ‘Indicadores municipais de assistência à mulher’ que são: Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, Razão de mamografia realizada entre mulheres de 50 a 60 anos e Razão de exame citopatológico realizado em mulheres de 25 a 64 anos. Essas últimas variáveis são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) referente ao ano de 2014 (disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em 08 de janeiro de 2016).

Testamos a associação por meio do teste X^2 de Pearson ao nível de significância menor que 5%. Também realizamos análise de resíduos do qui-quadrado, que revelam os padrões característicos de cada categoria e de cada variável, segundo o excesso ou falta de ocorrências de sua combinação com cada categoria da outra variável (11). São considerados resíduos significantes os valores positivos maiores ou iguais a 1,96, correspondente a 95% de confiança, indicando mais ocorrências observadas que esperadas em cada casela da tabela de contingência.

Resultados

A avaliação dos municípios quanto às ações voltadas à saúde da mulher por meio da matriz avaliativa, elaborada para este estudo, permitiu-nos chegar à classificação do padrão das temáticas, apresentada na Tabela 1. Observamos as seguintes associações estatisticamente significativas, entre as temáticas em avaliação e o padrão de classificação: ‘Planejamento,

organização e apoio ao processo de trabalho’ com a classificação “Médio” e “Alto”; ‘Monitoramento do fluxo’ com o padrão de classificação “Baixo”; ‘Gerenciamento da assistência’, associado ao padrão “Alto” e; ‘Desenvolvimento das ações’, ao padrão “Médio”.

Tabela 1- Padrão de classificação dos grupos temáticos de atividades voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária em Saúde, Brasil, 2014.

Classificação dos grupos temáticos	Baixo		Médio		Alto		X ² (6 GL) (P-valor)
	n (RP)	%	n (RP)	%	n (RP)	%	
Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho	809 (-35,8)	10,8	3562 (28,5)	33,0	607 (11,3)	36,5	
Monitoramento do Fluxo	3512 (55,6)	47,0	1415 (-42,0)	13,1	51 (-21,6)	3,1	3,7
Gerenciamento da Assistência	1564 (-10,2)	20,9	2721 (0,9)	25,2	693 (16,4)	41,6	(<0,01)
Desenvolvimento das ações	1584 (-9,6)	21,2	3080 (12,7)	28,6	314 (-6,0)	18,9	

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB) ciclo 2, 2014. n= número de municípios; (RP) = resíduo padronizado; GL = Graus de liberdade

Nota: em negrito estão as categorias que apresentaram resíduo padronizado do teste qui-quadrado com valor positivo maior ou igual a 1,96, que corresponde ao nível de significância para o excesso de ocorrências.

A avaliação de cada grupo temático, conforme as grandes regiões no Brasil, é apresentada na Tabela 2. Em negrito, as associações estatisticamente significativas, destacando-se que, as regiões Norte e Nordeste, a associação significativa foi entre o padrão “Baixo” e as temáticas de ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’, ‘Monitoramento do fluxo’, ‘Gerenciamento da assistência’ e ‘Desenvolvimento de ações’; a região Centro-Oeste apresentou associação significativa semelhante ao Norte, exceto para ‘Desenvolvimento das ações’ (não significativa); a região Sudeste é significativa para o padrão “Alto” na temática ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’, como padrão “Médio” nas temáticas ‘Monitoramento do fluxo’ e, como padrão “Médio” e “Alto” no ‘Gerenciamento da assistência’; já a região Sul, é significativa para o padrão “Baixo” no ‘Planejamento,

organização e apoio ao processo de trabalho'; padrões "Médio" e "Alto" em 'Monitoramento do fluxo' e 'Desenvolvimento de ações' e, padrão é "Alto" em 'Gerenciamento da assistência'.

Tabela 2- Padrão de classificação dos grupos temáticos de atividades voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária em Saúde, segundo as Grandes Regiões, Brasil, 2014.

Classificação dos grupos temáticos	Grandes Regiões				
	Norte n (RP)	Nordeste n (RP)	Sudeste n (RP)	Sul n (RP)	Centro-Oeste n (RP)
Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho					
Baixo	118 (7,7)	182 (-7,0)	183 (-4,8)	206 (3,8)	120 (6,5)
Médio	261 (-2,3)	1258 (5,3)	1043 (-0,9)	708 (-1,6)	292 (-2,7)
Alto	13 (-5,6)	207 (0,6)	251 (6,7)	105 (-2,1)	31 (-3,5)
$\chi^2(8GL) = 204,8$ P valor: <0,01					
Monitoramento do Fluxo					
Baixo	332 (6,4)	1309 (9,7)	941 (-6,9)	598 (-9,3)	332 (2,1)
Médio	58 (-6,2)	333 (-9,0)	518 (6,7)	398 (8,4)	108 (-2,0)
Alto	2 (-1,0)	5 (-3,5)	18 (0,9)	23 (4,4)	3 (-0,8)
$\chi^2(8GL) = 217,3$ P valor: <0,01					
Gerenciamento da Assistência					
Baixo	206 (9,4)	685 (10,9)	291 (-11,6)	223 (-7,3)	159 (2,1)
Médio	176 (-4,0)	849 (-3,1)	877 (4,3)	578 (1,5)	241 (0,1)
Alto	10 (-6,8)	113 (-10,1)	309 (9,3)	218 (7,7)	43 (-2,7)
$\chi^2(8GL) = 417,2$ P valor: <0,01					
Desenvolvimento das ações					
Baixo	166 (4,7)	576 (3,3)	462 (-0,5)	247 (-5,8)	133 (-0,8)
Médio	208 (-3,7)	986 (-2,0)	938 (1,5)	668 (2,7)	280 (0,6)
Alto	18 (-1,4)	85 (-2,3)	77 (-2,1)	104 (5,7)	30 (0,4)
$\chi^2(8GL) = 79,5$ P valor: <0,01					

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB) ciclo 2, 2014. n= número de municípios; (RP) = resíduo padronizado; GL = Graus de liberdade

Nota: em negrito estão as categorias que apresentaram resíduo padronizado do teste qui-quadrado com valor positivo maior ou igual a 1,96, que corresponde ao nível de significância para o excesso de ocorrências.

Na Tabela 3, apresentamos a distribuição do padrão de classificação das temáticas de atividades segundo os tercis de IDHM. Destacamos em negrito as associações estatisticamente

significativas onde observamos que os municípios com IDHM <0,6, a associação foi significativa com o padrão “Baixo”, com exceção da categoria ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’ associado ao padrão “Médio”. Por outro lado, municípios com IDHM a partir de 0,6, tem associação significativa com o padrão “Médio” e/ou “Alto” em todas as temáticas, exceto em 'Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho', onde municípios com IDHM entre 0,6 e 0,7 foram significativos ao padrão “Baixo”.

Tabela 3- Padrão de classificação dos grupos temáticos de atividades voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária em Saúde, segundo tercís de IDHM, Brasil, 2014.

Valor do Tercil	IDHM		
	1ºTercil	2ºTercil	3ºTercil
	<0,6	0,6 a 0,7	> 0,7
Classificação do grupo temático	n (RP)	n (RP)	n (RP)
Planejamento, Organização e Apoio ao processo de trabalho			
Baixo	247 (-1,8)	295 (2,2)	267 (-0,4)
Médio	1235 (3,4)	1125 (-3,8)	1202 (0,4)
Alto	173 (-2,6)	231 (2,7)	203 (-0,1)
	X²(4 GL)= 17,9 P valor: <0,01		
Monitoramento do Fluxo			
Baixo	1321 (10,1)	1128 (-2,4)	1063 (-7,7)
Médio	326 (-9,6)	504 (2,3)	585 (7,3)
Alto	8 (-2,7)	19 (0,6)	24 (2,0)
	X²(4 GL)= 112,8 P valor: <0,01		
Gerenciamento da Assistência			
Baixo	716 (12,7)	495 (-1,5)	353 (-11,1)
Médio	833 (-4,3)	911 (0,5)	977 (3,8)
Alto	106 (-10,8)	245 (1,3)	342 (9,5)
	X²(4GL)= 261,0 P valor: <0,01		
Desenvolvimento das ações			
Baixo	590 (4,1)	498 (-1,8)	496 (-2,3)
Médio	986 (-2,3)	1048 (1,6)	1046 (0,7)
Alto	79 (-3,1)	105 (0,1)	130 (3,0)
	X²(4 GL)= 25,6 P valor: <0,01		

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB) ciclo 2, 2014.

n= número de municípios; (RP) = resíduo padronizado; GL = Graus de liberdade; IDHM = Índice de desenvolvimento humano municipal.

Nota: em **negrito** estão as categorias que apresentaram resíduo padronizado do teste qui-quadrado com valor positivo maior ou igual a 1,96, que corresponde ao nível de significância para o excesso de ocorrências.

Quanto aos ‘Indicadores municipais de assistência à mulher’, observamos que o padrão de classificação dos grupos temáticos de atividades voltadas à saúde da mulher na APS apresenta associação significativa, principalmente, entre o 1º tercil com o padrão mais baixo e, das variáveis **Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal**, **Razão de mamografia realizada**, e **Razão de exame citopatológico realizado** (Tabela 4). O oposto se observa na categoria ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’, com associação estatisticamente significativa no padrão de classificação “Alto” no terceiro tercil de todas as variáveis. Nas temáticas ‘Monitoramento do fluxo’, ‘Gerenciamento da assistência’ e ‘Desenvolvimento de ações’, o terceiro tercil está associado os padrões “Médio” e/ou “Alto”.

Tabela 4- Padrão de classificação avaliativa dos grupos temáticos de atividades voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária em Saúde, conforme os indicadores da proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, razão de mamografias realizadas e razão de exame citopatológico realizado, Brasil, 2014.

