



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

EMANUELLA CARNEIRO MELO

**EFICÁCIA DOS ATENDIMENTOS À SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA**

**Fortaleza – CE
2016**

EMANUELLA CARNEIRO MELO

EFICÁCIA DOS ATENDIMENTOS À SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DE FORTALEZA

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família, Universidade
Federal do Ceará.

Orientadora:
Profa. Dra. Andrea Gomes Linard

Área de Concentração:
Saúde da Família

Linha de Pesquisa:
Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

M485e Melo, Emanuella Carneiro.
Eficácia dos Atendimentos à Saúde da Mulher na Estratégia Saúde da Família de
Fortaleza / Emanuella Carneiro Melo. – 2016.
99 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.
Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientação: Profa. Dra. Andrea Gomes Linard.

1. Saúde da Mulher. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Assistência à Saúde. I. Título.

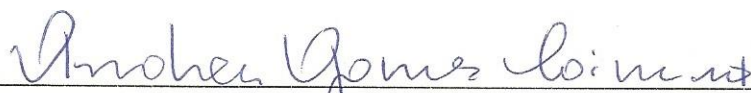
CDD 610.73

EMANUELLA CARNEIRO MELO

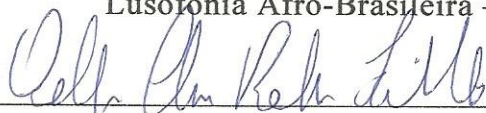
**EFICÁCIA DOS ATENDIMENTOS À SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

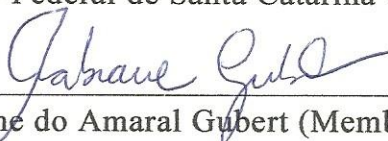
BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a Dr.^a Andrea Gomes Linard (Presidente e Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB



Prof. Dr. Valter Cordeiro Barbosa Filho (Membro Efetivo)
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC



Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral Gubert (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aprovada em: 21 / 09 / 16

Fortaleza-CE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho inteiramente a Deus, por todas as bênçãos que tem me concedido, pela constante confiança deposita em mim, pela fidelidade do seu amor imensurável e indescritível que sinto a todo instante em minha vida e por toda força transmitida, durante os momentos mais difíceis, que nunca me deixou pensar em desistir. Em Ti renovo minhas forças, minha fé e minha esperança. Toma-me em teus braços e restaura meu ser.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante em minha vida.

À minha família, meus pais, meus irmãos, meu cunhado e minha sobrinha, que são meu porto seguro. Agradeço por todo amor, dedicação, apoio, compreensão, incentivo, companheirismo, parceria e paciência.

À família mestrado, turma única e abençoada, pela união e carinho que tornou nossa caminhada mais leve e descontraída para que chegássemos até aqui firmes nos nossos objetivos. Por todas as palavras de apoio e incentivo lançadas por cada um e para cada um, no momento certo, mostrando que nunca estávamos só, mesmo quando essa era a sensação.

À coordenação do mestrado RENASF da nucleadora UFC, em nome das professoras Dra. Neiva Francileny e Dra. Renata de Sousa, pela dedicação e cuidado com todos nós desde o início do curso.

À professora Dra. Andrea Linard, minha orientadora, pelas contribuições prestadas a mim durante a construção deste trabalho.

À professora Dra. Fabiane Gubert, por todo incentivo, atenção, consideração e disponibilidade, desde o momento da minha inscrição no mestrado até a conclusão deste.

Ao professor Dr. Valter Filho, pelo imenso profissionalismo e competência e por toda contribuição e incentivo durante uma das fases mais difíceis do meu trabalho que foi a elaboração dos resultados.

Ao professor Me. Paulo Goberlânio, por todo apoio e colaboração estatística durante a elaboração das partes mais críticas do meu estudo.

À querida Suerda, que sempre nos acolheu com tanto carinho e dedicação, cuidou minuciosamente de cada detalhe administrativo e festivo do curso para nós. Nos ajudou e apoiou, sempre com muita paciência e amorosidade, a desbravarmos esse imenso mundo acadêmico.

À minha querida amiga Mariele, presente valioso fruto do mestrado, por toda sua serenidade e determinação transmitida, que muito me inspira e motiva. E pelos momentos de descontração e prosas, que fazem tanto bem para a minha saúde mental.

À minha amiga Cristiane, outra amizade valiosa que o mestrado me presenteou, por toda parceria, cumplicidade, apoio, estímulo e, principalmente, pelo

seu bom humor que me contagia.

À minha amada amiga Poliana, amizade verdadeira e para toda a vida, estando sempre presente, mesmo quando estava distante, apoiando, incentivando, me animando, me ensinando, com toda sua tranquilidade e meiguice, o significado de coragem, por meio da sua própria história de vida. Gratidão por estar sempre disponível a me ouvir e mesmo que eu não fale, ainda assim, consegue me compreender e me oferecer uma palavra amiga certa.

Ao meu admirável chefe, André Bomfim, pelo incentivo, apoio, orientações e por toda sensibilidade e compreensão para comigo, durante esses dois anos de mestrado.

RESUMO

Ao longo dos anos verificamos melhoria na assistência à Saúde da Mulher, entretanto alguns indicadores relacionados à assistência pré-natal ainda permanecem insatisfatórios. Essa conjuntura nos levou a estabelecer como objetivo analisar as características das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e os indicadores de desempenho e monitoramento da área da Saúde da Mulher, produzidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. A coleta de dados deu-se em maio de 2016, por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) tendo como referência as informações do ano de 2014 e dos primeiros cinco meses de 2015, das equipes da ESF, com ou sem equipe de Saúde Bucal em sua composição, pertencentes às 93 UAPS. A amostra foi de 184 equipes da ESF, selecionadas aleatoriamente para representar as micro-áreas cobertas por Agente de Saúde. Utilizamos indicadores do instrumento validado do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para traçar o perfil das unidades alvo de análise. Os dados foram submetidos aos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Mann-Whitney e/ou Kruskal-Wallis e analisados por meio do teste do qui-quadrado ou exato de Fisher. As análises foram realizadas no SPSS 17.0 para Windows. Nos resultados, em relação às características das UAPS, identificou-se que 60,2% foram reformadas e 79,5% possuíam prontuário eletrônico implantado. Entre as equipes da ESF estudadas, 30,4% participaram do segundo ciclo do PMAQ, 60,3% pertencem a UAPS reformada, 79,3% possuem PEP implantado e 35,3% possuem equipe de Saúde Bucal. Quanto à qualidade do pré-natal, 87,4% das equipes apresentavam gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, 3,9% das equipes apresentavam todas suas gestantes com vacina em dia e 11,7% das equipes possuem todas suas gestantes acompanhadas em visita domiciliar, 110 equipes pertenciam à UAPS reformada e destas 86,4% apresentavam gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal. Conclui-se que os resultados poderão induzir em certa medida a reorientação do modelo de atenção a saúde, bem como, a maior organização do serviço com vistas a implementação de ações voltadas para o aprimoramento das práticas de atendimento.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Estratégia Saúde da Família. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Over the years we have seen improvement in the assistance to Women's Health, however some indicators related to prenatal care still remain unsatisfactory. This situation led us to establish the objective of analyzing the characteristics of the Units of Primary Health Care (UAPS) and the indicators of performance and monitoring of the Women's Health area, produced by the Family Health Strategy (ESF) teams in the city of Fortaleza. This is a descriptive research with a quantitative approach. Data collection took place in May 2016, through the Basic Attention Information System (SIAB), based on information from 2014 and the first five months of 2015, from the ESF teams, with or without a team Of Oral Health in its composition, belonging to the 93 UAPS. The sample consisted of 184 FHS teams, randomly selected to represent the micro-areas covered by Health Agent. We used indicators from the validated instrument of the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB) to profile Of the target units of analysis. Data were submitted to the Kolmogorov-Smirnov and Mann-Whitney and / or Kruskal / Wallis tests and analyzed using the chi-square or Fisher's exact test. The analyzes were performed in SPSS 17.0 for Windows. In the results, in relation to the characteristics of the UAPS, it was identified that 60.2% were reformed and 79.5% had electronic medical records implanted. Among the ESF teams studied, 30.4% participated in the second cycle of PMAQ, 60.3% belonged to the reformed UAPS, 79.3% had PEP implanted and 35.3% had a Oral Health team. Regarding the prenatal quality, 87.4% of the teams had pregnant women with seven or more prenatal consultations, 3.9% of the teams had all their pregnant women with day-care and 11.7% of the teams had all their Pregnant women accompanied by a home visit, 110 teams belonged to the reformed UAPS and 86.4% had pregnant women with seven or more prenatal visits. It is concluded that the results may induce to a certain extent the reorientation of the health care model, as well as the greater organization of the service with a view to implementing actions aimed at improving care practices.

Keywords: Women's Health. Healthstrategy. Health Care.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Características das Unidades de Atenção Primária das Secretarias Regionais	60
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características das equipes da ESF do Município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015	61
Tabela 2 –	Média e desvio padrão dos indicadores da área de Saúde da Mulher das equipes da ESF do Município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.....	62
Tabela 3 –	Frequência absoluta e percentual dos indicadores da área de Saúde da Mulher de equipes da ESF do Município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015	63
Tabela 4 –	Média e desvio padrão dos indicadores de Saúde da Mulher relacionados à participação no 2º Ciclo do PMAQ das equipes de ESF do município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015	64
Tabela 5 –	Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF em relação aos indicadores de Saúde da Mulher conforme participação no 2º Ciclo do PMAQ, de janeiro de 2014 a maio de 2015	64
Tabela 6 –	Média e desvio padrão dos indicadores de Saúde da Mulher relacionados às equipes de ESF pertencentes à UAPS reformada ou não, do município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015	65
Tabela 7 –	Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF, pertencente à UAPS reformada ou não, em relação aos indicadores de Saúde da Mulher, de janeiro de 2014 a maio de 2015	66
Tabela 8 –	Média e desvio padrão dos indicadores de Saúde da Mulher relacionados às equipes de ESF pertencentes à UAPS com Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) implantado, no município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.....	67
Tabela 9 –	Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF, pertencente à UAPS com Prontuário Eletrônico Implantado ou não, em relação aos indicadores de Saúde da Mulher, no	

	município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.....	68
Tabela 10 –	Média e desvio padrão dos indicadores de Saúde da Mulher relacionados às equipes da ESF pertencentes à UAPS com quantitativo de uma a mais que quatro equipes, no município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.....	69
Tabela 11 –	Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF em relação aos indicadores de Saúde da Mulher conforme a quantidade de equipes na composição da UAPS, no município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015	69
Tabela 12 –	Média e desvio padrão dos indicadores de Saúde da Mulher relacionados às equipes da ESF pertencentes à UAPS com equipes de Saúde Bucal ou não, no município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.....	70
Tabela 13 –	Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF com Saúde Bucal ou sem Saúde bucal em relação aos indicadores de Saúde da Mulher, no município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEAPS	Célula de Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIR	Conselho de Intergestores Regionais
COGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COPAS	Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DAB	Departamento da Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EAB	Equipe da Atenção Básica
EACS	Equipe de Agente Comunitário de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
E-SUS AB	Sistema de Informação da Atenção Básica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISGH	Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
MIF	Mulher em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa do Agente Comunitário de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PMA	Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SB	Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SR	Secretaria Regional
SSA	Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento Familiar
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Sistema de Vigilância em Saúde

UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UNILAB	Universidade da Integração Internacional Lusofonia Afro-Brasileira
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVO	21
2.1	Objetivo Geral	21
2.2	Objetivo Específico	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	Sistema Único de Saúde (SUS)	22
3.2	Programa Saúde da Família (PSF) / Estratégia Saúde da Família (ESF)	24
3.3	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	32
3.4	Assistência pré-natal	35
3.5	Mortalidade materna	36
3.6	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	41
3.7	Rede Cegonha	46
4	METODOLOGIA	50
4.1	Tipo de estudo	50
4.2	Local e período de coleta de dados	50
4.3	População do estudo	52
4.4	Amostra da população	53
4.5	Coleta de dados	53
4.6	Organização e análise dos dados	58
4.7	Aspectos éticos e legais	58
5	RESULTADOS	59
6	DISCUSSÕES	72
7	CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	79
	ANEXO A – ATESTO DE OUTUBRO DE 2015	87
	ANEXO B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	91
	ANEXO C – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	92
	ANEXO D – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO	93
	ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	94

1 INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), quando da Constituição de 1988, diversas iniciativas são instituídas na busca de aprofundar as melhorias de acesso e de redução das constantes desigualdades na utilização de serviço de saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Saúde da Família (PSF) vislumbrando a superação do modelo vigente de assistência à saúde, um dos responsáveis pela ineficiência do setor, insatisfação da população e iniquidades em saúde. O PSF foi e continua sendo a principal resposta oferecida, no âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais, à crise do modelo assistencial (COSTA, 2008).

Desde 2006, a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na Atenção Primária à Saúde (APS), justamente porque o programa possuía tempo determinado e a estratégia deve ser permanente e contínua. Desse modo, passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

A ESF adquiriu uma visibilidade importante devido ao fato de ter assumido uma responsabilidade fundamental no modelo de saúde brasileiro, qual seja, a de reorganizá-lo. Assim, funcionando como porta de entrada, tem tentado evitar e resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (MAGALHÃES, 2011).

Dentre as inúmeras áreas de atuação da ESF, umas das prioridades é a atenção integral à Saúde da Mulher. Enquanto aliada à Atenção Primária à Saúde, a ESF oferece a este público específicas ações voltadas para o planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero e de mama, prevenção dos problemas odontológicos em gestantes, dentre outros procedimentos em prol da qualidade de vida desta parcela da população.

Na tentativa de aperfeiçoar a assistência à Saúde da Mulher, no decorrer dos anos, o MS reconfigurou políticas e programas que definiram as atividades para esta área, iniciados com o programa “Assistência Integral à saúde da Mulher”, de 1984.

No ano de 2003, foi iniciada a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, na ocasião a equipe técnica de

saúde da mulher realizou avaliação das conquistas e retrocessos alcançados até aquele momento.

Em 2004, foi apresentada oficialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, a qual resgata a situação de vida e saúde da mulher, bem como novos focos no atendimento a esta, com objetivos de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras. Essa estratégia governamental busca também ampliar, qualificar e humanizar a assistência à saúde da mulher no âmbito dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, expande as ações em seus planos de ação para grupos historicamente esquecidos pelas políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, entre elas as mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, as mulheres do campo e da floresta, as índias, as negras quilombolas, as que vivenciam a trans-sexualidade, mulheres em situação de prisão, portadoras de deficiência, em situação de rua e as ciganas (BRASIL, 2011a).

Em relação à humanização e à qualidade da atenção em saúde, estas são condições essenciais para que as ações de saúde solucionem os problemas apresentados pelas usuárias, satisfazendo e fortalecendo a capacidade destas mulheres frente à identificação de suas demandas e o reconhecimento de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2011a).

Apesar de todas as políticas e programas voltados à área da Saúde da Mulher, ainda nos deparamos com as taxas de mortalidade materna insatisfatórias, inaceitáveis e muitas vezes assustadoras, pois elas ainda são desproporcionalmente elevadas.

Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, o país ainda apresenta morbimortalidade materna e infantil elevadas, o que sugere um comprometimento da assistência pré-natal (BRASIL, 2002a).

A OMS estimou que, em 2008, aproximadamente 358.000 mulheres em todo o mundo foram a óbito em algum momento da gravidez, parto ou puerpério, isso significa que cerca de 1.000 mulheres morrem a cada dia. Contudo, a maioria desses óbitos ocorre em países com baixo nível socioeconômico e apenas 0,5%, em países com alta renda *per capita* (FORTALEZA, 2014). Sabe-se também que os índices da mortalidade materna nos países em desenvolvimento são preocupantes. Porém, apenas 5% dos países desenvolvidos, como os Estados Unidos e o Canadá apresentam dados inferiores, de nove óbitos por 100 mil nascidos vivos (CEARÁ,

2014).

As principais causas geradoras do óbito materno podem ser classificadas como: obstétricas diretas (resultantes de complicações exclusivas à gestação), obstétricas indiretas (resultantes de condições pré-existentes, mas agravadas pela gestação) e não obstétricas ou não relacionadas (resultantes de outras causas acidentais ou incidentais que aconteceram durante a gravidez, mas sem relação com ela (HERCULANO et al., 2011).

De 1998 a 2015, no Ceará, foram notificados 43.385 óbitos em Mulheres em Idade Fértil (MIF), sendo confirmadas 4,9% (2.157/43.385) mortes maternas por causas obstétricas diretas, indiretas, não obstétricas, não especificadas e tardias. E destes, 85,5% (1.845/2.157) somente por causas obstétricas diretas ou indiretas (CEARÁ, 2016).

Além disso, a mortalidade neonatal precoce, que reflete em grande parte a qualidade da assistência obstétrica, é o componente da mortalidade infantil que vem apresentando a menor queda nos últimos anos (DIAS, 2011). E é partindo destes dados que a RC define o binômio mãe-filho, como sendo seu foco primordial de atuação.

Diante desse contexto, o SUS propõe a assistência às mulheres desde o setor primário ao terciário de saúde, perpassando por todos os seus ciclos de vida e condição de saúde, já que estas têm muito a contribuir para a consolidação do mesmo, sendo suas maiores usuárias e estando fortemente presentes nos espaços de gestão participativa.

Segundo o PHPN, Cavalcanti (2013) menciona que, em 2007, o MS informou que no Brasil o pré-natal alcançou 89% de cobertura, e a captação das gestantes com a primeira consulta do pré-natal ainda no primeiro trimestre foi de 83,6%. Apesar desses dados animadores, os autores relataram que as mortes causadas por síndromes hipertensivas e por causas perinatais e a incidência de sífilis congênita evidenciam a necessidade de qualificar o pré-natal.

No Ceará, a quantidade de óbitos fetais notificados anualmente chama atenção por apresentar valores semelhantes aos dos óbitos infantis, necessitando, dessa maneira, de um olhar diferenciado na avaliação da assistência pré-natal por parte de gestores e profissionais de saúde. Nos anos de 2014 (óbitos fetais - 1.647 e óbitos infantis - 1.586) e 2015 (óbitos fetais - 1.598 e óbitos infantis - 1.586), os óbitos fetais no Ceará superaram óbitos infantis. Em 2016 (óbitos fetais - 558 e

óbitos infantis - 634), mesmo com dados parciais, já é possível observar que os óbitos infantis e fetais são equivalentes, e em algumas regiões os óbitos chegam a ser iguais (CEARÁ, 2016).

Dados do Ceará (CEARÁ, 2016), as principais causas de óbitos maternos no ciclo gravídico-puerperal nos anos de 2011 a 2015 foram as causas diretas. Em 2015, a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) foi a principal causa de morte materna (51,4% das mortes), seguida das síndromes hemorrágicas (13,5%), inércia uterina (10,8%) e aborto (5,4%); essas causas representam 81,1% do total dos óbitos por causas obstétricas diretas.

Interferem nessa mortalidade, desde os aspectos considerados biológicos da reprodução humana, como as doenças próprias e associadas à gravidez, até as características da própria população e da utilização de serviços de saúde como acesso e qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (FORTALEZA, 2014).

Dentre os objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), destacamos que o de melhorar a saúde das gestantes se configura com o que o Brasil tem mais dificuldade de atingir. O país ainda não alcançou a meta de reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a Razão de Mortalidade Materna, a qual corresponde ao número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a "morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais". De acordo com as estimativas da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a RMM era de 141 por 100 mil nascidos vivos em 1990 e declinou para 68 por 100 mil nascidos vivos em 2010. A meta é atingir 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2015. De 2003 a 2010, aumentou em 125% o número de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal e a proporção de mães brasileiras que não fizeram nenhuma consulta foi reduzida de 4,7% para 1,8%. Em 2011, mais de 1,7 milhão de gestantes fizeram no mínimo sete consultas de pré-natal (BRASIL, 2015).

No Brasil, entre 2009 a 2012, verificou-se uma leve tendência de queda da RMM. Situação inversa foi observada na RMM do Ceará, pois se visualiza uma

tendência crescente entre 2008 a 2010, com leve queda em 2011, voltando a crescer em 2012. Entretanto, em Fortaleza, também se verificou uma queda da RMM de 62,7 mortes maternas em 2008 para 37,6 por 100 mil nascidos vivos em 2009, porém tornando a crescer nos anos seguintes (FORTALEZA, 2014).

Os dados epidemiológicos previamente apresentados reforçam que, a ESF, no que tange ao cuidado à mulher, necessita incorporar e fortalecer o aprimoramento do processo de monitoramento e avaliação, por meio do uso de indicadores, visando à maior qualificação deste cuidado, por meio da identificação de pontos positivos e das fragilidades dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes para atender as necessidades voltadas à avaliação da ESF. (ARAÚJO; RÊGO; ARAÚJO, 2014).

O MS criou em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2013c). No PMAQ, o desempenho das equipes da ESF é avaliado em diferentes indicadores específicos, incluindo na área de Saúde da Mulher: seis indicadores de desempenho e um de monitoramento, todos alinhados ao programa estratégico do MS (BRASIL, 2013c).

Os indicadores de desempenho são vinculados ao processo de avaliação externa e serão utilizados para a classificação das equipes, conforme o seu desempenho. O indicador de monitoramento realiza o acompanhamento de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às equipes no processo de avaliação externa (BRASIL, 2013c).

A análise dos indicadores relacionados à atenção pré-natal apresentados pelas equipes da ESF, segundo dados do SIAB, poderá contribuir para direcionar a formulação de estratégias que melhorem a qualidade do pré-natal, traduzindo-se em uma potente ferramenta para a gestão municipal.

