



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ CAMPUS SOBRAL**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FLÁVIA PINHEIRO DA COSTA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A**  
**REDE CEGONHA**

**SOBRAL/CE**

**2017**

FLÁVIA PINHEIRO DA COSTA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE  
CEGONHA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará/ Campus Sobral, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

SOBRAL/CE

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- C872a Costa, Flávia Pinheiro da.  
Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde para a Rede Cegonha / Flávia Pinheiro da Costa. –  
2017.  
122 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação  
em Saúde da Família, Sobral, 2017.  
Orientação: Profa. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Rede Cegonha. 3. Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde. I.  
Título.

CDD 610

---

FLÁVIA PINHEIRO DA COSTA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE  
CEGONHA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará/ Campus Sobral, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 21.08.2017

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Isabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque  
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva  
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA  
Examinador

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Cecília Silveira Lins Sucupira  
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA  
Examinador

À João Pinheiro da Costa, *in memoriam*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por ter me permitido finalizar esta etapa de forma abençoada e em paz, pela coragem nos momentos difíceis e por iluminar todos meus caminhos.

Aos meus pais, irmã e cunhado, pelo incentivo, parceria e afeto dedicados ao longo dessa minha escolha.

Ao meu namorado que compreendeu os dias de distância e pelo auxílio na coleta dos dados da pesquisa.

À minha orientadora que me proporcionou autonomia na definição do objeto dessa pesquisa, pela contribuição e disponibilidade em todas ocasiões.

À todos da Secretaria Municipal de Saúde de Ibiapina/CE e da escola Governador Waldemar Alcântara, que apoiaram a realização desse dissertação.

À todos que fazem o Mestrado Acadêmico em Saúde da família da UFC/ Sobral pela confiança e ensinamentos.

Aos meus amigos que estão sempre presentes nas minhas conquistas.

**“SOMOS TÃO PASSAGEIROS QUE NÃO SOMOS, ESTAMOS.”**

**ANA C. COUTO**

## RESUMO

As Redes de Atenção em Saúde (RAS) vieram contribuir com a visão integral do indivíduo e facilitar seu percurso nas várias complexidades do SUS; a Rede Cegonha, foi instaurada em 2011, mas a mortalidade materna e infantil embora em queda, ainda apresenta-se acima do ideal. Os destaques na literatura científica vêm mostrando que os melhores exemplos de assistências em saúde são os que têm uma Atenção Primária a Saúde (APS) fortalecida em seus atributos, orientadora das ações e serviços disponíveis nesses sistemas, que apresentam alcance de maior integralidade, continuidade da atenção e satisfação dos usuários. A qualidade da atenção à saúde pode ser compreendida como uma medida dos resultados desejados dos serviços ou seja o alcance das necessidades de saúde dos usuários. O objetivo dessa pesquisa é avaliar a qualidade da APS de Ibiapina/CE para a Rede Cegonha. Estudo quantiqualitativo, realizado no município de Ibiapina/CE, pertencente à 13ª Região de Saúde de Tianguá e a Macrorregião de Sobral. Participaram do estudo 8 enfermeiros atuantes na APS e 27 usuárias que tiveram acompanhamento no pré-natal do município. A coleta de dados e informações se deu por observação participante, questionário, entrevistas semiestruturadas e consulta aos sistemas de informações em saúde; para tratá-los, utilizou-se a análise por meio de gráficos para os dados quantitativos e tabelas e análise de conteúdo para os qualitativos. Houve aprovação pelo comitê de ética em pesquisa sob o número 1.937.131. A estrutura mostrou a presença de boa parte de itens, porém os fundamentais à atuação na rede ainda são insuficientes. O conhecimento do processo resultou no encontro de aspectos semelhantes, com atividades que favorecem os atributos de primeiro contato, longitudinalidade e competência cultural. Os resultados analisados demonstram a satisfação das usuárias no acompanhamento do pré-natal, porém sugerem que recursos materiais e humanos estejam mais presentes, assim como percebem que mais acolhimento de todos das equipes apresentam-se relevantes na atuação; os indicadores revelam melhores resultados após 2011, ano da instalação da Rede Cegonha no município. Concluiu-se que há necessidade de fortalecimento especialmente nos atributos de coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária para se atingir a qualidade da atenção às gestantes. Ainda assim, o modelo das redes de atenção configura como uma tentativa contínua de retirar as políticas públicas da visão submissa da mulher para envolvê-la no seu cuidado com autonomia e protagonismo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde, Rede Cegonha, Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde

## **ABSTRACT**

The Health Care Networks have contributed to the integral vision of the individual and facilitate their journey in the various complexities of SUS; the Stork Network, was launched in 2011, but maternal and infant mortality, although falling, is still above ideal. The highlights in the scientific literature have shown that the best examples of health care are those that have an APS strengthened in their attributes, guiding the actions and services available in these systems, which present greater comprehensiveness, continuity of care and satisfaction of users. The quality of health care can be understood as a measure of the desired results of the services or the reach of the health needs of the users. The objective of this research is to evaluate the quality of Primary Health Care of Ibiapina / CE in the Stork Network. A quantitative study, carried out in the city of Ibiapina / CE, belonging to the 13th Health Region of Tianguá and the Sobral Macroregion. Participating nurses and users who had follow-up at prenatal APS in the city participated in the study. The collection of data and information was done through participant observation, questionnaire, semi-structured interviews and consultation to health information systems; to treat them, it was used the analysis by means of graphs for the quantitative data and tables and analysis of content for the qualitative ones. There was approval by the research ethics committee under the number 1.937.131. The structure showed the presence of a good number of items, but the fundamental ones to the performance in the network are still insufficient. The knowledge of the process resulted in the encounter of similar aspects, with activities that favor the attributes of first contact, longitudinality and cultural competence. The results analyzed demonstrate the satisfaction of the users in the prenatal follow-up, but they suggest that material and human resources are more present, as well as perceiving that more welcoming of all the teams present themselves relevant in the performance; the indicators show better results after 2011, the year of the installation of the Stork Network in the municipality. It was concluded that there is a need for strengthening especially in the attributes of coordination, integrality, family and community orientation to reach the quality of attention to pregnant women. Nevertheless, the attention networks model is an attempt to withdraw public policies from the submissive view of women to involve them in their care with autonomy and protagonism.

**KEYWORDS:** Primary Health Care, Stork Network, Quality Assurance Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 –Determinantes do estado de saúde.	20
Figura 02 – Organização dos serviços em redes.	21
Figura 03 – Atributos e Funções da Atenção Primária à Saúde	28
Figura 04 – O modelo de avaliação de Donabedian (2003).	38
Figura 05 – Desenho da Rede Cegonha da 13ª Microrregião de Saúde de Tianguá/CE	41
Figura 06 – Estrutura	48
Gráfico 01 – Recursos Físicos e Materiais para o Primeiro Contato das Gestantes.	49
Gráfico 02 – Recursos Humanos para o Primeiro Contatos das Gestantes.	51
Gráfico 03 – Recursos Físicos e Materiais para o Atributo Longitudinalidade da Atenção às Gestantes.	52
Gráfico 04 – Recursos Materiais para a Integralidade da Atenção às Gestantes.	54
Gráfico 05 – Recursos Humanos para a Integralidade da Atenção às Gestantes.	56
Gráfico 06 – Recursos Materiais para Coordenação dos Cuidados às Gestantes.	57
Gráfico 07 – Recursos Materiais para Orientação Familiar e Comunitária.	59
Figura 07 – Processo	63
Gráfico 08 – Processo de atuação no Primeiro Contato das Gestantes.	66
Gráfico 09 - Processo de atuação no Atributo Longitudinalidade às Gestantes.	70
Gráfico 10 – Processo de atuação no Atributo Integralidade às gestantes.	72
Gráfico 11 – Processo de atuação na Coordenação dos cuidados às gestantes.	75
Gráfico 12 – Processo de atuação na Coordenação dos cuidados às gestantes (cont.).	75
Gráfico 13 – Processo de atuação na Orientação Familiar às Gestantes.	78
Gráfico 14 - Processo de atuação na Orientação Comunitária às Gestantes.	80
Gráfico 15 – Processo de atuação no Atributo Competência Cultural..	81
Figura 08 – Resultados	82

## LISTA DE TABELAS

Quadro 01– Sete pilares da Qualidade segundo Donabedian (1980)	37
Quadro 02 – Resumo da Metodologia utilizada na pesquisa	46
Quadro 03 – Caracterização dos Enfermeiros da APS do local de estudo.	64
Quadro 04– Tipos de agendamento possíveis na APS.	68
Quadro 05 – Caracterização das usuárias participantes do estudo.	83
Tabela 01 – Porcentagem de Gestantes captadas até a 120 dias de gestação.	87
Tabela 02 – Porcentagem de Gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal.	89
Tabela 03 – Porcentagem de Gestantes com vacinas em dia.	92

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para melhoria da qualidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro Especializado de Odontologia
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalho
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.
OMS	Organização Mundial da Saúde,
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>1.1</b>	<b>Como Cheguei ao Tema de Pesquisa</b>	12
<b>1.2</b>	<b>Contextualizando o Problema</b>	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	18
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	19
<b>3.1</b>	<b>Atenção Primária à Saúde e as Redes de Atenção à Saúde</b>	19
<b>3.1.1</b>	<i>Atributos da Atenção Primária para Atuação nas Redes de Atenção à Saúde</i>	25
<b>3.2</b>	<b>A Rede De Atenção Materno-Infantil: Rede Cegonha</b>	29
<b>3.3</b>	<b>Avaliação em Saúde</b>	31
<b>3.3.1</b>	<i>Avaliação de Donabedian</i>	33
<b>3.3.2</b>	<i>Qualidade da Atenção</i>	36
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	39
<b>4.1</b>	<b>Tipo e Abordagem do Estudo</b>	39
<b>4.2</b>	<b>Local de Estudo</b>	39
<b>4.3</b>	<b>Período de Estudo</b>	41
<b>4.4</b>	<b>Participantes do Estudo</b>	42
<b>4.5</b>	<b>Métodos e Procedimentos para Coleta dos Dados</b>	43
<b>4.6</b>	<b>Análise dos resultados</b>	45
<b>4.7</b>	<b>Aspectos Éticos e Legais Da Pesquisa</b>	46
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	48
<b>5.1</b>	<b>Estrutura</b>	48
<b>5.2</b>	<b>Processo</b>	62
<b>5.3</b>	<b>Resultados</b>	82
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	100
	<b>REFERÊNCIAS</b>	103
	<b>APÊNDICE A – Roteiro para observação</b>	113
	<b>APÊNDICE B – Questionário</b>	115
	<b>APÊNDICE C – Entrevista Semiestruturada Aplicada as Usuárias</b>	119
	<b>APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1</b>	120
	<b>APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2</b>	121

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Como Cheguei ao Tema de Pesquisa

A ideia de trabalhar em redes de atenção me chama atenção desde que comecei efetivamente a atuar na Atenção Primária à Saúde (APS) por disparar reflexão sobre a abrangência dos pontos de assistência à saúde e a responsabilidade desse nível de atenção. Acredito que essa assistência a uma população perpassa e deve orientada pela APS em conjunto com os demais níveis, garantindo assim a integralidade na atenção à população, tanto em termos de individualidade e clínica ampliada, como na integralidade dos serviços.

Os conceitos de integralidade e clínica ampliada foram vistos na minha graduação em enfermagem e pude colocá-los em prática durante a vivência enquanto residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família na APS de Sobral/CE. Este processo permite uma atuação crítica-reflexiva que considera o indivíduo mais que uma pessoa que busca ajuda, e sim, contextualiza as diferentes faces que compõem este ser.

Nesse período, as diversas atividades desenvolvidas nos serviços prestados à APS de Sobral possibilitaram uma aproximação notória com a saúde das mulheres e crianças do território, pela corresponsabilidade no cuidado desse público. Conduzir as consultas de pré-natal e puerpério me proporcionou criar vínculos com as mulheres desde a descoberta da gravidez até o nascimento dos filhos, seguindo-se frequentemente o acompanhamento de puericultura e das gestações posteriores.

Esses fatos reforçaram o apreço que tenho a essa fase da vida, surgidas ainda mesmo no período acadêmico, quando pude acompanhar o caminho das gestantes em busca da assistência ao parto e nascimento. Nesse momento cercado de ansiedade, dúvidas e medo, me deparei com situações complexas, geradas por vezes devido a entraves do sistema de saúde

Assim, observei com angústia as várias dimensões da busca por assistência das gestantes e puérperas, seja em realizar exames de rotina, consultas especializadas ou no momento do parto. O sentimento permanecia nas situações em que, como profissional de saúde, precisei obter informações concretas sobre o direcionamento da mãe ou da criança para níveis tecnológicos mais complexos, pois a fragilidade da rede de atenção à saúde dificultou essa busca.

Ao retornar para meu município de origem, essa apreensão sobre o cuidado com gestantes e crianças dentro da rede de atenção aumentou. Frequentemente, as mesmas enfrentam mais dificuldades de encontrar essa assistência nos casos de riscos à saúde, em termos de logísticas e comunicação, visto que esses níveis de atenção mais complexos encontram-se em local mais distante de sua moradia.

Por sua vez, os profissionais de saúde da APS possuem um papel notório dentro da rede assistencial, mas enfrentam diversas barreiras no complexo sistema de saúde que terminam por dificultar o caminho dos usuários. Por vezes também, as equipes de SF não se veem como coordenadoras desse cuidado, e resumem sua assistência a direcionar, especialmente as gestantes de risco, aos demais serviços sem preocupação de conhecer como esse processo acontece.

Dessa forma, cheguei ao tema da pesquisa por refletir como a prática de atuação da APS, em um município considerado de pequeno porte, promove o cuidado das gestantes e crianças dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ainda assim, ao acessar as evidências científicas sobre o tema, deparei com produções voltadas às discussões teóricas e epistemológicas sobre o tema, havendo poucas referências avaliativas dentro dessa nova conformação de cuidados às gestantes e crianças.

## **1.2 Contextualizando o Problema, a Justificativa e Relevância da Pesquisa**

A literatura científica compreende a nova realidade que o sistema de saúde enfrenta a partir do aumento das doenças crônico-degenerativas como principal demanda da população brasileira, em detrimento das infectocontagiosas vistas há algumas décadas. (SILVA, 2011; MENDES, 2015; ALMEIDA, GIOVANELLA e NUNAN, 2012)

Silva (2011) corrobora esse fato explicando a coexistência de uma tripla carga de doenças – crônicas, infecciosas e da violência – exigindo mais respostas do sistema de saúde, que precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade e orientação aos usuários no seu caminhar no sistema. Com essa nova realidade, é consenso que os serviços de saúde devam oferecer a capacidade de cuidado continuado e não mais unicamente a cura.

A APS tem seus princípios e diretrizes colocados na Portaria do MS nº2488 de 2011, que descreve a Política Nacional de Atenção Básica<sup>1</sup> (PNAB) e é definida como:

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, 2011a)

Ainda assim, deve desenvolver-se com alto grau de descentralização, capilaridade, próxima da vida das pessoas, ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a RAS, orientando-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre seus fundamentos e diretrizes dispostos na PNAB, a APS deve possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivo. Também deve coordenar a integralidade, articulando ações de diferentes densidades tecnológicas de cuidado e gestão.

Giovanella e Mendonça (2009) pontuam sete atributos da APS que vão ao encontro das relacionadas na PNAB: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural.

O *primeiro contato* refere-se ao ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados; a *longitudinalidade*, à responsabilidade pelo paciente ao longo da vida, independente da ausência ou não de doença; *abrangência ou integralidade*, que reconhece a necessidade de serviços preventivos e curativos, como também o amplo espectro de necessidade do indivíduo, para além dos biológicos. A característica de *coordenação* remonta ao atributo de revolver necessidades menos frequentes e mais complexas; *orientação para a comunidade*, que percebe o contexto social e econômico da população adscrita e os recursos que ela possui; a *centralidade na família*, referindo-se ao cuidado prestado de acordo com a dinâmica de cada família ao conhecer todos os membros que a compõe, e por fim, a *competência cultural*, reconhecendo a cultura de cada grupo em conceber o processo saúde-doença.

Tais atributos também são considerados por Mendes (2015) como relevantes para o processo de atuação da APS e o alcance de seus objetivos, inclusive na faceta de articulação

---

<sup>1</sup> A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes; associa a ambos os princípios e as diretrizes definidas na PNAB. Para essa produção, optou-se unificar a representação por Atenção Primária à Saúde.

com as RAS, onde os mesmos devem ser avaliados a fim de se verificar se o papel da APS está sendo realizado.

Conforme consenso na literatura nacional e internacional, o alcance desses atributos pode ser parâmetro para avaliar a robustez da APS de um determinado sistema de saúde. Evidências científicas vêm mostrando que os melhores exemplos de sistemas de saúde são os que têm uma APS qualificada e fortalecida, orientadora das ações e serviços disponíveis nesses sistemas, que oferecem alcance de maior equidade, maior eficiência na continuidade da atenção e satisfação dos usuários (ANDRADE et al., 2012; STARFIELD, 2002; SILVA e ANDRADE, 2014),

As RAS foram concebidas como estratégia de organização dos serviços de saúde, na tentativa de se implementar a continuidade da assistência e colocar a APS como centro coordenador do cuidado. Estão descritas na Portaria Nº 4279, do Ministério da Saúde, de 30 de Dezembro de 2010, sendo aí definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a). A gestora federal desse arranjo é a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Consensualmente, a APS apresenta atributos que podem contribuir para o fortalecimento das RAS, apontadas na PNAB (BRASIL, 2011a):

1. Ser base, trabalhando a partir de conceitos de descentralização e capilaridade, estando em todos os momentos do cuidado;
2. Ser resolutiva, utilizando os serviços e os articulando, a partir da identificação dos riscos e necessidades da população,
3. Coordenar o cuidado, acompanhando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção, atuando como o centro de comunicação dos setores da saúde e intersetoriais, através de dispositivos e ferramentas de gestão do cuidado<sup>2</sup>, e
4. Ordenar as redes, organizando as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade em relação aos outros pontos de atenção.

Nesse sentido, e instituída no âmbito do SUS pela Portaria Nº 1459, de 24 de Junho de 2011, a Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que “visa assegurar à mulher o direito

---

<sup>2</sup> Mendes (2015) estabelece esse termo ao se referir às tecnologias de gestão da clínica, que partem das diretrizes clínicas, utilizados para os processos de microgestão como por exemplo as linhas-guias, protocolos clínicos, prontuários eletrônicos.

ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011b).

A organização dessa RAS se concretiza por 4 componentes, a saber: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Cada componente envolve várias ações de atenção à saúde.

Dá ênfase ao componente Pré-Natal com vistas a seu potencial de redução da mortalidade materna e infantil, segundo a portaria que institui a Rede Cegonha (BRASIL, 11b). Na mesma Portaria, o documento orientador do Ministério da Saúde, afirma que o componente I está vinculado diretamente com ações realizadas pelas equipes de SF, que devem realizar:

a captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; acesso ao pré-natal em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal e acesso aos resultados; qualificação do sistema e da gestão da informação; programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2011b).

Visto tal importância, a presente pesquisa direcionou seu foco especificamente a esse componente. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelaram que entre 1990 a 2013 houve uma redução de 43% na taxa de mortalidade materna no Brasil, passando de 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos para 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Apesar do valor positivo, essa diminuição é menor do que conseguiram países da América do Sul como Peru e Bolívia, sendo que nenhum dos três países conseguiu atingir a meta de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos prevista nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (BRASIL, 2011a).

No Ceará, a Rede Cegonha tem os serviços integrados em 17 redes nas 22 regiões de saúde do Estado. Dados divulgados no último boletim da Secretaria da Saúde do Estado mostram sensível redução da mortalidade materna no Ceará em 2014. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) diminuiu em 25,6%, com redução de 82,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2013 para 61,2 em 2014. Em números absolutos, o total de óbitos maternos por causas obstétricas em 2014 foi de 124 mortes em 48 municípios. Nos últimos anos esse número foi de 110 óbitos maternos em 2011, 135 em 2012 e, em 2013, de 140. (CEARA, 2016).

Por muito tempo, a APS se orientou como um modelo seletivo, na ideia de ser um pacote limitado de serviços de baixo custo e alto impacto para enfrentar especificamente os principais problemas de saúde da população, especialmente em países de maior situação de pobreza. Tais programas tinham características verticais e focalizadas, geralmente direcionados à proteção materno-infantil, e induziu e/ou agravou a fragmentação, comumente vista hoje (SILVA, 2013; GIOVANELLA e MENDONÇA 2009).

Não obstante as orientações e os investimentos em políticas assistenciais, o cenário de atuação da APS encontra-se fragmentado, dificultando o acesso, gerando descontinuidade assistencial e comprometendo a integralidade da atenção ofertada. Conseqüentemente, essa conjuntura afeta diretamente os seus atributos e as características da qualidade da assistência prestada à população.

O significado de qualidade da atenção em saúde vem atrelada a complexa relatividade do próprio termo qualidade, e varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, cultural e científico de cada sociedade. As definições incluem aspectos de excelência, expectativas ou objetivos que devem ser alcançados, ausência de defeitos, adequação para uso, que, de certa forma, definem características das ações e/ou serviços de saúde (UCHIMURA e BOSI 2002; BRASIL 2010). Pode ser compreendida como uma medida dos resultados desejados dos serviços de saúde, que no nosso sistema de saúde, é o alcance das necessidades de saúde dos usuários.

A avaliação dos atributos da APS podem revelar a conformação da qualidade da atenção em saúde, sendo avaliados separadamente ou não devido a sua inter-relação na prática assistencial (HARZHEIM et al., 2006; STARFIED, 2002; MENDES, 2015; FRANK et al., 2015).

Diante desse cenário, a pergunta a ser respondida pela pesquisa refere-se a como está a qualidade da APS para a Rede Cegonha? Parte-se da hipótese de que se os atributos da APS que a rede de atenção carece estiverem consolidados, haverá qualidade da atenção. Abordou-se esse tema pela necessidade de reflexão crítica dos profissionais de saúde e por ter poucas discussões na literatura sobre tal questionamento, encontrando-se somente discussões acerca da base teórica do cuidado da APS para a Rede Cegonha.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde de Ibiapina/CE para a Rede Cegonha.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a estrutura disponível dos serviços de saúde para o desenvolvimento dos atributos da APS necessários na Rede Cegonha;
- Conhecer o processo de atuação dos profissionais de saúde para concretizar os atributos da APS na Rede Cegonha;
- Analisar os resultados da APS em seus atributos a partir dos indicadores de saúde e pela satisfação dos usuários.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Atenção Primária À Saúde E As Redes De Atenção À Saúde**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em 1994 como modelo reorientador da rede de assistência à saúde com base na Atenção Primária à Saúde, trabalhando com a lógica da corresponsabilização entre indivíduo/família, ou seja, uma lógica diferencial na relação usuário-profissional (ROUQUARYOL e GURGEL, 2013). A APS é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde, segundo Oliveira e Pereira (2013), que reiteram dois de seus aspectos principais: estratégia de organização e reorganização do sistema e modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde.

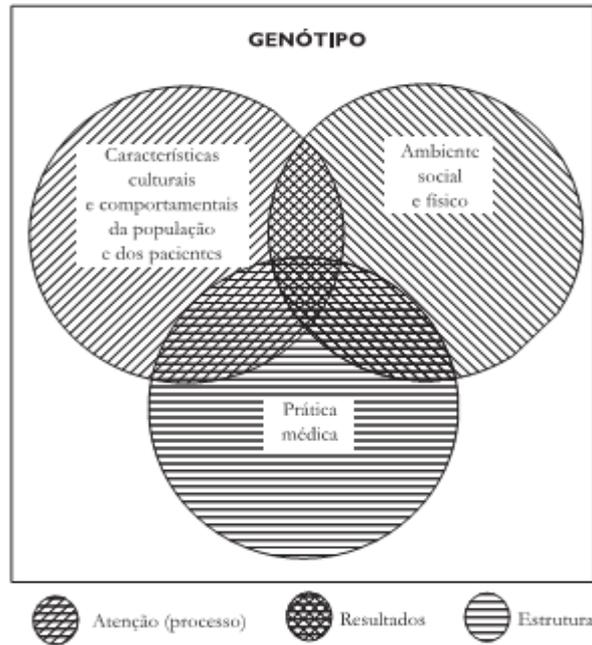
A APS passou por momentos de supressão e notoriedade em sua história nacional. Segundo Merhy (1997), durante as primeiras décadas do século XX ouviu-se falar em postos de saúde, sendo que as primeiras conformações do que seria a APS deu-se na década de 70, após a 3ª Conferência Nacional de Saúde, baseadas no movimento preventivista e na medicina comunitária discutidas nos Estados Unidos da América.

Com o movimento da Reforma Sanitária iniciado no final da década de 80, tais discussões foram incorporadas com o objetivo de se romper com o modelo médico-privatista vigente. Juntamente com a edificação da Constituição Federal, houve a possibilidade de construir as primeiras tentativas de se organizar a APS. Merhy (1997) aponta a criação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, como ação inicial do processo de reforma, e o lançamento, em 1994, do Programa Saúde da Família – hoje Estratégia de Saúde Família (ESF) – como estratégia para organizar a APS.

A primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica remonta desse ano, 1994, sendo modificada durante os anos seguintes, culminando em 2011 com a última versão (BRASIL, 2011a).

A APS envolve o manejo de pacientes que por vezes apresentam múltiplos diagnósticos e queixas e a oferta de tratamento que melhorem a qualidade de vida desses pacientes. A saúde dos indivíduos compõe-se de determinantes como a genética, ambiente social e físico, comportamentos individuais, cultura da sociedade e atenção à saúde recebida (STARFIELD, 2002), como pode ser visto na Figura 01.

Figura 01 –Determinantes do estado de saúde.



Fonte: Starfield, 2002

Com tantos fatores influenciando a saúde das populações, é notório que o sistema de saúde deve estar preparado e organizado para atender as necessidades de saúde. As RAS vieram como estratégia para tal, sendo operacionalizada a partir da integração de três elementos: População e Região de Saúde, Estrutura Operacional e Modelo de Atenção a Saúde.

O primeiro refere-se à capacidade que uma RAS deve ter de identificar a população que está sob sua responsabilidade sanitária. Para isso, tem-se que essa região de saúde deva dispor de viabilidade operacional, ou seja, estruturada de uma forma que garanta que a assistência aconteça de acordo com a demanda existente, em termos de tempo, resposta e localização territorial (BRASIL, 2010a).

A estrutura operacional das RAS é constituída pelos diferentes níveis assistenciais e de densidade tecnológica que se comuniquem satisfatoriamente, constituindo-se desde a atenção primária – vista como o centro de comunicação – dos pontos de atenção secundária e terciária e demais sistemas de apoio, como a logística e governança. Por fim, a operacionalização da rede se dá pelo Modelo de Atenção à Saúde, que articula as relações entre a população e os objetivos das intervenções do sistema de atenção à saúde, dependente da visão que se tem sobre a saúde, epidemiologia e determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e

sociedade (BRASIL, 2010a). A figura a seguir (Figura 02) demonstra a organização dos serviços pensada na lógica das RAS, frente a estrutura piramidal vista até o surgimento desta.

Figura 02 - Organização dos serviços em redes.



Fonte: BRASIL, 2010a

Espera-se que as redes cumpram um papel de trazer uma maior eficiência na produção de saúde, na gestão do sistema de saúde e contribuir para o avanço do processo de efetivação do sistema, visto que leva em consideração elementos como economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos (RODRIGUES, 2014).

A portaria de instituição da RAS traz a reflexão sobre a função da APS dentro desse processo de construção e andamentos dessa estratégia, fortalecendo essa como a base das redes de atenção por seu aspecto de descentralização e capacidade de corresponsabilização com os indivíduos ao construir vínculos e intervenções efetivas que outro nível de atenção não é capaz. Ademais, a APS possui o lugar de coordenação do cuidado, produzindo gestão compartilhada da atenção integrada, com a elaboração e acompanhamento do itinerário do indivíduo que adentra a rede. Segundo a Portaria, para que isso se concretize

É necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão

e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros (BRASIL, 2010a).

As discussões encontradas nas bases científicas relatam principalmente a contextualização das contendas em relação ao processo histórico das redes de atenção, sua interface com a ampliação do perfil epidemiológico das doenças crônico-degenerativas vistas nos últimos anos, os conceitos relacionados às RAS, potencialidades, fragilidades e desafios desse rearranjo do modelo assistencial (KUSCHNIR, 2010; LAVRAS, 2011; SILVA, 2011; BRASIL, 2011c).

. As redes regionalizadas tiveram suas discussões iniciadas pelo Relatório Dawson, em 1920, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido sobre as mudanças do modelo de proteção social após a I Guerra Mundial. A intenção era a de organizar em uma região a provisão de serviços de saúde, trazendo consigo a ideia de coordenação entre a medicina preventiva e a curativa (KUSCHNIR, 2010).

Considera-se esse relatório avançado para o debate à época que foi escrito. Segundo Lavras (2011, p. 868) o documento “é considerado um dos primeiros a utilizar o conceito de APS em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida”.

O relatório apresenta, por Kuschinir (2010), a constituição de uma rede serviços composta por centros primários que seriam a porta de entrada do sistema, empregando os médicos clínicos generalistas encontrados nas vilas, apoiados por centros secundários localizados nas cidades maiores e de forma estratégica, levando em conta os meios de transportes, fluxos estabelecidos e distribuição da população. Todos os serviços estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área, sendo que, a contraposição entre atenção primária e hospitalar não se colocava como uma valoração maior ou menor entre elas, e sim à complexidade/densidade tecnológica de cada nível.

Não obstante introduzir conceitos importantes, o Relatório Dawson foi engavetado pois sua adoção traria altos custos para a construção e manutenção dos serviços necessários. Algumas outras experiências de organização em redes foram feitas em outros sistemas nacionais, na Grã-Bretanha e Estados Unidos, porém sempre sofrendo as pressões do mercado que insistia na integração vertical dos serviços, envolvidos em disputas de poder e decisões políticas que ferem interesses. Tal quadro de intervenção ainda é visto nos dias de hoje (SILVA, 2011).

Mais recentemente, em 2008, o documento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) denominado de “Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária” fornece um marco conceitual para a organização de redes no caso brasileiro. Mostra que, por apresentar diversidade de contextos, a política pública deve impulsionar as redes como serviços mais acessíveis e integrais e propor desenhos organizacionais específicos para cada sistema (KUSCHNIR, 2010). Lavras (2011, p. 872) expõe sobre essa diversidade dos municípios que:

deve-se considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independentemente do modelo escolhido, respeitando as seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde, visando garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial.

No SUS, a modelagem de redes regionais de atenção à saúde é favorecida atualmente pelo Pacto de Gestão e pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) que constituem estratégias de regionalização, exigindo a cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como organizadora e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2011c).

Os textos publicados compreendem que as RAS concebem o enfrentamento da nova realidade social a partir do aumento das doenças crônico-degenerativas como principal demanda da população brasileira, em detrimento das infectocontagiosas vistas há algumas décadas atrás.

O SUS, da forma como está estruturado, mostra-se hoje mais preparado para o manejo clínico das condições agudas presentes nesse quadro de necessidades do que para o manejo clínico das condições crônicas, já que isso se constitui em processo complexo que envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido através de sistemas integrados (LAVRAS, 2011, p.871).

Dentre os desafios a serem superados na construção das RAS, a produção científica coloca a construção de um sistema que respeite a autonomia de gestão de cada município e articule suas práticas em âmbito regional (LAVRAS, 2011), tendo ainda assim

comprometimento político e arcabouço jurídico com a APS (SILVA, 2011). Ainda há que se superar o modelo voltado às condições agudas e agudização das doenças crônicas, alcançando uma assistência que procure cuidar disparando reflexões e sentidos para o ser que a recebe.