Indicadores	Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal			Razão de mamografia realizada			Razão de exame Citopatológico realizado		
	1ºTercil <62,6 n (RP)	2ºTercil 62,6 a 76,9 n (RP)	3ºTercil > 76,9 n (RP)	1ºTercil <0,2 n (RP)	2ºTercil 0,2 a 0,4 n (RP)	3ºTercil >0,4 n (RP)	1ºTercil <0,3 n (RP)	2ºTercil 0,3 a 0,6 n (RP)	3ºTercil > 0,6 n (RP)
Classificação do grupo temático									
Planejamento, Organização e Apoio ao processo de trabalho									
Baixo	319 (4,7)	256 (-1,4)	234 (-3,2)	307 (4,2)	286 (1,6)	216 (-5,7)	345 (7,6)	276 (0,4)	188 (-7,8)
Médio	1168 (1,0)	1210 (0,5)	1184 (-1,5)	1110 (-1,0)	1165 (-0,6)	1287 (1,6)	1090 (-1,7)	1194 (0,1)	1278 (1,6)
Alto	125 (-6,6)	214 (0,8)	268 (5,7)	156 (-3,3)	190 (-0,9)	261 (4,1)	124 (-6,2)	197 (-0,6)	286 (6,6)
	X ² (4 GL)= 65,4 P valor: <0,01			X ² (4 GL)=46,9 P valor:<0,01			X ² (4 GL)=114,8 P valor:<0,01		
Monitoramento do Fluxo									
Baixo	1310 (11,5)	1202 (1,1)	1000 (-12,4)	1240 (8,7)	1160 (0,1)	1112 (-8,6)	1223 (8,2)	1195 (1,2)	1094 (-9,2)
Médio	294 (-11,0)	464 (-0,9)	657 (11,8)	322 (-8,4)	469 (0,2)	624 (8,0)	330 (-7,6)	453 (-1,4)	632 (8,8)
Alto	8 (-2,6)	14 (-0,9)	29 (3,5)	11 (-1,5)	12 (-1,4)	28 (2,9)	6 (-3,0)	19 (0,6)	26 (2,4)
	X ² (4 GL)= 194,8 P valor: <0,01			X ² (4 GL)= 102,8 P valor: <0,01			X ² (4 GL)=106,3 P valor: <0,01		

Continua

Continuação									
Indicadores	Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal			Razão de mamografia realizada			Razão de exame Citopatológico realizado		
Valor do tercil	1ºTercil < 62,6	2ºTercil 62,6 a 76,9	3ºTercil > 76,9	1ºTercil < 62,6	2ºTercil 62,6 a 76,9	3ºTercil > 76,9	1ºTercil < 62,6	2ºTercil 62,6 a 76,9	3ºTercil > 76,9
Classificação da Categoria	n (RP)	n (RP)	n (RP)	n (RP)	n (RP)	n (RP)	n (RP)	n (RP)	n (RP)
Gerenciamento da Assistência									
Baixo	753 (16,1)	492 (-2,3)	319 (-13,6)	666 (11,3)	489 (-1,7)	409 (-9,3)	644 (10,1)	498 (-1,7)	422 (-8,2)
Médio	757 (-7,5)	961 (2,6)	1003 (4,9)	793 (-4,1)	945 (2,9)	983 (1,1)	796 (-3,4)	911 (-0,0)	1014 (3,3)
Alto	102 (-10,7)	227 (-0,6)	364 (11,2)	114 (-9,2)	207 (-1,9)	372 (10,8)	119 (-8,6)	258 (2,2)	316 (6,2)
	X²(4 GL)=371,1 P valor: <0,01			X²(4GL)= 224,7 P valor: <0,01			X²(4GL)= 155,3 P valor: <0,01		
Desenvolvimento das ações									
Baixo	602 (5,8)	554 (1,2)	428 (-7,0)	593 (6,0)	510 (-0,8)	481 (-5,1)	573 (5,0)	539 (0,5)	472 (-5,4)
Médio	931 (-4,1)	1032 (-0,5)	1117 (4,5)	899 (-4,7)	1029 (0,8)	1152 (3,7)	905 (-3,7)	1017 (-0,9)	1158 (4,5)
Alto	79 (-2,8)	94 (-1,5)	141 (4,3)	81 (-2,3)	102 (-0,2)	131 (2,4)	81 (-2,2)	111 (0,7)	122 (1,4)
	X²(4 GL)= 65,5 P valor: <0,01			X²(4 GL)= 44,9 P valor: <0,01			X²(4 GL)= 38,7 P valor: <0,01		

Fonte: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB) ciclo 2, 2014

n= número de municípios; (RP) = resíduo padronizado; GL = Graus de liberdade

Nota: em negrito estão as categorias que apresentaram resíduo padronizado do teste qui-quadrado com valor positivo maior ou igual a 1,96, que corresponde ao nível de significância para o excesso de ocorrências.

Discussão

A partir da metodologia de avaliação proposta foi possível identificar o padrão de classificação da APS nas ações voltadas à saúde da mulher, e assim classificar essas atividades, conforme as temáticas estabelecidas: ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’, ‘Monitoramento do fluxo’, ‘Gerenciamento da assistência’ e ‘Desenvolvimento de ações’.

No Brasil, os aspectos voltados ao ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’ possuem associação significativa com o padrão de classificação “Médio” e “Alto”, confirmando esse padrão entre as grandes regiões, que evidenciam que as ações de planejamento, em sua maioria, são atendidas. Há que se considerar, que essa temática se constitui em estratégia essencial à estruturação do processo de trabalho das equipes de APS, com o potencial de se alcançar o objetivo da atenção primária no campo da saúde da mulher, somado ao fato das equipes de saúde reconhecerem as conexões intrínsecas entre planejamento e avaliação como norteadoras do processo de trabalho (12). O planejamento é uma forma de dinamizar, e romper com a tradição do planejamento e da avaliação como práticas fragmentadas e burocratizadas, resultando na efetividade do atendimento na APS com consequente equidade do cuidado (13), podendo assim, oferecer um atendimento com integralidade.

As diferenças regionais nos instigam a pensar que deve haver fatores locais que limitam as ações de planejamento, comprometendo o desenvolvimento das atividades. Ressalta-se que, para êxito das ações com vistas a assegurar, recuperar e manter a saúde da população sob sua responsabilidade, cabe às equipes identificar os problemas de saúde em seu território de abrangência. Com base nestas informações, as equipes devem realizar o planejamento e a programação local das ações de saúde, a fim de estabelecer um plano de intervenção e acompanhamento das ações implementadas. Deste modo, o planejamento, em todas as suas etapas e atividades inerentes, é o passo inicial para atuação no âmbito da atenção primária.

O padrão de classificação “Baixo” no planejamento foi associado significativamente com o menor tercil dos ‘Indicadores de assistência à mulher’: Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, Razão de mamografia realizada e Razão de exame Citopatológico realizado. Isto pode ser interpretado como a baixa capacidade dos municípios tanto em planejar quanto, de fato, em atender à mulher nas suas necessidades. Por outro lado, atividades de planejamento, por reduzir as incertezas envolvidas no processo decisório, é uma necessidade cotidiana, um processo permanente para que se possa garantir diretrizes às ações desenvolvidas, qualificando os resultados.

Quanto à temática ‘Monitoramento do fluxo’, no geral foi significativo para o padrão de classificação “Baixo”, o que nos evidencia a dificuldade do acompanhamento do trabalho em rede ou a não-organização do serviço nesse sistema, corroborando com estudos que afirmam que poucas equipes de APS referiam dispor de protocolos que orientassem a priorização de casos que necessitem de encaminhamentos ou, algumas poucas equipes dispunham de documentos contendo os serviços de referência e fluxos pactuados pela gestão municipal para o atendimento dos usuários do território da equipe (6). Por outro lado, a existência de protocolo para acesso à atenção especializada não garante o agendamento do usuário (14), sendo isto, apontado em estudo, como um dos principais obstáculos para o desenvolvimento de um trabalho acolhedor (15), atendendo ao atributo da longitudinalidade, como preconiza a PNAB. Os fluxos de referência também podem ser comprometidos pela falta ou deficiência de capacidade instalada, especialmente em municípios pequenos, os quais têm dificuldade em se integrar à rede, pela própria falta de serviços (16).

A viabilidade de um atendimento à saúde por meio de um serviço organizado em rede, evidencia o atendimento ao atributo “coordenação do cuidado” (17), atributo este definido como essencial para a APS (1) o que implicaria diretamente nas condições desses serviços de saúde (6) garantindo assim, a integralidade da atenção (18), porém a organização do serviço em

rede extrapola os limites da APS. Dessa forma, evidenciamos que municípios com fatores socioeconômicos desenvolvidos, aqueles com maiores tercis de IDHM possuem classificações mais satisfatórias na temática ‘Monitoramento do fluxo’ por estarem diretamente relacionadas com a resposta resolutiva da APS (6). Essa resolutividade também é traduzida pela associação das melhores classificações da temática ‘Monitoramento do fluxo’ com as maiores proporções dos ‘Indicadores de assistência à saúde da mulher’.

O grupo temático referente ao ‘Gerenciamento da assistência’, no Brasil, possui o padrão de classificação mais elevado, mas ao estratificar por região, somente Sul e Sudeste acompanham esse padrão. Nesta temática, estão as variáveis que indicam o caráter administrativo nas atividades voltadas à saúde da mulher e, o não-atendimento à essas variáveis pode implicar em dificuldades no acesso e resolubilidade dos serviços prestados. A qualificação profissional é fator primordial para o atendimento dessa temática (14), e este estudo evidencia ainda que fatores socioeconômicos, como o IDHM, também possuem associação com a classificação dos padrões “Baixo” e “Alto” deste grupo temático, onde municípios com os menores tercis nestes índices possuem a classificação mais baixa, o que pode influenciar negativamente nos resultados dos ‘Indicadores de assistência à saúde da mulher’.