Portanto, por Fortaleza pertencer a uma região do país com uma tendência a problemas relacionados à área Saúde da Mulher, configura-se a necessidade de investigar os resultados dos atendimentos realizados por suas equipes da ESF.

A execução dessa pesquisa possibilitará a obtenção de dados que traduzem a situação atual do município de Fortaleza relacionada ao atendimento prestado pelas equipes da ESF à área da saúde da mulher, prioritariamente durante o período gestacional. É oportuno salientar que o foco da atual gestão municipal de Fortaleza é a APS, estando esta preocupada com a ampliação do acesso aos

serviços de saúde. A gestão se desenha vocacionada para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população e com a satisfação do usuário.

Nessa conjuntura, espera-se que os dados deste estudo possibilitem intervenções na área da Saúde da mulher, além de servir como uma autoavaliação para as equipes da ESF, afim de que possam aprimorar continuamente suas ações visando sempre à melhoria da qualidade do serviço ofertado, bem como a conquistar melhores condições de trabalho junto à gestão para obtenção de resultados cada vez mais favoráveis, beneficiando, assim, diretamente a população por elas assistida.

Partindo da minha prática profissional como enfermeira especialista, tanto em Saúde da Família e Comunidade como em obstetrícia, me inquieta imensamente os dados divulgados nacionalmente e mais ainda a nível regional, acerca da saúde da mulher, principalmente os referentes ao comprometimento da qualidade do pré-natal, refletindo diretamente nos elevados índices de morbimortalidade da atenção materno-infantil. Por esse motivo, acredito ser de fundamental relevância a avaliação e o monitoramento contínuo da assistência à mulher realizada na APS, bem como a realização de trabalhos científicos sobre o tema, uma vez que os resultados obtidos por meio desses estudos se tornam visíveis tanto para os profissionais assistenciais quanto para os gestores, possibilitando assim uma avaliação de todos os responsáveis por essa assistência prestada, e servindo como um guia para elaboração de planos de ação e tomada de decisão na busca de qualificar cada vez mais o atendimento prestado à população feminina, principalmente durante o período gestacional.

A linha de trabalho escolhida para este estudo é a de Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde, pois entendemos que para o processo de gestão da APS é importante conhecer e analisar a qualidade dos serviços que são ofertados às mulheres nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Diante disso, espera-se que este trabalho possa servir de subsídio para fomentar intervenções de melhorias na qualidade da assistência prestada às mulheres, especialmente durante seu período gestacional.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar as características das UAPS e os indicadores de desempenho e monitoramento da área da Saúde da Mulher, produzidos pelas equipes da ESF do município de Fortaleza, Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características das UAPS de Fortaleza;
- Descrever os indicadores de Saúde da Mulher relacionados ao desempenho e ao monitoramento;
- Comparar os indicadores de Saúde da Mulher de acordo com as características das UAPS

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SUS

É necessário conhecermos um pouco da história da organização sanitária no Brasil para compreendermos por que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro (VALENÇA, 2010).

A primeira proposta do SUS foi apresentada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados no ano de 1979. Nove anos depois, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, chamada constituição cidadã, a qual contemplava os princípios e diretrizes elaborados pelo CEBES. Estava criado o SUS. A partir da constituição de 1988 a saúde passa a ser direito de todos, dever do Estado. Sendo assim, pode-se afirmar que a Constituição foi criada a partir da sociedade, contudo para virar lei ela foi debatida no Congresso Nacional, permanecendo seus princípios e diretrizes (SOUSA; BATISTA, 2012).

O SUS incorpora os princípios defendidos pela Reforma Sanitária, e seu tripé de sustentação se constitui nos princípios de Descentralização, da Integralidade, da Assistência e da Participação da comunidade. O SUS é um sistema público, ou seja, destinado a toda a população e financiado com recursos arrecadados por meio dos impostos pagos pela população. É importante ressaltar que o SUS, mesmo originando expressivas mudanças em nível de organização e da gestão de serviços, em boa parte dos municípios brasileiros, enfrenta grandes dificuldades (COSTA JUNIOR; MIRA COSTA, 2014).

Neste aspecto, Polignano (2003) afirma que:

Apesar das dificuldades enfrentadas, pode-se afirmar que ao nível de atenção primária o SUS apresentou resultados significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário.

No tocante ao funcionamento, é importante ressaltar que o SUS não possui um caráter institucional, ele é um complexo sistema, formado por centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais da iniciativa privada e do poder público, bem como por outros órgãos da União, Estados e Municípios, tendo como gestor

participativa centrada no Ministério da Saúde e que passa pelos estados, municípios e a comunidade. Portanto, define-se SUS como um conjunto de ações e de serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Sendo assim uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes (VALENÇA, 2010).

Segundo a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, são objetivos e atribuições do SUS: a assistência às pessoas, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência farmacêutica. Entende-se por assistência às pessoas a atenção à saúde em tudo que envolve o ser humano, como as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (SOUSA; BATISTA, 2012).

Além dos objetivos e atribuições, a legislação buscou evidenciar princípios e diretrizes a serem seguidos por todos os atores que fazem parte do sistema. O SUS deve ser entendido segundo seus princípios e diretrizes. Vale ressaltar que a iniciativa privada participa do SUS, em caráter complementar, mediante contrato de direito público. Assim, os serviços filantrópicos e privados funcionam como públicos. Todas as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devem obedecer aos seguintes princípios:

- I. Universalidade: Este princípio simboliza o rompimento com o modelo excludente anterior. A partir do SUS, todos os brasileiros passam a ter direito à saúde, em todos os níveis que se venha a oferecer.
- II. Igualdade: A igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Portanto não deve haver distinção de raça, cor, religião, sexo, poder econômico ou qualquer outro.
- III. Integralidade: O cidadão que necessitar de atenção a saúde, seja para promoção, proteção ou recuperação, deve recebê-lo em sua plenitude. Inclusive nos casos que necessitem de um conjunto contínuo de ações em vários níveis de complexidade.
- IV. Conselho de Saúde. Segundo a Lei 8.142/90 (que trata do controle social do SUS), cada esfera de governo contará com estas instâncias sem prejuízo para as funções do poder legislativo.

- V. Descentralização e Comando único: Entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A descentralização parte do princípio de que a realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde. Dessa forma, a estratégia fundamental do processo de descentralização é a municipalização da assistência à saúde.
- VI. Regionalização e Hierarquização: As ações e serviços públicos que compõem o SUS são realizados por estabelecimentos públicos e privados, formando uma rede regionalizada e hierarquizada que fornecem ações e serviços de saúde de forma coordenada e descentralizada no território brasileiro. (SOUSA; BATISTA, 2012)

No Brasil, mesmo não oferecendo, na maior parte das vezes, um atendimento com a qualidade necessária para os brasileiros, o SUS ainda é um dos sistemas mais avançados. Contudo, sua fragilidade coloca sua autenticidade política e social em risco. Para o SUS ter seu funcionamento de qualidade, depende diretamente de recursos das políticas econômicas e da não insuficiência de hospitais públicos, caso contrário resultará no sucateamento da saúde (COSTA JUNIOR; MIRA COSTA, 2014).

Atualmente, o SUS é um dos maiores programas de saúde pública do mundo e possui um dos maiores sistemas de atenção primária à saúde, que é o Programa de Saúde da Família (SOUSA; BATISTA, 2012).

3.2 Programa de Saúde da Família (PSF) / Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Nesse contexto, verifica-se, na nova forma de atuar na saúde, o surgimento do PSF com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade sócio-econômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante (ROSA; LABETE, 2005).

O PSF teve início em 1991 quando o MS criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A finalidade do PACS era de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e

Nordeste, por meio da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o MS percebe a importância dos agentes comunitários nos serviços básicos de saúde e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais focando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (ROSA; LABETE, 2005).

Assim, o PSF foi criado a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, convocada pelo gabinete do ministro da saúde Henrique Santillo com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes de saúde não atuassem de forma isolada. Importante salientar que a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo enfermeiro, no Ceará, foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais (ROSA; LABETE, 2005).

O PSF foi oficializado no Brasil em 1994 pelo MS. Sendo inspirado nas experiências desenvolvidas na área da saúde pública em países como Cuba, Inglaterra, Canadá e outros pioneiros das mudanças nos serviços primários de saúde de reconhecida mundialmente pela resolutividade e impacto. Com características próprias, adaptado à realidade dos estados brasileiros, o programa é um marco importante no setor de saúde, utilizado como mecanismo para atender ao disposto na Constituição Federal de 1988 e, especificamente, na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde (SANTOS et al., 2009).

O PSF busca criar novos vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e o SUS; e entre aqueles e os usuários do programa, visando à humanização do atendimento, à resolubilidade dos problemas de saúde da população, bem como à responsabilização pela continuidade da assistência, que será referenciada para os demais níveis de complexidade assistencial do sistema de saúde (BRASIL, 2006a).

O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para se consolidar enquanto estratégia.

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, o PSF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente, o qual vem sendo enfrentado, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Esses pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o SUS, um outro desafio (GIL, 2005).

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo MS da época de implantação, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (ROSA; LABETE, 2005).

Portanto, atualmente o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização (COSTA TRINDADE; PEREIRA, 2010).

Para o MS, a ESF visa a atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. ESF pode ser definida como um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca à área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida por meio de serviços mais resolutivos, integrais e, principalmente, humanizados (ROSA; LABETE, 2005).

A ESF tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com

definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (ROSA; LABETE, 2005).

A ESF está organizada sobre três princípios que são os seguintes:

I. Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde.

De acordo com as condições de desenvolvimento da atenção básica, três condições dinâmicas que podem ser úteis à conversão dos modelos de atenção: a de Modelo Inaugural da Atenção Básica; a de Modelo de Reforço da Atenção Básica; e a de Modelo de Reestruturação do Sistema (SANTOS et al, 2009).

Parâmetros utilizados para a caracterização do estágio de desenvolvimento de cada um desses grupos de situações locais incluem:

- a) a condição de habilitação da gestão local;
- b) a cobertura por consultas de atenção básica por prestador público;
- c) a cobertura por consultas especializadas na rede pública;
- d) a cobertura com o PACS;
- e) a cobertura com o PSF;
- f) a cobertura dos programas de saúde para a atenção básica de Vigilância Nutricional, Vigilância Epidemiológica, Imunização, Saúde da Mulher, Hipertensão Arterial e Diabetes;
- g) o mapeamento das condições sanitárias, dos indicadores de saúde e de acesso aos serviços de saúde por áreas da cidade;
- h) a existência de central de marcação de consultas;
- i) a existência de central de leitos;
- j) a presença de atendimento de emergência pré-hospitalar;
- k) o grau de resolutividade das unidades básicas de saúde com incorporação de profissionais de saúde mental, nutrição, serviço social e incorporação de novas tecnologias assistenciais;
- l) articulação entre os diversos níveis de assistência à saúde;
- m) efetividade das estratégias de educação e de promoção em saúde;
- n) informatização das unidades de saúde;
- o) existência de mecanismos de regionalização da gestão/gerência do sistema de saúde por distritos;
- p) pactuação regional pelos critérios da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/01; e

q) estratégias de articulação intersetorial da área social da prefeitura.