Silva (2011) descreve que a relação entre as esferas de governo e suas atribuições no contexto da descentralização da saúde, a gestão intergovernamental nas regiões e o baixo financiamento do SUS - em torno de 3,5% do PIB – também são pontuados como uma das principais dificuldades para que as redes disponibilizem de recursos suficientes para atender às necessidades assistenciais. Também considera um desafio a ser superado a falta de legitimidade social que a APS carrega historicamente.

Sobre as fragilidades, a literatura aponta como nó crítico a coordenação das redes pela APS circunstancial à carência de mecanismos e estratégias de integração e comunicação, de regulação do acesso pelos diferentes níveis, e a ausência de sistemas informatizados que possibilitem a gestão destes processos e fluxos (RODRIGUES, 2014). Especificamente, tem-se como fragilidades o precário funcionamento do mecanismo de referência e contra referência; o desconhecimento dos vários pontos de atenção pelos profissionais de APS; a dificuldade de cooperação entre profissionais da atenção primária e secundária; descompromisso dos trabalhadores com os resultados organizacionais; acolhimento incipiente; práticas de promoção da saúde não consolidadas, deficiência nos processos comunicacionais; entre outras (SILVA 2011; LAVRAS, 2011).

Lavras (2011) complementa apontando novamente a insuficiente comunicação e articulação entre prestadores e profissionais, a ausência de cultura de colaboração e o baixo prestígio profissional e social de seus trabalhadores. Almeida, Giovanella e Nunan (2012) destacaram que a insuficiente oferta de atenção especializada é barreira quase intransponível para a coordenação entre níveis que acarretarão sempre longos tempos de espera e impossibilidade de cuidado oportuno, por mais desenvolvidos que estejam os mecanismos de integração da rede.

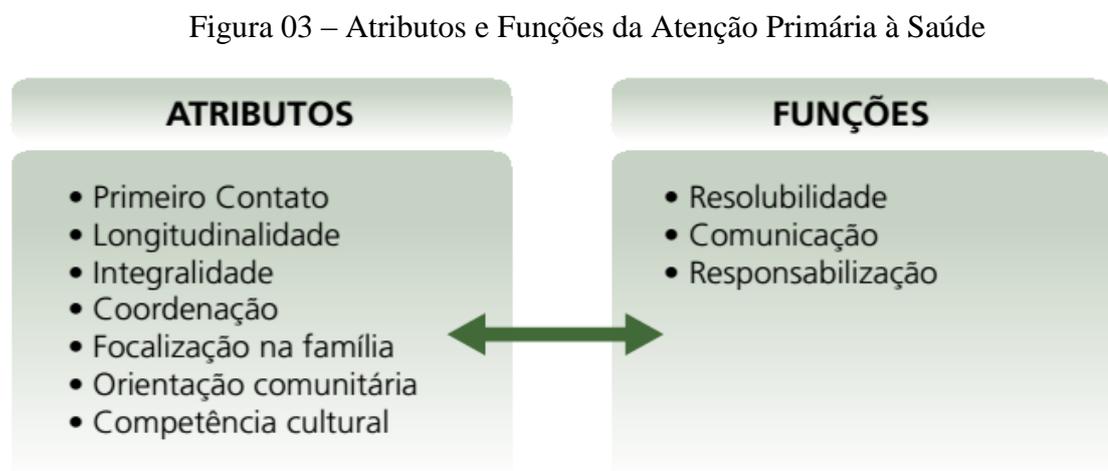
As potencialidades dos arranjos em redes, entretanto, se sobrepõem às fragilidades e aos desafios, destacando-se, em Rodrigues (2014), aumento da oferta desta modalidade de APS e a institucionalização de novas práticas na atenção voltada para a integração assistencial (programas de educação permanente). Ademais, a expansão da cobertura da ESF atrelada a uma política permanente de formação de recursos humanos tem garantido a articulação/integração para uma atuação em rede.

Também é considerada potencialidade das RAS pela literatura pesquisada: institucionalização de novas práticas na atenção voltada para a integração assistencial (programas de educação permanente, subsistema integrado materno infantil); implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos; melhoria dos resultados clínicos e diminuição dos custos da assistência em sistema de saúde organizados em RAS; aumento da oferta de APS com diminuição das barreiras de acesso e estruturação da APS como porta de entrada do sistema (LAVRAS, 2011; RODRIGUES, 2014; SILVA, 2011).

As redes de atenção devem priorizar as necessidades de enfrentamento dos riscos à saúde da população. A partir de tal constatação, em 2011, a CIT (Comissão Intergestora Tripartite) definiu cinco redes prioritárias, e dentre elas, a Rede Cegonha, que objetiva a atenção à gestante e crianças até 24 meses, descrita a seguir.

### ***3.1.1 Atributos da Atenção Primária para Atuação nas Redes de Atenção à Saúde***

A APS apresenta atributos que podem contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde e desempenho das funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização. Denominados de atributos essenciais – primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação – e de atributos derivados – focalização na família, orientação comunitária e competência cultural (LAVRAS, 2011; MENDES, 2015, GIOVANELLA E MENDONÇA, 2009). A figura abaixo demonstra essa relação (Figura 03):



Fonte: Mendes, 2015

Quando se quer verificar se há uma APS eficiente, efetiva e de qualidade, articulada numa RAS, há que se procurar verificar em que medida ela cumpre esses sete atributos e essas

três funções (MENDES, 2015). A seguir, há discussões em torno dos atributos essenciais e funções, que embasarão o desenvolvimento da pesquisa.

- *Atributo essencial: Primeiro contato*

Silva (2013) traz que o primeiro contato implica em acessibilidade, ou seja, a utilização do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema de saúde, sendo obrigatório, assim, que o usuário perceba essa facilidade de acesso. Assim, conforme Starfield (2002) os profissionais que fazem esse primeiro contato deveriam encontrar uma gama muito mais ampla de problemas apresentados do que no caso da atenção subespecializada. Excetuam-se aí os casos de emergências e urgência, mas que também devem receber o cuidado na APS se assim for necessário.

- *Atributo essencial: Longitudinalidade*

Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, com a criação de vínculos entre os profissionais e a população adscrita, necessitando de um ambiente de relação de mútua confiança (STARFIELD, 2002)

Como um processo ofertado de forma regular, Baratiéri e Marcon (2011) colocam os aspectos benéficos da longitudinalidade, ao reconhecer “as necessidades dos usuários, diagnóstico mais preciso, redução de custos e de hospitalizações, melhor prevenção e promoção da saúde e maior satisfação dos usuários”.

- *Atributo essencial: Integralidade*

Significa a prestação de serviços que atendam as necessidades da população em termos de prevenção, promoção, cura e/ou reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que isso aconteça em outros pontos do sistema, cabendo assim, nesse caso, a responsabilidade de articular esse caminho do usuário. (STARFIELD, 2002) Ainda assim, a integralidade é entendida com um leque de ações disponíveis e prestada pela APS (MENDES, 2015; BRASIL, 2010b). Nesse atributo soma-se o olhar da clínica ampliada e seus aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença.

- *Atributo essencial: Coordenação*

Rodrigues et al. (2014, p. 344) referem coordenação como “a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado com os diferentes pontos de atenção e compreendida nas dimensões vertical e horizontal”.

A dimensão vertical relaciona a APS e os demais níveis do sistema, ponderando a APS como porta de entrada; e horizontal, que envolveria a articulação entre as equipes de SF e os serviços de saúde e equipamentos sociais que garantam a continuidade do cuidado. O autor descreve que, para a APS ser coordenadora, tornam-se necessários investimentos em tecnologia nas unidades de saúde, adequação da infraestrutura física, introdução de sistemas logísticos e de apoio, fluxos para acesso aos serviços de saúde, entre outros (RODRIGUES et al., 2014).

O consentimento em torno da importância do tema coordenação para os sistemas de saúde é seguido por outro: as dificuldades teóricas para compreender e operacionalizar o conceito. A literatura reflete o dissenso até mesmo em relação a como nomeá-lo: ‘coordenação entre níveis assistenciais’ ou ‘coordenação dos cuidados’? Também se observa o uso indiscriminado dos termos continuidade, coordenação e integração, que se reflete nas diversas formas de mensurar tal atributo. (ALMEIDA, GIOVANELLA e NUNAN, 2012).

- *Atributo derivado: Focalização na Família*

Também designado como orientação familiar, refere-se ao reconhecimento da família como sujeito ativo no processo saúde-doença e foco da atenção das equipes de SF. Para tanto, faz-se preciso uma abordagem familiar que a veja como unidade social, integrada na rede de serviços e vinculada à APS. (MENDES, 2015; OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

- *Atributo derivado: Orientação Comunitária*

Pressupõe que os contextos físico, econômico e social no qual as necessidades da família se encontram são vistos como componentes de interação e de impactos na sua produção de saúde. A fim de utilizar esse quadro para se realizar a atenção à saúde, há a exigência de análises situacionais em termos de organização e empoderamento social e programas intersetoriais de enfrentamento das causas sociais da saúde (STARFIELD, 2002; OPAS, 2011).

- *Atributo derivado: Competência Cultural*

A característica que denota a competência cultural reconhece o entendimento de hábitos de vida e práticas de saúde das famílias que influenciam em sua qualidade de vida. Requer das equipes de SF uma horizontalidade da atenção, com vínculos e escuta qualificada bem estabelecidos (OPAS, 2011; MENDES, 2015).

- *Função: Resolubilidade*

Tal função é considerada inerente ao nível de APS, significando que ela deve ser resolutiva e capacitada cognitivamente e tecnologicamente para resolver 90% dos problemas de saúde de sua população (MENDES, 2015). Sabe-se que essa meta é possível de ser alcançada na APS, corroborando com Nunes et al. (2012), que relatam o desejo de que “apenas 15 a 20% das pessoas atendidas devam ser referenciadas aos níveis mais especializados”, sem que haja perda de vínculo dos profissionais com a população.

Costa et al. (2014) trazem, por sua vez, que a resolubilidade pode ser alcançada nos serviços de saúde através do acolhimento dos usuários pelas equipes, por um cuidado corresponsável de trabalhos multiprofissionais, autônomos e em redes assistenciais.

- *Função: Comunicação*

A possibilidade de ser o centro de comunicação refere-se às condições de poder realizar a ordenação dos fluxos e contrafluxos das pessoas, produtos e informações entre os diferentes componentes da rede, além de garantir a integralidade, continuidade, eficácia e eficiência da atenção à saúde (MENDES, 2015; SILVA, 2013). A fim de que se estabeleça essa comunicação, há de se ter um apoio logístico e de gestão do cuidado.

- *Função: Responsabilização*

Mendes (2015) coloca que esta função implica no conhecimento e relacionamento íntimo, de cada área com a população, em termos de gestão de economia e sanitária, acompanhando todas as necessidades de cada usuário. A APS deve responsabilizar-se pela saúde da população independente do ponto de atenção em que esteja e pela oferta desses serviços, ordenando assim, o funcionamento da rede (LAVRAS, 2011).

### **3.2 A Rede De Atenção Materno-Infantil: Rede Cegonha**

Em 2011, o MS definiu a criação de cinco redes temáticas, organizadas a partir da necessidade de priorização do enfrentamento de vulnerabilidades, agravos Ou doenças específicas que acometem a população brasileira com impacto importante na situação de saúde. São elas: Rede Cegonha (voltada para gestantes e crianças até 24 meses); rede de atenção às urgências e emergências; rede de atenção psicossocial (voltada para o cuidado ao s indivíduos portadores de transtornos mentais e de necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas); rede de atenção às doenças e condições crônicas; e rede de cuidado à pessoa com deficiência. (BRASIL, 2010a)

Instituída no âmbito do SUS pela Portaria N° 1459, de 24 de Junho de 2011, a Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que “visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011b).

Criada como uma estratégia de se mudar a lógica de atenção à saúde da mulher e da criança, composta predominantemente por serviços isolados, precários e desorganizados, numa lógica conservadora, medicalizada e contando com serviços desnecessários ou mesmo iatrogênicos e subfinanciados (DI GIOVANNI, 2013).

A Rede Cegonha está organizada nos seguintes componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação, onde cada um tem uma série de ações a serem realizadas por todos os pontos da rede. Prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, o transporte seguro e implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento do parto (BRASIL, 2011b). Nessa mesma portaria, o componente Pré-Natal, foco desse estudo, tem as seguintes ações de atenção à saúde a realizar:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;

- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das IST/HIV/AIDS e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

Houve a possibilidade de um município que mesmo não ofertando todos os serviços poder aderir a Rede Cegonha, com as pactuações necessárias feitas nas devidas comissões deliberativas, segundo o parágrafo 1 da portaria.

O financiamento pelo Ministério da Saúde para a operacionalização desse componente direcionou-se a custear dois pontos importantes para a implantação de rede. Os novos exames que a Portaria traz em seu anexo receberam 100% de custeio após a apresentação do Plano de Ação Regional (descrito em portaria posterior), e permanece recebendo com periodicidade mensal, dependendo do número de gestantes cadastradas e dos resultados de exames que forem verificados em tempo oportuno, sendo acompanhados pelo sistema de informação denominado SISPRENATAL (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento). Também há o repasse de custeio para o fornecimento de kits para as UBS, gestantes e parteiras e para deslocamento de gestantes e parturientes para locais de realização de pré-natal e parto, respectivamente (BRASIL, 2011b).

Cavalcanti et al. (2013) afirmam que para delimitar seu campo de atuação prioritário, a Rede Cegonha parte do diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e um uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto).

A fim de implantar e definir especificamente o papel de cada setor no arranjo da rede, nortear o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da Rede Cegonha, a Portaria Nº 650, de 5 de Outubro de 2011 (BRASIL, 2011d), orientou a criação dos Planos de Ação Regional a serem pactuados por cada município e sua respectiva região de saúde.

A RC, proposta pelo Governo Federal, é uma estratégia que visa enfrentar o problema do elevado número de óbitos de mulheres e de crianças por meio de iniciativas que mudem esse cenário existente no Brasil. As ações dessa estratégia vão além do repasse de recursos atrelado ao aumento de leitos ou da oferta de procedimentos: elas buscam a melhoria da atenção destinada a sua população-alvo (CAVALCANTI et al., 2013, p. 1311).

Tais planos abordam a identificação da população geral e das mulheres em idade fértil dos municípios, como dos nascidos vivos no ano anterior, a programação física e financeira da atenção integral à saúde materna e infantil e por último, a responsabilidade de cada ente federativo.

A implantação da Rede Cegonha ainda encontra-se em curso, e a mesma tem na APS uma garantia de facilidade e pequenos ajustes, pois esta se adequando à proposta da rede vai fortalecer algumas atividades que já ocorrem, proporcionando um cuidado ainda mais próximo no desenvolvimento das ações de acompanhamento da mulher e criança (DI GIOVANNI, 2013).

A Rede Cegonha, então, para cumprir seus objetivos, necessita de APS qualificada em atributos reconhecidos como essenciais e derivados, expostos no próximo ponto dessa revisão.

### **3.3 Avaliação em Saúde**

Independente da forma, o ato de avaliar adiciona sentido quando se coloca como instigador de reflexões para melhorias, tanto a nível institucional como profissional, para atingir uma assistência de qualidade ao usuário. Trata-se de uma prática amplamente realizada, sendo que no Brasil, essa preocupação se amplia de modo progressivo nos últimos anos, especialmente nos serviços públicos (PAIM, 2005).

A avaliação pode ser definida, por Aguilar e Ander-Egg (1994) como uma pesquisa social que identifica, obtém e proporciona dados e informações relevantes para a decisão racional dos diferentes componentes de um programa já existente ou que ainda se realizarão, promovendo a compreensão de seu êxito ou fracasso.

Quanto às bases teóricas da questão, Hartz (1997) traz a avaliação normativa e a pesquisa qualitativa como presentes no cenário da avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. No primeiro, o objetivo é comparar os recursos empregados – em termos de suficiência e adequação dos recursos – e aferir a relação entre os resultados obtidos e os esperados, através de índices previamente parametrizados, caracterizando-se como

primordialmente administrativa. Na abordagem da pesquisa avaliativa, o objetivo é fazer um julgamento usando métodos científicos, medindo a pertinência, a reprodução e o poder de ser realizável, através de pesquisa-ação e estatística.

Samico et al. (2010) pontuam cinco objetivos da avaliação: *estratégico*, ao auxiliar o planejamento e elaboração da intervenção; *formativo*, quando possibilita fornecer informações para a melhoria de um processo em andamento; *somativo*, pois determina efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida ou interrompida, *transformador*, ao mudar de todas formas a situação e por fim, *fundamental*, ao passo que contribui para a elaboração teórica e progresso dos conhecimentos.

Na área da saúde, a avaliação vem se conformando como um instrumento relevante para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde, tanto no aspecto de avaliação normativa quanto de pesquisa avaliativa, como também para satisfazer o conjunto da população usuária do sistema distribuindo essas intervenções de forma equânime. Por produzir informação e conhecimentos das intervenções e aprimorar as bases teóricas, avaliar a saúde significa possuir um feedback fundamental (SANCHO e DAIN, 2012).

A avaliação em saúde, no seu processo de evolução, determina o aparecimento de distintos paradigmas, como afirmam Sancho e Dain (2012). O paradigma pós-positivista afirma a suposição de que o indivíduo não conhece a realidade, e então, a avaliação se condiz pelo rigor da coleta e na análise dos dados, que se distingue do paradigma da teoria crítica, onde a avaliação se constitui no fato de que a realidade é influenciada por diversos valores que aparecem com a interação entre o pesquisador e o objeto de análise. Por fim, o paradigma construtivista se estabelece pela as realidades são inúmeras e influenciadas por inúmeros contextos, e o pesquisador e o objeto de negociam uma realidade.

As práticas de saúde, assim como outras práticas sociais, podem ser avaliada em suas diversas dimensões: individual ou a níveis de programas, serviços ou sistemas. Dessa forma, abre um leque de possibilidades de disparar aprimoramento profissional e efeitos positivos ao trabalho avaliado. A avaliação de uma estratégia da magnitude da ESF, por exemplo, devido à sua amplitude, é uma tarefa que costuma se restringir a uma de suas perspectivas, e exige a participação de diversas instituições e profissionais em um esforço coletivo contínuo e perseverante. (BRASIL, 2010b; FONSECA et al., 2012)

Donabedian (2003) desenvolveu uma metodologia para o entendimento da avaliação da qualidade da saúde, utilizando conceitos de estrutura, processo e resultado, que correspondem

aos conceitos da Teoria Geral dos Sistemas e é o referencial teórico da presente pesquisa. Essa base teórica é considerada o esforço mais bem sucedido de classificação das abordagens possíveis para a avaliação em saúde (SILVA; FORMIGLI, 1999) e está descrita a seguir.

### ***3.3.1 Avaliação de Donabedian***

Avedis Donabedian nasceu em sete de junho de 1919 em Beirute, no Líbano. Após graduar-se como médico na Universidade Americana de Beirute, seus horizontes expandiram-se e o levaram a Harvard, onde obteve o grau de Mestre em Saúde Pública em 1955. Através de um corpo de oito livros e mais de 50 artigos, Donabedian transformou o pensamento sobre os sistemas de saúde, convertendo-os em um campo para a investigação e uma arena excitante para a ação (FRENK, 2000 apud RAMOS, 2014).

Suas reflexões, por Mendes (2015, p. 75), foram desenvolvidas a partir do “cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade, isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico visando melhorar a qualidade.” O referencial teórico sistêmico proposto reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde e contribui para corrigir o curso do programa ou projeto ainda em andamento.

Donabedian foi considerado um dos primeiros pesquisadores sobre a temática da avaliação em serviços de saúde. Avedis Donabedian é reconhecido pelos profissionais de saúde envolvidos com a garantia de qualidade em saúde como uma referência em todos os aspectos dessa linha de estudo, principalmente nas questões teóricas e práticas de monitoração e avaliação de qualidade (MALLET, 2005).

Este autor, em 1991, deliberou a qualidade “como um julgamento tanto sobre o componente técnico quanto sobre as relações interpessoais entre o cliente e o profissional, naquilo que estas características têm de "bom" (goodness)”. Considerava, ainda, que a qualidade da dimensão técnica do cuidado deveria ser julgada pela sua efetividade, o que corresponde, em última análise, a considerar esses dois termos como equivalentes (SILVA E FORMAGLINI, 1994).

Para o referido autor a qualidade deve ser entendida sob três aspectos: a qualidade técnico-científica, a qualidade na inter-relação e a centralidade da satisfação dos usuários como um dos elementos mais importantes em seus conceitos. Ele refere ainda inúmeras questões sobre os elementos que a compõem (DEGANI, 2002).

Trazendo à avaliação um olhar da percepção de qualidade de serviço, Donabedian (1980), concebeu a tríade "estrutura-processo-resultados", a partir do referencial teórico sistêmico. Os conceitos de estrutura, processo e resultado como abordagens dominantes da avaliação da qualidade da atenção à saúde, vista como produto da ciência e tecnologia da atenção à saúde e aplicação dessa ciência e tecnologia na prática, estão descritos a seguir.

A “estrutura” corresponde às características mais estáveis da assistência: refere-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços – como o monitoramento (SILVA; FORMIGLI, 1999). Avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção à saúde como: medidas que se referem à organização administrativa da atenção médica; descrição das características das instalações, da equipe médica disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação com as normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência (REIS et al., 1990).

A avaliação do “processo”, por sua vez, é o indicador mais direto para análise da qualidade da assistência prestada; esse tipo de avaliação está orientado, principalmente, para a análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. A avaliação do processo compara os procedimentos empregados com os estabelecimentos como normas pelos próprios profissionais de saúde. (DONABEDIAN, 2003).

Por sua vez, os “resultados” são indicadores de qualidade, de forma indireta, dos aspectos relacionados à estrutura e ao processo. Descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde, estando relacionados, devido a sua natureza multifacetada, ao que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado total (DONABEDIAN, 2003).

A figura a seguir (Figura 4) demonstra o modelo de Donabedian, calcado na tríade estrutura, processo e resultados:

Figura 04 – O modelo de avaliação de Donabedian (2003).



Fonte: Mendes (2015)

Silva e Formigli (1994) referenciam que o aspecto central considerado por Donabedian é a qualidade da saúde, mesmo que por vezes o autor expressasse dúvida se a noção de qualidade estava associada a um atributo único ou a um conjunto heterogêneo de fenômenos – e passa então a julgar a qualidade tanto sobre o componente técnico quanto sobre as relações interpessoais entre o cliente e o profissional.

A avaliação segundo um número de critérios que envolvam a estrutura, o processo e o resultado permite, ao final, um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, os problemas e as falhas, trazendo a necessidade de buscar estratégias para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios. A avaliação da qualidade não deve ser vista como um julgamento a priori, mas uma oportunidade de mudança. A avaliação não deve ser entendida como um fim em si mesmo, mas deve ser acompanhada por propostas que busquem implementar as mudanças (CAMPOS, 2005).

As discussões acerca da qualidade no sistema de saúde, tanto no meio médico quanto em nível governamental e entre usuários, têm tomado maiores proporções à medida que se amplia o acesso aos serviços. Esses três tipos de informação só podem ser utilizados para avaliar qualidade se existir uma relação causal entre eles: a estrutura levando ao processo e o processo ao resultado. No entanto, muitas vezes não é fácil saber onde termina a estrutura e começa o processo, sendo algumas vezes arbitrária essa separação. (MALLET, 2005).

Embasado na teoria sobre avaliação da qualidade da estrutura, processo e resultados de Donabedian, a OMS adotou um instrumento denominado *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, proposto devido à escassez de pesquisas que avaliam o desempenho da APS. Consiste em um questionário estruturado que mede empiricamente os atributos essenciais e derivados da APS, mediante avaliação dos usuários, gestores e profissionais de saúde, tendo sido adaptado e validado em diferentes países: Brasil, Coréia do Sul e Catalunha-Espanha (PRATES et al, 2017). O presente estudo alicerçou-se também nesse instrumento.

### 3.4.2 *Qualidade da Atenção*

É consenso na literatura pesquisada a dificuldade em se ter uma definição precisa de qualidade; os conceitos expostos ainda são genéricos e não asseguram parâmetros nas práticas profissionais (SARAPIONE, 1999; SAVASSI, 2012; DONABEDIAN 1980).

Sarapione (1999) relata que a qualidade, segundo Eiglier & Langeard (1988), está relacionada a dois elementos: um objetivo, ligada à estrutura física do produto, e outro subjetivo, que se configura com a satisfação, percepção e expectativa do usuário; porém, no caso dos serviços, como o de saúde, a qualidade se reduz à satisfação do cliente em uma determinada situação.

Mais recente, Savassi (2012) afirma que o conceito de qualidade está atrelado à globalização e à mudança de postura do consumidor, exigindo desempenho confiável de produtos e serviços, sem tolerância de tempo ou falhas e, portanto, mais próximo do julgamento dos clientes do que do próprio gestor. Sarapione (1999) também fortalece essa visão ao citar Nogueira (1994) que coloca a qualidade em primeiro plano com a opinião do usuário como um aspecto determinante no julgamento da qualidade. Donabedian (1992) sugere que a qualidade pode ser definida como o grau de conformidade das atividades terapêuticas em relação ao comportamento normativo.

Sobre essa aproximação da saúde com a área comercial, Starfield (2002) garante que a busca pela qualidade é a mesma, visto que os clientes/usuários exigem muito em relação a acesso e tempo a profissionais de saúde, exames e procedimentos. Isto retoma novamente o retrato da qualidade de como os clientes veem esses serviços em detrimento ao que busca os gestores. Campos (2005, p. 64), por sua vez, reitera essa busca pela qualidade, diz que a atenção à saúde deve buscar “otimizar os seus efeitos desejáveis e, por outro lado, minimizar os seus efeitos indesejáveis, para, acima de tudo, responder às expectativas e necessidades manifestas dos usuários.”

Campos (2005) ainda reflete sobre a concepção sobre qualidade de acordo com o lugar que ocupa o sujeito no sistema de saúde: os gestores dos serviços acabam por centralizar sua atenção em determinadas áreas, como rendimento, custo e eficiência, e junto aos profissionais de saúde estão preocupados com a satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, a excelência técnica. Em outro lugar, o cliente ou usuário entende como qualidade ao adquirir os melhoramentos esperados.

A caracterização de um serviço de qualidade depende da relação de critérios tomados para avaliação, o que não possui caráter definitivo devido ao crescimento dos estudos científicos e da própria sociedade que está sempre mudando. As comunidades passam então a exigir serviços cada vez mais refinados e comparados às outras realidades que não a sua (SAVASSI, 2012)

Na área da saúde, a qualidade abarca diversos aspectos, podendo-se entendê-la como a "provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário" (Hernandez; 1993 *apud* Campos, 2005).

A partir dos anos 80, começa a desenvolver-se uma nova área de estudos e investigação que já não se limita à análise dos custos das atividades no campo da saúde, mas presta muita atenção, também, ao controle de qualidade e à satisfação dos usuários (SARAPIONE, 1999).

Para Donabedian (1980) *apud* Degani (2002), um dos primeiros autores a trabalhar com a qualidade em saúde, a mesma é alcançada quando se tem os seguintes pilares:

QUADRO 01– Sete pilares da Qualidade segundo Donabedian (1980)

<b>Eficácia</b>	Capacidade da ciência e da arte do cuidado em oferecer o melhor sob as condições mais favoráveis. É o que pode ser alcançado e o melhor que se pode fazer sob as condições mais favoráveis e controladas.
<b>Efetividade</b>	Cumprimento das metas estabelecidas nos planos e pactos de saúde e dos protocolos clínicos estabelecidos para o provimento da atenção à saúde.
<b>Eficiência</b>	A capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível.
<b>Aceitabilidade</b>	Conformidade com as preferências do paciente (acessibilidade, relação médico-paciente, efeitos e custo do cuidado prestado)
<b>Legitimidade</b>	Conformidade ao nível social: além do cuidado com o indivíduo, existe a responsabilidade com o bem-estar de todos.
<b>Otimidade</b>	O mais vantajoso balanço entre custos e benefícios.
<b>Equidade</b>	Justiça na distribuição dos serviços.

Fonte: Degani (2002)

Ainda este autor coloca que para definir a qualidade no contexto dos serviços em saúde requer sua divisão em técnico e interpessoal. O primeiro está relacionado à aplicação dos conhecimentos e das tecnologias enquanto o segundo está fundamentado na interação social e psicológica entre o paciente e os profissionais.

Os serviços de saúde de alta qualidade estão preocupados não somente com a adequação dos serviços para o diagnóstico e manejo de doenças, mas também com a adequação dos serviços que previnem doenças futuras e promovem melhoras na saúde. (STARFIELD, 2002, p. 419)

Não obstante essa integralidade vista como prioritária, os serviços de saúde estão esgotados devido à forma como se encontra a relação com o paciente – em decadência – e com o profissional – pouco reconhecido, além do modelo de pagamento dos procedimentos (SAVASSI, 2012).

“A qualidade é um objetivo que vem sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários em vários países do mundo, inclusive no Brasil” (CAMPOS, 2005, p. 65). Na APS, por sua vez, a criação de critérios para avaliar essa qualidade sempre atrelou-se exclusivamente às áreas técnicas de programas de saúde para a atenção à saúde integral da mulher, da criança, do combate à tuberculose, a vigilância epidemiológica entre outras, envolvendo somente a gestão e a assistência que possuíam visões diferente da qualidade.

Savassi (2012) elenca alguns instrumentos de avaliação da qualidade utilizadas aqui no Brasil: Sala de Situação, Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), PCA-Tool (Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária) e mais recentemente o PMAQ (Programa de Avaliação para Melhoria da Qualidade).

A afinidade entre qualidade e avaliação torna-se próxima pela atribuição de juízos de valor que as duas trazem. Mandu (2015) explica essa aproximação ao informar que os “processos avaliativos tem por objetivo último detectar a distância ou proximidade dos serviços e ações profissionais de uma dada qualidade almejada”, sejam direcionadas a coisas, processos, produtos ou outros.

A presente dissertação visa avaliar a qualidade da APS na Rede Cegonha, especificamente em seu componente Pré-Natal; a qualidade da atenção possui suas bases ancoradas nos atributos da APS. Ao rever a literatura, passou-se a compreender, constatar e apropriar-se dos principais conceitos referentes ao objeto a ser estudado.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo e Abordagem do Estudo

Trata-se de um estudo com abordagem quantiqualitativa, do tipo avaliativo, com objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, torná-lo mais explícito ou construir hipóteses (GIL, 2007).

Minayo, Deslandes e Gomes (2013) consideram, sob o olhar metodológico, não haver contradição entre as abordagens investigativas quantitativas e qualitativas, sendo ambas científicas do ponto de vista epistemológico: enquanto a primeira atua em níveis da realidade onde os dados se apresentam aos sentidos, a segunda trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, podendo qualquer uma delas gerar questões a serem aprofundadas pela outra e vice-versa. Portanto, a complementariedade das abordagens foi imprescindível para conferir tangibilidade estimável ao processo avaliativo e atribuir sentidos e caracterizações ao objeto de avaliação: a qualidade da APS de Ibiapina/CE na Rede Cegonha.

Estudos avaliativos estão situados na imputação de um valor a uma intervenção ou a uma mudança política. Formam julgamentos sobre a característica da intervenção para os envolvidos (e sistema de saúde) e a avaliação de se as respostas e os desfechos da intervenção estão justificados por seus inputs e processos (POPE e MAYS, 2005).

A avaliação da qualidade da saúde pode ser realizada através da teoria de Donabedian (2003), baseada na tríade estrutura, processo e resultados, e norteou este estudo para o alcance dos objetivos, a partir do instrumento *Pcatool*.