Já a temática ‘Desenvolvimento das ações’, apesar de ser significativa para um padrão nacional “Médio”, é notório a diferença entre o padrão nas grandes regiões, como por exemplo, o Sudeste é significativo para padrão "Alto", enquanto Norte e Nordeste tem associação significativa o padrão “Baixo”, o que nos leva a questionar os fatores que influenciam o padrão nessas regiões. Essa temática diz respeito ao desenvolvimento das ações propriamente ditas. Portanto, só podemos concluir que, independentemente das mudanças curriculares impostas na formação dos profissionais para garantir melhor qualificação e comprometimento, com destaque para a formação de enfermeiros com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos,

famílias e comunidades – ética, cidadania e solidariedade (19), ainda assim, nessas regiões, as atividades voltadas para a saúde da mulher não são devidamente executadas. Aliás, as melhores classificações nessa temática estão associadas com os melhores índices de IDHM. Pode ser que isso ocorra em municípios onde há precariedade do trabalho devido a fatores como perda de direitos trabalhistas, excesso de jornada de trabalho e falta de estrutura, o que acarretaria em estresse influenciando diretamente na qualidade dos serviços prestados (20) e, a qualidade do ‘Desenvolvimento das ações’ talvez tenham associação na classificação do padrão dos ‘Indicadores de assistência de saúde da mulher’ pois, se essas atividades forem bem executadas, logo as variáveis que constam na temática serão atendidas, auxiliando a operacionalização do atributo acessibilidade, no que se refere à oferta de atividades no intuito de tornar a APS mais acessível ao usuário

Mesmo com as limitações deste estudo, não invalidam a interpretação do padrão de classificação da APS, no que se refere às ações voltadas à saúde da mulher no Brasil, detectadas nesta análise. A principal limitação refere-se ao uso de dados referentes às declarações dos profissionais, os quais tendem a tornar a situação mais positiva (21) além disso, o foco da pesquisa PMAQ tem critérios de certificação e repasse de recursos financeiros atrelados, o que poderia induzir aos respondentes a informar aquilo que considerem favorecer a uma boa avaliação. Outro fator foi a não inclusão de dados externos às respostas dos profissionais, tais como dados de infraestrutura e informações dos usuários. No entanto, consideramos que a estrutura somente ajuda a justificar e a compreender as condições de trabalho das equipes, e a opinião do usuário, mesmo sendo importante, seria outro foco de investigação. Adicionalmente, as semelhanças que emergem em nossa análise indicam que se houvesse uma avaliação qualitativa, ou sem o viés do interesse de repasse financeiro, teríamos um retrato ainda mais precário de classificação, do que a situação encontrada. Portanto, consideramos que esta análise consiste em uma aproximação da realidade, que pode conduzir melhorias, caso os profissionais

e gestores assumam a necessidade de olhar para os elementos avaliados aquém daquilo estabelecido na PNAB, o que certamente compromete a qualidade da APS (21).

Conclusão

Com o método aqui proposto, foi possível avaliar a operacionalização das ações voltadas à saúde da mulher na APS. O ideal seria que, para obter uma melhor classificação, os municípios realizassem 100% das ações previstas no PMAQ, visto que estas são ações básicas para a operacionalização da atenção primária e, considerando que o ponto de corte adotado pelo estudo possa ser considerado até benevolente, este estudo serviu como um direcionador das necessidades de melhorias na APS.

Nas grandes regiões brasileiras é notório as dessemelhanças entre as classificações das temáticas. A região Sudeste, por exemplo, obteve a melhor classificação em quase todas os grupos temáticos, exceto no ‘Desenvolvimento das ações’, já Norte e Nordeste quase sempre foram classificados com baixos padrões. Isto evidencia a quão trôpega é a APS no Brasil, quando o exemplar seria se todas as categorias de ações fossem igualmente aplicadas. Talvez esse fato se deva a fatores como o IDHM, que em s municípios com este índice mais elevados ocorreu maior frequência de classificação do padrão da APS como “Médio” e “Alto” nos padrões de grupos temáticos da APS no âmbito da saúde da mulher.

Pode ser que um maior investimento em saúde e educação, por exemplo, implique em desenvolvimento socioeconômico e assim contribua também para a maior oferta de serviços proporcionando uma melhor execução das ações na atenção primária. Fugindo a essa regra, a categoria ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’ é melhor atendida em municípios com menor IDHM, talvez por possuírem mais conhecimento da área e da população adscrita.

Quanto aos ‘Indicadores de assistência à saúde da mulher’, é correto afirmar que eles estão diretamente associados com a classificação dos padrões da APS de modo que, quanto melhor a classificação da categoria, maior a proporção da variável. Ou seja, aqueles municípios que possuem um padrão classificado como “Baixo” possuem uma baixa proporção de nascidos vivos de mães com mais de 7 consultas de pré-natal, baixa razão de exames de mamografia e citopatológico realizado. Portanto, esses indicadores reforçam a definição de que uma APS com padrões classificados como altos, é mais efetiva pois atendem ao determinado pela PNAB. Diante do exposto, é imprescindível que o enfermeiro, considere as diretrizes da Pnaism e PNAB no momento do planejamento das ações voltadas à saúde da mulher na APS, para que assim, essa assistência seja realizada de forma efetiva com padrões de qualidade.

Referências

1. Starfield B. Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em setembro de 2014.
2. Machado J de FFP, Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos MLM. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde Debate* 2015; 39(104): 102–13. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00102.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, 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). Brasília, DF, 2011. Disponível em:

<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 10 de outubro de 2014.

4. Hartz ZMA, Vieira LMS. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador, Bahia.: EDUFBA/ Editora Fiocruz; 2005.

5. Cruz MM da, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde Debate* 2014; 38 (no.spe): 124–39. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0124.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2016.

6. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014; 38 (no.spe): 13–33. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600013&nrm=iso>. Acesso em 16 de março de 2015.

7. Gonçalves MJF. Avaliação de Programa de Saúde: O Programa Nacional de Controle de Tuberculose no Brasil. *Sau Transf Soc* 2012; 3(1): 13–7 Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/473/1706>>. Acesso em 01 de janeiro de 2015.

8. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1 edição 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em 10 de outubro de 2014.

9. Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira ISE, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality

Improvement data show? *Rev Lat Am Enfermagem* 2016; 24:e2672. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-02672.pdf>. Acesso em 30 de maio de 2016.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispões sobre o Programa Nacional pa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: < http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_05.10.2015-1.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2016.

11. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saude Publica* 2004; 38 (5): 630–6.. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500003&nrm=iso>. Acesso em 12 de fevereiro de 2016.

12. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2015; 39(107): 1033–43. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01033.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2016.

13. Wang W, Shi L, Yin A, Mao Z, Maitland E, Nicholas S. Contribution of primary care to health : an individual level analysis from Tibet , China. *Int J Equity Health* 2015; 14 (107); 1–6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4663737/pdf/12939_2015_Article_255.pdf>. Acesso em 31 de maio de 2016.

14. Albuquerque MSV, Lyra TM, Feitoza SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. Acessibilidade aos serviços de saúde : uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate* 2014; 38 (no.spe): 182–94. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2016.

15. Garuzi M, Cecília M, Achitti DO, Sato CA, Alves S, Stella R. Acolhimento na Estratégia

Saúde da Família : revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 35(2): 144–9. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>>. Acesso em 31 de maio de 2016.

16. Garnelo L, Lucas ACS, Parente RCP, Rocha ESC, Gonçalves MJF. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. *Saúde Debate* 2014; 38 (no.spe): 158–72. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600158&nrm=iso>. Acesso em 02 junho de 2016.

17. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde : estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 29(2): 84–95. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003>. Acesso em 31 de maio de 2016.

18. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil : revisão da literatura. *Cien. Saude Colet* 2016 21(5):1499–510. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>>. Acesso em 30 de maio de 2016.

19. Duarte SJH, Andrade SMO. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006; 10(1): 121–5. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000100016>. Acesso em 02 de maio de 2016.

20. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde : uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014; 38 (no.spe): 94–108. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0094.pdf>. Acesso em 02 de maio

de 2016.

21. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2011;11:323–34. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300013&nrm=iso>. Acesso em 12 de fevereiro de 2016.

6.2 Atribuições do enfermeiro frente à distribuição regional das ações voltadas a saúde da mulher na APS, Brasil, 2014

Katiuscia de Azevedo Bezerra¹. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves².

Resumo

Objetivo: descrever as atribuições do enfermeiro frente as fragilidades identificadas nas ações voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014. **Método:** pesquisa avaliativa, com dados do segundo ciclo do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade, referentes às entrevistas com profissionais das equipes de atenção primária. Através do percentual de pontuação definido pela matriz avaliativa elaborada para este estudo, identificamos as fragilidades nas ações voltadas à saúde da mulher. **Resultados:** No Brasil as principais fragilidades foram evidenciadas nas regiões Norte: o não uso de protocolos para captação precoce das gestantes; o não planejamento das ações; ausência de retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados, do registro, em seu território, das mulheres elegíveis para exame de mamografia e de agendamento de consultas em qualquer dia e horário, assim como de ações para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto. No Centro-oeste: déficit no monitoramento das gestantes que tiveram parto e na realização de teste rápido para gravidez, sífilis e HIV, além de ações educativas voltadas à saúde da mulher. **Conclusão:** O enfermeiro pode intervir em todas as fragilidades identificadas nas ações voltadas à saúde da mulher na APS, exceto sobre aquelas relacionadas à organização do serviço de saúde em rede.

Descritores: Saúde da Mulher; Enfermagem em Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde.

Descriptors: Women's Health; Public Health Nursing; Primary health care.

Descriptores: Salud de la Mujer; Enfermería en Salud Pública; Atención Primaria de Salud.

Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), optou-se por um modelo de atenção norteado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade(1, 2). No entanto, um dos grandes desafios nesse processo de construção do SUS tem sido transpor estes princípios doutrinários de atenção à saúde dos textos legais para a prática cotidiana dos serviços de saúde(3). A principal estratégia, foi a expansão da Atenção Primária em Saúde (APS) para a organização dos sistemas de saúde gerando um movimento de descentralização das ações e a necessidade de se garantir um acesso universal aos serviços de saúde(4) de forma a garantir um atendimento integral(5).

Esse atendimento universal e integral também é definido pela Política Nacional de Assistência à Saúde da Mulher (Pnaism) que, entre suas diretrizes, define esse atendimento a ser realizado de forma integral, em todas as fases da vida da mulher, respeitando as diferenças entre as faixas etárias e, a dinamicidade do atendimento, seja ele um caso novo ou caso antigo, em todos os níveis de atenção(6).

O atendimento realizado à mulher e aos usuários da APS necessitam da atuação de equipes multiprofissionais para que sejam adequadamente operacionalizadas(4) sendo regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que normatiza toda e qualquer atuação dos profissionais envolvidos neste nível de atenção à saúde. Entre esses profissionais, está o enfermeiro, atuando desde a coordenação, planejamento, supervisão, execução e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de Atenção Básica(5).

Cada etapa de atuação do enfermeiro é importante para o sucesso do trabalho em equipe sendo a avaliação do serviço de saúde compreendida como estratégia para subsidiar processos decisórios no aspecto tático-operacional, melhorando a capacidade organizacional, nesse caso, das ações voltadas à saúde da mulher na APS(7). Diante do exposto, realizamos estudo onde buscamos evidenciar se a APS está sendo adequadamente operacionalizada nas ações voltadas

à saúde da mulher no Brasil, conforme o que preconiza a PNAB e Pnaism, com o objetivo de identificar a distribuição regional das ações voltadas a saúde da mulher na APS, e propor atribuições ao enfermeiro, a fim de que o programa contemple as atividades a que se propõe na sua completude.