II. Territorialização, Adscrição de Clientela: Consiste no trabalho com território de abrangência definido.

A ESF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde. Sendo assim, seu trabalho está quase que restritivamente centrado no território, de acordo com as concepções desenvolvidas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Isso significa que em grande medida a normatização do Programa inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente. Não dá muito valor ao conjunto da prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inscrita, no que se refere a sua atenção singular, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram, diminuindo "as autonomias nos modos de se andar a vida" (SANTOS et al., 2009).

Dessa forma, o ESF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato, em saúde, em normas e regulamentos definidos conforme o ideal da vigilância à saúde, transformando suas práticas em "trabalho morto" dependentes. Assim, como a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, ao não se dispor a atuar também na direção da clínica, dando-lhe real valor com propostas ousadas como a da "clínica ampliada", age como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico.

A ESF adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela, de 600 a 1.000 famílias, em um determinado território, que se adscvem a uma equipe de saúde, que passa a ser a "Porta de Entrada" do serviço de saúde. É dada à ESF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança deve se caracterizar quando tiver um modelo que seja usuário-centrado. Contudo, ao que parece, não há uma real desburocratização do acesso aos serviços, visto que o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário, não se torna ponto forte de sua agenda de trabalho. Os serviços que não conseguem criar esta agenda têm se mostrado como de baixa credibilidade para os usuários (CHAKKOUR et al., 1999). Assim, a ESF parece cometer um erro de saída.

III. Equipe Multiprofissional: A equipe de Saúde da Família é hoje composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Se, por um lado, o ESF traz na sua concepção teórica a tradição herdada da Vigilância à Saúde, por outro, reconhece que a mudança do modelo assistencial se dá a partir da reorganização do processo de trabalho. Partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer a assistência, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde. A alternativa pensada estrutura o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais.

Apesar das muitas dificuldades que a ESF enfrenta para a superação de obstáculos de modo a atingir seu pleno objetivo, não se pode negar sua expansão e os avanços obtidos na área (SANTOS et al., 2009).

As equipes de ESF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

No Brasil, a ESF é minimamente composta por uma equipe de saúde, que é formada, desde o início da sua implementação, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A partir do ano 2000, foram incluídas as equipes de saúde bucal (BRASIL, 2006b).

Além da equipe mínima, em 2008, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual consiste em uma equipe multiprofissional que deve atuar em conjunto com os profissionais da equipe, visando à inserção da ESF na rede de serviços e com ela compartilhar as práticas nos territórios sob a responsabilidade das equipes, com finalidade de ampliar a abrangência, o escopo das práticas e a resolutividade da APS (BRASIL, 2009).

Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das ESF, por equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes (BRASIL, 2012b).

Os dados referentes ao número de ESF passaram a ser registrados oficialmente a partir de 1998 com a implantação do Sistema de Informação da

Atenção Básica (SIAB). Dessa forma, a estimativa de cobertura média populacional da ESF, no Brasil, só é possível a partir de 1998, uma vez que para calcular a proporção da população coberta pelo programa é necessário considerar o número de equipes de saúde da família existentes no município (BRASIL, 2006b).

Sendo reconhecida nacionalmente como um recurso para levar a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida das pessoas, a ESF é desenvolvida por equipe multiprofissional, com intensa participação da comunidade. Por causa disso, o MS vem estimulando a ampliação do número de equipes de saúde da família no Brasil (SANTOS *et al.*, 2009).

No Brasil, a implantação da ESF vivenciou grande expansão de cobertura a partir dos anos 2000, com ritmos diferentes entre as regiões e porte populacional dos municípios. Dados do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) 2008 apontaram cerca de 27,5 milhões de domicílios cadastrados, ou 47,7%, que correspondiam a 50,9% da população brasileira, eram cobertos pelo Programa Saúde da Família na época. Assim, o estudo atual apontou ampliação em 10,3% da cobertura nacional, o que coincide com os dados administrativos do Ministério da Saúde (MALTA *et al.*, 2016).

Tomando-se como base os anos de 1998, 2002 e 2004, para comparação da cobertura populacional da ESF entre as diversas regiões, verificou-se que o Nordeste com resultados de 9,31%, 45,40% e 54,85% respectivamente, apresentou, em geral, as proporções mais elevadas de cobertura populacional do programa no período. Em seguida, tem-se a região Centro-Oeste, com coberturas de 10,21%, 38,88% e 41,39%, e a região Sul, com 5,07%, 30,65% e 38,32% (BRASIL, 2006b).

Até meados de 2014, o Brasil contava com 32.970 Equipes de Saúde da Família, com 21.700 equipes de Saúde Bucal e mais de 253 mil agentes comunitários de saúde espalhadas por todo país (CONASEMS, 2013).

A criação da ESF reflete a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Não é um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da APS em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis. A APS tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos, embora seja uma abordagem tecnológica específica de organizar a prática e, como tal, dotada de particular complexidade (ROSA; LABETE,

2005).

Assim, a concepção da APS se desenvolveu a partir de diversas discussões que inspirou o SUS e seus princípios, principalmente a universalidade, à descentralização, à integralidade e à participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definindo-a 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, a redução de danos e 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2012b, p.19).

A APS, ao ser um primeiro atendimento, servirá obrigatoriamente de porta de entrada para o sistema de assistência, ao mesmo tempo em que constitui um nível próprio de atendimento. Ao resolver uma série de necessidades, extrapola a esfera da intervenção curativa individual – as chamadas necessidades básicas de saúde – incluindo, principalmente, demandas sanitárias que geram as ações tradicionais da saúde pública (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde), as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação, apoiados em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (ROSA; LABETE, 2005).

Para que haja mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional, ou seja, para uma nova estratégia, um novo profissional, salientando que, se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia. A saúde da família trata de resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada e não da adaptação de novos padrões de excelência. Portanto, há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam o novo chamamento do setor.

Na ESF, pode-se situar, também, uma busca de transição entre o profissional isolado, tanto na sua atuação, como no seu saber para um trabalho em equipe que abre as vertentes do conhecimento e da vinculação social. Nesse sentido, justifica-se a estruturação de equipes multiprofissionais em dois sentidos: quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde, segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais (...) responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos (ROSA; LABETE, 2005).

Nesse contexto, A ESF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos ao seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

Portanto, a ESF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando à qualidade de vida da comunidade, buscando proporcionar sempre a ampliação do acesso aos serviços de saúde e melhoria da qualidade dos atendimentos prestados à população.

3.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Na tentativa de melhorias na assistência à saúde feminina, no decorrer dos anos, o Ministério da Saúde preconizou diversas políticas e programas que definiram as atividades para a Saúde da Mulher.

Em 1984, o MS lançou o programa “Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM). Esse documento revela que naquela época o atendimento à mulher pelo sistema de saúde era deficiente e limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal. Ficavam em segundo

plano a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade. Essa situação se agravava ao se considerar, naquele período, a crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar (BRASIL, 1984).

O PAISM trata-se de uma publicação histórica que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral da mulher. Dessa maneira, as ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, o que significou uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido (BRASIL, 2013a).

Esse programa foi conduzido pelos preceitos da Reforma Sanitária, alicerçado pelos princípios da descentralização, regionalização dos serviços, equidade na atenção e participação comunitária para transformar e valorizar a assistência à saúde da mulher, procurando essencialmente a atenção em todas as fases da vida do público feminino. O PAISM destaca as atividades básicas, de assistência integral à saúde da mulher, agrega um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação ofertado permanentemente e de forma não repetitiva, visando à melhoria dos níveis de saúde da população feminina (BRASIL, 1984).

O PAISM propõe uma série de procedimentos aplicáveis indistintamente a todos os componentes do grupo feminino, independente do exercício da atividade sexual, prévia e atual, e da fase de vida reprodutiva que se encontre. Deixa claro que em todos os contatos das mulheres com os serviços de saúde serão dadas informações sobre sexualidade, fisiologia da reprodução, regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, do câncer de colo uterino e de mama, como também a melhoria de hábitos de higiene e alimentares. As informações sobre a assistência integral à saúde da mulher serão transmitidas por meio das atividades de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato (BRASIL, 1984).

O PAISM precedeu diversas políticas femininas, como em junho de 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), para assegurar humanização dos serviços, acesso e qualidade do acompanhamento ao pré-natal, da assistência ao parto, pós-parto e neonatal (BRASIL, 2013a).

O PHPN definiu o número de consultas, a idade gestacional de início do pré-natal, os exames laboratoriais e ações de educação em saúde, além de propiciar a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, de acordo com os modelos empregados em todo o mundo (SILVA *et al*, 2013).

No ano de 2003, foi iniciada a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, quando a equipe técnica de saúde da mulher realizou avaliação das conquistas e retrocessos alcançados até aquele momento.

No ano de 2004, foi apresentada oficialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e e Diretrizes (BRASIL, 2004), a qual resgata a situação de vida e saúde a qual resgata a situação de vida e saúde da mulher, bem como novos focos no atendimento à mulher, com objetivos de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras. Essa estratégia governamental busca também ampliar, qualificar e humanizar a assistência à saúde da mulher no âmbito dos serviços de saúde do SUS. Ademais, expande as ações em seus planos de ação para grupos historicamente esquecidos pelas políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, entre elas as mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, as mulheres do campo e da floresta, as índias, as negras quilombolas, as que vivenciam a trans-sexualidade, mulheres em situação de prisão, portadoras de deficiência, em situação de rua e as ciganas (MENEZES, 2013; BRASIL, 2011b).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi construída pelo governo em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Portanto, uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros, realçando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social. Este documento assume, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca

consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2011b).

Em 2011, por meio da portaria Nº 1.459, o MS lança a Rede Cegonha (RC) como estratégia de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (GIONANNI, 2013).

A RC está inserida na discussão de Redes de Atenção à Saúde (RAS), cujo objetivo é promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma assistência eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção com foco na satisfação dos usuários, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil (BRASIL, 2011b).

A RC objetiva fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, organizar a RAS Materna Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b).

3.4 Assistência pré-natal

A gestação é um período evolutivo na área de saúde da mulher. Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é de suma importância, e deve conter ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrerem neste período. Os serviços e os profissionais de saúde devem acolher a mulher e o recém-nascido com dignidade, garantidos a eles todos os seus direitos (BAUMGUERTNER; CRUZ, 2013).

Uma escuta aberta, sem julgamentos, nem preconceitos, que possibilita a mulher expor sua intimidade com segurança, fortalece a gestante na sua caminhada até o parto e contribui para a construção do conhecimento sobre si mesmo, favorecendo um nascimento tranquilo e saudável (BAUMGUERTNER; CRUZ, 2013).