As reflexões deste estudo partiram da identificação da “estrutura” disponível para a realização da atuação – ou seja, a disponibilidade de recursos organizacionais, materiais e humanos da APS para garantir os atributos essenciais e derivados da APS de Ibiapina; em seguida, o “processo” foi conhecido pela atuação que os profissionais são capazes de fazer para a assistência às usuárias dentro da Rede Cegonha e, os “resultados”, por fim, analisados pelos indicadores dos níveis de saúde e satisfação dos usuários IR P/ PROCEDIMENTOS

### 4.2 Local de Estudo

A pesquisa se desenvolveu no município de Ibiapina, localizada na Região Noroeste do Estado do Ceará, que possui uma população estimada de 24.446 habitantes (IBGE, 2016).

Distancia-se 320 km da capital cearense. Pertence à 13ª Microrregião de Saúde de Tianguá, município a 26km, e a Macrorregião de Sobral, distante 120km. Sua modalidade de gestão é Plena – 100% de gerência administrativa de caráter municipal – e tem a APS como estratégia estruturante de sua organização da saúde.

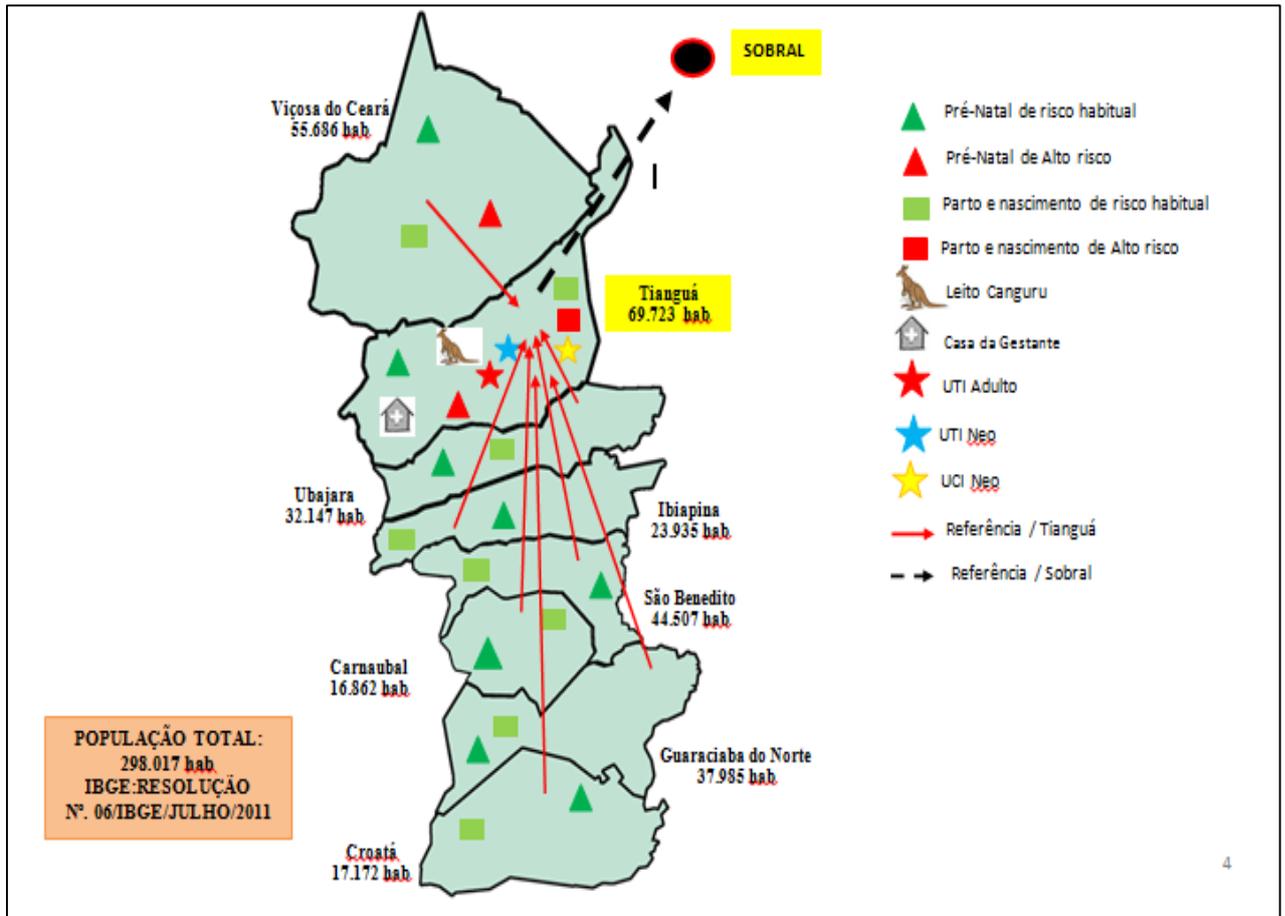
Dispõe de 12 equipes de SF, das quais 4 estão localizadas na sede e as demais na zona rural, com 8 equipes de Saúde Bucal e uma equipe de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Dessas 12 equipes, 8 atualmente contam com profissional médico cadastrados no Programa Mais Médicos. No município há ainda 1 estabelecimento de saúde hospitalar com 36 leitos cadastrados. Todas as 12 equipes da APS estão habilitadas a realizar os pré-natais de risco habitual.

A Microrregião de Saúde de Tianguá, ou somente Região de Saúde de Tianguá, possui população estimada em 298.017 habitantes. A região é composta por oito municípios: Carnaubal, Croatá, Guaraciaba do Norte, Ibiapina, São Benedito, Tianguá, Ubajara e Viçosa do Ceará. A Região possui vocação para desenvolver o potencial turístico direcionando-o para o turismo ecológico, de lazer, cultural, esportivo. A Região de Saúde possui o nível básico e secundário, sendo o primeiro a porta de entrada. Na atenção secundária, possui hospitais municipais de pequeno porte e médio para atendimentos locais e um hospital de referência, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Atenção a Saúde do Trabalhador (CEREST) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (SESA, 2016).

Por sua vez, a Macrorregião de Saúde de Sobral é composta pelas seguintes regiões de Saúde: Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim. As macrorregiões são constituídas por serviços especializados de alta complexidade e alto custo, tais como serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave. Assegura também tratamento intensivo, como serviços de urgências clínicas e cirúrgicas e, traumatologia e ortopedia proveniente de traumas. A população estimada é de 1.606.608 habitantes (SESA, 2016).

A construção do desenho da Rede Cegonha deu-se no ano de 2011, de maneira colaborativa com a participação de todos os municípios que compõem a região de saúde, tendo apoio da equipe técnica da Secretaria Estadual de Saúde, Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Ministério da Saúde (CEARA, 2011). Tal desenho pode ser visualizado na figura a seguir (Figura 05).

Figura 05 – Desenho da Rede Cegonha da 13ª Microrregião de Saúde de Tianguá/CE



Fonte: (CEARA, 2011)

O município assegura a realização de exames e consultas dentro da micro e macrorregião pela Central de Regulação Municipal. Especificamente para as gestantes e crianças que necessitam de pré-natal e parto de alto risco, a microrregião de saúde possui, respectivamente, uma unidade ambulatorial de referência denominada de Policlínica Dr. Francisco Edvaldo Coelho Mota e uma unidade hospitalar de referência o *Hospital Maternidade Madalena Nunes*, ambos situados em Tianguá, a 27km. Pela macrorregião, o atendimento é garantido pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral, unidade hospitalar filantrópica, também nos casos de parto e nascimento de alto risco, situada a 116km do local de estudo.

### 4.3 Período de Estudo

A pesquisa se desenvolveu durante os anos de 2016 e 2017, seguindo o cronograma do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família. A definição do objeto de estudo, a revisão de

literatura e qualificação do projeto se deram em 2016, e a coleta de dados e elaboração dos resultados, em 2017.

#### **4.4 Participantes do Estudo**

Os participantes do estudo compuseram-se dos enfermeiros da APS do município e das usuárias da Rede Cegonha, e contribuíram nos vértices do processo e resultado da qualidade da atenção em estudo, respectivamente.

Objetivando o conhecimento do processo acerca da qualidade da APS na Rede Cegonha, foram convidados a participar desta pesquisa os enfermeiros que compõem as equipes de SF do município e que aceitassem participar do estudo, sendo estes os critérios de inclusão do grupo. Dentre os 12 enfermeiros convidados, 8 aceitaram responder o instrumento de coleta, 2 se recusaram e 2 encontravam-se de férias durante o período da realização do questionário.

Tais sujeitos foram determinados devido ao seu papel de liderança dentro das dimensões a serem pesquisadas, e por estarem rotineiramente inseridos no serviço, conhecendo, assim, a realidade do processo. Alves, Andrade e Santos (2016) corroboram essa importância do enfermeiro nas equipes de SF, por ser “o coordenador do processo de trabalho, influenciando diretamente o fazer de todos os componentes, bem como impactando, de forma direta, os indicadores de saúde e o desempenho da equipe”.

Dos 8 enfermeiros que se dispuseram a colaborar com o questionário, 2 solicitaram responder em outro momento, e assim depois retornaram com o instrumento, 1 enviou via e-mail e os demais informaram suas percepções junto ao pesquisador no mesmo momento. Para caracterizá-los no conhecimento do processo, conforme a entrega dos questionários ia acontecendo, denotou-se os participantes como E.01, E.02, de maneira consecutiva.

Usuárias da APS também participaram do estudo visando a análise dos resultados da atuação da APS na Rede Cegonha. Essas foram selecionadas a partir do critério de que fossem gestantes e/ou puérperas que tiveram atendimento dentro da rede, seja em consultas de pré-natal de risco habitual ou mesmo em consultas de pré-natal de alto risco, parto e nascimento de alto risco que continuaram a ser acompanhadas pela ESF de referência e aceitassem participar do estudo.

Tal seleção ocorreu com o sorteio desses sujeitos no livro de registros da Central de Regulação do município que os referenciaram a tais níveis de maior complexidade, no período

de Janeiro a Dezembro de 2016; o livro dispunha de 190 nomes, sendo sorteados um número de 50 usuárias. Após tal seleção, esses sujeitos foram procurados individualmente em suas residências juntamente com profissionais das equipes de SF que na maioria das vezes foram as Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs).

Nessa etapa, foram entrevistadas 27 usuárias em seus domicílios, sendo 20 residentes na zona urbana do município e 7 na zona rural, que aceitaram participar do estudo. Encerrou-se essa quando houve saturação das informações, ou seja, a repetição era visível e não apresentava mais nenhuma contribuição ao seu objetivo (MINAYO, 2012). Essas participantes foram sendo identificadas neste estudo de acordo com o número da entrevista: a primeira entrevista está com o U.1, a segunda, U.2, e assim sucessivamente.

#### **4.5 Métodos e Procedimentos para Coleta dos Dados**

A fim de se identificar a estrutura disponível no município para a atuação da APS, realizou-se observação sistemática para obter aspectos referentes aos recursos materiais, organizacionais e humanos. Segundo Gil (2007), esse tipo de coleta de dados permite que os fatos sejam percebidos diretamente, sem qualquer intermediação, reduzindo, assim a subjetividade do pesquisador. O mesmo autor considera ainda que a observação utiliza dos sentidos e olhar criterioso para descobrir e entender a regularidade e as relações existentes entre os fenômenos, e que há a necessidade da construção de categorias de análise de acordo com o objetivo da pesquisa.

Um roteiro de observação (Apêndice A) foi construído para essa etapa com base no *Pcatool*, referenciado de Brasil (2010b) onde são avaliados os atributos da APS, que segundo Mendes (2015), são necessários para a articulação da mesma com as RAS. Portanto, os elementos estruturais imprescindíveis para que a APS consiga concretizar seus atributos – essenciais e derivados – no componente 1 da Rede Cegonha foram verificados.

Nessa etapa, foram visitadas 7 unidades básicas de saúde, que abrigam 8 equipes de SF; dessas unidades, 4 estão localizadas na sede do município e 3 na zona rural. Tais visitas ocorreram no turno vespertino, devido à menor movimentação de usuários, sendo acompanhadas por profissionais da unidade que orientavam a busca pelos itens de verificação.

Para conhecer a vértice do processo, realizou-se um questionário com os 8 enfermeiros da APS participantes do estudo. Tal questionário também foi baseado no instrumento *Pcatool*

Brasil (2010b), delineando-o, dessa vez, às características de atuação dos profissionais para que haja a qualidade da atenção.

O instrumento adaptado para esse estudo encontra-se em apêndice (Apêndice B). Dessa forma, buscou-se conhecer os elementos processuais necessários para que a APS consiga materializar seus atributos – essenciais e derivados – e proporcionar às gestantes qualidade da atenção no componente 1 da Rede Cegonha.

O questionário, conforme Gil (2007), conforma-se como uma “técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc”. Tem a vantagem de não expor nem influenciar o participante, permitindo que este o responda na hora que julgar mais conveniente, e garante o padrão das perguntas feitas a todos.

Para analisar os resultados da atenção, foram efetivadas duas formas de coleta de dados: a satisfação das usuárias da APS que tiveram atendimentos dentro da Rede Cegonha, estando a gestação em curso ou não, complementando-se com os indicadores de saúde. Assim, foi possível analisar se a qualidade da atenção está atingindo seu objetivo, refletindo, por sua vez, a consolidação dos atributos da APS na Rede Cegonha.

Primeiramente, foram coletados através de entrevistas semiestruturadas (Apêndice C) a percepção das usuárias do serviço de saúde quanto a satisfação – em termos sobre o que se espera e o que foi encontrado na assistência dentro do componente 1 da Rede Cegonha. Nessa etapa, foram entrevistadas 27 usuárias em seus domicílios, sendo 20 residentes na zona urbana do município e 7 na zona rural, que aceitaram participar do estudo.

Ademais, a análise foi complementada pelo conhecimento de indicadores de saúde relacionados aos componentes da Rede Cegonha, retirados do site do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), SISPRENATAL e PMAQ, considerados pelos Ministério da Saúde importantes para avaliação e monitoramento da Rede Cegonha (BRASIL, 2011b).

Durante a fase de preparo do campo, realizaram-se testes-pilotos, a fim de verificar se os instrumentos construídos (questionário e entrevista) eram claros e favoreciam respostas significativas, e realizadas adequações no instrumento conforme foi necessário. Todas as entrevistas foram gravadas para posteriores transcrições.

#### 4.6 Análise dos resultados

A análise do material recolhido em campo possui três finalidades complementares dentro de uma investigação social. A primeira é a heurística, ou seja, inserir-se no contexto de descobertas da pesquisa; a segunda finalidade é a de administrar as provas, quando se parte de hipóteses provisórias, confirmam-nas e levantam outras. O terceiro fim a que se emprega o exame dos dados é ampliar a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens (MINAYO, 2012).

O tratamento dos dados quantitativos, obtidos com o roteiro de observação, o questionário e a análise dos indicadores de saúde foram apresentados utilizando-se gráficos e tabelas construídos através do programa Microsoft Office Excel 2007.

Quanto aos dados qualitativos, não há finalidade contar pessoas ou opiniões e sim, explorar o conjunto dessas opiniões e representações sociais sobre o tema que se pretende investigar.

Devemos considerar que sempre haverá diversidade de opiniões e crenças dentro de um mesmo segmento social, e a análise qualitativa deve dar conta dessa diferença interna aos grupos, caminhando tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um mesmo meio social [GOMES, 2007, p.88].

A expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a Análise de Conteúdo (MINAYO, 2012), onde se parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, aquele que ultrapassa os significados manifestos. Tal metodologia se constitui de várias técnicas onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos.

Determinou-se que a técnica utilizada, dentre as possíveis dentro da Análise de Conteúdo, será a análise temática, onde o conceito central é representado pelo tema, isto é, as afirmações sobre as questões em avaliação. Identificou-se os núcleos estruturadores recorrentes nos discursos e nos dados, cuja frequência tenha relevância para os objetivos almejados, buscando a explicitação do sentido presentes nos conteúdos.

Os procedimentos metodológicos que levaram à categorização, inferência, descrição e interpretação dos dados, são descritos a seguir:

- Primeiramente, caracterizou-se os elementos, classificando-os por diferenciação (expressão-chave), e logo após por analogias (ideias centrais) temáticas, garantindo-se

os princípios de homogeneidade, exaustividades, concretização e adequação aos objetivos da pesquisa;

- Em seguida, houve a descrição das características do texto, enumerando-se as categorias após o tratamento analítico (categorização temática);
- Logo após, realizou-se as inferências do material, articulando-o aos fatores que determinaram suas características;
- Por último, feito a interpretação dos resultados da pesquisa.

O quadro a seguir apresenta o resumo da metodologia utilizada nesta pesquisa. Nele se encontram os participantes do estudo, tipos de coleta e análise dos dados e informações que geraram os resultados de cada objetivo específico proposto, e conseqüentemente, o alcance do objetivo geral:

Quadro 02 – Resumo da Metodologia utilizada na pesquisa

<b>Objetivo</b>	<b>Sujeito</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>Análise</b>
<b>Identificação da Estrutura</b>	-	Observação Sistemática	Gráficos através do Programa Excel 2007
<b>Conhecimento do Processo</b>	Enfermeiros da APS de Ibiapina/CE	Questionário	Gráficos através do Programa Excel 2007
<b>Análise dos Resultados</b>	Usuárias da Rede Cegonha	Entrevistas semi-estruturadas	Análise de conteúdo (Minayo, 2012)
	-	Consulta aos Sistemas de Informação da Saúde	Tabelas através do Programa Excel 2007

Fonte: Primária

#### 4.7 Aspectos Éticos e Legais Da Pesquisa

O estudo foi regido pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a). A realização desta pesquisa, portanto, implicou em quesitos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça e equidade.

A autonomia foi atingida através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado pelos sujeitos da pesquisa, comprovando sua livre escolha para participar da pesquisa e garantindo sua saída no momento que desejar. Utilizou-se 2 TCLEs, configurados de acordo com o grupo a que o sujeito pertence: enfermeiros (Apêndice C) e usuárias do serviço de saúde (Apêndice D).

A beneficência foi garantida com a ponderação entre riscos e benefícios, havendo o comprometimento com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Respeitou-se a não-maleficência garantindo-se que danos previsíveis foram evitados, assim como a justiça e equidade, quando todos os participantes tiveram acesso aos resultados da pesquisa e aos benefícios que possa trazer.

Este estudo teve ainda o Termo de Anuência assinado pela Secretaria Municipal de saúde de Ibiapina/CE e, por conseguinte, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) tendo sido aprovado com protocolo de número 1.937.131.

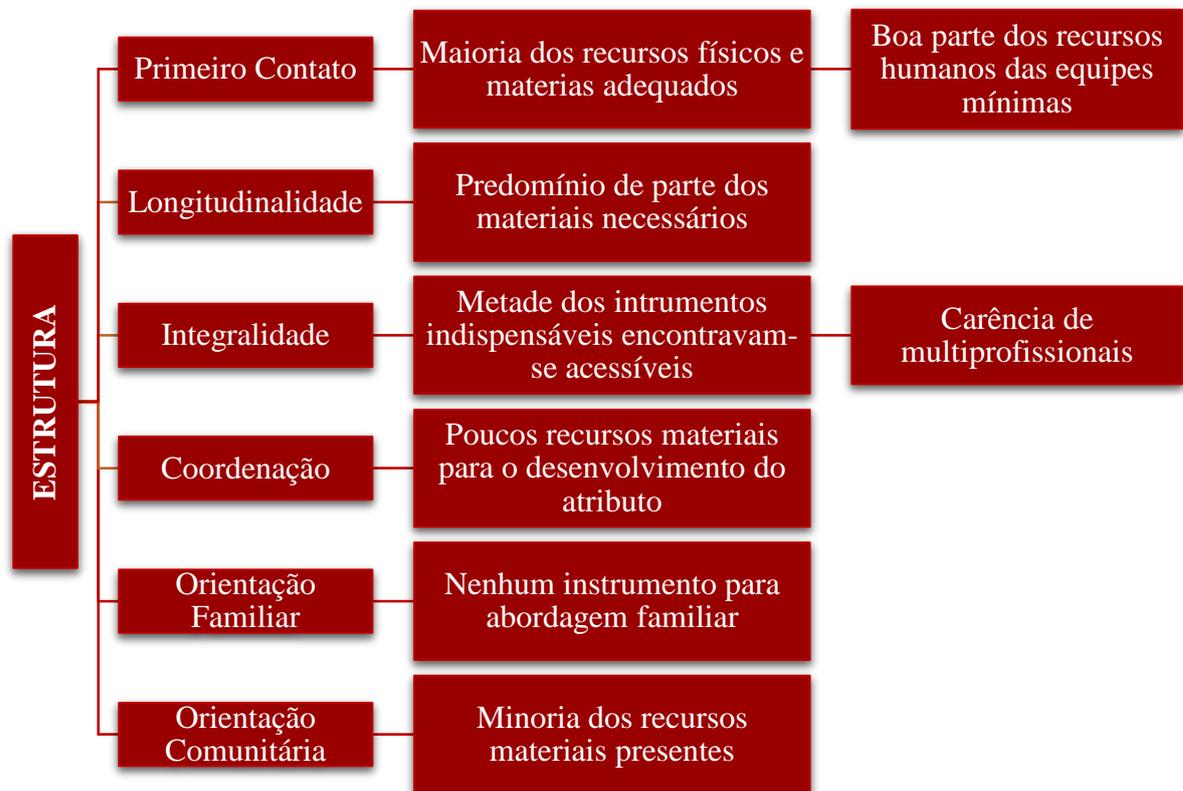
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Concebeu-se a apresentação da identificação da estrutura, do conhecimento do processo de atuação dos profissionais e dos resultados da satisfação das usuárias e dos indicadores de saúde neste capítulo. Tais discussões visaram avaliar a qualidade da APS na Rede Cegonha por meio da materialização dos atributos desse nível de atenção, baseadas no referencial teórico que conduziu a pesquisa.

### 5.1 Estrutura Disponível

A fim de consolidar os seus atributos essenciais e derivados, e assim cumprir a qualidade da atenção dentro da Rede Cegonha, a APS necessita de estrutura em termos de recursos físicos, materiais e humanos. A observação sistemática de 7 UBS do local de estudo possibilitou verificar essa situação, retratada na figura 06. Ressalta-se que os recursos humanos foram alocados em alguns atributos visando o arranjo da exposição dos resultados encontrados, entretanto considera-os fundamentais para a materialização de todos atributos.

Figura 06 – Identificação da estrutura para a atuação na APS.

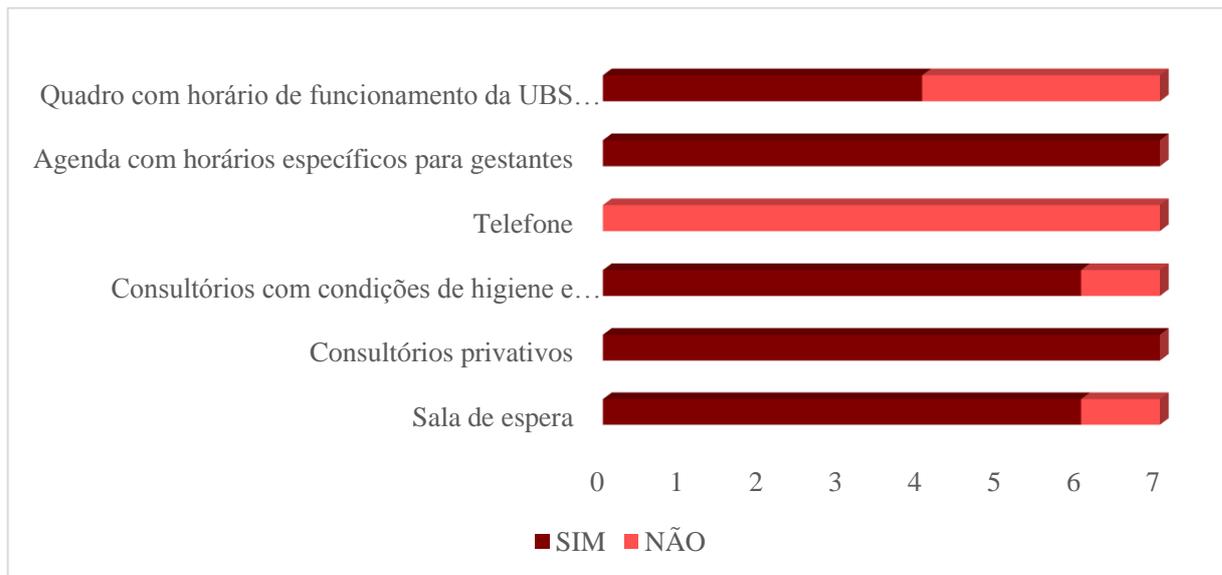


Fonte: Primária

Com o propósito de investigar a estrutura disponível no município para que as equipes de SF possam atuar no componente Pré-Natal da Rede Cegonha, foram verificados itens que contemplem os atributos desse nível de atenção.

O primeiro atributo examinado foi o de Primeiro Contato, que possibilita às gestantes desse município identificar estas unidades como o principal recurso a ser buscado. O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde o define como um atributo que “implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde” (BRASIL, 2015, p.28). Os itens verificados foram: (1) *Quadro com horário de funcionamento da UBS*; (2) *Agenda com horários específicos para gestantes*; (3) *Telefone na unidade*; (4) *Consultórios com higiene e ventilação*, (5) *Consultórios privativos e* (6) *Sala de Espera*. O gráfico a seguir apresenta os dados coletados:

Gráfico 01 – Recursos Físicos e Materiais para o Primeiro Contato das Gestantes. Ibiapina/CE, 2017.



Fonte: Primária

Quanto à constatação da presença de quadro informativo sobre o horário de funcionamento das UBS, 57,2% possuíam esse recurso. Saber o horário de atendimento facilita a busca por parte das gestantes nos momentos de necessidade de atendimento. Porém, muitas vezes, somente o fato da UBS estar aberta não garante a consulta.

Foi averiguado em seguida a utilização de planilhas ou agendas com a programação dos atendimentos dos profissionais, visto como um item necessário para garantir o atendimento.

Em todas unidades foram encontrados tais materiais, porém, mostraram turnos específicos no decorrer da semana para o atendimento às gestantes.

Estes dois achados podem não facilitar o acesso das gestantes em tempo adequado, pois podem não ter conhecimento do cronograma de atendimento das equipes que seria por meio do quadro, tendo que esperar algum tempo pela consulta se chegarem em turnos diferentes aos determinados a gestantes pela agenda dos profissionais. Rocha, Bocchi e Godoy (2016) consideram que o acesso oportuno deve ser favorecido por um agendamento rápido e possível, permitindo que o usuário obtenha assistência para condições agudas, que poderiam resultar em custos e visitas desnecessárias aos serviços de emergência.

Nota-se que em 100% das unidades visitadas há consultório privativos, sendo que desses apenas 1 consultório (14%) não apresentou condições de ventilação. Ressalta-se que essa unidade foi a única das visitadas que se encontra em prédio alugado, e as demais sofreram reforma, ampliação e mesmo construção recentemente. Quadro parecido foi encontrado na verificação das salas de espera, onde somente 1 UBS não apresentava tal espaço, a mesma que funciona em prédio alugado.

A comodidade é conceituada por Shimazaki (2009) como uma característica importante na operacionalização do primeiro contato na APS, e abarca itens de conforto dos ambientes para atendimento, conveniência de horário, forma de agendamento e contato com profissionais, entre outros. Vê-se que no município em estudo, os espaços favorecem a ida das gestantes até as UBSs, por serem privativos e iluminados adequadamente.

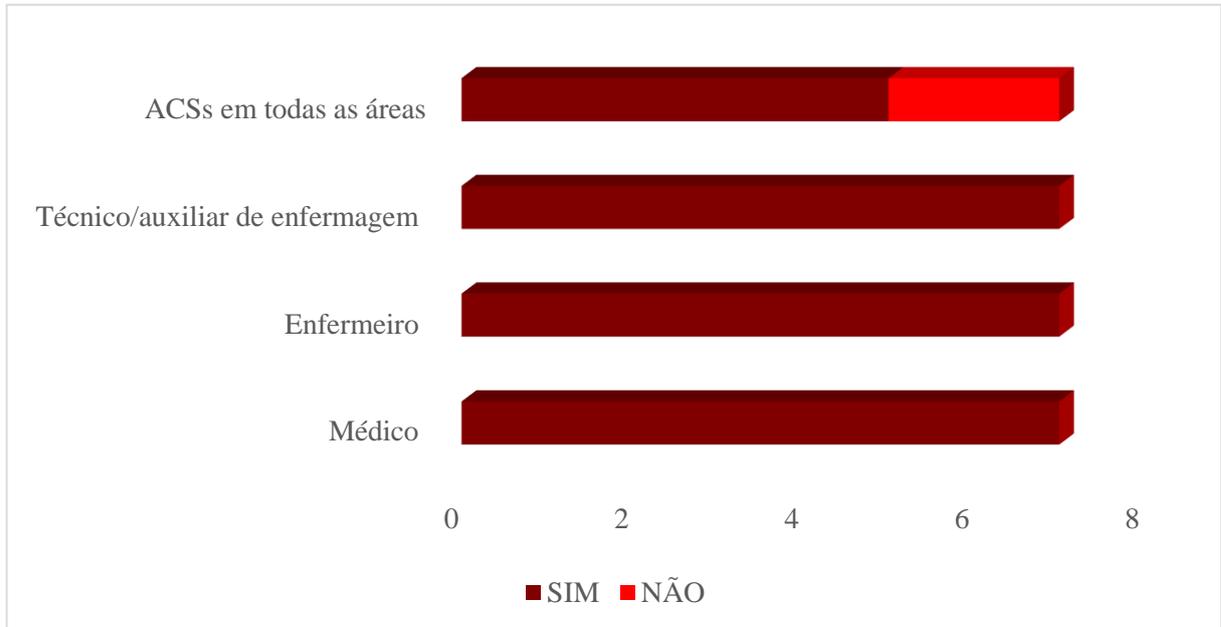
A situação mais alarmante foi a da ausência de telefone em todas as UBSs, o que não impede de se ter casos em que há o uso dessa comunicação de forma pessoal. Promove-se a comunicação entre profissionais e gestantes por esse meio de contato, sendo que estas últimas podem solucionar dúvidas no decorrer do período gestacional levando a uma atenção mais apropriada a baixos custos, além de oportunizar relações mais reconfortantes.

Como já é conhecida, a atenção primária é aquele nível de atenção que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre o indivíduo (não apenas direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (FRANK, 2015).

Figueiredo et al. (2009) referem que o acesso de primeiro contato está associado tanto com a estrutura física quanto com a capacidade de recursos humanos, determinando quais

indivíduos receberão os serviços e em que tempo e condições. No presente estudo, a estrutura para o primeiro contato, em relação aos recursos humanos, foi encontrada conforme descrito no Gráfico 02.

Gráfico 02 – Recursos Humanos para o Primeiro Contatos das Gestantes. Ibiapina, 2017



Fonte: Primária

Em todas as UBS visitadas do município (100%) há profissionais de nível universitário e técnico que compõem a equipe mínima de trabalho na APS; somente 5 unidades (71,4%) estão com sua área adscrita cobertas completamente por ACS. Esta informação proporciona uma capacidade para que as gestantes procurem primeiramente tais serviços em busca de atenção à saúde.

Os serviços de APS são desenvolvidos por equipes compostas por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011a). Assim, há em Ibiapina, recursos humanos que facilitam o primeiro contato das gestantes com a APS.