Método

Trata-se de uma pesquisa avaliativa na Atenção Primária à Saúde (APS), onde utilizamos como padrões e normas, os documentos do Ministério da Saúde (MS) que norteiam o trabalho voltado à saúde da mulher na APS no Brasil, conforme a Política Nacional da Atenção Básica e Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher.

Para esta avaliação, obtivemos dados coletados em 2014, na fase de avaliação externa, do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em todo o território brasileiro.

Cada equipe que aderiu ao PMAQ deveria indicar um profissional de nível superior para responder ao módulo 2 (entrevista com o profissional da equipe) do questionário de avaliação externa. Como nosso foco é guiado pelas respostas dos enfermeiros, trabalhamos com o quantitativo de 27.822 equipes, 93,4% do total de adesões, agrupadas em 4.978 municípios. A opção de trabalhar somente com os questionários respondidos pelo enfermeiro, se deve ao fato de ser esse o profissional reconhecido por ter mais domínio de todas as atividades da equipe de saúde(8), e em geral, coordena os trabalhos da equipe e, desse modo, mantemos a homogeneidade quanto ao grupo de respondentes.

Os instrumentos de coleta de dados foram criados, estruturados e padronizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf. Acesso: 08 de janeiro de 2015. A coleta de dados da Avaliação Externa foi coordenada

pelo Ministério da Saúde, por meio de parceria com instituições de ensino e pesquisa em todo o país, cujos representantes tanto contribuíram na formulação do instrumento de pesquisa, quanto elaboraram o manual de campo e realizaram o treinamento dos entrevistadores, o que unificou todo o processo de coleta de dados(9). Esta pesquisa foi aprovada no comitê de ética da UFAM sob o CAAE 49481115.3.0000.5020, obedecendo aos requisitos éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os entrevistadores, previamente treinados, aplicaram os instrumentos por meio de entrevista e verificação de documentos, cujas respostas foram registradas em meio eletrônico seguindo os padrões do Ministério da Saúde. A partir desta consolidação, obtivemos a planilha de dados, por equipe, com o devido dicionário de variáveis, com anuência da coordenação do projeto. Esses dados foram transferidos para o software Stata 9.0, onde se realizou a análise.

As variáveis que selecionamos correspondem às próprias perguntas utilizadas no questionário. Para esta análise utilizamos somente o percentual de respostas afirmativas ao item questionado. Selecionamos as variáveis que implicam em algum trabalho voltado à saúde da mulher, as quais foram agrupadas, didaticamente, e distribuídas em quatro grupos temáticos: ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’; ‘Monitoramento do fluxo’; ‘Gerenciamento da assistência’ e; ‘Desenvolvimento de ações’, de acordo com os seguintes critérios:

‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’: selecionamos variáveis que pudessem representar as atividades desenvolvidas pelas equipes de APS que facilitassem a operacionalização das ações voltadas à saúde da mulher, tais como treinamentos, capacitações e planejamento de ações.

‘Monitoramento do fluxo’: selecionamos variáveis que pudessem representar o acompanhamento realizado pela equipe de APS às usuárias adscritas, atendidas pelo serviço prestados na rede de saúde.

‘Gerenciamento da assistência’: selecionamos variáveis que pudessem representar o caráter administrativo da assistência à saúde da mulher como a utilização de protocolos que padronizem as atividades desenvolvidas.

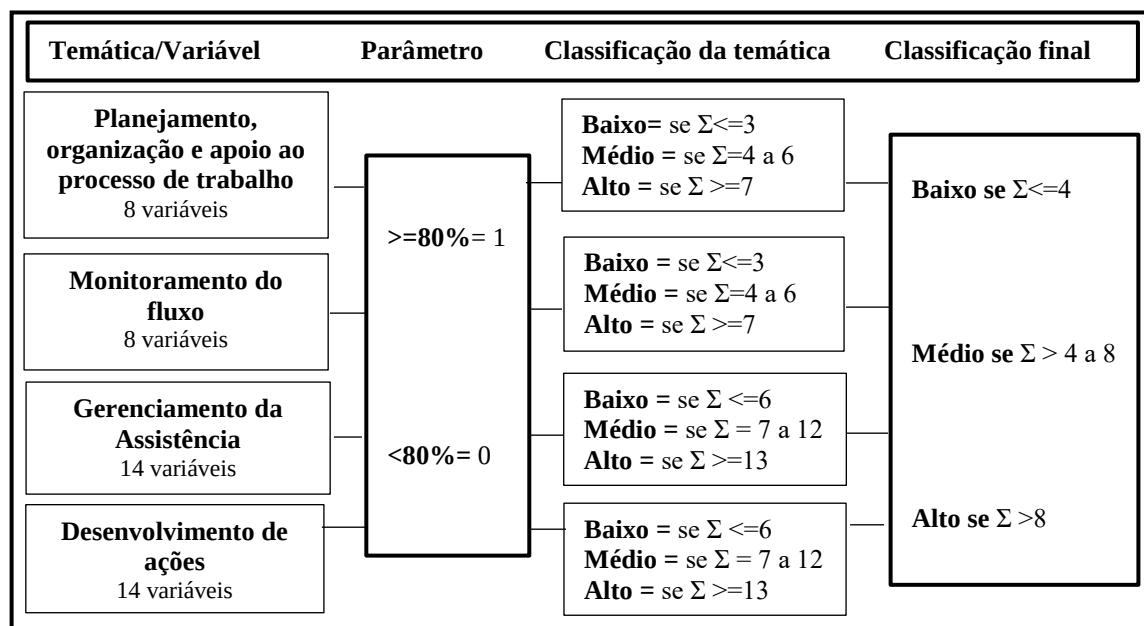
‘Desenvolvimento de ações’: selecionamos aquelas variáveis que tratam da execução de ações voltadas à saúde na mulher na APS, pelas equipes de saúde deste nível de atenção.

A análise dos dados ocorreu em duas etapas: análise exploratória e análise avaliativa. Na análise exploratória dos dados, todas as variáveis foram dispostas em número e percentual para variáveis categóricas, assim como média e desvio padrão, para as variáveis contínuas. Em seguida, identificamos as características e distribuição das variáveis, bem como criamos novas variáveis a partir daquelas existentes, inclusive categorização de variáveis contínuas, com o fim de facilitar a análise. Em toda esta etapa exploramos a adequação dos grupos temáticos de variáveis, até a reorganização destas em quatro temáticas distintas de ações voltadas à saúde da mulher. O conjunto dos percentuais das variáveis de cada grupo temático foi analisado conforme a distribuição, média, desvio padrão, valores mínimos, medianos e máximos, a fim de compreender as características das variáveis dos mesmos.

Na fase avaliativa, a unidade de análise foi o município, onde agrupamos as afirmativas das equipes e calculamos a sua proporção, tendo como denominador, a quantidade de equipes de APS com adesão em cada município.

A partir de uma matriz avaliativa (Figura 1), elaborada para este estudo, determinamos que seria desejável que cada atividade tivesse pelo menos 80% de respostas afirmativas, que foi o ponto de corte utilizado para a pontuação aqui utilizada. Cada categoria possui *n* variáveis e, o somatório de seu escore determinou a pontuação máxima em cada temática, conforme detalhado na Figura 1. Com essa pontuação foi possível gerar uma classificação do padrão da APS para cada grupo.

Figura 1- Matriz avaliativa para o padrão de classificação final dos grupos temáticos de atividades voltadas à saúde da mulher na APS no Brasil, 2014.



Nota: Elaborada pelos autores.

* Parâmetros determinados pelo percentual de respostas afirmativas.

Essa classificação foi determinada heurísticamente como “Baixo”, “Médio” e “Alto” de acordo com o resultado da somatória dos scores determinados no parâmetro para cada temática. Essa definição se deu de forma equitativa em cada somatório da pontuação, na qual reservamos os dois últimos pontos do somatório para a classificação "Alto".

Em seguida, dispomos as variáveis em tabelas, segundo a temática, onde apresentamos os percentuais de respostas afirmativas no Brasil e nas grandes regiões, destacando em negrito, os dois menores percentuais como as principais fragilidades de cada temática para, assim, realizarmos a análise.

Resultados

Através do percentual de respostas afirmativas de cada variável selecionada, decorrente da avaliação onde utilizamos a matriz avaliativa elaborada para este estudo, foi possível identificar as principais fragilidades nas ações voltadas à saúde da mulher na APS no Brasil.

Nas atividades que se referem à temática ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho, identificamos como principal problemática no Brasil (54,4%) a variável que se refere à utilização pelas equipes de atenção primária, de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação, tendo como pior percentual de repostas afirmativas o Norte (4,1%). Ainda nesta temática, observamos o segundo pior percentual na variável “Realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?” (68,4%) e, novamente a região Norte destaca-se como aquela com os menores valores percentuais (6,2%) (Tabela 1).

Tabela 1- Percentual de respostas afirmativas das variáveis relacionadas ao ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’ nas atividades voltadas à saúde da mulher na APS, Brasil, 2014.

Operacionalização da atenção à saúde da Mulher	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
Número de equipes	27.822	1.966	10.350	9.295	4.126	2.085
Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho						
Participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	88,9	6,9	36,7	34,5	14,8	7,1
Realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente? ¹	68,4	6,2	40,5	31,7	14,8	6,8
Realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde? ²	88,8	6,6	38,2	34,1	14,3	6,8
Realizou algum processo de autoavaliação nos últimos 6 meses? ³	75,2	4,9	39,1	35,5	14,6	5,8
Os prontuários dos usuários estão organizados por núcleos familiares? ⁴	81,3	5,4	41,2	35,1	12,1	6,1
Possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação?	54,4	4,1	33,8	42,0	14,6	5,6
A agenda dos profissionais está organizada para a realização de visita domiciliar?	94,2	6,8	37,7	33,3	14,9	7,3
Programa oferta de consultas de pré-natal?	95,5	7,2	38,7	32,4	14,1	7,5

Fonte: PMAQ, 2014.

¹ Equipes que comprovaram realizar alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente;

² Equipes que comprovaram realizar monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde.

³ Equipes que comprovaram realizar algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses.

⁴ Equipes que comprovaram organizar os prontuários dos usuários da EqAB por núcleos familiares.