O objetivo da assistência pré-natal na ESF, segundo Brasil (2006a) “é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”. Visa a reduzir a morbimortalidade materno-fetal. Exames clínicos e laboratoriais oferecidos durante as consultas de pré-natal permitem identificar situações de risco e agir precocemente.

Na atenção primária, as unidades de saúde funcionam como porta de entrada no acesso aos serviços e devem ser eficientes de tal forma a prevenir, detectar intercorrências clínicas, orientar, acompanhar a gestante durante todo o processo da gestação e no pós-parto além de identificar gestantes de alto risco (na qual a mãe e o feto apresentam riscos de morte) e encaminhá-las a serviços de maior complexidade (MARTIN, 2010).

Os estudos revelam que, em países desenvolvidos, os óbitos perinatais estão relacionados principalmente a doenças de difícil prevenção como má-formações congênitas, descolamento prematuro de placenta e os acidentes de cordão. Porém, em países em desenvolvimento, os óbitos perinatais predominantes são por afecções passíveis de prevenção por meio de adequada assistência pré-natal como síndromes hipertensivas, sífilis congênita e infecção urinária complicada (ANVERSA *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde, no ano de 2000, instituiu o PHPN. Até aquela data, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. Esse programa estabeleceu não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas destacou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde, e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo (SILVA; CECATTI; SERRUYA, 2005).

3.5 Mortalidade Materna

O quantitativo de mortes maternas de um país se constitui em um dos

indicadores da sua realidade social, inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano, um desafio para os serviços de saúde, os governos e a sociedade (CEARÁ, 2014).

A mortalidade materna é um indicador de desenvolvimento humano e socioeconômico de um país. Sinaliza a qualidade da assistência médica, a desigualdade entre os gêneros e a determinação política de promoção da saúde pública. Quanto menor o grau de desenvolvimento da região, maior é a participação das síndromes hipertensivas, hemorrágicas e infecciosas para o obituário materno. Ao passo em que a região se desenvolve, essas causas tendem a diminuir progressivamente, dando lugar às demais causas, de resolução mais complexa (HERCULANO *et al.*, 2011)

As instituições Internacionais, Nacionais e pesquisadores indicam que os problemas prioritários associados à baixa redução da mortalidade materna em alguns países podem estar relacionados com:

- Baixo acesso ao planejamento reprodutivo;
- Baixa qualidade do pré-natal;
- Demora na identificação da necessidade de encaminhamento para o pré-natal de alto risco;
- Falta de busca ativa de gestantes faltosas às consultas;
- Complicações relacionadas à gravidez parto e puerpério;
- Baixa valorização das queixas e do quadro clínico;
- Demora na tomada de decisões no atendimento das intercorrências e urgências;
- Não realização da consulta do puerpério. (CEARÁ, 2014)

O conceito de morte materna corresponde à morte de uma mulher durante a gravidez, no parto ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. Quando a morte ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, denomina-se morte materna tardia. São também mortes maternas aquelas ocorridas por consequência de aborto espontâneo ou aborto inseguro (HERCULANO *et al.*, 2011).

A Razão de mortalidade materna (RMM) é um indicador da mais alta relevância, mede o desenvolvimento social e a equidade de gênero entre os países

e sinaliza a efetividade das ações de promoção da saúde garantindo a cidadania e os direitos reprodutivos das mulheres. A análise de sua evolução, tanto no tempo quanto no espaço, permite acompanhar as mudanças na estrutura das causas de morte e traçar o perfil epidemiológico de uma dada população (FORTALEZA, 2014).

A RMM foi estratificada conforme a classificação da OPAS/Organização Mundial da Saúde (OMS) em: baixa (menor de 20), média (entre 20 a 49), alta (entre 50 a 149) e muito alta (maior ou igual a 150 óbitos por 100.000 nascidos vivos) (CEARÁ, 2014).

Segundo as Nações Unidas, quando se compara a estimativa de óbitos de 2010 com a de 1990, constata-se uma redução de 47% do total de óbitos maternos no mundo, apontando uma grande diferença para o alcance da meta proposta para 2015 que é de 75%. A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu em 2000, a redução da mortalidade materna, como um dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)”. A ODM cinco define “Melhorar a saúde das gestantes” reduzindo a mortalidade em 75%, ou seja, a RMM do Brasil cair para 35 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (FORTALEZA, 2014).

O Ministério da Saúde registrou, no período de 1990-2011, relevante redução das mortes maternas (55,3%). Porém, em 2011 a razão de mortalidade materna no Brasil foi de 63,9 mortes por 100.000 nascidos vivos, sendo considerada alta (CEARÁ, 2014).

No Ceará, no período de 1998 a 2013, a média da RMM foi de 78,9 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, índice considerado alto segundo parâmetros da OMS (CEARÁ, 2014). E de 1998 a 2015, a média da RMM teve redução, sendo de 75,6 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, mas considerado ainda um alto índice segundo parâmetros da OMS. No ano de 2016, foram notificados 33 óbitos maternos, destes 60,6% (20 /33) foram investigados (CEARÁ, 2016).

Em 2013, até 17 de fevereiro, no Ceará, foram confirmadas 117 mortes maternas, sendo 76 óbitos maternos declarados e 41 de mulheres em idade fértil. E neste período, Fortaleza foi o município do estado com o maior número de mortes maternas, registrando 23 casos (CEARÁ, 2014).

Um fato que merece destaque no Ceará em 2013 é o registro significativo de óbitos nas mulheres abaixo de 19 anos, com uma razão de mortalidade materna na faixa etária de 10 a 14 anos de 156,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos e na

faixa de 15 a 19 anos de 106,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos. São perdas de vidas por causas evitáveis em idade precoce (CEARÁ, 2014).

Em relação à via de parturização, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), em 2013, no Ceará, o percentual de partos cesarianos do Estado atingiu um percentual de 57%. A OMS recomenda que a proporção de casos cirúrgicos seja de aproximadamente 15% do total de partos de uma região (CEARÁ, 2014).

Ainda no ano de 2013, o estado do Ceará registou que o puerpério foi o período em que mais houve óbito (CEARÁ, 2014). A tendência epidemiológica do estado vem acompanhando os padrões do Brasil e dos países em desenvolvimento.

Existem também diferenças entre as complicações maternas que conduzem a morte entre os países mais ricos (Europa, Canadá, Japão) e os países mais pobres da América Latina, África e Ásia. No conjunto, as principais causas de morte materna são as hemorragias, as complicações relacionadas à hipertensão arterial, as infecções e o aborto. Dessa forma, na África e na Ásia, as causas hemorrágicas foram as principais complicações (30% a 34%). Na América Latina foram as síndromes hipertensivas seguidas pelas hemorragias. Nos países ricos, a hipertensão e a embolia aparecem como as principais causas (FORTALEZA, 2014).

No Brasil, mesmo com os avanços na atenção, as gestantes a nível ambulatorial (aumento da cobertura pré-natal e do acesso a exames laboratoriais) e hospitalar (incentivo ao parto normal, adoção de protocolos clínicos para manejo de patologias e intercorrências), as ações desenvolvidas têm se mostrado menos efetivas do que o desejado na diminuição da mortalidade materna. As principais causas de morte materna continuam a ser hemorragias e hipertensão arterial, ambas evitáveis por meio de assistência de qualidade ao pré-natal e ao parto (HERCULANO *et al.*, 2011).

Em conformidade com o Brasil, o Ceará também apresenta as causas diretas como as principais entre as causas dos óbitos maternos no ciclo gravídico-puerperal, nos anos de 2011 a 2015, apresentando uma variação de 34,3 a 56,4%. Em 2015, a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) foi a principal causa de morte, representando 51,4% (19/36) dos óbitos maternos por causas obstétricas diretas, seguida das síndromes hemorrágicas com 13,5% (5/36) óbitos, da inércia uterina com 10,8% (4/36) e aborto com 5,4% (2/36). Sendo que essas causas correspondem a 81,1% do total das causas obstétricas diretas (CEARÁ,

2016).

No Brasil, entre 2009 a 2012 observou-se uma leve tendência de queda da RMM. Situação inversa foi observada na RMM do Ceará, onde se visualiza uma tendência crescente entre 2008 a 2010, com leve queda em 2011, voltando a crescer em 2012. Entretanto, em Fortaleza, também se observou uma queda da RMM de 62,7 mortes maternas em 2008 para 37,6 por 100 mil nascidos vivos em 2009, porém tornando a crescer nos anos seguintes (FORTALEZA, 2014).

A RMM de Fortaleza em 2013 foi de 73,4 por 100 mil nascidos vivos, tendo sido maior que nos anos anteriores. Ao analisar a RMM por grupos de causas, percebe-se que a maioria dos óbitos ocorreu por causas obstétricas diretas (54,4 mulheres para cada 100 mil nascidos vivos), ou seja, aquelas resultantes de complicações na gravidez, parto ou puerpério ou por uma cadeia de eventos que levaram ao óbito. É válido ressaltar que assim como Fortaleza, no Brasil, as causas obstétricas diretas são responsáveis por grande parte dos óbitos, apresentando os maiores níveis de RMM (FORTALEZA, 2014).

Em Fortaleza, no ano de 2013, as principais causas de morte materna obstétrica direta foram Síndrome de Hellp, pré-eclâmpsia grave, choque hipovolêmico, abortamento e hemorragias. Essas ocorrências são altamente dependentes da qualidade do planejamento familiar, assistência ao pré-natal e parto. As causas obstétricas indiretas mais prevalentes foram cardiopatia, neoplasia Maligna, hemorragia intracraniana e afecções do aparelho respiratório. Isso evidencia a necessidade de ter uma rede de atenção especializada organizada para acesso e acompanhamento em tempo oportuno. Dessa forma, seriam evitados óbitos de patologias não associadas à gravidez, parto e puerpério (FORTALEZA, 2014).

A trajetória de mobilização continuada para a redução de óbitos maternos tem sido tratada pelo governo federal como uma questão de alta prioridade.

Portanto, o Ministério da Saúde/Sistema de Vigilância em Saúde (SVS) por meio da portaria nº 1.459 lançou em 2011 a Rede Cegonha entre os Governos Federal, Estados e Municípios com o objetivo de garantir às mulheres e às crianças brasileiras uma atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério e às crianças ao seu desenvolvimento seguro e saudável (CEARÁ, 2014).

Dessa forma, avaliar o cuidado pré-natal tem enorme impacto na redução de resultados obstétricos desfavoráveis, uma vez que a qualidade desta assistência

tem relação direta com os níveis de saúde do binômio mãe-filho.

3.6 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB

O empenho para se obter a expansão de cobertura e a ampliação do acesso, aliados à busca de melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas à população faz surgir o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), uma iniciativa do MS que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das equipes de Atenção Básica, em ofertar serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2013c).