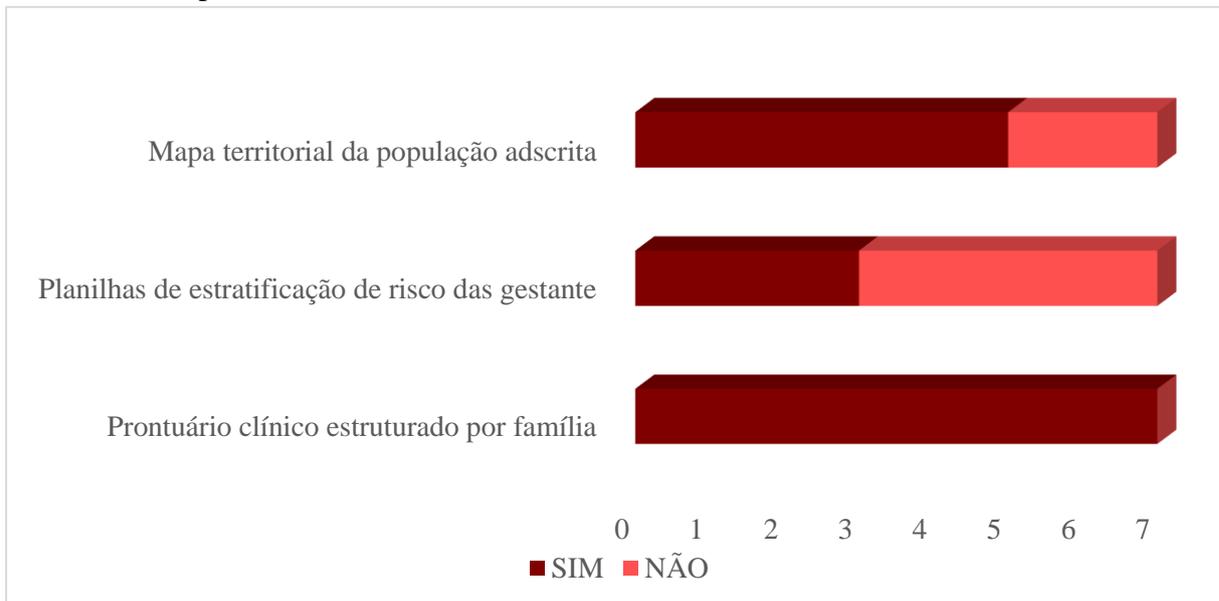
Tais profissionais das equipes, apesar de estarem destacados nesse atributo para organizar a apresentação da estrutura, são indispensáveis nas demais características da APS em diligência à qualidade da atenção no pré-natal.

O primeiro contato compreende as características ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que dificultam ou facilitam a capacidade das pessoas na utilização dos mesmos. Somam-se tanto aspectos como: tempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, turnos de funcionamento, etc.

Inferre-se, de tal modo, que a estrutura disponível para o primeiro contato das gestantes pode facilitar a acessibilidade destas no serviço de saúde, visto que, houve a disponibilidade da maior parte dos itens verificados.

A identificação dos recursos físicos e materiais – realizada através da observação sistemática das 7 UBS – para a atuação profissional no atributo longitudinalidade buscou averiguar os itens de: (1) *Mapa territorial da população adscrita*; (2) *Planilhas de estratificação de risco das gestantes*; (3) *Prontuários estruturado por famílias*. O gráfico a seguir retrata a situação encontradas nas UBS.

Gráfico 03 – Recursos Físicos e Materiais para o Atributo Longitudinalidade da Atenção às Gestantes. Ibiapina/CE, 2017



Fonte: Primária

Constatou-se que em relação aos mapas territoriais onde são visualizados a área de abrangência e de atuação das equipes de SF, 71,4% das unidades apresentavam esse recurso. Na verificação da existência de planilhas ou caderno de estratificação dos riscos das gestantes atendidas pelas unidades de saúde, entretanto, o objeto só foi encontrado em 42, 8% das unidades.

A intenção de listar o mapa territorial das equipes de SF deve-se a importância desse instrumento na identificação da área de cobertura do exercício dos profissionais, e conseqüentemente, do território onde se encontram as gestantes que devem acolher. A procura por planilhas que contivessem a estratificação das gestantes por risco também seguiu essa lógica de conhecimento e a importância da apropriação das condições de saúde desse público, o que não impede das unidades terem outra maneira de se organizar para conhecer as gestantes adscritas de risco habitual e as de alto risco.

Todas as equipes de SF (100%) possuíam os prontuários de sua população adscrita organizado por família, porém, das gestantes possuíam um lugar específico para o arquivamento. Registrar a história clínica da família e de seus membros nesse instrumento estabelece apoio à qualidade do cuidado prestado com o auxílio nas decisões frente à assistência ao usuário e consolidando a longitudinalidade da APS. Pereira et al. (2008) reiteram ao alegarem que os prontuários representam um indicador de qualidade da atenção ofertada e uma ferramenta fundamental em casos de auditoria ou de conflitos legais e éticos.

No caso das gestantes, através dos prontuários familiares existe o conhecimento de vários profissionais sobre as ocorrências de saúde/doença dessa mulher, e estando junto aos demais registros da família podem subsidiar informações sobre a dinâmica familiar.

Apreende-se que a longitudinalidade faz alusão à assistência ao indivíduo por uma equipe de APS, ao longo dos anos. Starfield (2002) compreende a longitudinalidade como a existência e uso regular do serviço de APS, que, por seu lado, deve identificar e vincular a população a ser atendida.

O termo continuidade normalmente é utilizado como aproximado do termo longitudinalidade, porém há autores que os diferenciam (BARATIENI e MARCON, 2011; STARFIELD, 2002; FRANK, 2015). A continuidade não se faz essencial à longitudinalidade – assistência no decorrer dos anos – que existe mesmo quando há intervalos nesta continuidade da atenção à saúde.

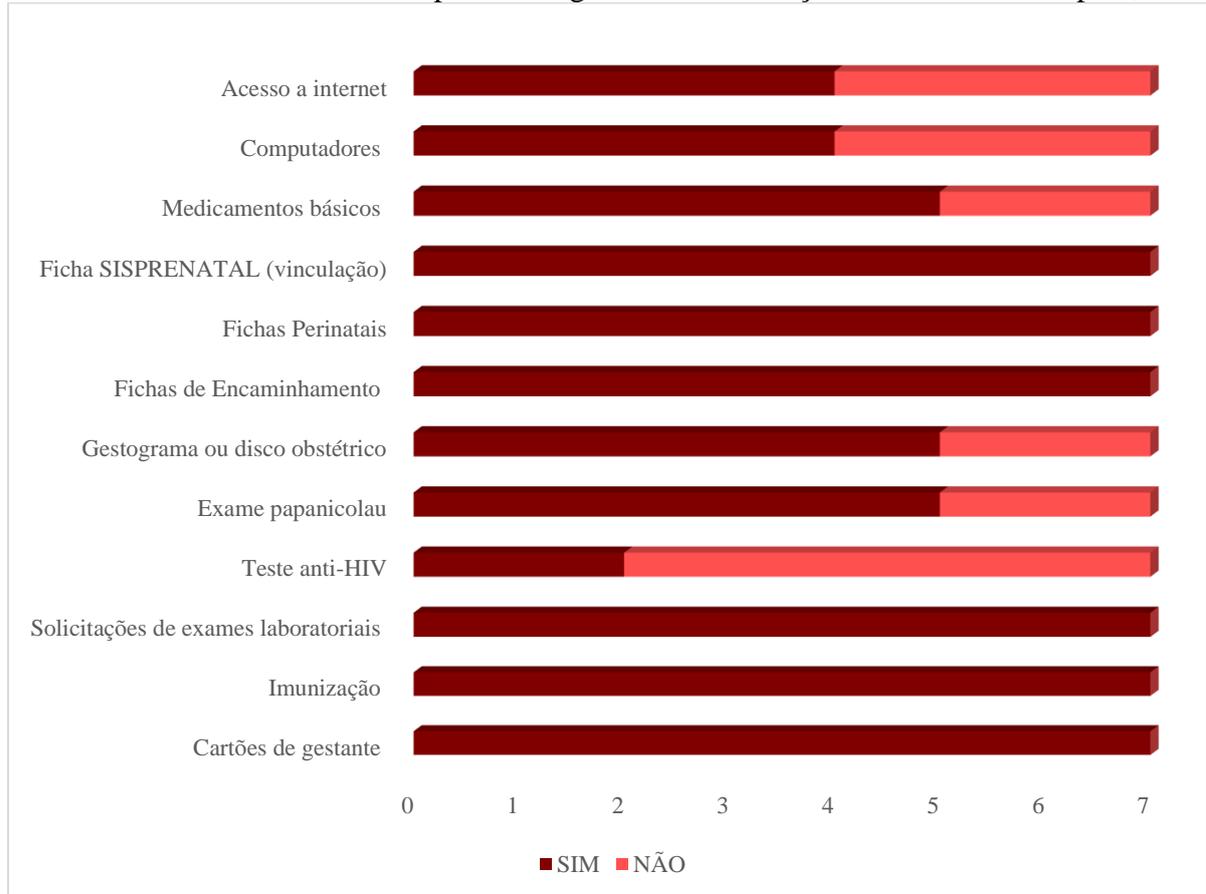
Baratieri e Marcon (2011, p.803) reforçam essa distinção ao explicarem que a APS deve “manter relação constante com estes (usuários), ao longo da vida, e isso deve ocorrer independentemente da presença ou ausência de doença, garantindo-se o cuidado integral.”

A longitudinalidade beneficia-se da acessibilidade, pois quanto mais perto o usuário está da unidade de saúde, mais cômodo e disponível a atenção se dará e por conseguinte, seu uso habitual. (PAULA et al., 2015). Trata-se de um processo amplo e que pleiteia um tempo bom

para ser operacionalizado, dependendo, especialmente da constância de contato entre profissional de saúde e usuário e confiança entre ambos, especialmente quando se fala em gestantes.

A estrutura disponível para que as equipes de SF atuem com integralidade no pré-natal e por conseguinte na Rede Cegonha foi investigada a partir da observação da presença dos seguintes recursos materiais: (1) computador com acesso à internet; (2) medicamentos básicos; (3) Fichas para cadastro no SISPRENATAL; (4) fichas perinatais; (5) fichas de encaminhamentos a outros serviços; (6) gestogramas ou disco obstétrico; (7) materiais para exames de prevenção do câncer de colo de útero; (8) material para realização de teste rápido de HIV e sífilis; (9) fichas para solicitação de exames laboratoriais, (9) imunização para gestantes e (10) cartões de gestantes. O gráfico a seguir mostra a situação verificada:

Gráfico 04 – Recursos Materiais para a Integralidade da Atenção às Gestantes. Ibiapina, 2017



Fonte: Primária

Observa-se que recursos como cartões de gestantes, acesso à imunização e os formulários de solicitação de exames complementares, de encaminhamento, de cadastro no

SISPRENATAL e perinatais foram encontrados em todas as UBSs visitadas (100%). Por sua vez, gestogramas ou discos obstétricos foram localizados em 71,42% das unidades.

Materiais para exame de controle de câncer de colo uterino foram encontrados em 71,4% das unidades, mesmo valor de unidades com medicamentos básicos. Já os testes anti-HIV e sífilis estavam presentes em 28,5% das unidades. Por fim, computadores e acesso à internet estavam disponíveis em 57,7% das UBSs.

A integralidade, ao longo da construção do SUS, passou a ser assumida como prática social e prática política, o que torna necessário conhecer e compreender o modo de vida das pessoas a fim de viabilizar o cuidado integral (SILVA, 2013). Implica agrupar uma visão holística do ser humano como também viabilizar todos os serviços imprescindíveis para que seja atendido em suas necessidades, proporcionando, assim, todos os cuidados à atenção de saúde.

A característica sugere que as unidades de saúde sejam capazes de oportunizar o atendimento do indivíduo em todos os tipos de serviços de saúde, ainda que seja através de encaminhamento para serviços secundários em consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais. Ainda envolve o reconhecimento a respeito das necessidades de serviços preventivos e curativos (Baratiene e Marcon, 2011).

O preenchimento do cartão das gestantes é atribuído a todos profissionais que as atendem em todos os níveis de atenção. Nele estão contidas informações sobre histórico pessoal da mulher, obstétrico e familiar e devem ser anotados minimamente dados do peso, pressão arterial, altura uterina, batimentos cardíacos e resultados dos exames. Foi visualizado que esse a presença desse item em todas as unidades facilita a integralidade da atenção à gestante, garantindo a continuidade da assistência aonde essa usuária for atendida.

Mesma reflexão se dá quanto à presença em todas as UBS das fichas perinatais, de solicitação de exames complementares e de encaminhamento a outros serviços, sejam internos ou externos ao município estudado. A alimentação correta no SISPRENATAL, realizado através da ficha de cadastro e acompanhamento deste sistema, garante o recurso financeiro a ser recebido pelo município e deve assegurar benefícios à gestante.

A maioria das UBSs possuíam materiais para a coleta de Papanicolau, como também medicamentos básicos; porém para realizar testes rápidos anti-HIV e sífilis a situação é inquietante, pois não se encontravam materiais para tais procedimentos. A importância da

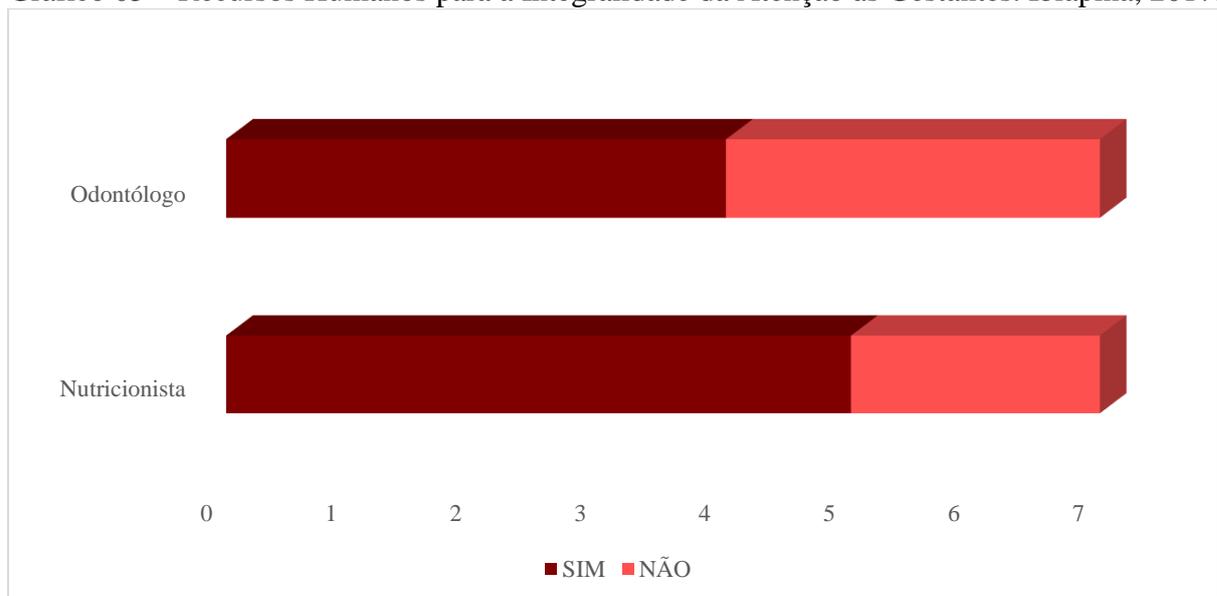
realização desses últimos exames é visto através da Nota Técnica nº 391/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) regulariza a oferta dos testes rápidos nas UBSs, incluindo as articulações logísticas para a execução dos testes, e orienta também a técnica para o aconselhamento em IST/AIDS. Garantir a produção do exame de Papanicolau durante a gravidez torna-se essencial para alcançar a diminuição de parto prematuro e infecção fetal (SANTANA, SANTOS e MACHADO, 2013).

Pouco mais da metade tinham computadores e acesso a internet, o que também foi encontrado no estudo de Sousa (2015) como fatores limitantes para o acompanhamento dos pacientes e para a coordenação do cuidado das equipes de APS – próximo atributo a ser discutido nesta pesquisa.

Para efetivar a integralidade das ações são necessárias mudanças concretas no modelo assistencial de saúde no país, uma vez que a dimensão das ações de promoção e prevenção recebidas deve estar realmente sendo executada pelos serviços de saúde, que historicamente tiveram pesos distintos no sistema, sendo oferecidas de maneira desigual (CAMPOS, 2005).

Verificou-se conquanto a presença de profissionais de nível superior, além da equipe mínima da APS, que fortalecem a visão integral da saúde das gestantes. De acordo com o instrumento que baseia o presente estudo, indica-se a presença de profissionais de Nutrição e Odontologia. O gráfico a seguir (Gráfico 05) demonstra os achados.

Gráfico 05 – Recursos Humanos para a Integralidade da Atenção às Gestantes. Ibiapina, 2017.

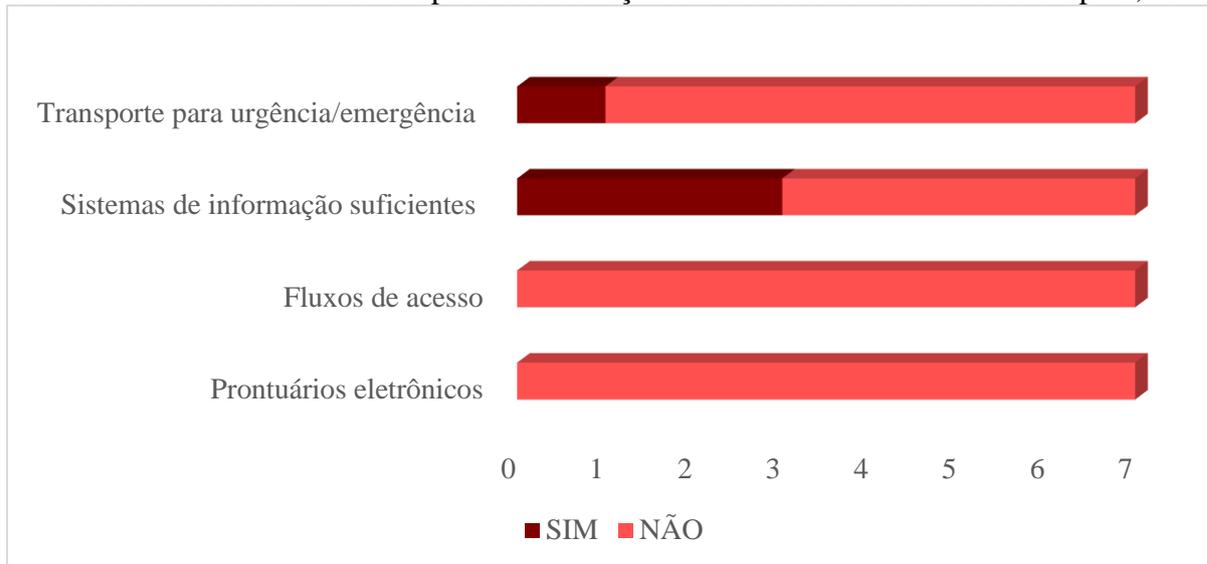


Fonte: Primária

A atuação de equipes multiprofissional visando a integralidade está bem estabelecida na literatura, não obstante problemas como falta de recurso, estrutura e gestão para essas equipes (VIEGAS e PENNA, 2013; PEDUZZI, 2001; SEVERO e SEMINOTTI, 2010). As UBS contavam com odontólogo em 57,1% e nutricionista em 71,4% - este pertencente à equipe do NASF que atende a todas as 12 equipes de SF do município – cenário que pode deixar visão holística das gestantes comprometida.

O último atributo essencial verificado foi o de Coordenação da APS para o cuidado na Rede Cegonha. A fim de atingir essa finalidade, foram observados, nas UBSs, os seguintes itens: (1) *Fluxos de acesso*; (2) *Prontuários eletrônicos*, (3) *Sistemas de informação suficientes* e (4) *Transporte para urgência/emergência*. O gráfico abaixo (Gráfico 06) demonstra os resultados da observação:

Gráfico 06 – Recursos Materiais para Coordenação dos Cuidados às Gestantes. Ibiapina, 2017.



Fonte: Primária

Resgatou-se para essa parte da discussão os dados coletados sobre a presença dos itens de acesso a internet e computadores (57,1% das unidades), telefones (nenhuma UBS apresentou) e fichas de encaminhamentos (todas apresentaram), realizados na verificação da estrutura.

As visitas às UBS mostraram que os artigos necessários à coordenação encontram-se em situação crítica: 14,3% tinham transporte para casos de urgência/emergência – lembrando que 4 das 7 unidades são da sede do município. Quanto aos sistemas de informações, 42,8%

apresentavam disponibilidade de algum tipo de comunicação, e todas as equipes de SF não viabilizaram fluxos de acesso nem prontuários eletrônicos.

Para Starfield (2002), a coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. A ideia central desse atributo é a disponibilidade e reconhecimento de situações anteriores para promover conexão no cuidado à saúde. De forma complementar, autores como Almeida, Giovanella e Nunes (2012) lo consideram como pré-requisito para o alcance da integralidade dos usuários dentro dos níveis de assistência, e ambos atributos – coordenação e integralidade – dependem de uma APS forte e abrangente.

A operacionalização do cuidado está relacionada à transferência e uso da informação (tecnologias de informação, comunicação, registros), aos aspectos gerenciais (plano de cuidado, protocolos, equipes multiprofissionais, transição do cuidado) e aos aspectos da qualidade da relação entre os profissionais e serviços de saúde envolvidos no cuidado (parcerias, comunicação, responsabilização) (SOUSA, 2015). Contando para o acompanhamento de gestantes, essa estrutura direciona melhor a assistência a esse público.

Na observação da estrutura relacionada à coordenação, percebeu-se que a insuficiência de itens essenciais a esse atributo, como computadores, telefones, fluxos de acesso e prontuários eletrônicos, lesa a ordenação das demandas das gestantes do município. O período gestacional é cercado por muitas alterações que só APS, por vezes, não consegue calcular os riscos e conta com artifícios mais complexos encontrados em outros serviços para resolver tais questões.

A escassa tecnologia pode ser notada como uma condição que induz a uma acanhada resolutividade das equipes de SF, dificultando a continuidade da atenção das gestantes. Os fluxos de encaminhamento a partir da consulta de pré-natal são protocolos que definem o caminho dos usuários dentro da rede assistencial, sendo importantes meios para garantir o acesso do paciente. O prontuário familiar, que contém a história clínica das pessoas acompanhadas por uma equipe da APS, pode cair na recorrência de informações pelo seu uso em níveis de atenção diferente que não dialogam entre si. O prontuário eletrônico surge como maneira de agrupar as diversas assistências que a gestante recebe ao longo do atendimento de suas necessidades.

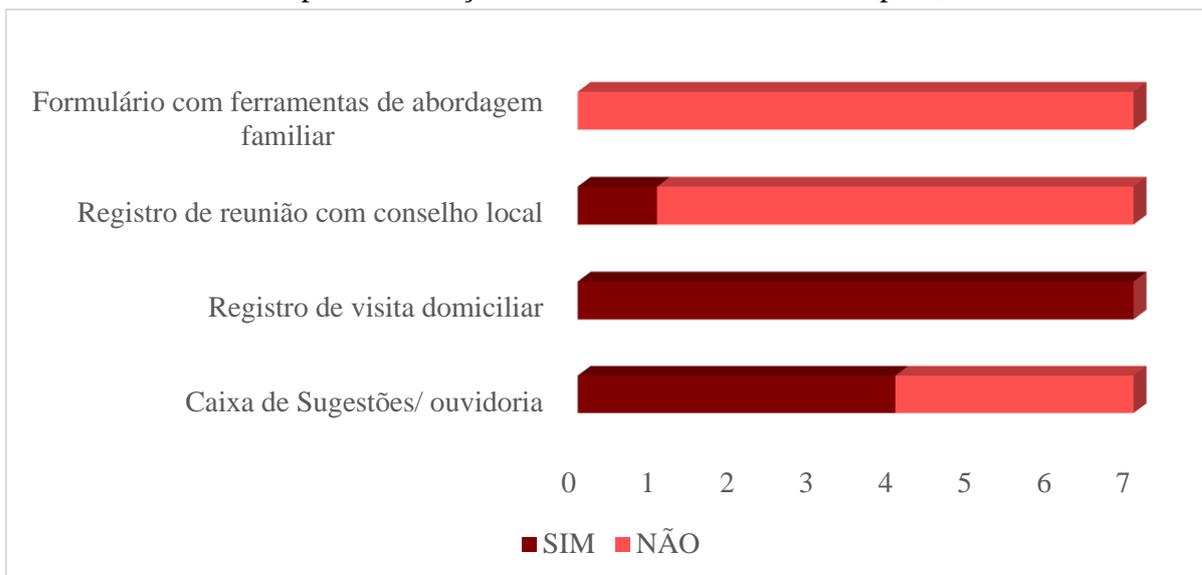
Fausto et al. (2014) ressaltam que não existe coordenação entre as categorias de atenção à saúde: o acesso é dificultado por barreiras organizacionais, os fluxos são pouco definidos e a integração à rede, incipiente. Anteriormente a esse estudo, Cecílio (2012) indica que a rede básica não possui condições materiais (tecnológicas, operacionais e organizacionais) e

simbólicas (valores, significados e representações) para assumir a coordenação das redes de atenção.

Dentre os atributos verificados até o momento, o de coordenação apresenta as maiores dificuldades para ofertar às gestantes um pré-natal de qualidade dentro do que é preconizado pela Rede Cegonha.

Prosseguiu-se com a conferição dos atributos derivados da APS. No tocante à Focalização da Família, verificou-se a presença de algum *formulário de abordagem familiar*, como genograma e ecomapa. Referente à orientação comunitária, itens de *Caixa de Sugestões/ ouvidoria*, *Registro de visita domiciliar* e *Registro de reunião com conselho local* foram investigados. O gráfico abaixo mostra os resultados desta etapa em relação a esses dois atributos derivados:

Gráfico 07 – Estrutura para Orientação Familiar e Comunitária. Ibiapina, 2017.



Fonte: Primária.

Em todas as UBSs do município não foram detectadas fichas que fomentem o uso de ferramentas de abordagem familiar, inferindo-se, assim, que a interação com a família das gestantes vai depender da visão do profissional em reconhecê-la como alicerce para o cuidado e não como uma política municipal. A focalização na família impõe considerá-la como o sujeito da atenção, o que exige interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar (BRASIL, 2015)

A centralidade na família só é alcançada com a consideração do contexto e da dinâmica familiar para melhor avaliar como responder às necessidades de cada membro e com o conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

Sendo assim, a qualidade da atenção às gestantes ganha robustez ao se vislumbrar na família um fundamento para se atender às necessidades reais das mesmas, sem considerar somente o que o profissional alega como conveniente para as gestantes, ou mesmo percebê-la de maneira singular frente às demais

A fim de se atingir esse objetivo, o genograma e o ecomapa, determinados na averiguação da estrutura do atributo orientação familiar, são vistos na literatura como as duas ferramentas de maior uso pelas equipes de SF por sua facilidade e indicações da dinâmica familiar (BRASIL, 2012c; ANTUNES, 2015; BORGES, COSTA e FARIAS, 2015).

O genograma apresenta-se como uma estrutura prática para a compreensão da dinâmica familiar. Nele são registradas informações sobre os sujeitos de uma família e suas relações, abrangendo pelo menos três gerações, compreendendo os problemas clínicos familiares. Destacam ainda a importância de elaborar o genograma em diferentes fases da vida da família, com o intuito de demonstrar as mudanças que ocorrem com o passar do tempo (BORGES, COSTA e FARIAS, 2015), sendo importante sua construção nas mudanças no ciclo de vida da família (BRASIL, 2012c) como no caso das gestações.

O ecomapa, no que lhe concerne, representa a rede social da família, sendo complementar ao genograma. Sua elaboração requer a identificação de todos os suportes da família: trabalho, igreja, grupos comunitários, clubes, vizinhança e outros que a família cite como estrutura de apoio (BRASIL, 2012c). Deste modo, as equipes de SF conseguem apontar as famílias de maior risco por falta de suporte social.

Um plano de cuidado com responsabilidades compartilhadas entre os profissionais e os usuários/familiares, produto das ferramentas de abordagem familiar, é visto como uma ferramenta útil para compartilhar informações, desenvolver parcerias e nas tomadas de decisões (ANTUNES, 2015). Assim, percebe-se a fragilidade na atenção à saúde das gestante quando não se encontra esses recursos como auxílio.

A orientação comunitária, por sua vez, enuncia que as necessidades relacionadas à saúde das pessoas ocorrem em um contexto social e econômico e que perceber essas insuficiências requer o conhecimento da realidade social através do entendimento das características de saúde

na comunidade e dos recursos disponíveis. (STARFIELD, 2002). Envolve ainda, dessa forma, a participação da comunidade nas decisões sobre a sua saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

A verificação dos itens relacionados a esse atributo demonstrou que todas as UBSs possuíam registros de visitas domiciliares às gestantes, no entanto apenas 14,2% tinham registro de reunião com conselhos locais de saúde. Pouco mais da metade (57,1%) dispunham de caixa de sugestões para que as gestantes possam estar em comunicação com as equipes de SF.

A relevância das visitas domiciliares está consolidada na comunidade acadêmica (REICHERT, 2016; ANTUNES, 2015; MANDU et al., 2008; MARIN et al., 2011), sendo uma forma de contato com a comunidade. Fortifica, então, a qualidade da atenção às gestantes ao legitimar seu contexto socioeconômico e cultural no seu cuidado; pressupõe-se que essa estratégia esteja facilitando o entendimento do ambiente familiar e comunitário das gestantes do município

Consiste em uma importante estratégia de atenção à saúde tanto do ponto de vista do tratamento do usuário/família quanto da gestão do serviço, em razão da melhor compreensão dos moradores de uma comunidade e do ambiente familiar dos usuários, pois especificam o apoio da família, as crenças e valores, e os recursos da comunidade. Também, é possível identificar as barreiras à assistência (ANTUNES, 2015).

Reichert (2016) expressa ainda que as visitas domiciliares não apenas fortalecem laços, mas também propiciam que as pessoas entendam os determinantes sociais do processo saúde/doença, ao permitir um espaço para que cada indivíduo seja acolhido e escutado na sua singularidade atingindo a disseminação do conhecimento.

Adicionalmente às visitas em domicílio, a proximidade da unidade de saúde com a comunidade tem a possibilidade de ocorrer através dos Conselhos Locais de Saúde e por instrumentos que avaliam o grau de satisfação do usuário, como as caixas/formulários de sugestões.

Tais demandas são admitidos na literatura conforme Reichert (2016) pontua: que se faz fundamental uma revisão do processo de trabalho das equipes de SF, a fim de proporcionar condições para que a população tenha participação na formulação de propostas e intervenções. No município estudado, diferentemente das visitas, estes dois últimos carecem de avanços em sua operacionalização para o acompanhamento efetivos das gestantes especialmente no seguimento das consultas de pré-natal.

O atributo derivado da APS de competência cultural é entendido como a imprescindibilidade das equipes em legalizar a cultura de cada comunidade sobre a forma que ela compreende a saúde e a doença, e tornou-se o último atributo a ser conferido sua estrutura com propósito de avaliar a qualidade da APS de Ibiapina na Rede Cegonha.

Com o intuito de materializá-lo, Giovanella e Mendonça (2009) orientam o dever de se assimilar as características étnicas, raciais e culturais dos grupos, interpretando suas representações dos processos saúde-enfermidade.