A principal fragilidade identificada na temática ‘Monitoramento do fluxo’ (Tabela 2), no Brasil, é aquela que trata do monitoramento de gestantes após o parto (31,9%) e, a região onde essa problemática é mais notória é o Centro-oeste (7,2%). Em seguida, destacamos como fragilidade nas atividades voltadas à saúde da mulher na APS no Brasil a variável “A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?” (34,3%) sendo o Norte (7,1%) a região que possui os menores percentuais de respostas afirmativas.

Tabela 2- Percentual de respostas afirmativas das variáveis relacionadas ao ‘Monitoramento do fluxo’ nas atividades voltadas à saúde da mulher na APS, Brasil, 2014.

Operacionalização da atenção à saúde da Mulher	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
Número de equipes	27.822	1.966	10.350	9.295	4.126	2.085
Monitoramento do Fluxo						
A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado para gestantes?	82,0	6,2	39,6	33,2	14,4	6,5
Mantém registro das gestantes de maior risco encaminhadas para outros pontos de atenção?	60,1	6,1	38,2	34,6	14,5	6,6
Mantém registro das usuárias com citopatológico alterado encaminhados para outros pontos de atenção?	56,3	5,5	34,3	36,6	15,9	7,0
Mantém registro dos usuários com mamografia alterada encaminhados para outros pontos de atenção?	46,8	4,1	32,5	39,1	17,5	6,7
Obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?	34,3	7,1	36,4	33,5	15,3	7,7
O tempo de espera para exame de mamografia é de até 30 dias?	46,4	9,6	36,6	32,8	11,8	9,1
O tempo de espera para USG pré-natal é de até 15 dias?	48,1	7,2	33,7	38,8	13,3	7,0
Monitora as gestantes que tiveram parto?	31,9	8,3	44,8	29,9	9,7	7,2

Fonte: PMAQ, 2014

A temática ‘Gerenciamento da assistência’ (tabela 3) apresenta como maior fragilidade no Brasil, a variável “Possui o registro do seu território das mulheres elegíveis para exame de mamografia?” (53,7%) e “As consultas são agendadas em qualquer dia da semana em qualquer horário?” (60,2%). Destacamos o Norte como a região com os menores percentuais de respostas afirmativas em ambas as variáveis (3,6%) e (5,8%) respectivamente.

Tabela 3- Percentual de respostas afirmativas das variáveis relacionadas ao ‘Gerenciamento da assistência’ nas atividades voltadas à saúde da mulher na APS, Brasil, 2014.

Operacionalização da atenção à saúde da Mulher	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
Número de equipes	27.822	1.966	10.350	9.295	4.126	2.085
Gerenciamento da Assistência						
Possui mapas com desenho do território de abrangência? ¹	83.9	6,3	34,8	35,9	16,1	6,9
Realiza acolhimento em 5 ou mais dias da semana?	83.9	9,3	44,5	23,1	13,8	9,2
Reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	85.2	6,3	36,0	35,2	15,3	7,2
É definido o tempo máximo de agendamento do usuário?	72.3	6,2	36,2	36,9	14,5	6,2
As consultas são agendadas em qualquer dia da semana em qualquer horário?	60.2	5,8	32,0	38,5	16,2	7,5
Possui o registro do seu território de todas as gestantes?	93.6	6,8	37,5	33,5	14,8	7,4
Possui o registro do seu território das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero?	74.6	6,5	37,3	34,2	14,5	7,5
Possui o registro do seu território das mulheres elegíveis para exame de mamografia?	53.7	3,6	34,0	39,1	17,4	5,8
Utiliza protocolos para estratificação de risco para Câncer do colo do útero?	68.2	4,9	36,5	37,9	14,8	6,0
Utiliza protocolos para estratificação de risco para Câncer de mama?	64.5	4,0	36,4	38,6	15,3	5,7
Utiliza protocolos para estratificação de risco para o Pré-natal?	73.2	5,2	36,7	37,5	14,8	5,9
Utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes? ²	91.6	7,1	38,4	32,1	14,7	7,6
No acompanhamento da gestante, há registro sobre o profissional que a acompanha, vacinação e citopatológico realizado?	91.5	7,0	37,7	32,9	14,8	7,6
Recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	69.6	5,5	31,3	37,6	17,5	8,2

Fonte: PMAQ, 2014

¹ Equipes que comprovaram possuir mapas com desenho do território de abrangência;

² Equipes que comprovaram utilizar a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes.

Entre as variáveis que compõem a temática ‘Desenvolvimento das ações’ (Tabela 4), identificamos as atividades “Realiza ações para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?” (38,8%) e “Realiza teste rápido para gravidez, sífilis e HIV?” (52,3%) como aquelas com menores percentuais de respostas afirmativas.

Destacamos ainda nessa temática o baixo percentual de respostas afirmativas para a variável “Oferta ações educativas e de promoção à saúde?” (62,3%) no Brasil, com especial

destaque ao Centro-oeste como região com menor percentual (7,9%) entre as grandes regiões do Brasil.

Tabela 4- Percentual de respostas afirmativas das variáveis relacionadas à temática ‘Desenvolvimento de ações’ nas atividades voltadas à saúde da mulher na APS, Brasil, 2014.

Operacionalização da atenção à saúde da Mulher	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste
Número de equipes	27.822	1.966	10.350	9.295	4.126	2.085
Desenvolvimento de Ações						
Oferta atividades para gestantes?	93,6	7,1	38,5	32,7	14,1	7,6
Oferta atividades para mulheres?	88,7	7,1	39,2	32,9	13,5	7,4
Realiza busca ativa dos casos de câncer do colo do útero?	76,3	6,7	36,2	32,9	16,3	7,9
Realiza busca ativa dos casos de citopatológico atrasado?	74,9	6,3	36,2	35,2	15,1	7,2
Realiza busca ativa dos casos de câncer de mama?	66,4	5,2	35,6	34,4	17,3	7,5
Realiza busca ativa dos casos de pré-natal?	82,8	7,2	37,0	32,8	15,1	7,9
Solicita e o serviço realiza a mamografia?	90,7	5,5	36,1	35,4	16,0	7,0
Realiza no pré-natal os exames de rotina preconizados pelo Ministério da Saúde?	89,4	5,7	36,6	35,1	15,6	7,1
Realiza teste rápido para gravidez, sífilis e HIV?	52,3	8,6	39,3	32,6	11,2	8,3
Coleta o exame citopatológico de colo de útero na Unidade de saúde?	91,0	6,2	36,0	35,3	15,1	7,5
Realiza a aplicação da penicilina G Benzatina na unidade de saúde?	54,4	8,9	31,6	32,1	18,4	9,0
Realiza ações para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?	38,8	5,1	40,0	34,2	14,8	5,2
Oferta ações educativas e de promoção à saúde? ¹	62,3	8,2	41,4	29,3	12,5	7,9
Realiza estratégias educativas relacionadas à saúde reprodutiva?	67,6	7,8	39,6	31,3	13,5	7,8

Fonte: PMAQ, 2014

¹As equipes ofertam ações educativas nas temáticas, câncer de colo de útero e de mama, planejamento familiar e aleitamento materno

Discussão

Através do método proposto foi possível identificar as principais fragilidades nas ações voltadas à saúde da mulher na Atenção primária em Saúde no Brasil.

Inicialmente, em ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’, identificamos que a variável com menor percentual de respostas afirmativas foi aquela relacionada ao uso de protocolos para captação precoce de gestantes ou protocolos que definam

as diretrizes terapêuticas para as intercorrências no pré-natal e ainda, a região onde essa fragilidade é mais acentuada é no Norte, nos levando concluir que nesta região este serviço não é realizado de maneira uniforme, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Além disso, ao que se refere à temática do planejamento, o uso de protocolos, aproxima o enfermeiro do cuidado à gestante(10), garante a priorização do atendimento a partir da identificação de riscos de grupos ou indivíduos e, o seu uso interrompe a perversa ordem de entrada nos serviços de saúde por critérios simplesmente burocráticos e administrativos, como, por exemplo, a distribuição de senhas por ordem de chegada no serviço(11), aproximando mais os usuários à equipe de saúde, otimizando a qualidade da assistência prestada através da evitabilidade da morte materna(12). Por outro lado, talvez uma assistência baseada nos sinais e sintomas descritos nestes protocolos, possa levar os usuários à “ênfatarem suas queixas” ao perceberem que isso pode definir seu atendimento. Portanto, principalmente ao que se refere ao pré-natal, o enfermeiro deverá criar seus protocolos, porém seu uso deve ser flexível e a escuta deve ser ampliada e qualificada.

Sobre a segunda variável identificada, ela se refere à realização de atividades de planejamento pelas equipes de atenção primária. Destacamos a região Norte como aquela onde essa atividade é menos operacionalizada, o que nos instiga a pensar que, sendo o enfermeiro o profissional na qual a PNAB determina a função de planejar as ações da equipe(5), talvez esses profissionais nessa região não estejam preparados para tal função(8), devido a excessiva valorização da doença e da formação especializada, como decorrência da insuficiência dos conteúdos curriculares que abordem as dimensões subjetivas, preventivas e sociais para a prestação do cuidado(13), ou há uma limitação da gestão do município no que diz respeito ao acompanhamento dessas equipes, pois o planejamento é estratégia indispensável para o alcance dos objetivos da equipe na atenção primária, o que, se realizados adequadamente, resultaria numa assistência à saúde da mulher conforme o que preconiza a PNAB.

Na temática ‘Monitoramento do fluxo’, a variável com menor percentual de respostas afirmativas quanto à operacionalização, é aquela que diz respeito ao monitoramento da gestante que tiveram parto, sendo que a região Centro-oeste possui com os menores percentuais. O pré-natal está entre os programas mais trabalhados na saúde da mulher na atenção primária, possuindo protocolos, diretrizes e normas pré-estabelecidas pelo MS e, o enfermeiro, talvez seja o profissional que mais comumente atua nesse programa, pois a ele cabe elaborar o plano de assistência de enfermagem na consulta de enfermagem pré-natal e, de acordo com as necessidades identificadas e priorizadas, estabelece as intervenções, orientações e encaminhamentos a outros serviços, promovendo a interdisciplinaridade das ações, principalmente com a odontologia, medicina, nutrição e psicologia(14), sendo de sua responsabilidade garantir o acompanhamento do pré-natal até a consulta puerperal no décimo dia após o parto, pois a descontinuidade do atendimento pode resultar em óbito da puérpera(12).