A Portaria 1.654, publicada em 19 de julho de 2011, e revogada pela Portaria 1.645 de 02 de outubro de 2015, criou o PMAQ - AB e vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica. Essa medida representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a atenção básica e anuncia mudanças semelhantes no financiamento do SUS como um todo (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, foi considerada uma iniciativa aplausível a criação do PMAQ, desde que adequada a indicadores factíveis e de acordo com uma mudança no paradigma assistencial, que envolve tanto a escolha de parâmetros adequados para a avaliação, quanto o investimento do próprio governo na qualidade dos profissionais, estando ainda vinculado à mudança da organização do próprio sistema de saúde brasileiro como um todo, e não somente de uma parte dele (SAVASSI, 2012).

Existe uma evidente referência ao uso do PMAQ no contexto de um modelo de gestão por resultados, e em defesa do SUS, a partir do momento que busca garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde para toda a população brasileira (ALENCAR *et al.*, 2012).

Além disso, é um componente da nova PNAB, cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança

das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes, pactuadas nacionalmente. Depende fundamentalmente do fomento de espaços de diálogo / problematização / negociação / gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços (PINTO *et al.*, 2012).

O PMAQ corresponde a um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde, visando subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do SUS nos usuários. Este programa faz parte da Estratégia Saúde Mais Perto de Você que possui a missão de enfrentar os entraves à expansão e ao desenvolvimento da atenção básica no País (BRASIL, 2013c).

O MS declara que na Estratégia Saúde Mais Perto de Você, o modo como tem se referido, tanto ao conjunto de iniciativas da nova PNAB, quanto à rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS), o PMAQ é a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS, almejando a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação na atenção básica (BRASIL, 2012c).

Lançado em 2011, o PMAQ - AB contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de 50% das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal. Em 2013, aconteceu o segundo ciclo do PMAQ com duas novidades, a primeira é a ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família, atenção básica parametrizadas, e saúde bucal para 100%, não havendo limite para a adesão; e a segunda novidade é a inclusão dos NASF e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) o PMAQ (BRASIL, 2012c). E em outubro de 2015, o PMAQ lança seu terceiro ciclo que vem com mudanças que simplificam os processos de adesão e contratualização, além de trazer revisões no desenho geral do Programa, a implantação do Sistema eletrônico da AMAQ e alterações no processo de certificação das equipes (DAB, 2015a).

A amplitude dos objetivos do PMAQ pode ser percebida ao ler suas diretrizes expostas no artigo 3º da Portaria 1.654/2015:

I - Definir parâmetro de qualidade, considerando-se as diferentes realidades

de saúde, de maneira a promover uma maior resolutividade das equipes de saúde da atenção básica;

II - Estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III - Transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV - Envolver e mobilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V - Desenvolver cultura de planejamento, negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - Estimular o fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII - Caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

O programa tem a intenção de criar um ciclo contínuo de crescimento do acesso às ações e serviços de saúde pelos usuários, para alcançar um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. O PMAQ vai envolver cada equipe, gestores municipais, estaduais e federais em compromissos interfederativos, além dos usuários, enquanto aliados na busca de uma saúde mais resolutiva. Periodicamente, todas as equipes e gestões municipais estarão sendo acompanhadas pelo MS, passando pela avaliação externa feita por especialistas de universidades federais, bem como será pesquisada a satisfação do usuário, a fim de que se tenham os subsídios à qualificação do cuidado e o aperfeiçoamento da PNAB (OLIVEIRA, 2011).

A *Qualidade*, citada tantas vezes nos documentos oficiais que tratam do tema, é compreendida como uma construção social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos, que varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, tecnológico e cultural e com os conhecimentos acumulados sobre o tema. Em certo momento, é definida como o grau de atendimento a padrões

de qualidade estabelecidos frente às normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (BRASIL, 2012c).

O chamado Padrão de Qualidade é uma declaração da qualidade esperada e expressa afirmativamente o sentido da política produzida nos espaços tripartite de governança do SUS. Busca afirmar os princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social (BRASIL, 2012c) e enfrentar os nós críticos debatidos e assumidos como situação a ser superada pelo Programa Saúde Mais Perto de Você. As dimensões e padrões propostos pelo PMAQ operam como a afirmação de diretrizes e de uma caminhada para a superação dos problemas priorizados. A qualidade é apreendida como fluxo e movimento devendo, por isso, ser fruto da atuação dos atores implicados, com capacidade de mudar o cenário e, portanto, exigir permanente adaptação e evolução da Política, de suas estratégias e instrumentos:

É esperado que o PMAQ seja constantemente aperfeiçoado, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado; a necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação e gestão, com vistas às novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica e ao momento histórico de implantação do SUS; e a necessidade de revisão de conceitos, metodologias e ferramentas, com base no aprendizado institucional da implantação do PMAQ e na colaboração dos diferentes atores envolvidos. (BRASIL, 2012c, p.50).

No terceiro ciclo do PMAQ-AB, o mesmo está composto por 3 (três) Fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo e cada ciclo terá duração de 24 meses (DOU, 2015).

A Fase 1 do PMAQ-AB é denominada Adesão e Contratualização. Nesta fase, todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, independente do modelo pelo qual se organizam, poderão aderir ao PMAQ-AB, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios a serem definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB (DOU, 2015).

A Fase 2 do PMAQ-AB é denominada Certificação e será composta por:

- I. Avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por

- instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados;
- II. Avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização; e
 - III. Verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica.

A Fase 3 do PMAQ-AB é denominada Recontratualização, que se caracteriza pela pactuação singular do Distrito Federal e dos Municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na fase 2 do PMAQ-AB. Essa fase será realizada pelas equipes que participaram do PMAQ-AB em ciclo anterior (DOU, 2015).

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB é composto pelos seguintes elementos:

- I. Autoavaliação a ser feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Estado, Distrito Federal, Município ou Região de Saúde;
- II. Monitoramento a ser realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde em parceria com as Comissões Intergestores Regionais (CIR), a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB;
- III. Educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes;
- IV. Apoio institucional, a partir de estratégia de suporte às equipes de saúde da atenção básica pelos Municípios e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS);
- V. Cooperação horizontal presencial e/ou virtual, que deverá ocorrer entre equipes de atenção básica e entre gestores, com o intuito de permitir a

troca de experiências e práticas promotoras de melhoria da qualidade da atenção básica.

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento deve ser entendido como transversal a todas as Fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-AB (DOU, 2015).

A cada ciclo, o Distrito Federal e os Municípios que aderirem ao PMAQ-AB farão jus ao Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), que, a partir do terceiro ciclo, será repassado ao Distrito Federal e aos Municípios em 2 (dois) momentos: no início de cada ciclo, após a homologação da adesão do Distrito Federal ou Município ao PMAQ-AB; e após a Fase 2 de cada ciclo (DOU, 2015).

Os valores a serem repassados ao Distrito Federal e Municípios, a título do incentivo financeiro, serão estabelecidos em ato específico do Ministro da Saúde e variarão de acordo com: o número de equipes contratualizadas, com as disponibilidades orçamentárias do Ministério da Saúde e com o fator de desempenho. O incentivo financeiro será transferido fundo a fundo, por meio PAB Variável, observado o disposto no art. 11 da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007 (DOU, 2015).

3.8 Rede Cegonha

A Rede Cegonha é mais uma iniciativa do MS, estratégia lançada em 2011, por meio da portaria de número 1459, que demonstra preocupação com as mulheres, os neonatos e as crianças e visa a fundamentar os princípios da humanização e da assistência, operacionalizados pelo SUS a estas populações (BRASIL, 2011c).

Consiste numa rede de cuidados que busca garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011c).

Essa estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e a implantação ocorre, gradativamente, em todo o território nacional, respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil

e razão mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha assume medidas destinadas a assegurar melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança. Objetiva fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com alvo na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e reduzir a mortalidade materna e infantil com foco no componente neonatal (ROCHA, 2013).

Nesta perspectiva, foram traçadas as seguintes diretrizes:

- Acolhimento aos usuários com escuta qualificada e atenção resolutiva por todos os profissionais de saúde;
- Atuação junto à mulher em idade fértil, dando a esta garantia de escolha informada e acesso aos métodos contraceptivos de acordo com a saúde e modo de vida;
- Importância da implantação do Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica: captação precoce ao pré-natal;
- Acolhimento às mulheres com gestação indesejada;
- Realização de novos exames ambulatoriais no pré-natal;
- Importância do Acolhimento com Classificação de Risco prevenindo os riscos e facilitando o acesso à atenção especializada em tempo oportuno;
- Importância dos Grupos Educativos para o fortalecimento da autonomia e empoderamento da mulher;
- Vinculação da gestante ao local de parto com realização de visita prévia, cumprindo o que determina a lei 11.634/2007;
- Incorporação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento de acordo com a OMS nas maternidades;
- Consideração ao Período Sensitivo: fornecendo atenção acolhedora e humanizada ao binômio mãe/bebê nas primeiras 24 horas após o parto;
- Garantia de Acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em todas as Maternidades de acordo com a Lei nº

11.108 (07/04/05), reforçando a paternidade responsável desde o Planejamento Reprodutivo;

- Acolhimento às mulheres em sofrimento por perda fetal em alojamento diferenciado das puérperas;
- Garantia de atenção à mulher em situação de violência e abortamento;
- Importância do Colegiado Gestor na maternidade para planejar e organizar os processos de trabalho de acordo com as diretrizes da Rede Cegonha;
- Atenção resolutiva à “Primeira Semana de Saúde Integral”- Puerpério e Puericultura;
- Garantia de respeito aos direitos humanos da mulher.

Conforme Brasil (2011b), a Rede Cegonha está organizada em quatro componentes: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III – Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

- I. Componente PRÉ-NATAL: realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com 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 de alto risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; qualificação do sistema e da gestão da informação; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/HIV/AIDS e Hepatites; e 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 (BRASIL, 2011b).
- II. Componente PARTO E NASCIMENTO: suficiência de leitos obstétricos e neonatais (Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Cuidados

Intermediários (UCI) e Canguru de acordo com as necessidades regionais; ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011b).

III. Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA: promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; busca ativa de crianças vulneráveis; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011b).

IV. Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO: promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames) (BRASIL, 2011b).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Descritivo com abordagem quantitativa no contexto da análise secundária de dados. De acordo com Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa quantitativa considera o que pode ser quantificável, significando traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requisita uso de recursos e de técnicas estatísticas.

Ainda segundo os referidos autores, essa forma de abordagem é utilizada em vários tipos de pesquisas, inclusive nas descritivas, principalmente quando buscam a relação causa-efeito entre os fenômenos e também pela facilidade de poder descrever a complexidade de determinada hipótese ou de um problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior nível de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou das atitudes dos indivíduos.

Conforme Polit (2011), a análise secundária envolve a utilização de dados reunidos em um estudo prévio para testar novas hipóteses ou tratar novas questões. Em sua maioria, os pesquisadores coletam muito mais dados do que o que que analisam. A análise secundária de dados existentes é eficiente e econômica. Os profissionais pesquisadores têm usado a análise secundária tanto de grandes conjuntos de dados nacionais quanto de conjuntos locais menores, tanto de dados qualitativos quanto de quantitativos.