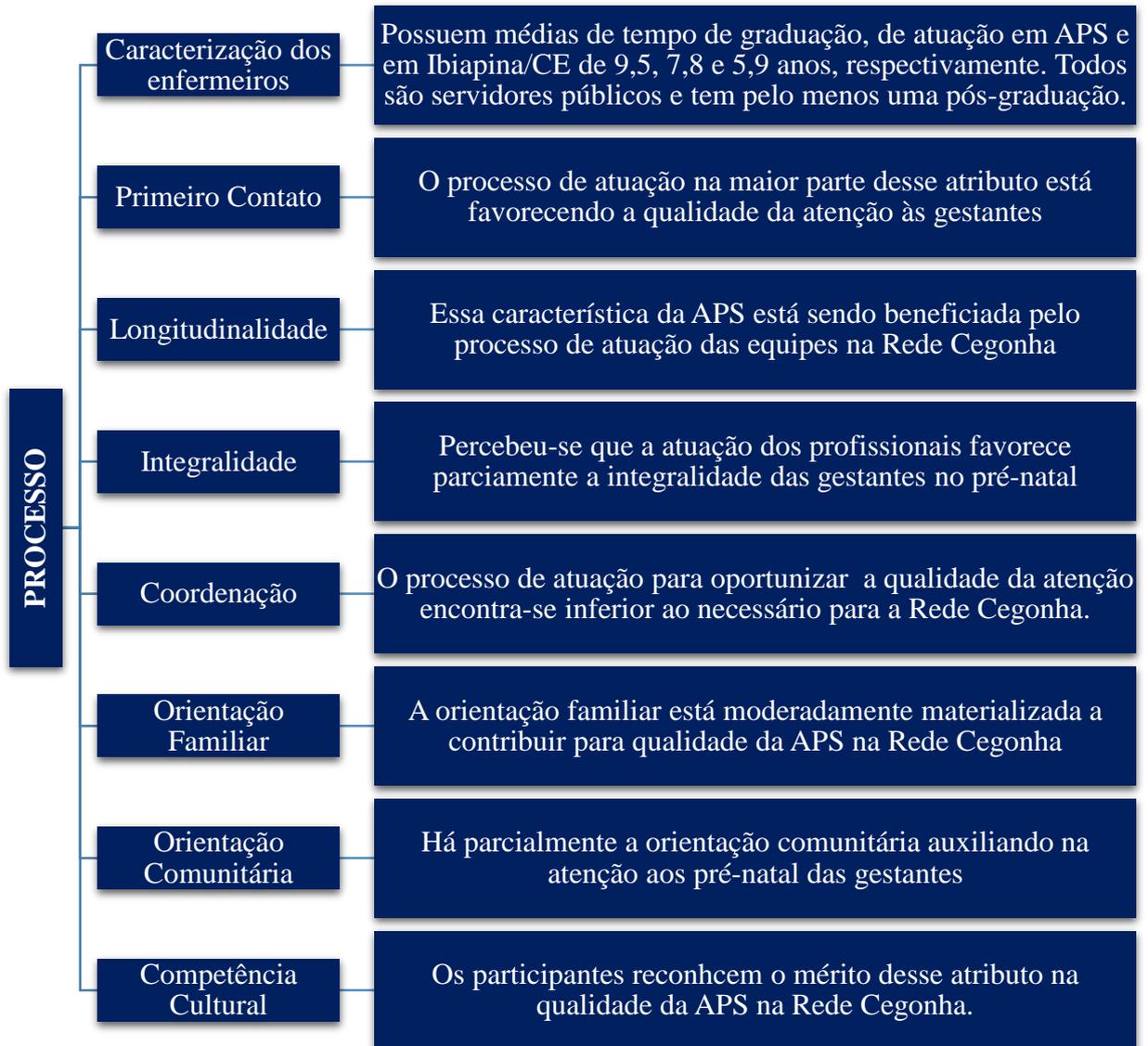
Como estrutura, há de perceber que a identificação de recursos humanos é o que possibilita a atuação na competência cultural. Verificou-se anteriormente que todas unidades visitadas dispõem de profissionais de saúde da equipe mínima da APS (BRASIL, 2011a) com exceção de dificuldades relacionadas a presença de ACSs em todas as áreas do território adscrito. Quanto à equipe multiprofissional, observou-se que nem todas as UBSs contam com nutricionistas e odontólogos, profissionais indicados pelo instrumento.

O predomínio da literatura nacional limita-se a simplesmente definir a competência cultural como um atributo derivado da APS. Madureira (2015) ao revisar integrativamente a literatura sobre os atributos da APS indica essa limitação de discussões dos trabalhos científicos em relação a competência cultural. O próprio instrumento que fundamentou a adequação do roteiro de observação sistemática utilizado nessa pesquisa não possui abordagem a essa característica afora o delineamento conceitual.

## **5.2 Processo**

Para fundamentar e instrumentalizar o conhecimento do processo dos profissionais que atuam no componente Pré-Natal, valeu-se de um questionário elaborado com base nos atributos da APS. Os referenciais de Donabedian embasam as explicações das atividades produzidas para o acompanhamento das gestantes de Ibiapina/CE, em busca da qualidade da atenção. Os elementos ofertados através do instrumento estão dispostos na Figura 07:

Figura 07 – Conhecimento do processo de atuação das equipes de SF.



Fonte: Primária

A apresentação dos resultados iniciou-se com a caracterização dos enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa. Na totalidade de 12 profissionais que atuam no município, 8

acolheram a solicitação de colaborar com a avaliação proposta por este estudo, sendo 5 do sexo feminino e 3 masculino. O quadro 03 representa a compilação das informações concedidas:

Quadro 03 – Caracterização dos Enfermeiros da APS do local de estudo. Ibiapina/CE, 2017.

	<b>Tempo de Graduação</b>	<b>Tempo de Atuação em APS</b>	<b>Tempo na equipe de APS de Ibiapina/CE</b>	<b>Vínculo empregatício</b>	<b>Especialização/ Pós-Graduação</b>
<b>E. 01</b>	18 anos	14 anos	10 anos	Servidor Público	Obstetrícia e Saúde da Família
<b>E. 02</b>	6 anos	3 anos	3 anos	Servidor Público	Estratégia Saúde da Família
<b>E. 03</b>	13 anos	13 anos	11 anos	Servidor Público	Gerontologia e Saúde da Família Gestão em Saúde Pública e Meio Ambiente; Atenção Domiciliar;
<b>E. 04</b>	4 anos	4 anos	4 anos	Servidor Público	Biodiversidade e Conservação; Educação Permanente em Saúde
<b>E. 05</b>	10 anos	3 anos	3 anos	Servidor Público	Urgência e Emergência
<b>E. 06</b>	15 anos	15 anos	10 anos	Servidor Público	Acupuntura
<b>E. 07</b>	6 anos	6 anos	2 anos	Servidor Público	Gestão da Clínica
<b>E. 08</b>	4 anos	4 anos	4 anos	Servidor Público	Saúde da Família
<b>Média</b>	9,5 anos	7,8 anos	5,9 anos	-	-

A média de graduação dos enfermeiros é 9,5 anos, com variação de 4 a 18 anos. A disparidade encontrada beneficia as diversas compreensões sobre o objeto de estudo devido a inúmeras situações vividas ao longo do tempo. A atuação na APS teve média 7,8 anos, tendo oscilado entre 3 e 15 anos, sendo que os anos trabalhado na APS do município de Ibiapina/CE

obteve média de 5,9 anos, com variação de 2 a 10 anos. Considera-se uma média alta de atuação no município.

O trabalho de Marinho et al. (2015) identificou que a maioria dos enfermeiros exerciam sua profissão na APS em um tempo médio de 3 anos na cidade de Goiânia; em outra pesquisa na mesma cidade, em 2009, a média identificada foi de 2 a 4 anos (ROCHA et al., 2009). No Brasil, de acordo com estudo de Galavote et al. (2016), observou-se que cerca de 50% dos enfermeiros atuam na equipe de um a quatro anos. Em Sobral/CE, a avaliação de Ramos (2014), constatou tempo de serviço dos enfermeiros entre 4 meses a 16 anos, com média de 5,4 anos).

Todos os enfermeiros confirmaram o vínculo de servidor público do Ibiapina/CE, regido por lei municipal. Essa característica contribui para o cuidado às pessoas, e quando se dialoga com gestantes, fatores como confiança e comprometimento devem ser constantemente aprimorados, e carecem de tempo para a relação ser solidificada. Na maior parte do Brasil, este é o vínculo prevalente na maioria dos Estados, e no Ceará o valor é 47% dos enfermeiros que atuam na APS nesse regime de trabalho (Galavote et al. 2016).

Alves, Andrade e Santos (2016) reiteram essa relevância do vínculo efetivo nos municípios ao revelarem em seu estudo que a rotatividade dos profissionais compromete o vínculo com os usuários por prejudicar o respeito, a familiaridade, o compromisso, trabalho em equipe e a corresponsabilidade no acompanhamento das famílias, influenciando na qualidade da assistência.

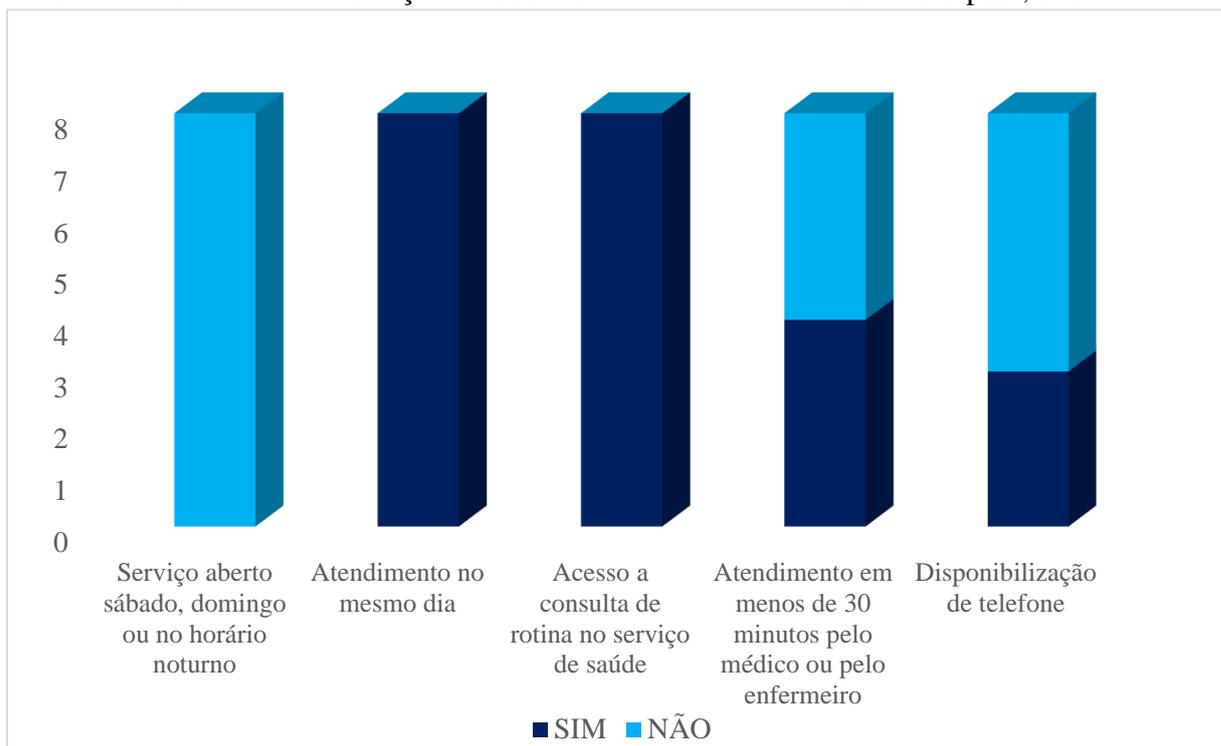
Os entrevistados referiram ter pós-graduação, indicando a procura continuada por aprimoração, e a Especialização em Saúde da Família foi citada por metade dos enfermeiros a determinada para tal busca, corroborando com o visto em Marinho et al (2015) e Galavote (2016) como sendo a escolha da maioria dos enfermeiros: 62,5% no primeiro estudo, e as informações de variação de 26% em Alagoas até 76% no Maranhão e em Roraima, na segunda referência.

Percebeu-se também a variedade de outras especializações dos profissionais, como Urgência e Emergência, Acupuntura, Educação Permanente em Saúde, entre outros. Tantas diversidades podem contribuir para a disseminação do conhecimento e concorrer uma visão ampliada no processo de atuação na APS, que requer uma visão multicausal dos problemas de saúde das comunidades.

O primeiro atributo essencial analisado foi o de Primeiro Contato, igualmente utilizado para a verificação da estrutura. Foram elencadas as seguintes perguntas: (1) *O serviço está*

*aberto sábado, domingo ou no horário noturno?; (2) Quando o serviço de saúde está aberto e alguma gestante necessitam de atendimento, alguém os atende no mesmo dia?; (3) É fácil para a gestante conseguir hora para uma consulta de rotina no serviço de saúde?, (4) Na média, a gestante tem de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)? e (5) Existe algum número de telefone para o qual as gestantes possam ligar?. O gráfico 8 expõe os dados colhidos:*

Gráfico 08 – Processo de Atuação no Primeiro Contato das Gestantes. Ibiapina, 2017.



Fonte Primária

Percebe-se que em todas as UBSs (100%) não há atendimento em horários noturnos ou aos finais de semana. Esta configuração característica da APS pode dificultar o primeiro contato das gestantes com as equipes de SF, tendo que recorrer a outros serviços de maior complexidade abertos nesses horários, elevando custos assistenciais no que se refere à solução de problemas de fácil resolução.

Poucas são as unidades de APS, no geral, que disponibilizam atendimento ampliado, aos fins de semana ou em um terceiro turno, à noite, o que constitui uma barreira de acesso às pessoas que trabalham em horário comercial.

A pesquisa realizada por Morgan e Beerstecher (2011), sobre a satisfação dos usuários com o horário estendido oferecido pelas equipes de SF, encontrou que a demanda por

capacidade adicional só diminuiu com consultas aos sábados. As consultas noturnas durante a semana não obtiveram resultado significativo sobre a demanda. Assim sendo, a demanda é direcionada pela preferência e não pela capacidade adicional por si só. Logo, melhorar a eficiência do sistema de agendamento pode não reduzir tanto a demanda populacional se não considerar a conveniência.

A disponibilização de telefone como meio de comunicação entre profissionais e usuárias só acontece em 37,5% das unidades. A averiguação da estrutura revelou que nenhuma unidade apresentava equipamento telefônico, situação que leva a supor que esse tipo de recurso vai depender do querer do profissional em viabilizar seu número pessoal para as gestantes. Paula et al. (2015), ao revisarem sistematicamente a literatura sobre os fatores que dificultam a concretização de atributos, constataram que em relação à acessibilidade por telefone, esta prática pode melhorar o padrão de cuidado e reduzir o tempo de espera para atendimento permitindo-lhes manter a relação interpessoal.

Os enfermeiros foram uníssonos em confirmar (100%) que o atendimento às gestantes ocorre no mesmo dia se assim houver necessidade como também que o acesso desse público à consulta de rotina é simples e fácil. Durante a verificação da estrutura, porém, a agenda dos profissionais mostrou turnos específicos para as gestantes no transcorrer da semana. Para o atendimento das gestantes, 50% dos profissionais confirmaram que o mesmo acontece em menos de 30 minutos.

A questão do agendamento é tratada como importante devido ao incremento que ele dá ao acesso, devendo ser organizado após a adequação entre a demanda e a capacidade do serviço, e promove a redução do tempo de espera e o estabelecimento de um ambiente favorável a todos (ROCHA, BOCCHI e GODOY, 2016). Estes autores trazem, em sua revisão integrativa, as referências de Knight e Lembke (2013) que conversam sobre cinco tipos de agendamento possíveis na APS, suas vantagens e desvantagens, retratados no quadro a seguir (Quadro 04):

Possíveis mudanças podem acontecer desde que a equipe da APS esteja incluída no processo e variáveis como continuidade, acesso oportuno, medidas de tempo de espera sejam discutidas. A APS é considerada o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde, e no caso do objeto da pesquisa, as gestantes devem encontrar fácil acesso a essas unidades e assim ter asseguradas suas consultas de pré-natal, componente 1 da Rede Cegonha

Quadro 04– Tipos de agendamento possíveis na APS.

<b>Tipo</b>	<b>Características</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
<b><i>Open Access (Acesso Aberto)</i></b>	Não há agendamentos; os usuários chegam e aguardam atendimento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os usuários sabem que serão atendidos, devendo apenas aguardar;</li> <li>• O tempo das consultas é flexível e adaptável à necessidade do cliente;</li> <li>• Adaptável à população e circunstâncias locais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O paciente não consegue programar com a antecedência desejada suas consultas e tendem a serem ‘excluído’ nesse sistema de agendamento;</li> </ul>
<b><i>Book on the day</i></b>	A unidade recebe ligações pela manhã e as vagas de consultas vão sendo preenchidas, quando a capacidade diária é atingida as pessoas são orientadas a ligarem no dia seguinte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficientes, idosos e pessoas que trabalham têm oportunidade de conseguir atendimento</li> <li>• Pessoas com problemas agudos conseguem atendimento no mesmo dia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estruturar o cuidado para doenças crônicas torna-se difícil;</li> <li>• Pela manhã há um pico de ligações sobrecarregando o sistema e a capacidade da equipe</li> </ul>
<b><i>Supersaturate</i></b>	Consultas são agendadas de acordo com a demanda do usuário: há um sistema de cores que identifica o tipo de consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É uma tentativa de fazer o sistema funcionar para todos, tanto para aqueles com condições crônicas quanto para aqueles com condições agudas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A mesma equipe explica, tria, procura por vagas, tem de lidar com a falta de acesso e realizar contato com médicos.</li> <li>• O tempo das consultas pode passar do previsto</li> </ul>
<b><i>Carve-out</i></b>	A equipe reserva uma parte de sua capacidade diária para consultas concernentes às questões agudas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As questões agudas são atendidas no mesmo dia, permite que o usuário planeje seu transporte, favorece o engajamento profissional e a estruturação para atender o cuidado crônico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A reserva para cuidados agudos causa um tempo de espera para outros agendamentos, ocasionando uma pressão para usá-la com consultas de rotina.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode haver desbalanço e as consultas de reservas não serem preenchidas</li> </ul>
<b>Acesso avançado (Advanced access):</b>	A demanda é equilibrada com a capacidade e há consultas suficientes para acomodar a demanda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando a demanda e a capacidade estão equilibradas, com certeza a demanda da população será atendida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requer comprometimento e tempo para implementação.</li> <li>• Muitas de suas ideias parecem contrassensos e requerem educação permanente da equipe</li> </ul>

Adaptado de Knight e Lembke (2013) apud ROCHA, BOCCHI e GODOY (2016)

Em busca da qualidade da atenção às gestantes no componente Pré-Natal da Rede Cegonha, a atuação profissional exige que o atributo longitudinalidade esteja presente na assistência a esse público.

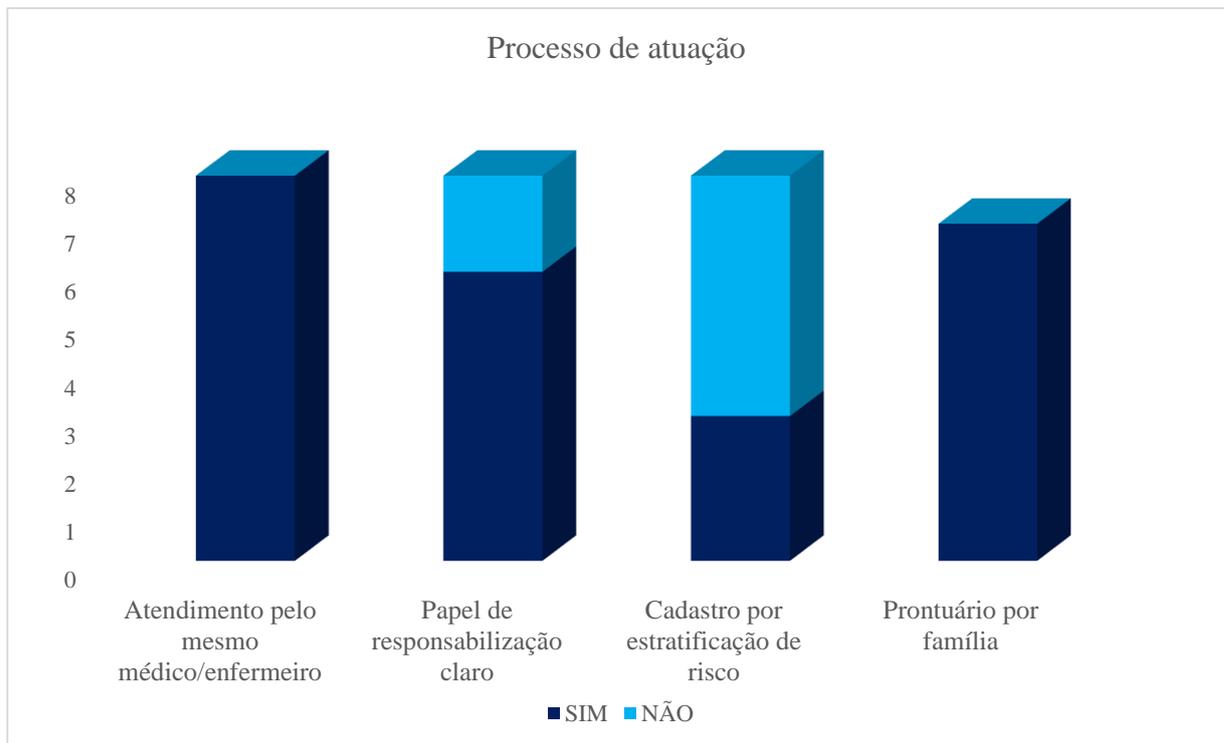
Para conhecê-lo, foram realizadas as seguintes perguntas aos enfermeiros da APS de Ibiapina/CE através do formulário: (1) *No serviço de saúde, a gestante é sempre atendida pelo mesmo médico/enfermeiro?* (2) *As equipes de SF tem claro seu papel de responsabilização por sua população adscrita à Rede Cegonha?* (3) *As gestantes estão cadastradas na APS por estratificação de risco?* (4) *Os prontuários são organizados por famílias?* As respostas obtidas encontram-se dispostas no gráfico 09.

Os enfermeiros foram unânimes (100%) em indicar que o atendimento às gestantes é feito sempre pelo mesmo médico e enfermeiro, sendo este um dos pontos cruciais à concretização da longitudinalidade. O papel de responsabilização na Rede Cegonha está claro para 75%, mesmo com as ações municipais dessa rede terem sido iniciadas há cerca de 6 anos.

A estratificação de risco das gestantes só é realizada em 37,5% das equipes de SF, segundo os participantes, o que reforça o item dessas planilhas, na verificação da estrutura da longitudinalidade, ter sido encontrado apenas em 3 das 7 visitas. O item de prontuários organizados por família corroborou com o encontrado na estrutura, visto que 100% dos participantes afirmaram essa forma de organização.

A estratificação das gestantes por estratos de riscos permite uma atenção distinta segundo as necessidades de saúde. O Ministério da Saúde, em seu caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, propõe uma classificação de risco gestacional a ser avaliado durante todo o curso da gestação. Essa classificação leva em consideração fatores relacionados às características individuais e sociodemográficas da gestante como idade, ocupação, situação familiar e conjugal, baixa escolaridade, entre outros (BRASIL, 2012b)

Gráfico 09 - Processo de atuação no Atributo Longitudinalidade às Gestantes. Ibiapina/CE, 2017



Fonte: Primária

Encontra-se consenso na literatura o valor dado ao vínculo profissional-paciente com vistas à solidificação da longitudinalidade. Tal interação depende de diálogo, escuta qualificada, acolhimento e direcionamento a outros serviços de saúde quando necessário para se fortalecer (BARATIERI e MARCON, 2011; MANDU, 2005; FRANK, 2015; ALVES, ANDRADE e SANTOS, 2016). “Quando há o fortalecimento dessa relação há, portanto, maior engajamento permanente no serviço visando promover a saúde” (PAULA et al., 2015, p.9).

O vínculo representa a relação interpessoal entre usuário-profissional, construída ao longo do tempo e caracterizada por confiança e responsabilidade, sendo um recurso terapêutico pensado em três dimensões: afetividade, relação terapêutica e continuidade (ALVES,

ANDRADE e SANTOS, 2016). Esse aspecto tem grande relevância quando se refere ao ciclo gravídico-puerperal devido a sensibilidade do momento.

Frank et al. (2015) em sua pesquisa sobre longitudinalidade em unidades de saúde do Paraná encontraram resultados positivos no tocante à regularidade de atendimento pelo mesmo profissional, sendo que usuários percebem as UBS como uma fonte regular de cuidados, significando que a população tem esses serviços como referência habitual para suas necessidades de saúde. No caso de Ibiapina/CE, os profissionais estão em média a 5,9 anos atuando no município, como retratado anteriormente, fato que promove a criação de vínculo com as gestantes e suas famílias.

Sendo assim, como pontua Starfield (2002), o acompanhamento do usuário de forma habitual, ao longo do tempo, traduz uma relação de responsabilidade, vínculo e confiança na equipe de saúde: deixa o usuário mais confortável para expor seus problemas e acatar as recomendações enquanto o profissional passa a possuir um conhecimento acumulado sobre o usuário, atingindo mais rápido o entendimento do problema.

Para uma avaliação completa da situação do paciente ao longo do tempo, é enfatizado que o profissional deva reconhecê-lo como um ser biopsicossocial. Por esse motivo, a longitudinalidade encontra-se próxima a integralidade – também atributo essencial da APS.

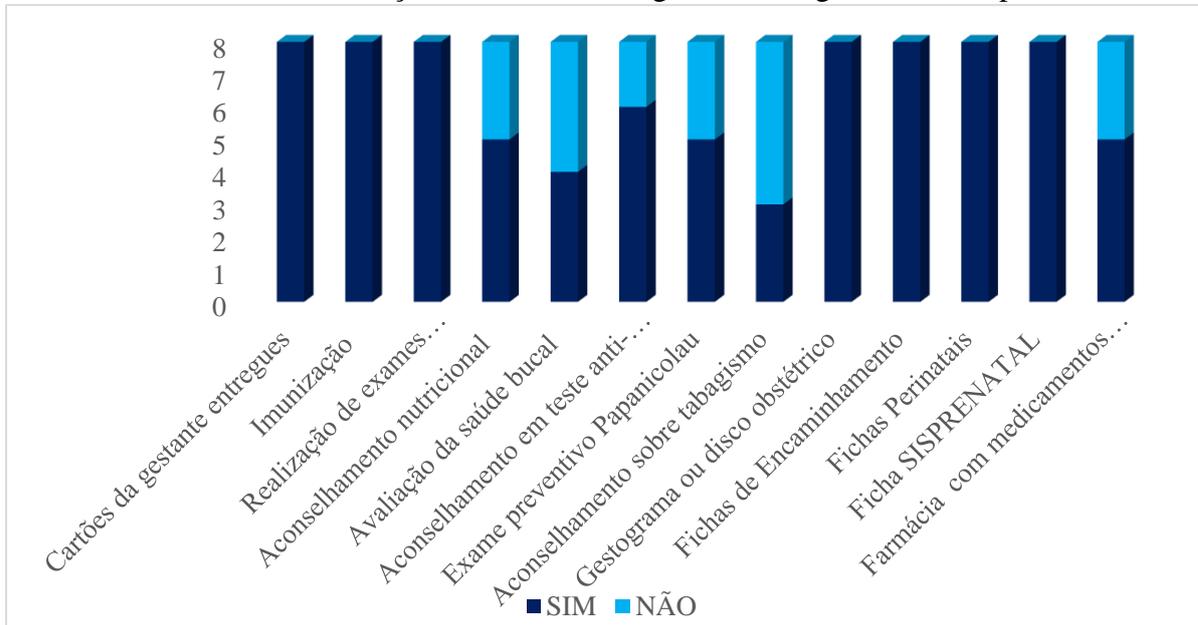
A integralidade correspondeu ao terceiro atributo a ser conhecido para o entendimento da atuação da APS de Ibiapina na Rede Cegonha. Para tanto, foram indagados aos enfermeiros as seguintes questões: (1) *Os cartões da gestante são entregues periodicamente?*; (2) *As gestantes são imunizadas no serviço de saúde?*; (3) *As gestantes realizam exames complementares no serviço de saúde?*; (4) *As gestantes recebem aconselhamento nutricional no serviço de saúde?*; (5) *As gestantes realizam avaliação da saúde bucal no serviço de saúde?*; (6) *As gestantes realizam aconselhamento em teste anti-HIV e sífilis?*; (7) *As gestantes realizam exame preventivo para câncer de colo de útero no serviço de saúde?*; (8) *As gestantes recebem aconselhamento sobre como parar de fumar no serviço de saúde?*; (9) *Há uso de Gestograma ou disco obstétrico?*; (10) *Há a utilização de Fichas de Encaminhamento a outros serviços?*; (11) *Há a utilização Fichas Perinatais?*, (12) *Há a utilização Ficha SISPRENATAL?* e (13) *A farmácia da APS conta com medicamentos básicos definidos a partir de normas específicas?* O gráfico 10 mostra os resultados.

Os itens de cartões de gestantes entregues, de imunização das mesmas e de realização de exames complementares tiveram 100% de afirmativas dos enfermeiros que responderam o

questionário, confirmando com os dados coletados na averiguação da estrutura. Destarte, a atuação nos processos acima relacionados facilita o alcance da integralidade da saúde das gestantes.

O cartão da gestante teve uma reformulação em 2016. Segundo o Ministério da Saúde, o documento traz informações através de figuras e linguagens coloquiais para as atividades de educação em saúde, com textos explicativos que vão desde como se prevenir contra a mosquito *Aedes Aegypti* e direitos civis, perpassando pelas rotinas de pré-natal até como ocorre os momentos do parto e puerpério (BRASIL, 2012b).

Gráfico 10 – Processo de atuação no Atributo Integralidade às gestantes. Ibiapina, 2017



Fonte: Primária

Louzeiro et al. (2014) em sua revisão integrativa sobre a importância da vacinação das gestantes concluíram que se trata de um procedimento preventivo, seguro, de baixo custo, que fornece benefícios para a mãe e criança, mesmo persistindo uma resistência histórica em torno da imunização. A portaria de instituição da Rede Cegonha (BRASIL, 2011b) reforça a importância da realização dos exames laboratoriais e de ultrassonografia para as gestantes, e mais ainda, o retorno dos resultados em tempo oportuno, assim como também enfatiza as ações de integralidade – portanto, preventivas e curativas – no acompanhamento desse público.

Situação semelhante aconteceu ao se perguntar sobre o uso de fichas de encaminhamento, perinatais e de cadastro e acompanhamento no SISPRENATAL: todos os

enfermeiros confirmaram seus usos e todas foram encontradas durante a observação sistemática nas UBSs.

O sistema de informação SISPRENATAL tem a finalidade de cadastrar as gestantes disponibilizando informações em tempo real na plataforma web, o que torna possível a avaliação dos indicadores pela Rede Cegonha e o cadastramento das gestantes para vinculação ao pagamento de auxílio deslocamento (BRASIL, 2012b).

Apesar de 100% afirmarem que utilizam gestogramas ou disco obstétrico em suas consultas, como o Ministério da Saúde preconiza (BRASIL, 2012b), na verificação da estrutura não foram localizados em todas as UBSs. O gestograma ou disco obstétrico faz parte do kit das UBSs contempladas com a Rede Cegonha após a realização da adesão e contratualização da mesma, e auxilia no cálculo da idade gestacional e da data provável do parto.

Os profissionais de saúde que participaram da coleta desses dados corroboraram a conjuntura preocupante vista em relação aos recursos humanos necessários para contemplar a integralidade no cuidado às gestantes: 62,5% asseguraram que contam com o apoio de nutricionista e 50% com avaliação odontológica. Ao serem questionados sobre aconselhamento em relação a parar de fumar, apenas 37,5% responderam positivamente que as gestantes tem essa recomendação.