O enfermeiro pode garantir esse monitoramento através de visita domiciliar, sua ou de outro profissional como o Agente Comunitário de Saúde (ACS) pois, a visita domiciliar constitui um importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde(7), permitindo uma maior compreensão/conhecimento dos processos de saúde e doença e suas formas de cuidado.

A organização do serviço em rede também poderia influenciar o monitoramento dessas gestantes através de um serviço de referência e contrarreferência. A segunda variável com os menores percentuais na temática ‘Monitoramento do fluxo’ é a região Norte, o que indica exatamente a falha na organização do serviço em rede, prejudicando a continuidade ao projeto terapêutico nos demais níveis assistenciais, a resolubilidade fica comprometida e desacreditada, rompendo-se o vínculo entre cuidador - cuidado(15), o que evidencia o não atendimento ao atributo longitudinalidade, resultante da não operacionalização do atributo “Coordenação do cuidado”, implicando na articulação entre os diversos serviços e ações, de

forma que, independentemente do local onde sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum(16). No entanto, acreditamos que a organização do serviço de forma adequada está aquém das possibilidades do enfermeiro.

Em ‘Gerenciamento da assistência’, evidenciamos que a variável que trata do registro de mulheres elegíveis candidatas à mamografia, como aquela menos executada nessa temática no Brasil. Na região Norte, onde o câncer de mama é o segundo tipo de tumor mais incidente (22,26/100 mil)(17), esta região destaca-se como aquela com o menor percentual na variável que gerenciaria a realização desse exame entre as mulheres elegíveis, segundo o que preconiza o Ministério da Saúde. Talvez isso ocorra pela baixa cobertura mamográfica nacional, não chegando a 75% do território brasileiro, agravando-se pelo fato de ainda existir concentrações dessa cobertura em algumas regiões(18) e, talvez estaria a região Norte entre as regiões com baixa cobertura o que justificaria este exame não ser considerado de rotina pelos profissionais desta região.

A segunda variável com menor percentual de respostas afirmativas, diz respeito ao agendamento das consultas em qualquer dia da semana e em qualquer horário o que facilitaria o acesso da população aos serviços de saúde pois, dificultar o acesso coloca a cobertura universal em perigo(2). Destacamos a região Norte como aquela com o menor percentual nessa variável, o que nos leva a refletir sobre esta localidade ser uma com as menores densidades populacionais, ocasionando em maiores distâncias entre o usuário e o serviço de saúde; cabe ao enfermeiro, profissional incumbido de organizar o serviço(5) facilitar o agendamento, quando o ideal seria que fosse realizado todos os dias da semana, em qualquer horário. As decisões concernentes a essas questões restringem diretamente o acesso ao serviço, contribuindo para a formação de uma demanda reprimida(13). Portanto, ao enfermeiro gestor de unidade de saúde, cabe possuir uma escuta mais ativa no que se refere à característica da APS como porta aberta

e serviço de primeiro contato, de forma a garantir a universalidade do acesso e uso contínuo e adequado aos serviços de saúde desse nível de atenção(19).

Em ‘Desenvolvimento de ações’ a variável com menos operacionalizada diz respeito a realização da equipe de atividades que venham a garantir a consulta puerperal até 10 dias após o parto através da visita domiciliar do enfermeiro, médico ou ACS, o que já discutimos anteriormente ao falarmos sobre o monitoramento da gestante que teve parto; portanto, discutiremos a segunda variável com menor percentual que se refere à realização de testes rápidos para gravidez, sífilis e HIV pelo serviço de saúde durante o atendimento pré-natal, com o Centro-oeste destacando-se como a região com o menor percentual nessa variável.

Sobre os testes rápidos do HIV e Sífilis realizados durante o pré-natal, estes foram instituídos como forma a quebrar a cadeia de transmissão dessas patologias. Ao enfermeiro, nestes programas, cabe uma atuação positiva com impacto epidemiológico decorrente de sua atuação marcante na atenção ao pré-natal integrada à equipe de saúde, pois faz-se cumprir o protocolo de testagem ainda nessa fase, minimizando a indicação do teste rápido no parto – momento em que a equipe de enfermagem se encontra sobrecarregada com outras atribuições(20), reduzindo as chances da transmissão vertical dessas doenças ou complicações ao recém-nascido. O teste rápido para gravidez é realizado na própria unidade de saúde podendo auxiliar na captação precoce da gestante.

Ainda nessa temática, destacamos a variável que trata da oferta de ações educativas e de promoção à saúde pelas equipes de atenção primária. Essa, é uma variável das mais simples de ser operacionalizada, pois demanda de poucos recursos financeiros ou humanos, principalmente sobre temas como planejamento familiar, aleitamento materno e câncer de colo de útero e/ou de mama. A região Centro-oeste é a que possui o menor percentual de respostas afirmativas para a execução dessa atividade entre as grandes regiões, o que talvez implique em um modelo de cuidado da APS ainda configurado em torno da assistência às doenças agudas e

aos processos de agudização das doenças crônicas(21), e, esse foco nas doenças e na consulta médica, conforme é detectado em algumas realidades no processo de trabalho, fragiliza a criação de laços interpessoais e, por este motivo, podem afetar a adesão ao tratamento e à qualidade de vida do usuário(13). No mais, cabe ao enfermeiro qualificar sua equipe para a o desenvolvimento dessas ações educativas; cabe ainda, planejar, organizar, executar e avaliar os resultados de tais ações. A realização de palestras sobre aleitamento materno com grupos de grávidas que estão em pré-natal pode ser eficaz; palestras sobre planejamento familiar e câncer de colo de útero e/ou de mama em salas de esperas podem aumentar o número de mulheres para a realização de exame preventivo ou o interesse de mulheres por métodos anticoncepcionais.

Conclusão

O enfermeiro pode intervir em todas as fragilidades identificadas nas ações voltadas à saúde da mulher na APS, exceto sobre aquelas relacionadas à organização do serviço de saúde em rede. As regiões Norte e Centro-oeste foram as que mais se destacaram entre os menores percentuais de respostas afirmativas às variáveis.

O uso de protocolos para captação precoce das gestantes e/ou intercorrências na gravidez e o planejamento das atividades não são adequadamente desenvolvidos entre as equipes da região Norte, sendo essas duas variáveis consideradas como facilitadoras e norteadoras da operacionalização das ações na APS, pois qualificaria os resultados dos serviços prestados, no âmbito da saúde da mulher.

A região Centro-oeste é que menos monitora a gestante que teve parto, e o Norte é a região que menos possui retorno dos pacientes encaminhados ao especialista. O ideal nessas atividades, seria que o serviço de referência realizasse a contrarreferência. No entanto, na impossibilidade desse retorno, fato que ocorre principalmente pela não organização do serviço em rede, cabe ao enfermeiro monitorar a gestante ou buscar informações sobre os resultados

das avaliações dos especialistas através da visita domiciliar realizada pelo próprio enfermeiro ou pelo ACS, por exemplo.

Na região Norte, mesmo o câncer de mama sendo um dos tipos de tumores mais incidentes, a cobertura mamográfica é pequena, o que explica o baixo percentual de equipes com registro de mulheres elegíveis para este exame. Ainda nessa região, conhecida pela baixa densidade populacional, com grandes distâncias a serem percorridas pelo usuário até os serviços de saúde, torna-se necessário que o enfermeiro gerencie a assistência, facilitando o acesso do usuário ao serviço de saúde de modo que o agendamento de consultas não seja uma barreira no acesso pelo usuário.

Além do acesso, sobre a questão do desenvolvimento das ações, propriamente dita, na região Centro-oeste, onde as fragilidades são mais evidentes, é necessário ampliar a oferta de serviço, como a realização de testes rápidos nas unidades de saúde o que iriam facilitar a captação precoce de gestantes, no caso da testagem para diagnóstico de gravidez e, quebra na cadeia de transmissão de doenças, como Sífilis e HIV. Geralmente cabe ao enfermeiro coordenar essas atividades que resultariam em integralidade na atenção, além da necessidade de as equipes de saúde atenderem ao caráter educativo da APS voltado às usuárias, principalmente ao que se refere ao aleitamento materno direcionado às gestantes e planejamento familiar, câncer de colo de útero e de mama às mulheres em geral.

Referências

1. Machado JFFP, Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos MLM. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. Saúde Debate [internet] 2015 [acesso em: 25 de maio de 2016]; 39(104): 102–13. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00102.pdf

2. Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem* [internet] 2016 [acesso em: 25 de maio de 2016];24: e2676. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0933.2676>
3. Rizzotto LMF, Carvalho M, Fonseca LAN, Santos MF. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde : revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde Debate* [internet] 2014 [acesso em: 25 de maio de 2016]; 38(no.spe):237–51. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.5935/0103-1104.2014S018&pid=S0103-11042014000600237&pdf_path=sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0237.pdf&lang=pt
4. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde Debate* [internet] 2014 [acesso em: 25 de maio de 2016];38(N especial):124–39. Recuperado de: Disponível em: www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0124.pdf
5. Portaria nº 2488, 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). 2011 [acesso em: 10 de outubro de 2014]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
6. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1 edição 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [acesso em: 10 de outubro de 2014] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
7. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do do PMAQ-AB . *Saúde Debate* [internet] 2015 [acesso

em: 25 de maio de 2016]; 39(107):1033–43. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01033.pdf

8. Uchôa SA da C, Arcêncio RA, Fronteira ISE, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show? *Rev Lat Am Enfermagem* [internet] 2016 [acesso em: 30 de maio de 2016];24. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1069.2672>

9. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional pa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). [internet] 2015 [acesso em: 02 de maio de 2016]. Disponível em: http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_05.10.2015-I.pdf

10. Oliveira RLA, Fonseca CR, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. *Rev Lat Am Enfermagem* [internet] 2013 [acesso em: 30 de maio de 2016]; 21(2): 546–53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200011>

11. Mitre SM, Andrade, ELG, Cotta, RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária : um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cien. Saude Colet.* [internet] 2012 [acesso em: 30 de maio de 2016]; 7(8): 2071–85. Disponível em: <http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/artigosidoso/avancosedesafiosdoacolhimentonaoperacionalizacao.pdf>

12. Resende LV, Rodrigues RN. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil : percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. *Rev Panam Salud Publica* [internet] 2015 [acesso em: 30 de maio de 2016]; 37(4/5): 218–24. Disponível em: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-april-may-2015&alias=885-mortes-maternas-em-belo-horizonte-brasil-percepcoes-

sobre-qualidade-da-assistencia-e-evitabilidade&Itemid=847

13. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil : revisão da literatura. Cien. Saude Colet [internet] 2016 [acesso em: 30 de maio de 2016]; 21(5):1499–510. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>

14. Duarte SJH, Andrade SMO. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. Esc Anna Nery R Enferm [internet] 2006 [acesso em: 02 de maio de 2016]; 10(1): 121–5. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000100016

15. Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. Rev Lat Am Enfermagem [internet]. 2015;23(5):979–87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0489.2639>

16. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde : estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica [internet] 2011 [acesso em 31 de maio de 2016]; 29(2): 84–95. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003

17. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Incidência de Câncer no Brasil. [internet] 2016 [acesso em: 29 de junho de 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>

18. Federação Brasileira das associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Mamografia para salvar vidas. [internet] 2016 [acesso em: 03 de junho de 2016]. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=2211>

19. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde em Debate [internet] 2014 [acesso em: 16 de março de 2015];

38(no.spe):13–33.