4.2 Local e período de coleta de dados

O estudo foi desenvolvido no município de Fortaleza. Os dados foram coletados no mês de maio de 2016.

Fortaleza é um município brasileiro, capital do estado do Ceará, situado na região Nordeste do país. Possui 331.140 km² de área, com 2.571.896 habitantes (IBGE, 2014), com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) variando de 0,119 a 0,177, em que os menores índices se apresentam nas regionais V e VI e entre os 10

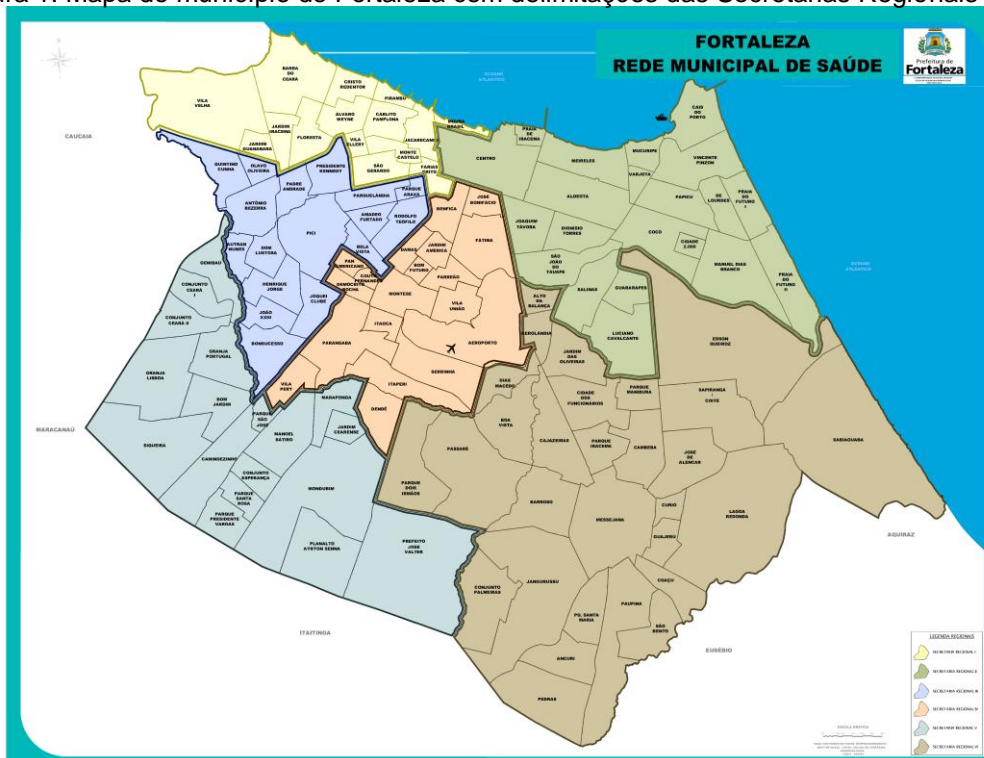
bairros mais pobres, seis estão localizados na regional V. Somente 37,3% da população é beneficiária de plano de saúde (PLANO DE GESTÃO DE FORTALEZA, 2014)

De acordo com a configuração administrativa descentralizada, a Política Municipal de Saúde é desempenhada por seis Secretarias Regionais (SR) por meio de seus distritos de saúde, sendo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o seu órgão gestor (PLANO DE GESTÃO DE FORTALEZA, 2009 e 2010).

Fortaleza está dividida nas seguintes regionais:

- 1) SR I: área total 24,4 km², 378.694 habitantes, 15 bairros e 12 UAPS;
- 2) SR II: área total 44,42 KM², 378.171 habitantes, 19 bairros e 11 UAPS;
- 3) SR III: área total 25,85 km², 375.199 habitantes, 17 bairros e 16 UAPS;
- 4) SR IV: área total 33,07 km², 273.764 habitantes, 19 bairros e 14 UAPS;
- 5) SR V: área total 56,11 km², 563.513 habitantes, 18 bairros e 20 UAPS;
- 6) SR VI: área total 119,98 km², 563.141 habitantes, 27 bairros e 20 UAPS.

Figura 1: Mapa do município de Fortaleza com delimitações das Secretarias Regionais



Fonte: Coordenadoria de Vigilância em Saúde /Célula de Vigilância Epidemiológica/ Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2016.

De acordo com o atesto de outubro de 2015 (ANEXO A), o município

dispunha naquela época de 93 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), executando ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, distribuídas pelas seis SR (FORTALEZA, 2015a).

Os serviços ofertados por estas UAPS são: Acolhimento com classificação de risco; Atendimento odontológico; Atenção à saúde de usuários portadores de condições crônicas (hipertensão arterial, diabetes melitos, hanseníase, tuberculose etc) com estratificação de risco; Acompanhamento de crescimento e Desenvolvimento; Atividade de educação em saúde, Atendimento à criança com asma; Aplicação de medicamentos; Baciloscopia para tuberculose pulmonar; Acompanhamento do programa bolsa família; Consulta pediátrica; Consulta médica; Consulta de enfermagem; Consulta de pré-natal; Consulta de puericultura; Curativo; Consulta de prevenção de câncer de colo de útero e de mama; Cadastro e acompanhamento das famílias dentro dos critérios de inclusão da Estratégia Saúde da Família; Dispensação de medicamentos; Dispensação de preservativos e contraceptivos; Imunização (vacinas); Teste do pezinho; Teste tuberculínico (PPD); Verificação de pressão arterial; Verificação de glicemia capilar; Visitas domiciliares (FORTALEZA, 2015b)

De acordo com o documento que atesta a existência das equipes de saúde, relacionadas à ESF, em Fortaleza, no mês de outubro de 2015, o município apresentava 428 equipes, sendo 344 equipes da ESF, 82 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e 02 equipes inativas. Em relação às Equipes de Saúde Bucal (ESB), o município apresentou 218 equipes no referido período (FORTALEZA, 2015a).

4.3 População do estudo

Compõem a população, equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com ou sem equipe de Saúde Bucal (SB), pertencentes às 93 UAPS do município de Fortaleza.

Dos dados produzidos pelas equipes da ESF, foram considerados somente os correspondentes às micro-áreas cobertas por ACS. Essa opção leva em consideração que o SIAB é alimentado com as informações dos atendimentos dos integrantes das equipes, inclusive dos ACS.

4.4 Amostra da população

Em conformidade com os registros do atesto de outubro de 2015 (ANEXO A), o município de Fortaleza possuía à época o quantitativo de 344 equipes da ESF. Adotando este quantitativo de equipes da ESF, estima-se necessário avaliar um total de 182, a fim de obter uma amostra que represente com 95% de confiança a cidade de Fortaleza. A seguir a fórmula para o cálculo da amostra:

$$\text{Tamanho da amostra } n = [Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2}*(N-1)+p*(1-p)]$$

$$N = 344; p = 0.5; p\text{-Valor} = 0.05$$

Das 344 equipes ESF, optamos por selecionar, proporcionalmente, duas equipes por unidade de saúde, por meio de sorteio estatístico, resultando num total de 184 equipes, as quais constituíram a amostra deste trabalho. É oportuno salientar que em algumas unidades exista apenas uma equipe da ESF.

Em relação ao atesto, que é o documento que comprova a existência das equipes da ESF e de SB, foi considerado neste estudo o correspondente ao mês de outubro de 2015 para a escolha da amostra, por ter sido o mês mais atual até a finalização do projeto, para envio ao comitê de ética.

Os critérios de inclusão são: ser equipe da ESF de Fortaleza, ter ou não equipe de SB em sua composição e estar como equipe da ESF.

O critério de exclusão é: Não estar como equipe da ESF em sua composição, independente de ter ou não equipe de SB.

4.5 Coleta de dados

O instrumento utilizado como guia para a coleta de dados deste estudo foi o documento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB) do 2º Ciclo, já validado nacionalmente, e que define os indicadores relacionados à área da Saúde da Mulher (ANEXO B).

O PMAQ corresponde a um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde, visando a subsidiar a tomada de decisão, a garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e a dar visibilidade aos resultados

alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários. Este programa faz parte da Estratégia Saúde Mais Perto de Você que possui a missão de enfrentar os entraves à expansão e ao desenvolvimento da atenção básica no País (BRASIL, 2013c).

Em relação aos indicadores trabalhados no 2º ciclo do PMAQ, para as equipes de atenção básica que utilizam o SIAB, foram considerados 47 indicadores, sendo 40 relacionados às equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica parametrizadas, e 07 às equipes de saúde bucal, entre indicadores de desempenho e de monitoramento, subdivididos em seis áreas estratégicas (saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas, produção geral, doenças transmissíveis e saúde mental), de acordo com os programas estratégicos do MS (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência), pactuados pelas três esferas de governo (BRASIL, 2013b).

São sete os indicadores da área de saúde da mulher considerados pelo 2º Ciclo do PMAQ-AB, sendo seis de desempenho e um de monitoramento (BRASIL, 2013c). Nesta pesquisa apenas aqueles relativos a atenção pré-natal serão analisados.

Os indicadores de desempenho são:

- Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica => $(\text{Número de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Primária, em determinado local e período}) / (\text{Número de gestantes estimadas na área da equipe, no mesmo período}) \times 100$;
- Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada => $(\text{Número de atendimentos de pré-natal, em determinado local e período}) / (\text{Número de gestantes cadastradas no mesmo local e período})$;
- Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre => $(\text{Número de gestantes acompanhadas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, em determinado local e período}) / (\text{Total de gestantes cadastradas no mesmo local e período}) \times 100$;
- Proporção de gestantes com o pré-natal no mês $(\text{Número de gestantes que fizeram consulta de pré-natal no mês, em determinado local e período}) / (\text{Total de gestantes cadastradas, no mesmo local e período}) \times 100$;

- Proporção de gestantes com vacina em dia (Número de gestantes com vacina em dia, em determinado local e período) / (Número de gestantes cadastradas no mesmo local e período) X 100;

O indicador de monitoramento é:

- Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares (Número de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares, em determinado local e período) / (Total de gestantes cadastradas no mesmo local e período) X 100.

Para o cálculo dos indicadores definidos pelo 2º Ciclo do PMAQ, foram utilizados os registros do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (dados secundários) alimentados pelas equipes das ESF, que é o recomendado pelo Ministério da Saúde, relacionados aos atendimentos da área saúde da mulher.

No entanto, dois indicadores foram descartados do estudo, porque os dados necessários para seus respectivos cálculos não estavam disponíveis por equipe no SIAB, pois a forma mais detalhada dos dados no referido sistema estava por bairro, ou seja, a menor variável espacial encontrada foi bairro, sendo que o objetivo do estudo é trabalhar com equipes.