Peduzzi (2001) relata que o trabalho em equipe que se dá através de um projeto assistencial comum é um dos meios de se tentar superar o modelo biomédico vigente no sistema de saúde brasileiro, e assim, produzir a integralidade da atenção. Reitera, portanto, a necessidade de avaliações multiprofissionais direcionadas às gestantes, que no local do estudo encontra-se dificuldades na operacionalização.

Por fim, a análise dos exames de prevenção ao câncer de colo uterino revelou que 62,5% das unidades fazem a coleta do material, número menor do que encontrado na estrutura, supondo que algumas unidades tem o recurso mas não realizam o procedimento. Houve a confirmação de 75% dos sujeitos na realização de teste rápidos de HIV e Sífilis, destoando com o visualizado na observação dos recursos, visto que não se encontrou material necessário para a realização desses procedimento nas unidades.

Os medicamentos básicos que as gestantes devem ter acesso estão chegando a 62,5% das mesmas, de acordo com os profissionais. São padronizados para o pré-natal (BRASIL, 2013b) o sulfato ferroso e ácido fólico, e previnem anemia e doenças do sistema nervoso, respectivamente, e podem trazer consequências para a mãe e criança quando não disponíveis.

Shimazaki (2009) pontua três características para a atuação na integralidade: diagnóstico adequado da situação de saúde da população adscrita, atendimento preventivo, de restauração e curativo e organização do compartilhamento dos problemas de saúde nas redes de atenção, quando necessário. Oliveira e Pereira (2013) lembram que esse atributo encontra-se na base da construção do SUS, e possui quatro dimensões que se iniciam na prevenção e promoção da saúde, passa pela conexão destas com as atividades de proteção e recuperação da saúde, tem abordagem no indivíduo visto como ser biopsicossocial e ordena a assistência nos três nos níveis de atenção à saúde.

No Brasil, a organização do SUS sob os moldes de redes de atenção tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade (MENDES, 2011). A Rede Cegonha, quando tem suas bases funcionais em serviços de APS onde atributos são concretizados, proporciona à saúde materno-infantil grandes avanços em todos seus componentes.

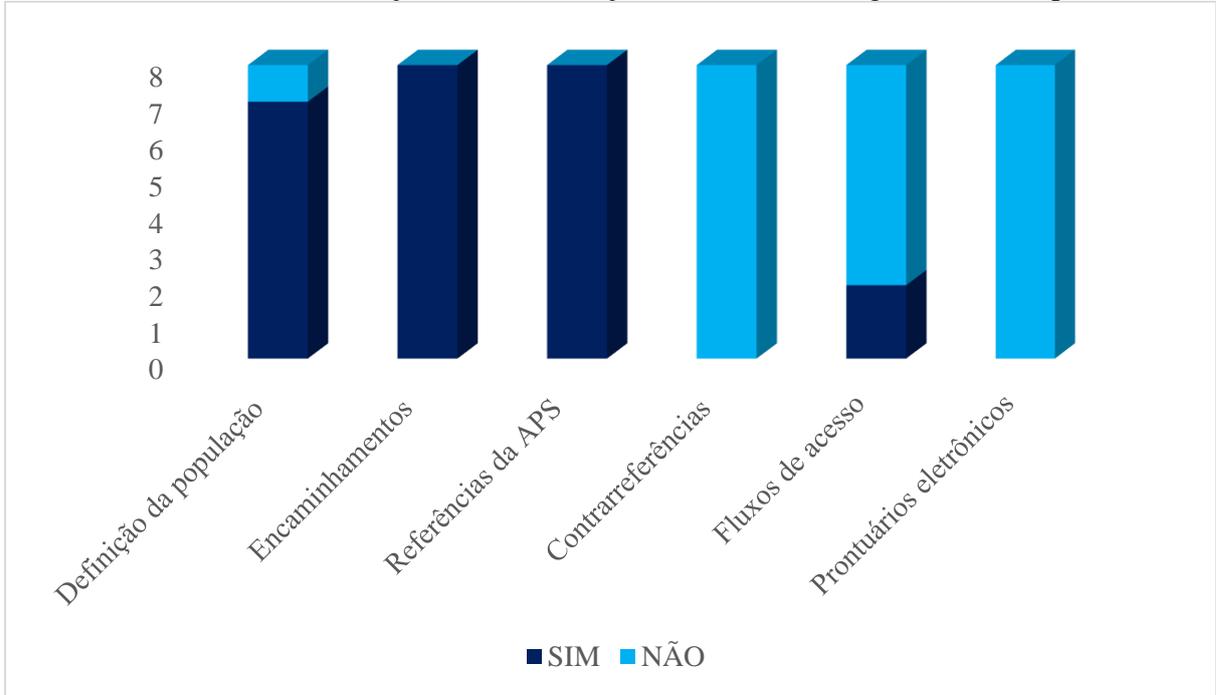
O processo de atuação das equipes de SF na coordenação dos cuidados para que haja qualidade na Rede Cegonha foi o quarto atributo a ser conhecido. As indagações foram: *(1) A população sob responsabilidade da Rede Cegonha está claramente definida?; (2) Há encaminhamentos das gestantes a especialistas ou serviços especializados?; (3) Há referências da APS nesses encaminhamentos? (4) Há contrarreferências nesses encaminhamentos?; (5) As relações entre a APS e os outros níveis de atenção estão claramente definidas por fluxo de acesso?; (6) Há utilização de prontuários eletrônicos?; (7) As gestantes tem acesso a prontuários?; (8) A equipe de APS agenda diretamente consultas e exames nos serviços especializados?; (9) Há um sistema de regulação das urgências e emergências com médico regulador permanente que se articula com a APS?, (10) Há sempre vagas no setores secundários e terciários destinadas às gestantes? e (11) Há um sistema de transporte que dá apoio à APS no deslocamento das gestantes para os serviços especializados, laboratórios, hospitais, etc?* Os resultados estão dispostos nos gráficos 11 e 12.

Atuar com coordenação, por Marinho et (2015), implica numa continuidade do atendimento, através do mesmo profissional ou por prontuários, considerando os cuidados realizados em outros serviços, sendo a APS o responsável por integrar todos esses fragmentos.

Os achados dos questionários aplicados aos enfermeiros, quanto o processo de atuação na Rede Cegonha, revelaram uma condição problemática no papel de coordenação da APS e reforçaram os problemas encontrados na estrutura. Não obstante as informações quanto ao encaminhamento da gestante acontecerem periodicamente e com referências para assegurar o

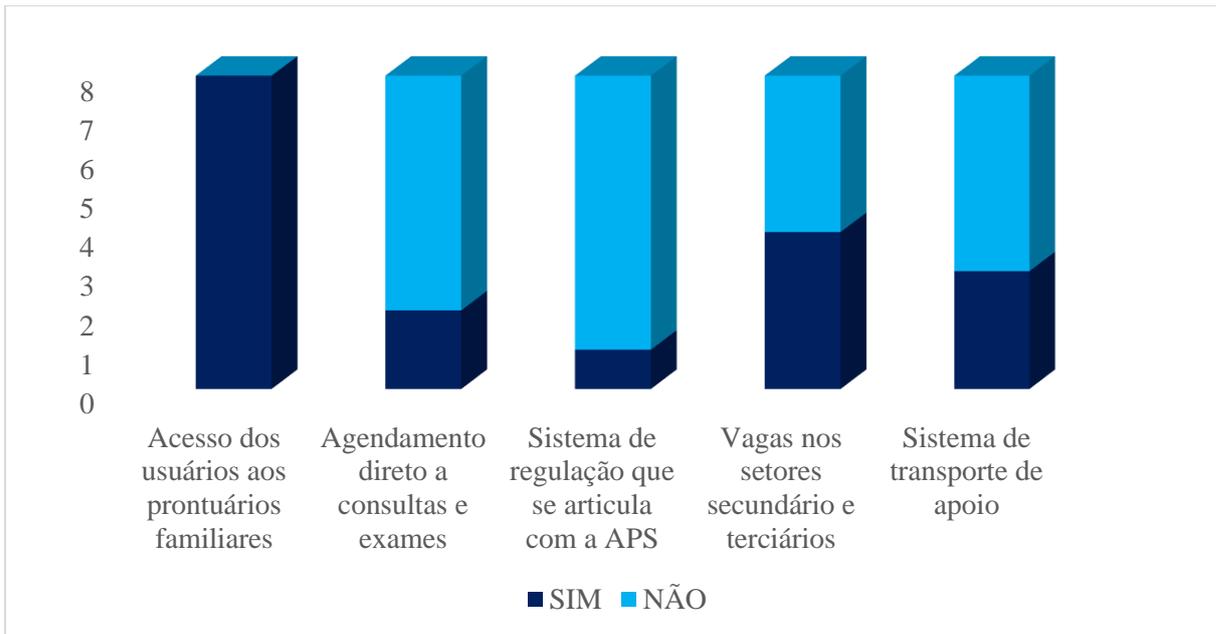
acesso a outros serviços (em 100% das unidades), todos os participantes confirmaram que não recebem contrarreferências.

Gráfico 11 – Processo de atuação na Coordenação dos cuidados às gestantes. Ibiapina, 2017.



Fonte: Primária

Gráfico 12 – Processo de atuação na Coordenação dos cuidados às gestantes (cont.). Ibiapina, 2017.



Fonte: Primária

Nota-se que em relação aos encaminhamentos das gestantes, apesar da confirmação da ida dessa gestante a outros serviços especializados portando uma referência da APS contendo as ações já realizadas pela equipe, as decisões tomadas pelos profissionais nos níveis secundários e terciários não retornam pela mesma forma. Julga-se que as condutas retornam à APS por meio de exames ou relato das gestantes, fatos que podem desorganizar a atenção à saúde das mesmas e enfraquecer a qualidade da APS.

Santos e Giovanella (2016) abordam numa pesquisa em Vitória da Conquista/BA que a coordenação em municípios é incipiente, pois detectaram falhas nos mecanismos de compartilhamento de informações clínicas, fundamentais para a continuidade do cuidado. A indicação de coordenação resumia-se às guias de encaminhamento, aos laudos de exames e à descrição verbal do próprio usuário, após consulta com especialista, sendo que somente os instrumentos informativos são vistos como mecanismos fundamentais ao processo de fortalecimento da integração dos serviços e coordenação do cuidado

Em uma avaliação sobre referências e contrarreferências no estado da Paraíba, Protásio et al. (2014) perceberam a fragilidade em todos as direções desse processo: gestão, serviços, profissionais e usuários. Este quadro é explicado pela falta de fluxo de acesso e desarticulação entre os níveis assistências, igualmente visto por Almeida, Giovanella e Nunan (2012) que discutiram que mesmo com esforços empreendidos para definição de fluxos e para o desenvolvimento de instrumentos de integração, a coordenação está aquém do necessário para integrar os serviços. Ainda assim, a contrarreferência parece ser um problema histórico e de difícil resolução, com importantes implicações na coordenação, chegando ao percentual, no estudo, de 5 a 11,5%, de médicos que relataram receber a contrarreferência sempre ou na maioria das vezes.

Somente 25% informaram a existência de fluxos de acessos entre o município e demais níveis, sendo que na verificação da estrutura não houve verificação desse recurso em nenhuma unidade. Corroboraram, contudo, a inexistência de prontuários eletrônicos, mas ratificaram que as gestantes possuem acesso aos prontuários.

Em relação aos fluxos de acesso, presume-se sua importância para que o caminho dentro das Redes de Atenção seja definido e por conseguinte, respeitado. Embora houvesse a asserção de 2 enfermeiros dentre os 8 questionados, como não houve a localização desses fluxos nas UBSs, supõe-se a falta desse item na realidade municipal. Para Starfield (2002), é a ABS que deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir

maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população.

Os fluxos assistenciais atribuem os protocolos clínicos de encaminhamento através da priorização dos casos e dos serviços pactuados pelas comissões gestoras. Fausto et al. (2014) apresentam dados de uma avaliação onde apenas 48% das equipes declararam haver fluxos definidos para assistência ao parto (maternidade), ainda que 83% das equipes tenham informado possuir maternidade definida para as gestantes acompanhadas.

Tal circunstância torna possível a comparação com o município deste estudo. Os locais de ocorrência de pré-natal de alto risco foram contratualizados há cerca de 6 anos, mas os profissionais parecem não ter claro como ocorre o encaminhamento das gestantes. O fato do agendamento acontecer diretamente em 25% das UBSs pode explicar esse afastamento das equipes de SF. Deste modo, essa percepção mostra mais uma complexidade da atuação da APS na Rede Cegonha.

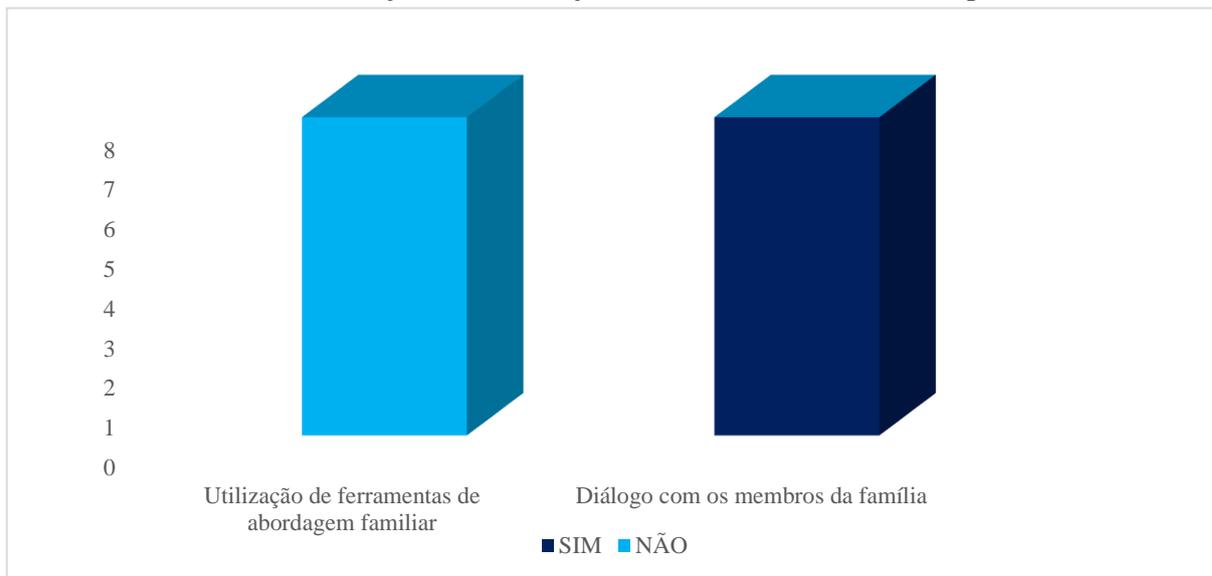
Do mesmo modo, a ausência de prontuários eletrônicos no município delimita o contato entre níveis assistenciais da região de saúde. Santos e Giovanella (2016) reportam essa adversidade, que somada a uso limitado de protocolos clínicos e falta de conectividade – como telefones e internet – restringem o contato entre generalistas e especialistas às referências formais. No presente estudo, apenas 12,5% dos enfermeiros referiram ter contato com o sistema de regulação. Metade dos enfermeiros consideram que existem vagas para as gestantes nos setores secundários e terciários, e somente 37,5% declararam possuir algum transporte em caso de urgência e emergência.

O conhecimento do processo de coordenação, igualmente a verificação da estrutura, revelou que se trata dos atributos com maiores entraves para o alcance da qualidade da atenção às gestantes dentro da Rede Cegonha. A pesquisa de Marinho (2015) também mostrou que o atributo da coordenação - integração de cuidados obteve um baixo escore médio, sugerindo que as questões relativas ao acesso do usuário às informações e ao fluxo das informações entre a unidade de saúde e o atendimento especializado estão abaixo do desejado.

O conhecimento do processo de atuação avançou para os atributos derivados. A fim de conhecê-los, indagou-se aos profissionais quanto à orientação familiar: *(1) As equipes de atenção primária utilizam ferramentas de abordagem familiar (genograma, ecomapa, etc.)?* e *(2) Há o diálogo com os membros da família das gestantes?* O gráfico seguinte revela a situação no município.

De maneira semelhante à averiguação da estrutura deram-se os resultados quanto ao uso de ferramentas de abordagem familiar: todos os participantes confirmaram que não fazem emprego dessas técnicas em seu processo de atuação na APS. Por outro lado, todos certificam a existência de diálogos com os familiares das gestantes.

Gráfico 13 – Processo de atuação na Orientação Familiar às Gestantes. Ibiapina, 2017.



Fonte: Primária

Reconhecer o diálogo como pilar na relação profissional-usuário propicia fortalecer esse vínculo e possibilita desenvolver a assistência com mais eficiência. As ferramentas auxiliam no entendimento na dinâmica familiar e também viabilizam um planejamento do cuidado direcionado a cada usuário dentro de sua realidade sociocultural, física e econômica. Ambos recursos devem ser aproveitados na atenção à gestante como método de envolvê-la e coresponsabilizá-la por sua saúde e de seu filho, assim como envolver as famílias.

A orientação familiar se efetiva quando: o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração do indivíduo dentro de seus ambientes; a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto domiciliar e sua exposição a ameaças à saúde; o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002).

Antunes (2015) empreendeu uma revisão integrativa sobre a orientação familiar na APS. Na análise descritiva dos artigos, o atributo pressupõe a necessidade de considerar o contexto da família, o seu potencial de cuidado e de ameaça à saúde e o uso de ferramentas de abordagem familiar. É indispensável também que as ideias e as opiniões do usuário e seus parentes sejam

apreciadas no planejamento do cuidado, inclusive do tratamento e outrossim os profissionais de saúde estejam dispostos e capazes de discutir problemas de saúde ou familiar.

Em outro estudo de Reichert et al (2016), os dados revelaram que o atributo no âmbito da APS ainda não está sendo oferecido de maneira adequada. Com intenção de desenvolver tal oferta, os autores trazem que APS deve considerar a família como sujeito da atenção, ter conhecimento integral de suas necessidades de saúde e atendê-las de modo singular, como também, reconhecer os recursos disponíveis na comunidade para a promoção da saúde.

Vê-se então um grande campo de atuação que pode ser implementado para que as gestantes tenham garantido esse recurso. A comunicação dos profissionais com os integrantes da família através da escuta e vínculo, bem como as atitudes respeitadas e éticas de ambas as partes concorrem para agregação de todos componentes visando o cuidado à saúde e não somente das condições de doença dessas gestantes.

Evidenciou-se ainda na pesquisa de Antunes (2015) que a comunicação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde facilita a colaboração entre profissionais e famílias, além de fortalecer o vínculo ao facilitar o conhecimento e, conseqüentemente, o cuidado, permitindo que o usuário e a família se sintam confortáveis para relatar suas preocupações.

Posteriormente, efetuou-se a exploração do processo de atuação referente ao atributo derivado de orientação comunitária, por meio das seguintes perguntas aos profissionais de saúde: *(1) As equipes de saúde estão articuladas com organizações comunitárias? (2) Há realização de visitas domiciliares a gestante? e (3) Há canais de comunicação para se avaliar a satisfação das gestantes e seus familiares?* A figura subsequente precisa os produtos do questionário (Gráfico 14).

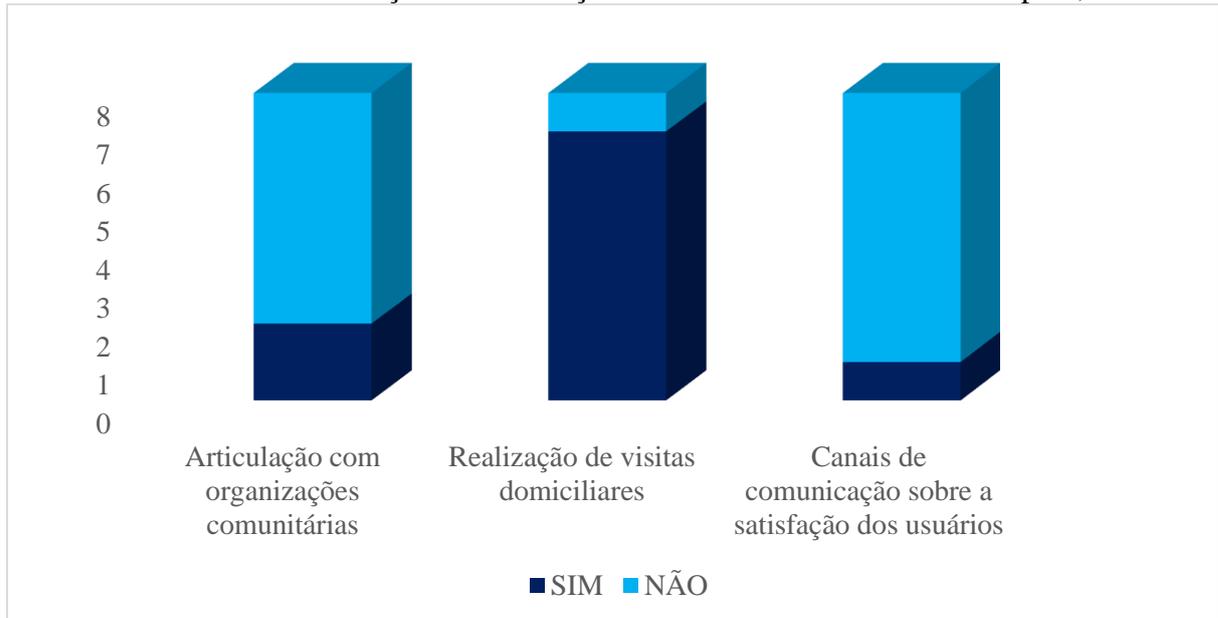
Concebeu-se quadro congênere à verificação da estrutura deste atributo: reduzidos profissionais ratificaram a articulação da equipe de APS com organizações comunitárias (25%) e o uso de canais de comunicação sobre a satisfação dos usuários (12,5%). Aproximadamente 88% dos profissionais, no entanto, realizam visitas domiciliares às gestantes.

Desse modo, infere-se que alguns problemas da comunidade que possam vir a interferir no acompanhamento das gestantes, e inclusive, seu contento/descontento sobre seu atendimento pelas equipes de SF passam despercebido pelos profissionais.

As visitas domiciliares oferecem a oportunidade de estabelecer atenção à saúde a partir dos componentes da família, de acordo com as necessidades e peculiaridades do usuário, qualificando o cuidado, sendo coerente com o princípio de humanização da assistência

(ANTUNES, 2015). É considerada uma prática importante que viabiliza a intermediação entre o domicílio e a unidade de saúde, e vice-versa. Atrela-se à facilidade do acesso, ampliação da equidade e interpretação da doença, a partir do reconhecimento do cotidiano (MANDU et al. 2008).

Gráfico 14 - Processo de atuação na Orientação Comunitária às Gestantes. Ibiapina, 2017



Fonte: Primária

Shimazaki (2009) ressalta o mérito das atividades dos ACSs na orientação comunitária, por seu reforço na condução da assistência e vínculo da instituição com os usuários. Os ACSs, ademais, consolidaram a APS através do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e o enfrentamento dos índices de morbimortalidade infantil e materna na Região Nordeste (Mendes, 2015).

Um estudo qualitativo desenvolvido por Busana, Heidemann e Wendhausen (2015) retratou as potencialidades e fragilidades da participação popular nos conselhos locais de saúde e perceberam que os interesses e necessidades das pessoas por razões que as mobilizam para participar traz consigo a construção de um sentido pessoal e coletivo para as ações de estímulo e exercício da cidadania. O estudo indicou ainda algumas dificuldades a serem superadas, como a ampliação das ações dos conselheiros nos aspectos macropolíticos do sistema de saúde, necessitando, para isso, investimento na formação dos conselheiros.

Apreende-se que recursos nas comunidades, como oportunidade de atividades, recursos de nutrição, grupos de apoio, entre outros, podem auxiliar no acompanhamento das usuárias durante a gestação, e o profissional deve procurar a integrá-las, fortalecendo o empoderamento sobre a forma que sua realidade pode influenciar no decorrer da gestação.

Por fim, o último atributo a ser conhecido o seu processo de atuação foi o de Competência Cultural. Com este propósito, interpelou-se: (1) *Há entendimento sobre as questões culturais durante as consultas das gestantes e seus familiares?* e (2) *Há relação de humanização e escuta qualificada entre as equipes e gestantes e seus familiares?* As respostas surgidas encontram-se a seguir:

Gráfico 15 – Processo de atuação no Atributo Competência Cultural. Ibiapina, 2007.



Fonte: Primária

Foi possível depreender, por intermédio das respostas dos questionários, que todos os enfermeiros (100%) empenham-se em legitimar a diversidade cultural que as gestantes possam dispor. Esse reconhecimento é um desafio para as equipes de SF, que precisa ser comprometida com as peculiaridades de cada grupo a ser acompanhado, ter visão ampliada do processo saúde-doença e adaptar todo seu conhecimento científico permitindo uma troca com os usuários.

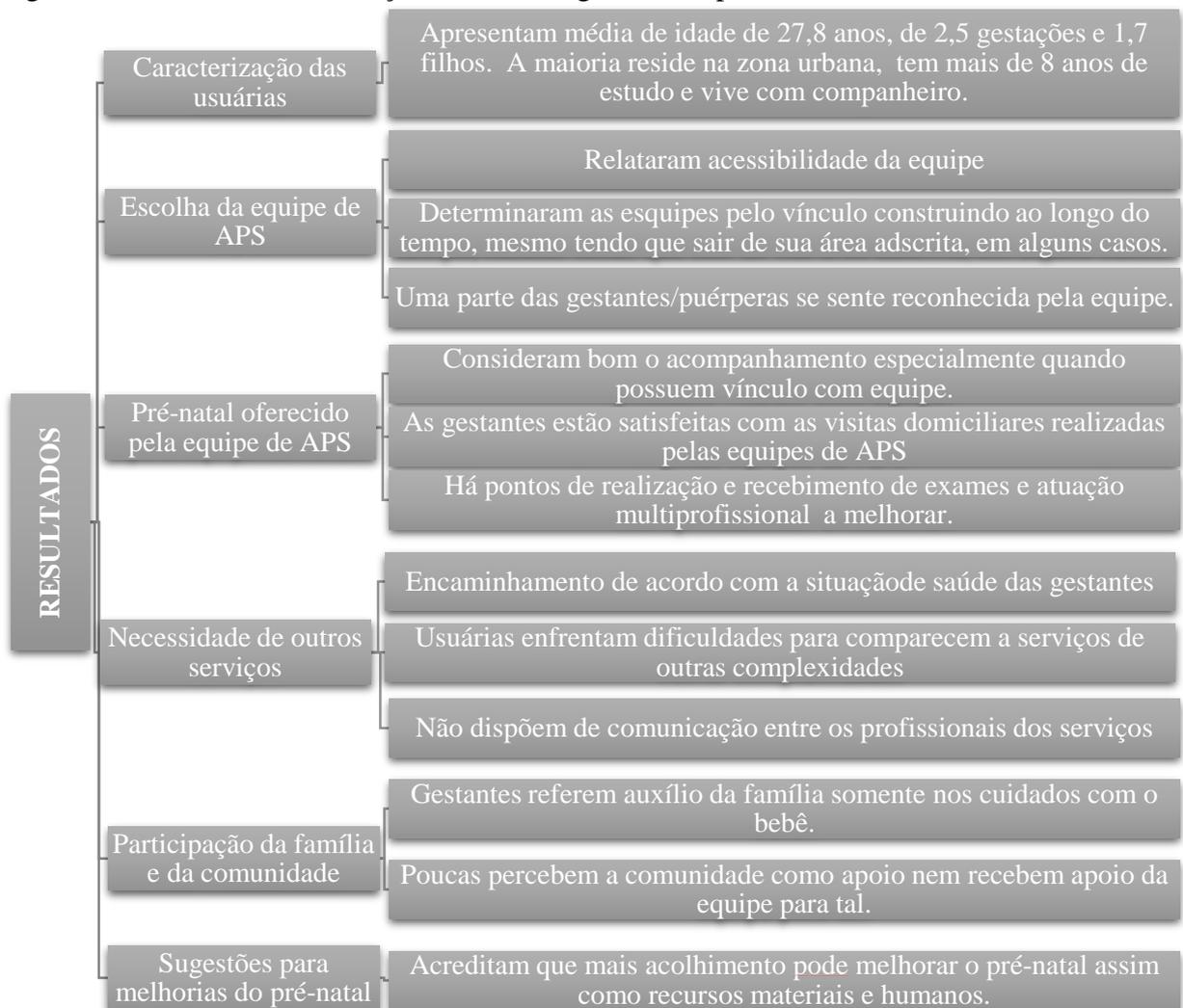
Devem, ainda assim, ser capacitadas a perceber as múltiplas particularidades e necessidades dessas populações, que podem estar afastadas dos serviços pelas propriedades culturais (BRASIL, 2011a). Destarte, cria-se expectativa de compartilhamento do plano terapêutico de uma gestante se a mesma conseguir aperceber-se como responsável pelo sucesso do seu cuidado, não somente a pessoa que a assisti. A viabilidade desse sentimento se faz

exequível quando o profissional adapta as crenças, comportamento e aspectos linguísticos dessa usuária com o entendimento dessa sobre o tratamento necessário. O profissional imperativamente tem de experienciar essa concepção ainda nos anos em que se gradua. Por vezes, ainda se observa currículos acadêmicos fragmentados e orientados pelo modelo biomédico, muito aquém do que a APS demanda para solucionar os requisitos de saúde das populações e para desenvolver suas funções de base, resolução, coordenação e ordenação das redes de atenção à saúde.

### 5.3 Resultados

A síntese das categorias dos achados nas entrevistas com as usuárias assistidas no pré-natal e nos principais indicadores de saúde encontra-se na figura 08:

Figura 08 – Resultados da atuação na Rede Cegonha. Ibiapina, CE.



Fonte: Primária

A busca pelo relato das usuárias que tiveram atendimento durante o período gestacional proporcionou a análise da atenção à saúde realizada pelas equipes de SF. A seguir, está exposta a caracterização dessas usuárias que aceitaram participar do estudo:

Quadro 05 – Caracterização das usuárias participantes do estudo. Ibiapina/CE, 2017

	Ida- de	End	Gestante			Puér- pera	G	P	A	Anos de estudo	Estado Civil
			1 tri	2 tri	3 tri						
U.1	33	ZU	X				3	2	0	> 8 anos	U. Consensual
U.2	20	ZU				X	2	2	0	> 8 anos	Casada
U.3	35	ZU		X			4	3	0	< 8 anos	Casada
U.4	27	ZU		X			3	1	1	> 8 anos	U. Consensual
U.5	16	ZU				X	1	1	0	> 8 anos	Casada
U.6	25	ZU			X		2	1	0	> 8 anos	U. Consensual
U.7	24	ZU		X			3	2	0	> 8 anos	Casada
U.8	15	ZR				X	1	1	0	< 8 anos	Solteira
U.9	15	ZR				X	2	2	0	< 8 anos	Casada
U.10	32	ZR			X		6	3	2	> 8 anos	U. Consensual
U.11	40	ZU			X		4	3	0	> 8 anos	Casada
U.12	33	ZU		X			3	2	0	< 8 anos	U. Consensual
U.13	28	ZU				X	3	3	0	> 8 anos	Casada
U.14	29	ZU			X		1	0	0	> 8 anos	Solteira
U.15	37	ZU			X		2	1	0	> 8 anos	Casada
U.16	31	ZU		X			5	4	0	> 8 anos	Casada
U.17	35	ZR				X	3	2	1	< 8 anos	U. Consensual
U.18	29	ZR	X				2	1	0	> 8 anos	Casada
U.19	32	ZU			X		1	0	0	> 8 anos	U. Consensual
U.20	19	ZU		X			2	1	0	> 8 anos	Casada
U.21	42	ZU				X	1	1	0	> 8 anos	U. Consensual
U.22	25	ZR				X	2	1	1	> 8 anos	U. Consensual
U.23	15	ZR		X			2	0	1	> 8 anos	U. Consensual
U.24	24	ZU			X		3	2	0	< 8 anos	Casada
U.25	35	ZU			X		1	0	0	< 8 anos	Casada
U.26	28	ZU				X	4	4	0	> 8 anos	Solteira
U.27	29	ZU			X		3	2	0	< 8 anos	U. Consensual
Méd.	27,8	-	2	7	9	9	2,5	1,7	0,2		

As usuárias que contribuíram para a análise dos resultados da atuação da APS no componente Pré-Natal da Rede Cegonha possuem média de idade de 27,8 anos, variando entre 15 e 42 anos. Das 27 entrevistadas, 55,5% estavam na idade considerada ideal para gestar, julgado por Peixoto et al. (2012) como a faixa etária de 20 a 34 anos; 18,5% portam menos de 20 anos e 26%, mais de 35 anos. Quadro semelhante foi encontrado no estudo desses referidos autores concernente a idade de 20 a 34 anos, contudo, apesar desses autores terem constatado o estrato de menores de 20 anos como a segunda predominante, o valor em percentual da presente pesquisa está acima do recomendado pela OMS, que é de 10 a 15% das gestantes com idade abaixo de 20 anos.