Disponível

em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1042014000600013&nrm=iso

20. Silva O, Tavares LHL, Paz LC. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. *Enferm em Foco* [internet]. 2011 [acesso em: 30 de maio de 2016]; 2:58–62. Disponível em: <http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/3715375.pdf>

21. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Ensgtrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde em Debate* [internet] 2014 [acesso em: 30 de maio de 2016]; 38(no.spe):52–68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600052&nrm=iso

CONCLUSÃO DA DISSERTAÇÃO

As ações voltadas à saúde da mulher na atenção primária no Brasil, não são adequadamente operacionalizadas. Apesar de todas as temáticas receberem uma classificação média ou alta, exceto ‘Monitoramento do fluxo’, que foi classificado com o padrão baixo, ao avaliarmos as temáticas por grandes regiões do Brasil, as dessemelhanças são notórias. Por exemplo, a região Norte possui um padrão baixo em todas os grupos temáticos; por outro lado, a região Sudeste possui o padrão médio ou alto em quase todas as temáticas. Isso nos evidencia o quão trôpega é a operacionalização das atividades na atenção primária, quando o ideal seria que todas as regiões a desenvolvessem uniformemente de acordo com o que preconiza a PNAB, atendendo a todos os atributos.

Pode ser que um maior investimento em saúde e educação, por exemplo, implique em desenvolvimento socioeconômico e assim contribua também para a maior oferta de serviços, além da organização desse serviço em rede, o que proporcionaria uma melhor execução das ações na atenção primária assim como facilitaria o gerenciamento da assistência, devido à característica organizativa das ações de saúde agregadas a um meio técnico, de logística e de gestão. No entanto, as ações de planejamento independem de fatores socioeconômicos como o IDHM; elas estão mais associadas à questões como qualificação profissional.

Quanto aos ‘Indicadores de assistência à saúde da mulher’, é correto afirmar que eles estão diretamente associados com a classificação dos padrões da APS de modo que, quanto melhor a classificação da categoria, maior a proporção da variável, de modo que seria correto afirmar que esses indicadores reforçam a definição de que uma APS com padrões classificados como altos, é mais efetiva pois atendem ao determinado pela PNAB. Nesse contexto, é imprescindível que o enfermeiro, considere as diretrizes da PNAB, norteando-se pelos atributos da APS ao planejar e executar as ações voltadas à saúde da mulher.

O enfermeiro pode intervir em todas as fragilidades identificadas nas ações voltadas à saúde da mulher na APS, exceto sobre aquelas relacionadas à organização do serviço de saúde em rede pois, tratam-se de ações básicas e de fácil operacionalização como realizar planejamento de suas ações e registrar; a utilização de protocolos de assistência são ferramentas que instrumentalizam a sua execução, no entanto, a sua baixa utilização denota fragilidades que comprometem a integralidade da assistência e, por exemplo, ações que evidenciam uma descontinuidade do cuidado como a não-garantia da consulta puerperal em até 10 dias.

Em todas essas fragilidades identificadas nas ações realizadas pela equipe de atenção primária nas ações voltadas à saúde da mulher, percebemos o enfermeiro como o profissional capaz de intervir, confirmando ser este o profissional capaz de fazer uma diferença significativa na saúde pública brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Débora Michelle Queiroz; CALDAS, Elza Maria Costa de Brito; ALVES, Poliana Sibelly Bezerra Patriota. Potencialidades e fragilidades da rede de atenção à saúde da mulher no município de Tabira. JMPHC. J. Manag. Prim. Heal. Care, v. 3, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/20/38></div>. Acesso em: 1 janeiro de 2015.

ALVES, Márcia Guimarães de Mello; *et al.* Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Saúde em Debate, v. 38, n. no.spe, p. 34–51, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600034&nrm=iso>. Acesso em: 16 de março de 2015.

BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; PEREIRA, Julio Cesar Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Rev. Saude Publica, v. 38, n 5, p. 630–636, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500003&nrm=iso>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional pa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: < http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_05.10.2015-1.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1654, 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, 2011a. Disponível em: <[http://intranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/crsleste/assessoria-tecnica-1/e-s-f/pmaq-na-crs-leste/Portaria GM n. 1654, de 19 julho 2011 Programa Nacional de Melhoria do acesso e qualidade.pdf](http://intranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/crsleste/assessoria-tecnica-1/e-s-f/pmaq-na-crs-leste/Portaria%20GM%20n.%201654,%20de%2019%20julho%202011%20Programa%20Nacional%20de%20Melhoria%20do%20acesso%20e%20qualidade.pdf)>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011b. 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://bvsmms.saude.gov.br/>>. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Avaliação de serviços de Saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde, p. 85, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1 edição 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2014.

_____. Secretaria de Políticas para Mulheres Presidência da República. Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para Mulheres - PNPM. Brasília: Ministério da Saúde, 60p., 2013. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher/publicacoes-documentacoes/INSTRUMENTO_PNAISM_PNPMversaoWeb1.pdf>. Acesso em: 16 de julho de 2015.

CARVALHO, André Luis Bonifácio; *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Cien. Saude Colet., v. 17, n. 4, p. 901–911, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400012&nrm=iso>. Acesso em: 21 de novembro de 2015.

CASPARINI, Max Felipe Viana; FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de Programas e Serviços Sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. Tratado de Saúde Coletiva, v. 117, p. 122–141, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n117/08.pdf>>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2016.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite; *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde : comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública, v. 28, n. 9, p. 1772–1784, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2016.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre Champagne; *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.p. 29-48.

CRUZ, Marly Marques; *et al.* Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. Saúde em Debate, v. 38, n. no.spe, p. 124–139, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

11042014000600124&nrm=iso>. Acesso em: 16 de março de 2015.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, v. 38, n. no.spe, p. 13–33, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600013&nrm=iso>. Acesso em: 16 de março de 2015.

FONSECA SOBRINHO, Dêlcio; *et al.* Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 38, n. no.spe, p. 83–93, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600083&nrm=iso>. Acesso em: 16 de março de 2015.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; CASTRO, Daniele Freitas Alvim. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. *O mundo da Saúde*, v. 36, n. 3, p. 427–432, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/4.pdf>. Acesso em: 21 de novembro de 2015.

FREITAS, Giselle Lima; *et al.* Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 2, n. 11, p. 424–428, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: 21 de novembro de 2015.

GARNELO, Luiza; *et al.* Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. *Saúde Debate*, v. 38, no.spe, p. 158–172, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600158&nrm=iso>. Acesso em: 16 de março de 2015.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 Ed rev e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.493-545.

GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Avaliação de Programa de Saúde: O Programa Nacional de Controle de Tuberculose no Brasil. *Sau. & Transf. Soc.*, v. 3, n. 1, p. 13–17, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/473/1706>>. Acesso em: 01 de janeiro de 2015.

HARTZ, Zulmira Mraia Aaraújo; VIEIRA, Ligia Maria da Silva. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador, Bahia.: EDUFBA/ Editora Fiocruz, 2005. 275p.

LEMOS, Adriana. Atenção integral à saúde da mulher: o olhar de mulheres que a construíram. *Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.*, v. 2, n. 1, p. 220–227, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/78/145>>. Acesso em: 21 de novembro de 2015.

MEDINA, Maria Guadalupe; *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? *Saúde em Debate*, v. 38, n. special, p. 69–82, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600069&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 de março de 2015.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 66, n esp., p. 158–164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&nrm=iso>. Acesso em: 21 de novembro de 2015.

OLIVEIRA, Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes; VERÍSSIMO, Maria La Ó Ramallo. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. *Rev Esc de Enferm USP*, 2015. p. 30–6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100030&nrm=iso>. Acesso em: 1 de novembro de 2015

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*, v. 38, n. no.spe, p. 358–372, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600358&nrm=iso>. Acesso em: 16 de março de 2015.

SCHVEITZER, Mariana Cabral; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; VIEIRA, Margarida Maria da Silva. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2016;24:e2676. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0933.2676>>. Acesso em: 25 de maio de 2016.

SOUZA, Salviana Maria Pastor Santos; *et al.* Monitoramento e avaliação em saúde: um relato de experiência. *Univ. Estadual do Maranhão III Jorn. Int. políticas Públicas*, p. 1–7, 2007. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/mesas/trabalho__Mesa_coordenada__Saude_tereza_liberata_americo_r.pdf>. Acesso em: 21 de novembro de 2015.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29666/31538>>. Acesso em: 10 maio de 2016.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Porto Alegre, 726p., 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 21 de novembro de 2015.

SOARES, Cândida Elizabete dos Santos; BIAGOLINI, Rosângela Elaine Minéo; BERTOLOZZI, Maria Rita. Nursing duties in the basic health unit: Perceptions and expectations of nursing assistants. Rev. da Esc. Enferm., v. 47, n. 4, p. 915–921, Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0915.pdf>>. Acesso em 12 de março de 2016.

TOMASI, Elaine; SILVA, Denise. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil : Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Structure and work process in the prevention of cervical cancer in Health Basic Attention. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., v. 15, n. 2, p. 171–180, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n2/1519-3829-rbsmi-15-02-0171.pdf>>. Acesso em: 01 de março de 2016.

UCHÔA, Severina Alice da Costas; *et al.* Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show? Rev Lat Am Enfermagem 2016;24: e2672. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1069.2672>>. Acesso em: 30 de maio de 2016.