A prevalência da gravidez em mulheres com idade acima de 35 anos também mostrou-se semelhante ao restante do país, aparecendo como um grande risco para a mulher, visto que o risco de morte materna é cinco vezes maior nessa faixa devido às complicações gestacionais inerentes ao envelhecimento (SILVA et al. 2015).

No momento da entrevista, 67% encontravam-se gestantes, e 34% já estavam no período puerperal. Das 18 gestantes, a metade estava no 3º trimestre, 38,9% no 2º trimestre e somente 11,1% nos 3 primeiros meses gestacionais. O predomínio em relação a moradia se deu na zona urbana, onde 74% das usuárias do estudo residem, corroborando o trabalho de Peixoto et al (2012), desenvolvido em Fortaleza/CE, averiguando a zona rural como habitação de menores números de gestantes, que dificulta a procura das moradoras às unidades de saúde.

As entrevistadas apresentaram médias de 2,5 gestações e de 1,7 filhos; 5 usuárias revelaram ainda abortos. O número de filhos por mulheres ratificou o constatado por Silva et al. (2015) e Peixoto et al. (2012), que apresentaram dados de 1,8 a 2,0 filho/mulher. Tais autores comentam que essa taxa vem diminuindo nos últimos tempos, como também a mortalidade na infância; no entanto, o acesso ao pré-natal tende a diminuir com o aumento do número de filhos, em consequência, há de se preservar uma assistência pré-natal de qualidade que vise resguardar a saúde da mulher e do concepto, a adesão às consultas e a detecção precoce das complicações próprias da gestação.

Das 27 usuárias entrevistadas, 27,9% referiram ter estudado menos que 8 anos, e 11,1%, 40,7% e 48,2% declaram, respectivamente, estarem solteiras, em união consensual e casadas. A busca por saber o nível de escolaridade das participantes deveu-se ao entendimento que o atendimento da população que tem acesso a estudo ser mais efetiva do que as que não usufruíram desse aspecto. No que concerne ao estado civil, a sua apreensão aplicou-se pela valia do apoio do pai da criança/companheiro no transcorrer da gestação, que é cercada por

inúmeras transformações fisiológicas e emocionais. Nota-se que essas usuárias contam com expressiva conjuntura de apoio para auxiliá-las nessa fase de seu ciclo de vida.

O trabalho de Souza et al. (2013) evidenciou igualmente uma maioria de gestantes com 8 anos ou mais de estudo – cerca de 66%, assim como encontrou Peixoto (2012) – 49,2% da população do estudo. Ambos reforçam a relevância do maior nível de instrução desse grupo, pois permite que haja maiores condições para que elas se apropriem a respeito das condições de saúde influenciadas pelo seu corpo e pelo contexto socioambiental em que se insere, devendo, portanto ser analisado durante o pré-natal.

Quanto o seu estado civil, a literatura robustece o destaque do parceiro para motivar a humanização desse processo gestacional, ao apoiá-la psicologicamente e economicamente, localizando-se taxas de 76,2% e 72,7% de gestantes casadas e com união consensual, semelhante a deste estudo (SILVA et al., 2015; SOUZA et al. 2013)

O espaço de tempo de cada entrevista foi por volta de 40 minutos, diferindo entre 30 minutos e 2 horas. Iniciou-se as entrevistas com as usuárias pelo questionamento sobre a *escolha da unidade de saúde para o acompanhamento pré-natal*, que resultou em falas como: **a minha mãe é atendida lá, eu nunca tinha ido, e ela disse que a enfermeira era boazinha (U.8); a agente de saúde passou aqui e disse que tinha marcado o pré-natal lá aí eu fui (U. 25); porque sou da área, né, e na minha primeira gravidez fui atendida lá (U. 20); sempre fui atendida lá, e confio nas pessoas lá (U.19).**

Observou-se nas falas das participantes aspectos relacionados aos atributos de primeiro contato, longitudinalidade, orientação familiar e competência cultural da APS. Por vezes, a gestante/puérpera tem vínculo bem estabelecido com a equipe, e procura o serviço de forma natural; outras contaram com o estímulo dos ACSs e familiares para se direcionarem ao serviço de saúde.

O trabalho de Paula et al. (2015) denota que a avaliação do atributo longitudinalidade envolve tanto seu ponto estrutural quanto de desempenho. Assim, o trabalho através desse atributo essencial ocorre quando a gestante identifica o serviço como fonte habitual de atenção (aspectos de estrutura) e pela força das relações interpessoais (desempenho). Da mesma forma, a longitudinalidade é medida através da identificação da população eletiva, no caso as gestantes, por parte da equipe que visa a promoção da saúde e a redução de encaminhamentos a especialistas. Resgata-se, por ora, as boas condições das equipes em confirmarem o

atendimento sempre pelo mesmo médico e enfermeiro, e a preocupante situação de não ter sido encontrado, nem relatado formas de estratificar os riscos das gestantes da área.

Starfield (2002) complementa que a avaliação da qualidade da longitudinalidade na APS baseia-se em mensurar a capacidade dos usuários de reconhecer sua fonte de atenção primária, sendo que esta deveria ser capaz de identificar sua população assistida. Além disso, os usuários utilizariam essa fonte habitual para todos os problemas, com exceção daqueles que exigem encaminhamento por seu maior grau de complexidade.

A estabilidade dos profissionais, contudo, assegura que o trato entre esses atores aconteça. Foi identificado na estrutura e conhecido no processo de atuação que todos os profissionais enfermeiros encontram-se com vínculo do tipo estatutário, e essas falas anteriormente retratadas refletem a satisfação das gestantes/usuárias no seu acompanhamento de pré-natal.

A presença adequada da longitudinalidade sugere que os profissionais percebiam uma maior ligação dos usuários aos serviços, sendo capazes de reconhecerem melhor sua população cadastrada e produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução de encaminhamentos desnecessários (MARINHO, 2015)

Durante as visitas e entrevistas aos sujeitos do estudo pode-se notar o destaque do ACSs na relação equipe-usuário. Esses profissionais podem convergir as necessidades das gestantes com o trabalho da equipe por sua atuação nesses dois campos. Diversas vezes a figura do ACS foi citada como esse elo, contribuindo significativamente para a qualidade da atenção à saúde das gestantes, participando de atributos como longitudinalidade, orientação comunitária e competência cultural. Ainda assim, Menegussi, Ogata e Rosalini (2014, p. 88) lembram que “a inserção do ACS acontece de forma intensa, sobretudo no que tange à linha tênue que o separa entre ser agente comunitário de saúde, morador e usuário do serviço pelo qual trabalha”.

O trabalho de todos os profissionais das equipes deve propiciar a captação precoce das gestantes, antes dos 120 dias da concepção. Esse procedimento visa a intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas, além do mais, o início precoce da atenção pré-natal e sua continuidade requer cuidado permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção (BRASIL, 2012b). A tabela 01 demonstra esta situação do município em estudo a partir do ano de 2013 e do SISPRENATAL:

Tabela 01: Porcentagem de Gestantes captadas até a 120 dias de gestação. Ibiapina, 2017

	2013	2014	2015	2016	2017*
Captadas até 120 dias da gestação (%)	54,50	69,11	69,24	61,88	67,09
Captadas após 120 dias da gestação (%)	45,50	30,89	30,76	38,13	32,91

Fonte: SISPRENATAL (2017); \*dados até o mês de Abril/2017

A captação precoce das gestantes apresentou um aumento nos anos de 2014 e 2015 em relação a 2013, porém uma queda em 2016, vindo em recuperação no ano de 2017. Handell, Cruz e Santos (2014) encontraram valores em torno de 80% em seu estudo em município do Centro-Oeste, não tão baixos como os dessa pesquisa, mas reforçam que quanto antes se dá a iniciação do pré-natal, mais se terão ações voltadas à promoção da saúde

Percebeu-se que a família pode facilitar o envolvimento das gestantes com a equipe de saúde e conseqüentemente a melhora da qualidade da atenção. Evidenciou-se, no estudo de Antunes (2015), que a concordância de um membro da família com sua opinião e participação no plano de cuidado interfere no cuidado do usuário, e quando há desinteresse dessa, provavelmente ocorrem tentativas frustradas de assistência, o que influencia negativamente, inclusive, na motivação profissional.

Algumas usuárias, porém, descreveram relações complicadas com a equipe de APS de sua área adscrita, quando surgiram as seguintes falas: **na verdade, o meu posto de saúde é outro, mas quis fazer o pré-natal com a enfermeira do outro posto que fez da minha primeira filha (U.15); não senti confiança na enfermeira que me atendeu lá, ela é muito novinha, aí pedi pra fazer em outro lugar (U. 16); eu não ia lá, porque o médico é dos cubanos e eu não entendo que ele fala e fiquei com medo de ter meu filho assim, sem entender o que ele diz (U.14)**. Algumas narrações trazem reflexões importantes para a longitudinalidade do cuidado e competência cultural das equipes de SF.

Na revisão integrativa feita por Paula et al. (2015) houve sinalizações quanto ao tempo imperativo para desenvolver a relação entre usuários e profissionais visto como fundamental para estabelecer confiança, tanto no sentido de se ter várias ocasiões de atendimento no decorrer dos anos, como no interesse dedicado e percebido pelos usuários para com os prestadores de cuidados de saúde.

Sabe-se que também as gestantes regularmente criam expectativas acerca de quem vai assisti-las, e deduzem se há trocas nos momentos das consultas como a comunicação, escuta qualificada e humanização, podendo acontecer barreiras nessas relações a partir do momento em que não se sentem acolhidas pela equipe. Não obstante as políticas públicas de saúde da mulher terem sido historicamente pautadas numa visão biológica e reducionista do ciclo gravídico-puerperal, as ações da APS devem caminhar a partir de uma visão ampliada de seu público feminino. Guerreiro et al. (2012) refletem que é preciso um posicionamento crítico dos profissionais de saúde – em especial do enfermeiro – que permitam refletir sobre o atendimento que está sendo oferecido à mulher no pré-natal, aproximando o máximo possível de uma prática qualidade, por meio de um processo de cuidar sistemático, individual e contextualizado.

Vislumbrou-se a competência cultural em alguns discursos apresentados acima. O ACS ter estimulado a ida da gestante à UBS, a enfermeira ter sido citada como “boazinha” e a pouca conexão com o médico devido a linguagem espelham a importância desse atributo para a qualidade da atenção da APS na Rede Cegonha.

Conceitua-se a competência cultural como a certificação da relevância das manifestações populares no cuidado à saúde (SHIMAZAKI, 2009). Os relatos positivos das gestantes contribuem para a qualidade de sua atenção, pois estas se sentem cooperando com seu plano de cuidado ao serem reconhecidas individualmente; no contrário, ocorrem desarranjos em seu acompanhamento de saúde.

Adicionalmente nessa pergunta feita às gestantes/puérperas do município a fim de conhecer os resultados da atenção da APS, despontaram as seguintes falas: **ah, porque é perto aqui de casa, vou a pé mesmo que meu marido não tá em casa na hora que é a consulta (U.6); fui pra lá porque lá consigo consultar fácil (U. 26); minha vizinha disse que lá tem muitas pessoas pra atender a gente (U.17).**

O quesito de primeiro contato surgiu no relato das entrevistas como um facilitador da procura pelas equipes de SF do município mesmo com alguns pontos a aperfeiçoar, corroborando com a estrutura e processo de atuação nesse item analisados anteriormente.

Este atributo está relacionado com os termos acesso e acessibilidade, cujas diferenças estão em constante discussão na literatura. Travassos e Martins (2004) dizem que o acesso é um conceito complexo, impreciso e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. Donabedian (2005) emprega o substantivo acessibilidade — caráter ou qualidade do que é acessível – para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde,

enquanto outros preferem o substantivo acesso. Há, ainda por Travassos e Martins (2004) quem se refiram às características dos indivíduos; outros focam-no nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta).

Passou-se à análise do conhecimento quanto *as ações ofertadas pela equipe durante o acompanhamento pré-natal*. Emergiram as falas seguintes: **eu gostei do atendimento, fui pra todas consultas marcadas (U.8); fiz pré-natal mais com o enfermeiro, queria ter ido pra médica mais vezes (U.2); foi bom, eu conhecia todo mundo lá (U.20); vixe, quase todo dia to por lá, mais ainda agora no final, acho que ninguém me aguenta mais (U. 25); chegava lá às vezes demorava, às vezes não (U. 11); só não consegui ir no dentista, tentei ainda umas três vezes mas não consegui (U.22)**. As respostas surgidas à essa pergunta levaram a considerar os atributos de longitudinalidade, integralidade e orientação comunitária como as mais significativas nos discursos das gestantes e puérperas entrevistadas pelo aparecimento exaustivo de muitos de seus aspectos.

Muitas participantes indicaram que regularmente iam às consultas de pré-natal, e que se consideravam satisfeitas com o atendimento prestado; as maiores reclamações foram sobre as consultas sucederem-se mais vezes com o profissional enfermeiros que com médicos. Dados do SISPRENATAL a partir de 2013 mostram as seguintes porcentagens quanto ao número de consultas das gestantes de Ibiapina/CE (Tabela 02):

Tabela 02: Porcentagem de Gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal. Ibiapina, 2017

	2013	2014	2015	2016	2017*
> 6 consultas ou mais (%)	49,05	47,95	60,04	53,33	32,49
< 6 consultas (%)	50,95	52,05	39,96	46,67	67,51

Fonte: SISPRENATAL (2017); \*dados até o mês de Abril/2017

A média entre 2013 e 2016, visto que o ano de 2017 ainda está em andamento, foi de 52,6% de gestantes que estão realizando 6 ou mais consultas. Número parecido foi constatado por Handell, Cruz e Santos (2014), com 60% das gestantes com tal quantidade de consultas, estes autores reiteram que quanto mais consultas mais oportunidades para receber orientações, a depender, sempre, da qualidade dessas consultas.

Pode-se depreender que, ao contrário do que se vê no sistema de informação, o número de consultas não se constitui como um problema para as entrevistadas. Foi verificado, ainda assim, a presença das fichas de cadastro e acompanhamento do SISPRENATAL em todas as UBSs durante a observação sistemática, e todos enfermeiros asseguraram a utilização das mesmas. Supõe-se que possa estar havendo uma depreciação dos dados notificados pelos profissionais de saúde ao sistema. Andreucci et al. (2011), ao comparar a caderneta de gestante com informações do SISPRENATAL concluíram a problemática da documentação correta para a alimentação do sistema. Analogamente, um relatório do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará informa que grande parte dos municípios tem entraves relacionados à sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento da ficha e à dificuldade na geração de relatórios do próprio sistema para a tomada de decisão (COSEMS, 2017).

O Caderno de Atenção ao Pré-Natal de baixo risco prevê o mínimo de 6 consultas no decorrer do pré-natal e mais uma até os 42º dias do puerpério, intercaladas entre o médico e enfermeiros (BRASIL, 2012b). Apesar da categoria da enfermagem ter suas bases históricas centradas no cuidado da mulher e criança, o modelo curativista em torno da figura médica ainda é forte e direciona a resolubilidade das ações somente para este profissional da saúde. Contudo, por vezes, é o enfermeiro o responsável pela gestão das equipes de SF e como resultado, conduz da mesma forma o plano de cuidados e reúne relações mais próximas ao usuário por vezes, viabilizando atenção integral e contextualizada em sua realidade biopsicossial.

Inúmeras respostas confluíram para a percepção de que as usuárias ficam satisfeitas com o acompanhamento quando confiam no profissional prestador do serviço. Como discutido anteriormente quanto à escolha da equipe, a confiança favorece a efetividade e o seguimento da assistência às gestantes, embora tenha que ocorrer em outros níveis de assistência, consolidando assim, atributos como a integralidade e coordenação dos cuidados.

No entanto, os longos tempos de espera e até o cancelamento de consultas como apontado em alguns relatos, comprometem a longitudinalidade da atenção aos usuários. Paula et al. (2015) trazem que esses pormenores causam insatisfação dos usuários assim como referem à importância do conforto desta sala, pois quando o usuário não se sente satisfeito com o serviço que utiliza há prejuízos no vínculo e na utilização regular deste serviço. Por sua vez, as salas de espera, quando verificadas nesta pesquisa, apresentaram boas condições estruturais e os enfermeiros questionados afirmaram não haver demora de mais de 30 minutos para o atendimento.

As entrevistadas destacaram em suas falas vertentes do atributo de orientação comunitária ao enunciarem: **a ACS vinha aqui toda semana pra saber como eu estava; quando meu filho nasceu ela trouxe a enfermeira (U.5); A enfermeira veio aqui pra ver minha pressão e passar uns remédios pra mim comprar, mas a médica nunca veio (U. 11).**

Dirigir-se à comunidade por meio das visitas domiciliares possibilita compreender as situações que os usuários estão inseridos cotidianamente e desperta no profissional métodos de ofertar uma qualidade na atenção. Não é à toa o reconhecimento da população frente ao trabalho dos ACSs, que continuamente se aproximam da vivência de cada membro das famílias. A própria concepção da APS se deu em torno dessa astúcia que a fim de atender às carências das pessoas imprescindivelmente deva-se conhecer a conjuntura das forças que as influenciam.

Destarte, a orientação para a comunidade se refere ao entendimento de que as necessidades em saúde dos indivíduos, das famílias e da população estão diretamente relacionadas ao contexto social e que a assimilação dessas necessidades presunha o conhecimento do contexto social da área de atuação das equipes de saúde (BRASIL, 2015).

As visitas domiciliares às gestantes, certificadas na averiguação das planilhas que comprovam essa atividade e confirmadas pela maioria dos enfermeiros que colaboraram com o presente estudo, configuram-se como uma das facetas do atributo em questão. Abordar as gestantes em domicílio promove a cooperação destas, e culmina na reavivação também da família como protagonistas da gestação em que todos estão deveras envolvidos.

Marin et al. (2011) inferiram em uma pesquisa sobre a visão dos usuários sobre a visita em domicílio que estes apontam a evidência dessa prática para as relações interpessoais no contexto da atenção à saúde, mas veem como limitação da visita a pouca organização e planejamento. Pode-se depreender desse estudo a cautela que se deve dispor ao adentrar nas histórias das famílias das gestantes.

Conjuntamente à esses últimos relatos, houve ainda essas descrições quanto à assistência pré-natal: **recebi todas os remédios de graça; pegava aqui mesmo as vitaminas pra não ter anemia (U. 10); só não gostei das vacinas, que tomei um monte (risos) (U.14); os exames eu fiz todos que me pediram, mas acho que não recebi a prevenção (U.28); acho ruim ter que ir pra rua fazer os exames, porque pago o carro pra ir e pra voltar (U.10); fiz um exame de sangue que foi só uma picada do dedo, acho que era pra ver se tinha AIDS (U. 35); só não fiz a prevenção, porque quem faz aqui é um homem, e tenho vergonha (U. 12); fui uma vez pra nutricionista, por causa do meu peso (U.11); o médico disse que eu devia ir no dentista, mas não consegui a ficha com a agente de saúde (U.19).**

Baseado nesses retornos das usuárias, pode-se considerar algumas perspectivas quanto à materialidade da integralidade, atributo essencial da APS, julgado tanto no enfoque de conceber o indivíduo para além do biológico como ofertar os serviços indispensáveis para solucionar as suas adversidades de saúde, independente no nível de complexidade imperativo.

Mais que recursos materiais, a prática da integralidade depende da sensibilidade e disponibilidade dos profissionais para compreenderem os diferentes aspectos que influenciam o estado de saúde do ser humano de quem estão cuidando (SILVA et al. 2014). Os laços afetivos construídos com os usuários no fazer cotidiano permitem melhor assistência e favorecem a constituição da integralidade por meio de maior adesão da população ao desenvolvimento das ações de saúde (ALVES, ANDRADE e SANTOS, 2016).

Constatou-se alguns elementos que compõem a característica da integralidade que estão facilitando e outros dificultando a concretude da qualidade da APS na Rede Cegonha. Validando a estrutura e o processo, esses resultados da satisfação das usuárias completam a avaliação da atuação da APS de Ibiapina na rede de saúde materno-infantil ao confirmar a realização de exames laboratoriais e a imunização das gestantes, como também ressaltar empecilhos no exame preventivo de câncer de colo de útero, medicamento básicos, testes rápidos e aconselhamento nutricional e odontológico.

Às gestantes são previstas vacinas contra Hepatite B e antitetânica, de acordo com os esquemas previstos para adultos e levando em conta as doses comprovadas, somando-se a contra Influenza anualmente (BRASIL, 2012b). Louzeiro et al. (2014) trazem que todas as evidências atuais indicam que as vacinas que não contêm agentes vivos e as imunoglobulinas que atualmente são recomendadas para adultos são seguras e imunogênicas para as mulheres grávidas. Houve muitas falas em relação ao desconforto na tomada das vacinas, porém no município não existem percalços nessa atividade, ratificado pela tabela a seguir (Tabela 03), com dados retirado do SIAB. Os dados mostram um pequeno aumento a partir de 2013, porém nada que conteste o elevado número de gestantes que tem garantida sua imunização.

Tabela 03: Porcentagem de Gestantes com vacinas em dia. Ibiapina, 2017

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Vacinas em dia (%)	99,8	99,6	99,5	99,2	99,4	99,3
Sem vacinas em dia (%)	0,2	0,4	0,5	0,8	0,6	0,7

Fonte: SIAB (2017)

O Ministério da Saúde prevê exames complementares a serem solicitados na primeira consulta pré-natal, a saber: Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Exame de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero (se necessário) e Exame da secreção vaginal, Parasitológico de fezes e Eletroforese de hemoglobina, esses três últimos se necessário (BRASIL, 2012b).

Constou-se nas entrevistas depoimentos que aludiram a dificuldades no recebimento de alguns exames complementares, especialmente os exames de Papanicolau, estabelecendo um considerável impedimento para a qualidade da atenção às gestantes, influenciando inclusive seu atendimento dentro dos serviços da Rede Cegonha nos casos considerados como alto risco. Ainda assim, não foi possível obter nos relatórios do SISPRENATAL os dados associados ao recebimento em tempo oportuno dos exames.

Os testes rápidos para detecção de HIV e sífilis são tidos na literatura como um aporte para a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2013; SANTANA, SANTOS e MACHADO, 2013; BAGATINI, 2014). A observação das UBSs indicou que poucas unidades tinham o material para a realização desses exames, não obstante os profissionais participantes terem afirmado suas execuções. Na análise dos discursos das usuárias, por sua vez, houve reduzidas citações do cumprimento dos testes.

Bagatini (2014) cita alguns entraves na realização dos testes rápido que podem, por ora, justificar esse quadro: a centralização da testagem no enfermeiro, disponibilidade dos testes, estratégia de agendamento que leva à perda da oportunidade da testagem e profissionais que não se sentem confortáveis no aconselhamento pré-teste. Outrossim identificado nos exames complementares, esses obstáculos impedem a constatação de situações de riscos das gestantes e por conseguinte, sua atenção dentro dos demais níveis de complexidade da Rede Cegonha.

Nenhuma alusão foi demonstrada, pelas gestantes/puérperas, ao aconselhamento dos malefícios à criança em caso de tabagismo materno, e somado ao conhecido no processo de atuação, onde escassos enfermeiros confirmaram essa atividade como rotina da atenção pré-natal, vê-se que se trata de um cenário que requer avanços urgentes. As discussões nacionais expõem inúmeros danos às crianças, como má formações congênitas (NICOLETTI et al. 2014), complicações na placenta, hemorragias e baixo peso ao nascer (MOTTA, ECHER e LUCENA, 2010).

Por fim, os atendimentos multiprofissionais configuraram-se de modo a impedir a materialização da integralidade frente a Rede Cegonha. Os relatos das usuárias concorreram para demonstrar frustração na abordagem de profissionais da nutrição, odontologia e psicologia abaixo do esperado e do necessário à sua atenção. Anteriormente questionados, os enfermeiros destacaram essa insuficiência do olhar de outras categorias no cuidado às gestantes.

Assim, como salientado na identificação da estrutura e conhecimento do processo de atuação das equipes de SF e acentuado nas falas das usuárias e mostrado em alguns indicadores de saúde, o atributo integralidade demanda progressos a fim de considerar o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental em que a gestante está inserida.

Na terceira indagação feita às gestantes/puérperas do estudo, *atrelou a necessidade de outros serviços no decorrer do acompanhamento pré-natal*. Nesse elemento, o atributo integralidade foi novamente manifestado juntamente com a coordenação, podendo ser visualizado nos seguintes discursos: **precisei ir no médico lá da policlínica, porque tive um aborto há um ano atrás, e a médica aqui disse que tinha risco de eu perder esse também (U. 22); meu primeiro eu perdi depois dos 8 meses de gravidez, ele estava dentro da minha barriga, aí a enfermeira me encaminhou pra fazer uma ultrassom em Sobral, que disse que lá é melhor (U. 23); fiz uns exames de sangue lá em Tianguá, que diz que aqui não desses (U. 13); tive meu primeiro filho lá na Santa Casa (U.6).**

As falas delinearam uma percepção de que os encaminhamentos das gestantes acontecem geralmente quando há a identificação de algum risco após a anamnese clínica e/ou recebimento de exames complementares. Condutas assim fortificam a concretude da integralidade, ao disponibilizar o emprego de níveis secundário e terciário na atenção à saúde materno-infantil. Reitera-se ainda, a partir dessa análise, a ênfase aos exames serem entregues em tempo cabível.

Responder aos problemas de saúde da população de forma integral exige uma coordenação das equipes de SF dia diante de uma oferta de serviços em outros níveis, e vêm-se observando a expansão dos serviços próprios municipais, principalmente especializados, para sustentar uma relação mais próxima entre as diferentes complexidades de saúde (Fausto et al. 2014). Santos e Giovanella (2016) complementam que no intuito de formalizar essa garantia de cuidado integral, gestores municipais precisam enfrentar a capacidade de apenas um ente federativo descentralizado frente a organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde.

Sobre as *condições em que ocorreram o encaminhamento e os auxílios recebidos para o comparecimento*, desenrolou-se falas como: **a enfermeira do posto me deu um papel e mandou eu ir lá na central marcar (U. 19); tive que ir lá na central pra agendar o retorno, perdi até o ônibus dos estudantes na volta, que lá é gente demais (U. 17); recebi um papel do médico pra ir marcar lá na central, mas não fui porque não tinha com quem deixar os outros filhos, e ele também disse que demorava demais a marcar (U.10); no dia do exame teve o carro pra ir pra Sobral, tive que sair de madrugada lá do hospital (U. 23); fui com um vizinho, que já ia pra lá (U. 14).**

Uma parcela considerável das entrevistadas discorreu sobre o inconveniente de não marcar consultas e exames na UBS da área, tendo que se deslocar até o centro do município para efetuar o agendamento. Isto pode concorrer para uma ruptura na assistência das gestantes, visto que foram diversos os motivos relatados para que esse processo fosse interrompido, e fragiliza a qualidade da atenção da APS.

Santos e Giovanella (2016) em um estudo de caso desenvolvido no Estado da Bahia, notaram quadro similar na fragilidade das centrais de marcação nos pequenos municípios. Problemas como técnico marcador que especifica erroneamente as prioridades de agendamento, por vezes devido as insuficientes informações nas referências, papel coadjuvantes das equipes de SF com escassa comunicação entre os setores envolvidos e a respectiva procura por outros profissionais que induz um cenário de desconfiança para os usuários podem conjuntamente contribuir para as dificuldades vistas pelas usuárias nas presentes circunstâncias.

A coordenação pelas equipes de SF, consoante Mendes (2015), conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS. De acordo com a análise dos resultados pela satisfação das usuárias da Rede Cegonha, a qualidade da APS defronta-se com contratemplos para atuar nesse atributo.

Outrossim, quanto ao questionamento acerca da *maneira como os profissionais da equipe de APS ficam sabendo das condutas nos outros serviços*, obtiveram-se as seguintes falas: **acho que a enfermeira conhece a médica que fez minha ultrassom, aí elas se falaram algumas vezes (U. 23); a policlínica enviou o resultado do exame bem um mês depois aí que levei pro médico do posto (U. 26); como fiz uma parte particular, já levei logo esses que tinha pronto (U. 24); acho que o médico anotou umas coisas no cartão de gestante que levei, e outras falei mais ou menos o que entendi (U.7); assim que tive meu filho, liguei para a ACS avisando (U.6).**

Almeida, Giovanella e Nunan (2012) discorrem que as dificuldades nessa relação podem acontecer devido aos serviços de referência não reconhecerem a relevância e o papel da APS na integralidade da atenção, um dos motivos pelo qual não disponibilizam informações necessárias à continuidade e coordenação do cuidado pelos profissionais do nível primário. Colocam que esse contexto se agrava pela expressiva quantidade de serviços conveniados ao SUS, que findam por não se incorporar às redes do sistema.

As contrarreferências, como visualizados no conhecimento do processo, configuram-se como um entrave na coordenação da assistência. Algumas gestantes relataram o uso da caderneta nessa comunicação, a entrega de exames diretamente ao profissional que as assistem e o seu próprio relato; houve ainda o caso em que os profissionais se conheciam e a comunicação entre eles se dava, sendo que a usuária não demonstrou saber do que estas abordavam. Isto posto, pondera-se que o diálogo sucede-se de maneira informal, conforme a realidade de cada equipe, não tendo no município um padrão para que os serviços interajam entre si.

Resultados obtidos pelo 2º ciclo do PMAQ relacionados a saúde materna confirmam obstáculos na contrarreferência da maternidade, ao descrever que 16,67% das equipes do município referiram esse retorno, enquanto as do estrato<sup>3</sup> mencionam o valor de 9,5%, o Estado, 14,32% e o Brasil, 18,85% (PMAQ, 2017).

Uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir seus três papéis essenciais. A resolutividade, que exprime a capacidade cognitiva e tecnológica com vistas a solucionar grande parte da demanda; a coordenação, que provocam o trabalho da APS em ordenar os fluxos e os contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes, e a responsabilização, que significa a proximidade entre a população adstrita e o exercício dos gestores (MENDES, 2015).

Esse mesmo relatório mostra que em relação à vinculação à maternidade, o município faz essa adesão à 100% das gestantes, enquanto o estrato, o Estado e Brasil apontam valores de 19,43%, 30,12% e 18,79%, respectivamente. A vinculação faz-se fundamental pela orientação que é dada a gestante sobre o local provável de acontecimento do parto, além de poder facilitar o diálogo entre hospital e a APS. Dados do SISPRENATAL demonstram igualmente esse fato de se ter, em Ibiapina/CE, todas gestantes vinculadas ao hospital de referência para ocorrência

---

<sup>3</sup> Estrato significa a distribuição dos municípios levando em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos que permitem a comparação entre si.

de parto, especificando, contudo, que essa adesão é somente ao hospital municipal onde acontecem os partos de risco habitual, inferindo-se que há obstáculos nessa comunicação quando a gestante tem que procurar os hospitais para parto e nascimento de risco. Vincular a gestante à maternidade, através da escrita do nome do hospital na caderneta, promove um cuidado humanizado desde o pré-natal até o parto por favorecer o conhecimento da mulher sobre o que vai acontecer com ela e seu filho, aproximando todos os atores.

Quando perguntadas a respeito da maneira em que *a família e a comunidade podem estar participando do seu pré-natal*, as gestantes/puérperas do estudo relataram que **meu marido me ajuda muito, tanto com esse pequeno e também quando eu perdi o outro (U.17); minha cunhada vai chegar pra ficar comigo (U. 25); não tenho família aqui, então ainda não sei como vou passar o resguardo, acho que vou ter pagar alguém (U.14); a ACS conhece todo mundo aqui de casa (U. 22); os vizinhos me ajudam porque gosto de conversar com eles (U. 7); não sei não, acho que o povo daqui não pode ajudar em nada não (U. 13); uma vez a enfermeira disse que eu podia levar meu marido para a consulta (U.4).**

A interação usuário/família propicia a compreensão mútua e beneficia a conquista do êxito técnico da assistência à gestante. Boa parte das entrevistas foi, ademais, rodeada de familiares, e logo, muitas estabeleceram o ambiente familiar e a concordância de pelo menos um parente como fortalezas para essa mudança do seu ciclo de vida.

A orientação familiar – entendida como um atributo derivado, mas não de menor relevância – atesta avanços da perspectiva da qualidade da atenção; para tanto, a percepção da capacidade das famílias deve ser analisada em termos de cooperação ou não para com o momento da gravidez. Reichert et al. (2016) e Antunes (2015) significam a presença dos familiares, mesmo com o desafio de associar a situação com o contexto social e cultural, como uma extensão do cuidado que requer atitudes de contato, escuta e confiança.

Esse atributo apresenta inter-relação com a integralidade da atenção, uma vez que as relações estabelecidas no contexto familiar e os fatores que expõem o usuário a condições adversas ou favoráveis ao processo saúde doença são considerados na prática de saúde (PEREIRA et al., 2011). Portanto, o envolvimento com a família que possua potencial ou permita essa aproximação da equipe gera uma visão ampla dos problemas e das soluções que irão constituir o plano de cuidados da mulher.

Considerar a família como o sujeito da atenção exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar, sem contudo, desconsiderar a autonomia e escolhas dos seus membros (OPAS, 2011). Renova-se aqui o merecimento da utilização de ferramentas de abordagem familiar a fim de se integrar a família como impulsão para a qualidade da APS na Rede Cegonha, cujo cenário em relação a estrutura e processo encontra-se em estado inferior ao necessário.

As considerações citadas no tocante ao atributo de orientação comunitárias demonstraram inexpressiva representação no incentivo à melhoria do transcorrer do ciclo gravídico-puerperal, excetuando a faceta de visita domiciliar discutida anteriormente. Não houve discursos declarando alguma busca à ouvidoria por motivos de descontentamento.

Pereira et al. (2011) publicaram um artigo que também sinalizou para a insuficiência desse atributo, indicando voltar-se a atenção para a transformação das práticas profissionais com vistas à superação desse entrave. Para Alencar (2014), a visão do usuário é insuficiente pois relatam que não são consultados sobre o atendimento da UBS, que os profissionais desconhecem os problemas de saúde da população e não estimulam a participação em conselhos locais.

O trabalho da APS deve envolver a população na tomada de decisões, e ampliar o escopo das atividades desenvolvidas com ela, ouvindo-a em busca de intervir naquilo que ela percebe como problema. Modificar a atuação somente torna-se possível com a utilização de planejamento e clínica ampliada, apoiados pela compreensão do serviço sobre os problemas de saúde da comunidade. No caso do acompanhamento das gestantes, foco desse estudo, reformulações das políticas públicas municipais de estímulos à participação popular aumentariam a qualidade assistencial das mesmas. Ainda assim, práticas que robustecem a orientação comunitária, elencadas por Madureira (2015), como colaboração intersetorial em amparo dos profissionais na busca do reconhecimento dos problemas da comunidade, participação da comunidade nos conselhos de saúde, visitas domiciliares e serviços oferecidos na escola, podem ajudar a mudar essa situação.

As entrevistas foram finalizadas com perguntas acerca *das sugestões das participantes quanto ao acompanhamento pré-natal*. Representam a maioria das falas os seguintes discursos: **acho que poderia ter mais tempo pra consulta, que às vezes a gente não consegue falar tudo o quer (U. 26); acho que mais médico pra atender (U.13); que os exames saíssem mais rápido (U.20); acho que ter psicólogo pra ouvir nosso choro (U.11); também queria ter**

**ido no dentista (U. 9); que tivessem falado como é realmente o parto, que eu tive tudo diferente de como tinham me explicado (U.5).**

Observou-se que as gestantes e puérperas demonstram durante essas respostas uma variação de sentimentos e julgamentos, perpassando por exaltações nos momentos que falavam suas opiniões. As ideias principais das entrevistadas convergiram tanto para a necessidade de maior acolhimento por parte das equipes quanto por mais acesso a medicamentos, exames e profissionais para além da equipe mínima da APS.

As dificuldades da escuta qualificada e do diálogo entre as gestantes e o prestador do cuidado foram uma das queixas descritas pelas usuárias, embora no questionário disposto aos enfermeiros isso tenha sido refutado e não tenha sido concebido pelas próprias participantes na análise dos aspectos da orientação comunitária. Cardelli et al. (2016) revelaram em sua pesquisa qualitativa a insatisfação das gestantes a partir do acolhimento na entrada à unidade de saúde até o acesso às consultas e, similar às entrevistas apresentadas, o descontentamento acerca das orientações. Grandó et al (2012), por sua vez, depreenderam a valorização desse público aos momentos de atendimento geridos por linguagem simples, sensibilidade e respeito às diferenças entre os atores envolvidos.

Superior aos procedimentos técnicos, a humanização no trato com as gestantes favorece a diminuição da ansiedade destas, decorrendo daí possíveis confusões em sua percepção e consequente desestabilização da confiança mútua. Ademais, o centro da atenção à saúde ser caracterizado unicamente na gravidez, sem enfatizar a mulher como indivíduo que merece crédito em seus diversos determinantes da saúde.

Da mesma forma, as usuárias exprimiram seu ponto de vista a respeito do desprovimento de recursos materiais e humanos para seu cuidado; circunstância identificada na estrutura e visto no processo de atuação da APS. Sabe-se que a apreciação das múltiplas áreas do saber proporciona o emprego da clínica ampliada em detrimento ao modelo biomédico veemente estabelecido e até identificado nos discursos das usuárias.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta da Rede Cegonha veio juntamente a reestruturação das políticas públicas em saúde voltadas à mulher e à APS.

O papel feminino historicamente centrado nas funções de mãe e cuidadora da família concorreu para a determinação do Estado em objetivar as ações de saúde unicamente a essa incumbência primordial da reprodução, isolando a autonomia e protagonismo da mulher. Assim, o processo fisiológico do ciclo gravídico-puerperal tornou-se um produto com vários sujeitos – excetuando-se a genitora – opinando deliberadamente no transcorrer da gestação e submetendo a mulher, até então, a visões hegemônicas do reducionismo hospitalar.

Ademais, a APS passa por modificações em sua atuação decorrente da transição epidemiológica e da gritante necessidade de trabalho na clínica ampliada da saúde. Da APS, requer-se um salto de sua abordagem seletiva – incluído os programas de proteção materno-infantil – e autoritário para com os usuários por deter o conhecimento científico para uma aproximação continuada e integrada dos níveis assistenciais da saúde, apoderando o indivíduo à responsabilidade pela sua saúde.

Por conseguinte, o modelo das RAS, e apropriadamente a Rede Cegonha vem dissuadir a submissão materna e consolidar a visão holística da mulher através da atenção humanizada e interdisciplinar que responda às suas necessidades de saúde seja qual for a complexidade do serviço. Favorece, assim, que a qualidade da atenção esteja presente para apoiar todo o transcorrer da vida das usuárias.

Avaliar a qualidade da atenção APS na Rede Cegonha vem ao encontro dessa nova conjuntura do sistema de saúde, perpassando seu sentido limitado de julgador e impositor de normas. Calcada na tríade estrutura-processo-resultados orientada pelo referencial teórico, a presente avaliação buscou instigar melhorias fundadas na compreensão da realidade dos atributos da APS do município que conversam com a rede de atenção.

No tocante à estrutura verificou-se a existência de boa parte dos itens examinados que propiciam a materialização dos atributos, entretanto, são incipientes os recursos materiais e humanos fundamentais para a coordenação do cuidado, integralidade e orientações familiar e comunitária das gestantes/puérperas. Para o processo, o cenário das dificuldades de atuação foi semelhante: há ações valiosas para o primeiro contato, longitudinalidade e competência cultural, contudo os demais atributos carecem de avanços. A análise dos resultados convergiu

na percepção de que a maioria das usuárias sentem-se acolhidas e buscam a APS por considerá-la eficiente no acompanhamento da gestação, como também observam a relevância da família durante este período, mas veem que a insuficiência de recursos materiais e humanos que dificultam sua assistência, além de não ponderar o envolvimento da comunidade em seu ciclo gravídico-puerperal.

A avaliação do primeiro contato resultou na identificação de aspectos importantes na sua operacionalização como divulgação dos horários de funcionamento dos serviços, agendas com horários específicos para as gestantes, boa infraestrutura dos consultórios e sala de espera e equipes mínimas com quantidade expressiva de profissional; por outro lado, o funcionamento não acontecer em horários alternativos e a indisponibilidade de telefone enfraquecem o atributo. As usuárias percebem a facilidade dessa característica na sua atenção à saúde.

A longitudinalidade teve sua estrutura evidenciada por uma organização dos prontuários por família, falhando porém na disposição dos das gestantes estarem separados dos demais membros e por não haver planilhas de estratificação com os riscos dessas usuárias, sendo essa última atividade reconhecida por alguns profissionais como não praticada na rotina do serviço. O conhecimento do processo revelou o atendimento sempre pelo mesmo profissional, favorecido pelo vínculo estatutário dos mesmos, citado pelas usuárias uma das mais fortes justificativas de sua ligação com o prestador do cuidado.

Averiguar a concretude da integralidade no município acarretou considerações da importância de se organizar a oferta e retornos de exames complementares, por exemplo Papanicolau e testes rápidos, e a presença de profissionais das diversas áreas da saúde que instigam a aplicação da clínica ampliada na assistência às gestantes.

Em sua avaliação de estrutura-processo-resultados, a coordenação dos cuidados configurou-se o atributo com a situação mais crítica: há escassez de estrutura – como computadores, prontuários eletrônicos, contrarreferência, fluxos de acesso e a marcação de exames e consultas para outros níveis de complexidade ocorrerem nas próprias UBSs – afetando diretamente o processo de atuação das equipes de SF na Rede Cegonha e conseqüentemente os seus resultados em termos de qualidade da atenção.

Os atributos derivados tiveram sua avaliação qualificada ocasionando o entendimento que fatores como diálogo entre profissional-gestante e seus familiares, as visitas domiciliares e o reconhecimento da cultura das gestantes constituem-se como ferramentas para impulsionar os demais aspectos que se encontram fragilizados, a saber: uso de instrumentos de abordagem

familiar, canais de comunicação sobre a satisfação gestantes e a articulação dos usuários com conselhos locais de saúde. Também pondera-se a carência de pesquisas nesse campo na literatura científica.

A qualidade da APS em sua faceta de atuação na Rede Cegonha primordialmente depende da consolidação de todos os atributos que compõem o referido nível de atenção. O município de Ibiapina/CE possui um amplo caminho a percorrer, entretanto mostra condições promissoras para que o trabalho da APS se estabeleça nas funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização dentro da rede de atenção à saúde.

Provocar mudanças por meio da avaliação dos serviços gera aperfeiçoamento do planejamento e da gestão desses sistemas e aproxima a concretização da qualidade da atenção em saúde das diversas realidades do SUS. Este estudo, porém, apresentou limitações de ter sido direcionado a somente um nível de atenção dentro da rede de serviços e não ter compreendido com mais robustez o processo de atuação de todos profissionais que fazem as equipes. Não obstante, espera-se que se reverta em reflexões, com base nos objetivos alcançados, na trajetória em prol da excelência do trabalho na APS.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ALENCAR, Monyk Neves de et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Fev. 2014.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELA Lígia; NUNAN, Bernardo Augusto. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set. 2012.

ALVES, Carolina dos Reis; ANDRADE, Marileia Chaves; SANTOS, Claudio Luis de Sousa. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 268-278, Out-Dez, 2016.

ANDRADE, L.O.M. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (org.) et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

ANDREUCCI, Carla Bettina et al. Sispre natal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev Saúde Pública**;45(5):854-6, 2011.

ANTUNES, Bibiana Sales. **Orientação Familiar e Comunitária da Atenção Primária à Saúde dos Municípios de Procedência de Crianças e Adolescentes vivendo com HIV vinculados a um Serviço Especializado**. Dissertação. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande so Sul: UFSM, 2015.

BAGATINI, Carmem Luiza Teixeira. **Programa de Teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica no Rio Grande do Sul**. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre: UFRS, 2014.

BARATIERI, Tatiane; MARCON, Sonia Silva. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, Dec. 2011

BORGES, Claudia Daiana; COSTA, Maira Maria da; FARIA, Jeovane Gomes de. Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 2, p. 133-141, dez. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/2012. **Estabelece critérios sobre a pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 127p– Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de Junho de 2011. **Dispõe sobre o Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. **Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. **Dispõe sobre o os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 4279, 30 de dezembro de 2010. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, as Redes de Atenção à Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação Geral de Atenção Domiciliar**. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuler Buss; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Participação Popular em um Conselho Local de Saúde: Limites e Potencialidades. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; 24(2): 442-9, 2015.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (Sup11): S63-S69, dez., 2005.

CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel et al. Expectations and satisfaction of pregnant women: unveiling prenatal care in primary care. **Invest. Educ. Enferm.** 2016; 34(2): 252-260, 2016.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.1297-1316, Dec.2013.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Ceará. Rede Cegonha – 13ª Microrregião de Tianguá. <mimeo> 2016.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, Nov. 2012.

COSEMS. **Conselho dos Secretários Municipais do Ceará. Rede Materno Infantil Ceará 2011-2015.** Disponível em: <[www.cosemsce.org.br](http://www.cosemsce.org.br)> Acesso em 15 jun 2017.

COSTA, Juliana Pessoa et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde e debate**, Rio de Janeiro, v. 38, N. 103, p. 733-734, out-dez 2014.

DEGANI, Vera Catarina. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde.** 2002. 197f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha: da concepção à implantação.** 2013. 98f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2013.

DONABEDIAN, Avedis. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford; 2003.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DONABEDIAN, Avedis. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care*, vol. 8, n. 4, p.401-7, 1996.

DONABEDIAN, Avedis. *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: an Illustrated Analysis.* Health Administration Press, Ann Arbor, MI. 1985.

DONABEDIAN, Avedis. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, vol. 20, n. 6, p. 975-92, 1992.

FAUSTO, MCR 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 Debate.** Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 13-33, out 2014.

FIGUEIREDO TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Rufino-Netto A, Nogueira JA, Oliveira AR, Almeida SA. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev Saude Publica**, 43(5):825-831, 2009.

FONSECA, Angélica Ferreira; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; BORNSTEIN, Vera Joana; PINHEIRO, Roseni. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. v.21, n.3, p.519-27, 2012

FRANK, Bruna Regina Bratti et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.400-410, Abr-Jun 2015.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**; 20(1):90-98, 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 575-626, 2009.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2007. p. 79-108.

GRANDO, Tamara et al. Consulta Pré-Natal: Satisfação das Usuárias do SUS. **Cogitare Enferm**. 2012 Abr/Jun; 17(2):336-41, 2012.

GUERREIRO, Eryjosi Marculino et al. O Cuidado Pré-Natal na Atenção Básica de Saúde sob o Olhar de Gestantes e Enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**;16(3): 315-323, jul./set., 2012

HANDELL, Ingrid Botelho Saldanha; CRUZ, Marly Marques da; SANTOS, Marina Atanaka dos. Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 23(1):101-110, jan-mar 2014.

HARTZ, Z Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353. jul./dez. 1999.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; CONTANDRIOPOULOS Andre Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. **Cad Saúde Pública** 2004; 20(Supl. 2):331-36, 2004.

HARZHEIN, Erno *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, vol.2,2 no.8 Rio de Janeiro, Aug. 2006.

IBGE. **Contagem da População 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 03 dez 2016.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011.

LOUZEIRO, Edenilce Mendes et al. A importância da vacinação em gestantes: uma revisão sistemática da literatura no período de 2003 a 2012. **Revista Interd.** v. 7, n. 1, p. 193-203, jan. fev. mar. 2014

MADUREIRA, Morgana de Oliveira. **Atenção primária em saúde e seus atributos: uma pesquisa bibliográfica**. 2015. 73 f., il. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

MALLET, A. L. R. Qualidade em Saúde: Tópicos para Discussão. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, set./out., 2005.

MANDU, ENT. Critérios e indicadores de qualidade da atenção à saúde da mulher. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), abr;26(1):11-9, 2005.

MARIN, M. J. S et al., O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4357-4365, 2011.

MARINHO, Lara Mora et al. Atributos da Atenção Primária: perspectiva e perfil de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. 4(2):04-18; 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária À Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015

MENEGUSSI, J. M.; OGATA, M. N.; ROSALINI, M. H. P. O Agente Comunitário de Saúde como Morador, Trabalhador e Usuário em São Carlos, São Paulo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 87-106, jan./abr.2014.

MERHY, Emerson Elias. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. ; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed., Petrópolis: Vozes, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. 31ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

MORGAN, C. L.; BEERSTECHEER, H. J. Satisfaction, demand, and opening hours in primary care: An observational study. *Br. J. Gen. Pract.*, v. 61, n. 589, p.e498-e507, 2011.

MOTTA, Giordanna de Cássia Pinheiro da; ECHER, Isabel Cristina; LUCENA, Amália de Fátima. Fatores associados ao tabagismo na gestação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(4):[08 telas] jul-ago 2010.

NICOLETTI, Dilvania et al. Tabagismo materno na gestação e malformações congênitas em crianças: uma revisão sistemática com meta-análise. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(12):1-40, dez, 2014.

NUNES, Altalício Aparecido. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. São Paulo, v. 36, 27-32, 2012.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39, 2005.

PAULA, Cristiane Cardoso de; et al. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf. out./dez.*;17(4); 2015.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v.35 n.1 São Paulo fev. 2001.

PEIXOTO, Catharina Rocha et al. Perfil das Gestantes Atendidas no Serviço de Pré-Natal das Unidades Básicas de Saúde de Fortaleza/CE. *Rev. Min. Enferm.*; 16(2): 171-177, abr./jun., 2012.

PEREIRA et al. Avaliação das Características Organizacionais e de Desempenho de uma Unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):48-55, 2011.

PEREIRA et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S123-S133, 2008

PMAQ. Relatórios Analíticos. **Diálogos sobre acesso, acolhimento e agenda da equipe**. <mimeo> 2017.

POPE, C. MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pope C, Mays N, organizadores. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2005.

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 209-220, out. 2014.

RAMOS, Vanessa Mesquita. Avaliação da qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do câncer de colo de útero na atenção primária a saúde em Sobral-Ce. **Dissertação (mestrado)** – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Curso de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da família, Sobral, 2014.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(1):119-127, 2016.

REIS, Eduardo et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 6 (1): 50-61, jan-mar, 1990.

ROCHA, Suelen Alves; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; GODOY, Moacir Fernandes de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [ 1 ]: 87-111, 2016

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al . A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 343-352, Feb. 2014.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia e Saúde**. 7ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SAMICO, Isabela; FELISBERTO, Eronildo; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SANCHO, Leyla Gomes; DAIN, Sulamis. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.3, p.765-774, 2012

SANTANA, Janne Eyre Oliveira de; SANTOS, Mônica; MACHADO, Izadora Lisboa Dantas. A Importância da Realização do Papanicolaou em Gestantes: uma revisão de literatura. **Cadernos de Graduação de Ciências Biológicas e da Saúde** |Aracaju |v. 1 |n.17 |p. 39-48 |out. 2013.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Lígia. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(3):e00172214, mar, 2016.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, Abr.-Jun.; 7(23): 69-74, 2012.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 53, p. 81-92, set./dez. 1999.

SESA. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. Disponível em: < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>> Acesso em: 06 dez 2016.

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nedio. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1685-1698, 2010.

SHIMAZAKI, Maria Emi. **A Atenção Primária à Saúde**. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

SILVA, Lígia Maria; FORMIGLI, Vera Lúcia. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/mar, 1994.

SILVA, Maria Contijo da, et al. O perfil epidemiológico de gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Gurupi, Tocantins. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 13, n. 2, p. 93-102, jul./dez. 2015.

SILVA, Roberta Marinho da. Indução Centralizada da coordenação dos cuidados pela atenção primária: estudo comparativo entre dois sistemas de saúde universais. **Dissertação**. Programa de Pós Graduação em Saúde da Família. Sobral, 2013

SILVA, Roberta Marinho da; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [ 4 ]: 1207-1228, 2014.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, p. 2753-2762, June 2011.

SOUZA, Miriam Francisco de. **Avaliação da coordenação do cuidado das equipes de atenção básica: uma análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Dissertação. Universidade Federal de Minas gerais. Belo Horizonte:, 2015.

SOUZA, Nataniele Aragão de et al. Perfil Epidemiológico das Gestantes Atendidas na Consulta de Pré- Natal de uma Unidade Básica de Saúde em São Luís-MA. **Rev. Ciênc. Saúde** v.15, n. 1, p. 28-38, jan-jun, 2013

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004 .

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M.. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol. 18, n. 6, p. 1561-69, 2002.

UNASUS. **Redes de atenção à saúde:** a Rede Cegonha. São Luís, 2015.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2013

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO**

<b>ATRIBUTO 1</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Primeiro Contato</b>	<b>RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS</b>		
	Sala de espera		
	Consultórios privativos		
	Consultórios com condições de higiene e ventilação		
	Telefone		
	Agenda com horários específicos para gestantes		
	Quadro com horário de funcionamento da UBS visível		
	<b>RECURSOS HUMANOS</b>		
	Médico		
	Enfermeiro		
	Técnico/auxiliar de enfermagem		
	ACS em todas as áreas		
<b>ATRIBUTO 2</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Longitudinalidade</b>	<b>RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS</b>		
	Mapa territorial da população adscrita		
	Planilhas de estratificação de risco das gestantes		
	Prontuário estruturado por família		
<b>ATRIBUTO 3</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Integralidade</b>	<b>RECURSOS MATERIAIS E FÍSICOS</b>		
	Cartões de gestante		
	Imunização		
	Formulários para solicitação de exames laboratoriais		
	Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV e sífilis		
	Exame preventivo para câncer de colo de útero		

	Gestograma ou disco obstétrico		
	Fichas de Encaminhamento a outros serviços		
	Fichas Perinatais		
	Ficha SISPRENATAL (vinculação)		
	Medicamentos básicos		
	Computadores		
	Acesso a internet		
	<b>RECURSOS HUMANOS</b>		
	Nutricionista		
	Odontólogo		
<b>ATRIBUTO 4</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Coordenação</b>	<b>RECURSOS MATERIAIS E FÍSICOS</b>		
	Fluxos de acesso		
	Prontuários eletrônicos		
	Sistemas de informação suficientes		
	Transporte para urgência/emergência		
<b>ATRIBUTO 5</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Orientação Familiar</b>	<b>RECURSOS MATERIAIS E FÍSICOS</b>		
	Formulário com ferramentas de abordagem familiar		
<b>ATRIBUTO 6</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Orientação Comunitária</b>	<b>RECURSOS MATERIAIS E FÍSICOS</b>		
	Caixa de Sugestões/ ouvidoria		
	Registro de visita domiciliar		
	Registro de reunião com conselho local		

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

Data: \_\_\_\_\_

Tempo de graduação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na APS: \_\_\_\_\_

E na equipe de APS do: \_\_\_\_\_

Vínculo empregatício: \_\_\_\_\_

Possui alguma especialização/pós-graduação? Qual: \_\_\_\_\_

<b>ATRIBUTO 1</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Primeiro Contato</b>	1.1 Quando o serviço de saúde está aberto e alguma gestante necessita de atendimento, alguém os atende no mesmo dia?		
	1.2 O serviço de saúde é aberto sábado, domingo ou no horário noturno?		
	1.3 É fácil para gestante conseguir hora para uma consulta de rotina no serviço de saúde?		
	1.4 Na média, a gestante tem de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?		
	1.5 Existe algum número de telefone para o qual as gestantes possam ligar?		
<b>ATRIBUTO 2</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Longitudinalidade</b>	2.1 No serviço de saúde, a gestante é sempre atendida pelo mesmo médico/enfermeiro?		
	2.2 As equipes de SF tem claro seu papel de responsabilização por sua população adscrita à Rede Cegonha?		

	2.3 As gestantes estão cadastradas na APS por estratificação de risco?		
	2.4 Os prontuários são organizados por famílias?		
	<b>ATRIBUTO 3</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Integralidade</b>	3.1 Os cartões da gestante são entregues periodicamente?		
	3.2 As gestantes são imunizadas no serviço de saúde?		
	3.3 As gestantes realizam exames laboratoriais no serviço de saúde?		
	3.4 As gestantes recebem aconselhamento nutricional no serviço de saúde?		
	3.5 As gestantes realizam avaliação da saúde bucal no serviço de saúde?		
	3.6 As gestantes realizam aconselhamento em teste anti-HIV e sífilis?		
	3.7 As gestantes realizam exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau) no serviço de saúde?		
	3.8 As gestantes recebem aconselhamento sobre como parar de fumar no serviço de saúde?		
	3.9 Há uso de Gestograma ou disco obstétrico?		
	3.10 Há a utilização de Fichas de Encaminhamento a outros serviços?		
	3.11 Há a utilização Fichas Perinatais?		
	3.12 Há a utilização Ficha SISPRENATAL?		
	3.13 A farmácia da APS conta com medicamentos básicos definidos a partir de normas específicas?		

<b>ATRIBUTO 4</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Coordenação</b>	4.1 A população sob responsabilidade da Rede Cegonha está claramente definida?		
	4.2 Há encaminhamentos das gestantes a especialistas ou serviços especializados?		
	4.3 Há referências da APS nesses encaminhamentos?		
	4.4 Há contrarreferências nesses encaminhamentos?		
	4.5 As relações entre a APS e os outros níveis de atenção estão claramente definidas por fluxo de acesso?		
	4.6 Há utilização de prontuários eletrônicos?		
	4.7 As gestantes tem acesso a prontuários?		
	4.8 A equipe de APS agenda diretamente consultas e exames nos serviços especializados?		
	4.9 Há um sistema de regulação das urgências e emergências com médico regulador permanente que se articula com a APS?		
	4.10 Há sempre vagas no setores secundários e terciários destinadas às gestantes?		
	4.11 Há um sistema de transporte que dá apoio à APS no deslocamento das gestantes para os serviços especializados, laboratórios, hospitais, etc?		
<b>ATRIBUTO 5</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Focalização na família</b>	5.1 As equipes de atenção primária utilizam ferramentas de abordagem familiar? (genograma, ecomapa, etc.)		

	5.2 Há o diálogo com os membros da família das gestantes?		
<b>ATRIBUTO 6</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Orientação comunitária</b>	6.1 As equipes de saúde estão articuladas com organizações comunitárias?		
	6.2 Há realização de visitas domiciliares a gestante?		
	6.3 Há canais de comunicação para se avaliar a satisfação das gestantes e seus familiares?		
<b>ATRIBUTO 7</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Competência cultural</b>	7.1 Há entendimento sobre as questões culturais durante as consultas das gestantes e seus familiares?		
	7.2 Há relação de humanização e escuta qualificada entre as equipes e gestantes e seus familiares?		

## APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA APLICADA AS USUÁRIAS

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevista Nº \_\_\_\_\_

Horário do início: \_\_\_\_\_ Horário do término: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Gestante ( ) Puérpera ( ) G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Nº de Filhos: \_\_\_\_\_

Escolaridade: < 8 anos de estudo ( ) > 8 anos de estudo ( )

Estado civil: Solteira ( ) Casada ( ) União consensual ( ) Divorciada ( ) Viúva

1. Porque você realizou seu pré-natal nesse posto de saúde?
2. Como foi o pré-natal oferecido pelo seu posto de saúde?
3. Foi preciso procurar outros serviços durante sua gestação? Por que?
4. Como foi o realizado o encaminhamento para esses outros serviços fora da UBS? Qual(is) apoio(s) você recebeu para comparecer a esses momentos?
5. De que forma a equipe do posto ficava sabendo do que esses outros serviços resolviam os seus problemas?
6. Como você acha que sua família e sua comunidade podem participar do acompanhamento da sua gestação? A equipe do posto facilitou essa participação em algum momento?
7. Quais as sugestões para melhorar esse serviço de acompanhamento das gestantes?

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1

Eu, Flávia Pinheiro da Costa, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC/Campus Sobral, estou desenvolvendo a pesquisa: Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rede Cegonha. Seu objetivo central é avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde de Ibiapina/CE na Rede Cegonha.

Assim gostaria de contar com sua participação autorizando-me a entrevistá-lo, respondendo a questionamentos que dizem respeito ao seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa. As informações/opiniões emitidas por você causarão mínimo dano, risco ou ônus a sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Informo, ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar seu consentimento;

- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da assistência na Estratégia de Saúde da Família;

- Responder a este formulário não trará risco pra você. Entretanto, caso se sinta constrangido em alguma informação interromperemos a mesma.

- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua Sargento João Gomes Neto, 92 – Centro – Ibiapina/CE. Telefone: (88) 9993.5332. Podendo procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa ao qual este trabalho foi submetido localizado na Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150 - Derby - Sobral/CE Derby, Sobral-CE. Telefone: (88) 3677-4255.

Desta forma espero contar com sua participação e autorização para divulgação dos resultados.

Atenciosamente,

---

Flávia Pinheiro da Costa

Pesquisadora

---

### CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da entrevista da pesquisa: Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rede Cegonha e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2017

---

Assinatura.

## APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2

Eu, Flávia Pinheiro da Costa, aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC/Campus Sobral, estou desenvolvendo a pesquisa: Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rede Cegonha. Seu objetivo central é avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde de Ibiapina/CE na Rede Cegonha.

Assim gostaria de contar com sua participação autorizando-me a entrevistá-la. Sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa. As informações/opiniões faladas por você não causarão mínimo dano, risco ou ônus a sua pessoa, e não serão divulgadas.

Informo, ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar sua aceitação;

- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da assistência na Estratégia de Saúde da Família;

- Responder a este formulário trará risco mínimo pra você. Entretanto, caso se sinta envergonhado em alguma informação, interromperemos a mesma.

- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua Sargento João omes Neto, 92 – Centro – Ibiapina/CE. Telefone: (88) 9993.5332. Podendo procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa ao qual este trabalho foi submetido localizado na Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150 - Derby - Sobral/CE Derby, Sobral-CE. Telefone: (88) 3677-4255.

Desta forma espero contar com sua participação e autorização para divulgação dos resultados.

Atenciosamente,

---

Flávia Pinheiro da Costa

Pesquisadora

---

### CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da entrevista da pesquisa: Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rede Cegonha e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2017

---

Assinatura.