ANEXOS

Anexo 1- Distribuição da pontuação nas temáticas ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’ e ‘Monitoramento do fluxo’

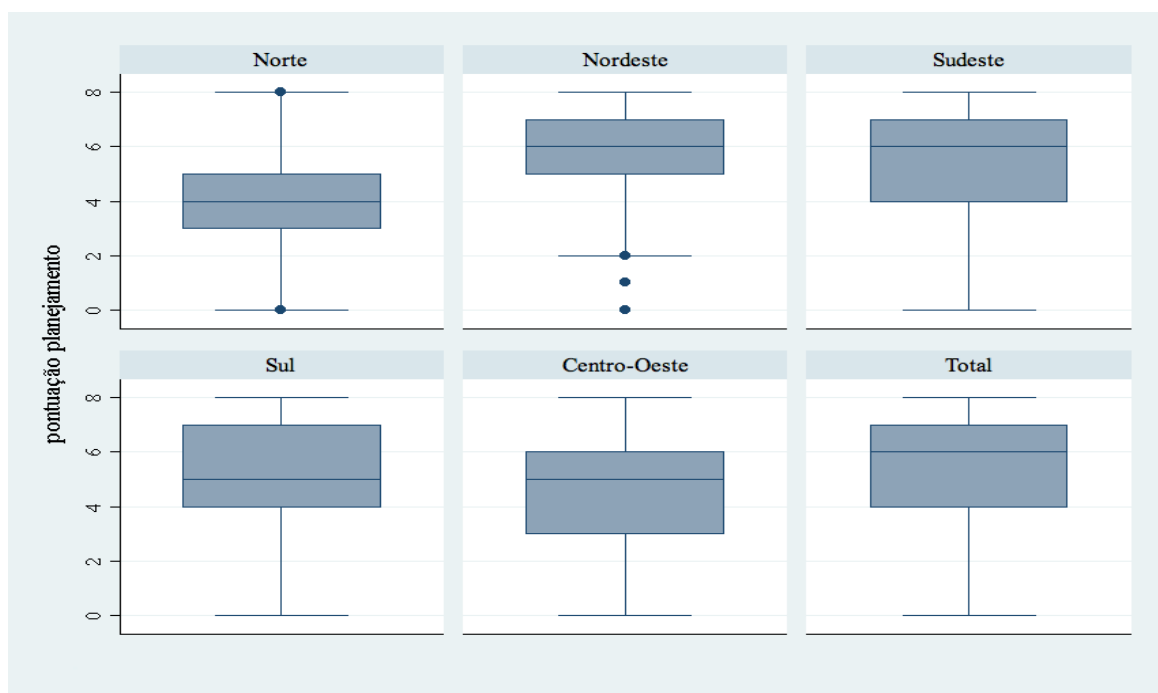


Figura 2- Distribuição da pontuação do padrão de classificação na temática ‘Planejamento, organização e apoio ao processo de trabalho’, no Brasil, 2014.

Fonte: PMAQ, 2014.

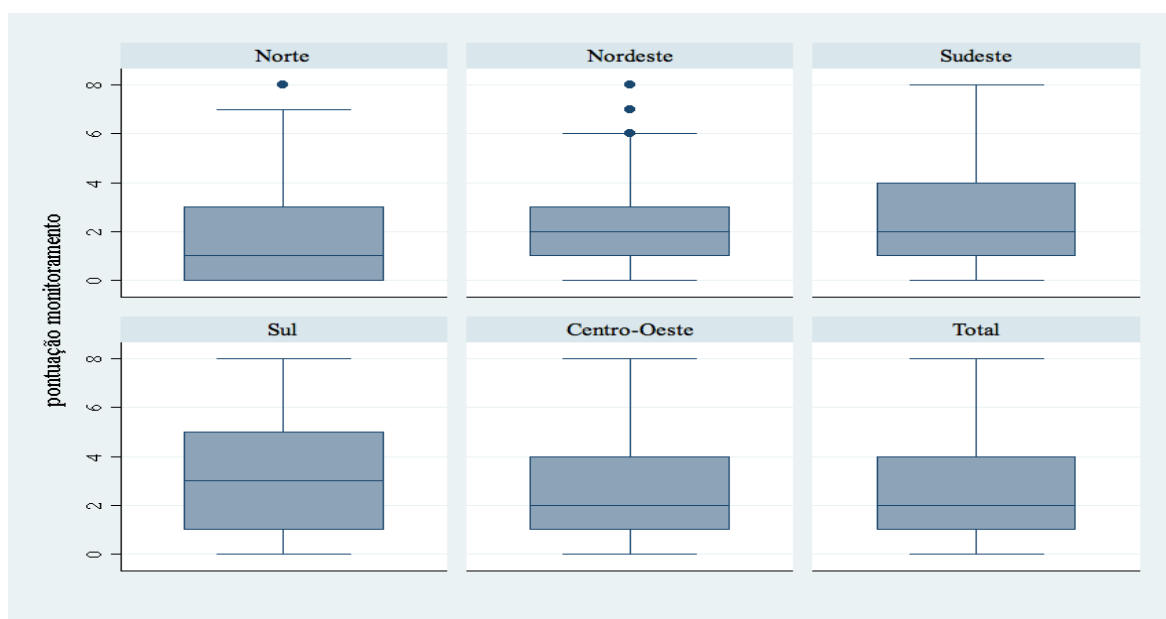


Figura 3- Distribuição da pontuação do padrão de classificação na temática ‘Monitoramento do fluxo’, no Brasil, 2014.

Fonte: PMAQ, 2014.

Anexo 2- Distribuição da pontuação nas temáticas ‘Gerenciamento da assistência’ e ‘Desenvolvimento de ações’

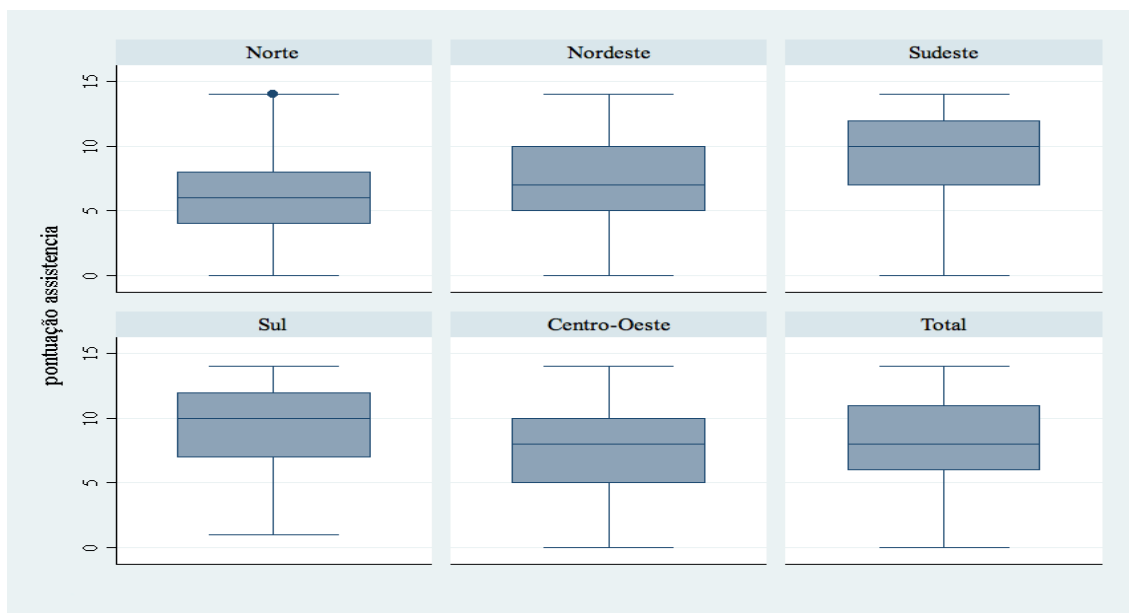


Figura 4- Distribuição da pontuação do padrão de classificação na temática ‘Gerenciamento da assistência’, no Brasil, 2014.

Fonte: PMAQ, 2014.

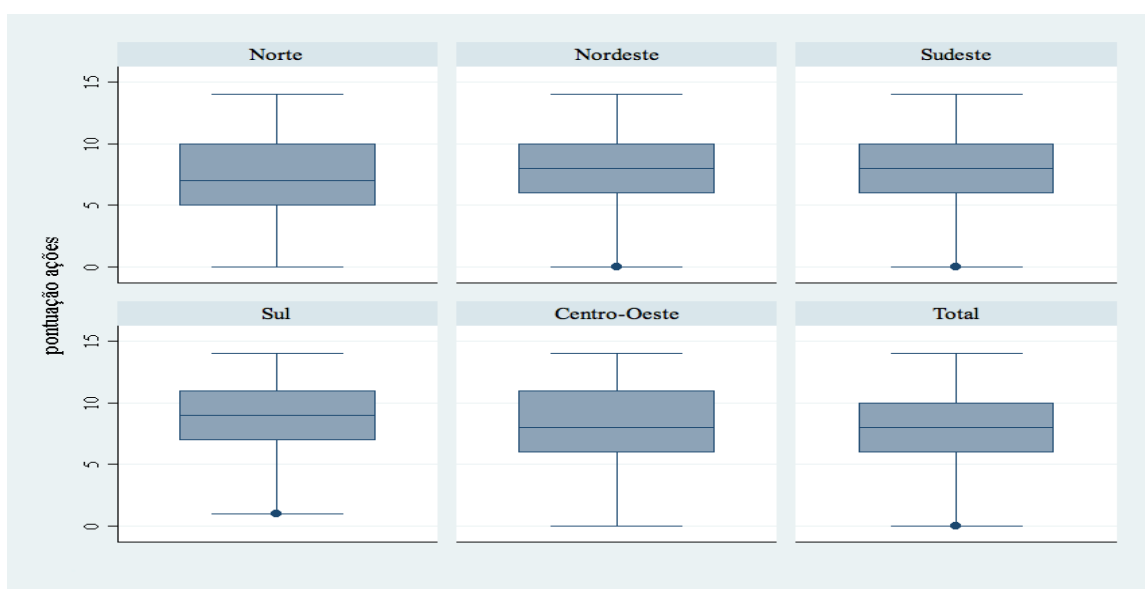


Figura 5- Distribuição da pontuação do padrão de classificação na temática ‘Desenvolvimento de ações’, no Brasil, 2014.

Fonte: PMAQ, 2014.