A Ficha A do SIAB, que é o instrumento de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, seria outra fonte para o cálculo destes dois indicadores descartados, porém a inviabilidade da utilização dessa fonte se deu devido à falta de tempo hábil para avaliação *in loco* das Fichas A de todos os ACS, componentes das 184 equipes da ESF, do período de janeiro de 2014 a maio de 2015. Ressaltando que o estudo não previa utilização de dados não informatizados do SIAB.

Com a eliminação de dois dos indicadores propostos para este trabalho, os cinco que permaneceram estão diretamente relacionados à mulher na sua condição de gestante

O SIAB é um sistema (software), desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em 1998, cujo objetivo é agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica (AB) usando como estratégia central a ESF (DAB, 2015a).

É por meio das informações coletadas pelo software do SIAB que o Ministério da Saúde toma decisões de gestão da Atenção Básica em nível nacional. Entretanto, o SIAB não deve ser compreendido e utilizado somente para esse fim. Esse sistema é parte necessária da ESF, pois contém os dados mínimos para o

diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sócio-sanitários alcançados. Dessa forma, todos os profissionais das Equipes de Atenção Básica (EAB) devem conhecer e utilizar o conjunto de dados estruturados pelo SIAB a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe (DAB, 2015a).

As fichas que estruturam o trabalho das EAB e que produzem os dados que compõem o SIAB são utilizadas para realizar o Cadastramento, Acompanhamento Domiciliar e para o Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações das pessoas adscritas nos territórios das EAB. Estas fichas são: Ficha para cadastramento das famílias (Ficha A); Ficha para acompanhamento (Fichas B); Ficha de gestantes (Ficha B-GES); Ficha de hipertensos (Ficha B-HA); Ficha de diabéticos (Ficha B-DIA); Ficha de pessoas com tuberculose (Ficha B-TB); Ficha de pessoas com hanseníase (Ficha B-HAN); Ficha para acompanhamento da criança – Ficha C (Cartão da Criança); Ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações (Ficha D). Antes de registrar/digitar as informações no SIAB, as fichas preenchidas pelos profissionais são consolidadas em três blocos centrais: Cadastramento das famílias (Fichas A); Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias (SSA); Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação (PMA) (DAB, 2015a).

Após o registro das informações, o SIAB se torna uma fonte rica de dados que reúne informações importantes e abrangentes na área da saúde que além de servir para auxiliar as EAB em seu processo de trabalho, serve também como fonte para vários tipos de pesquisas, para os órgãos governamentais, para as comunidades acadêmicas das áreas de enfermagem, medicina entre outros que utilizam tais dados a fim de compor pesquisas nas áreas de saúde coletiva (DAB, 2015a).

Atualmente, o SIAB está sendo substituído pelo novo sistema da Atenção Básica (AB) que é e-SUS AB. Para atender aos diversos cenários de informatização e conectividade nos serviços de saúde, este oferece dois sistemas de software que podem operar desde uma unidade básica de saúde sem computador, usando o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) a partir do uso de fichas, até uma

unidade básica de saúde com computador nos consultórios e salas de atendimento, usando o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (DAB, 2015b).

Os dados registrados pelas equipes no SIAB são definidos como marcadores. Os marcadores do SIAB que correspondem à área da Saúde da Mulher são: Número de gestantes cadastradas pela equipe; Número de gestantes acompanhadas (na visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde) pela equipe; Número de gestantes com vacinas em dia; Número de gestantes com consulta de pré-natal no mês; Número de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre; Número de gestantes menores de 20 anos cadastradas pela equipe; Número de atendimentos de pré-natal da equipe; Número de exames de prevenção do câncer cérvico-uterino realizados em mulheres na faixa etária de 15 anos ou mais pela equipe (BRASIL, 1998).

Neste trabalho, para o cálculo dos indicadores da área da saúde da mulher, serão considerados somente os marcadores do SIAB referentes às competências do ano de 2014 e dos primeiros cinco meses de 2015 (janeiro, fevereiro, março, abril e maio).

A escolha do ano completo de 2014 e dos primeiros cinco meses do ano de 2015 deu-se pelo interesse em se trabalhar com os dados mais recentes do SIAB em relação à realização desta pesquisa. Foram considerados todos os meses de 2014, pela riqueza de informações durante a análise dos dados de um período anual completo, o que traz maior significância para o estudo. Com relação ao ano de 2015, o período escolhido foi até o mês de maio porque a partir do dia primeiro de junho, no município de Fortaleza, somente 18 UAPS das 93 existentes continuaram enviando os dados pelo SIAB e as outras 75 unidades, por já possuírem implantado o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) contratado pelo próprio município, seguiram exportando os dados de suas produções somente para e-SUS.

Os relatórios do SIAB com os dados do ano de 2014 e dos primeiros cinco meses de 2015 foram retirados pelo técnico da Célula de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), responsável pelo manuseio do SIAB no município, durante o mês maio de 2016.

Após o cálculo dos indicadores, estes foram divididos pelo período levado em consideração (média e desvio-padrão dos 17 meses).

4.6 Organização e análise dos dados

Os dados quantitativos foram submetidos ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, expressos em forma de média e desvio-padrão e analisados por meio do teste de Mann-Whitney e/ou Kruskal/Wallis (dados não paramétricos). Os dados categóricos foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual e analisados por meio do teste do qui-quadrado ou exato de Fisher.

Todas as análises foram realizadas no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0 para Windows considerando uma confiança de 95% para todas as avaliações.

A discussão dos dados foi realizada à luz da literatura pertinente.

4.7 Aspectos éticos e legais

O estudo observou todas as recomendações advindas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Solicitou-se a autorização institucional à Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, através da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES) para realização da pesquisa, por meio de Autorização Institucional (ANEXO C) e do Termo de Fiel Depositário (ANEXO D).

Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e aprovado em 29.04.16 com parecer de número 1.521.568 (ANEXO E).

5 RESULTADOS

Apresentam-se as características das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza, bem como os indicadores da área da Saúde da Mulher definidos para este estudo e a correlação destes com determinadas variáveis.

Os dados foram descritos inicialmente por Secretaria Regional (SR) com ênfase em cada UAPS e, em seguida, nas equipes da ESF.

Fez-se uso de informações disponíveis no site oficial da Prefeitura Municipal de Fortaleza, pela Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS) por meio da Célula da Atenção Primária à Saúde (CEAPS), além do documento de Atesto referente a outubro de 2015, acerca das UAPS e suas referidas equipes. Atesto este disponibilizado pela CEAPS.

Identificou-se que no novo Modelo de Atenção à Saúde orientado pela gestão atual, as UAPS funcionam de segunda à sexta-feira de 07:00 às 19:00 horas, exceto finais de semana e feriados. Na carta de serviços de todas as UAPS de Fortaleza, constam atividades educacionais de prevenção e promoção à saúde, atendimento às demandas espontâneas e às demandas programadas; Assistência integral à mulher, à criança, acompanhamento de hipertensos, diabéticos e idosos, acompanhamento de pacientes com tuberculose e hanseníase, atendimento e acompanhamento relacionados à saúde mental. São realizadas, semanalmente, visitas domiciliares às puérperas, recém-nascidos e pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção. Diariamente, durante o período de funcionamento da UAPS, é realizada vacinação para todos os ciclos de vida, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI), baciloscopia, Teste do Pezinho, Teste Rápido para detecção de sífilis, hepatite B e C, HIV e gravidez.

Os serviços de farmácia e exames complementares (laboratoriais) são ofertados para os usuários, com o apoio da Organização Social (OS) Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). A farmácia funciona diariamente e de acordo com o horário de atendimento padrão da unidade, porém a coleta de exames laboratoriais funciona de 7:00 às 12:00, podendo acontecer diariamente, três vezes por semana ou duas vezes por semana, variando de acordo com o perfil de cada UAPS.

Alguns dos serviços ofertados pelas UAPS como vacinação, atividades em grupo com gestantes, idosos, atendimento aos hipertensos e diabéticos também se realizam extra-muro, ou seja, em praças, escolas, creches, igrejas e empresas solicitantes situadas na área adscrita da UAPS. Nas escolas públicas, são realizadas orientações em saúde bucal, escovação, aplicação de flúor, triagem de acuidade visual por meio do Projeto Olhar Brasil do Ministério da Saúde (MS), administração de antiparasitário, avaliação e orientação nutricional e orientação sexual. A promoção da saúde e prevenção de doenças nas escolas é realizada por meio de metodologias educacionais, tais como palestras, rodas de conversa e jogos interativos.

- Caracterização das UAPS por SR.

Valorizando-se o período da coleta de dados do estudo, é oportuno considerar como UAPS reformada e inaugurada e UAPS com implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) todas as unidades que tiveram as datas destes eventos concluídos até o mês de maio de 2015.

Quadro 1 – Características das Unidades de Atenção Primária das Secretarias Regionais

SR	UAPS	Nº equipes ESF	UAPS reformada	UAPS com PEP implantado
I	12	58	8	10
II	11	28	9	10
III	16	52	7	15
IV	13	43	7	7
V	20	75	9	13
VI	21	87	16	19
TOTAL	93	343	56	74

Conforme o Quadro 1, das 93 UAPS avaliadas no período da pesquisa, 56 unidades estavam reformadas e 74 possuíam Prontuário Eletrônico do Paciente implantado.

- Descrição de equipes por SR

Neste estudo, foi avaliado um total de 184 equipes, para se garantir uma amostra que representasse com 95% de confiança a cidade de Fortaleza. A Tabela 1 exibe algumas das características dessas equipes da ESF que foram consideradas durante a construção do trabalho, as quais estão diretamente relacionadas com a qualidade da assistência prestadas pelas mesmas.

Tabela 1 – Características das equipes da ESF do Município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	n	%
Regional		
SR1	24	13,0
SR2	21	11,4
SR3	31	16,8
SR4	26	14,1
SR5	40	21,7
SR6	42	22,8
Participação 2º Ciclo PMAQ		
Não	128	69,6
Sim	56	30,4
Unidade reformada		
Não	73	39,7
Sim	111	60,3
Unidade com PEP		
Não	38	20,7
Sim	146	79,3
Número equipe ESF na UAPS		
1	1	,5
2	22	12,0
3	57	31,0
4 ou mais	104	56,5
Característica equipe ESF		
Sem SB	119	64,7
Com SB	65	35,3

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.
Fonte: Atesto 2015/ CEAPS 2016.

A Tabela 1 informa que das 184 equipes da ESF que compõem amostra, apenas 30,4% participaram do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e 60,3% pertencem à UAPS que foram reformadas e inauguradas até maio de 2015.

Ainda, fazendo referência à Tabela 1, a mesma mostra que a maioria das equipes do estudo, 79,3%, foi contemplada com a implantação do PEP até maio de 2015, que mais da metade das equipes, 56,5 %, pertencem à UAPS composta por quatro ou mais equipes e que somente 35,3% das equipes da ESF possuem equipe de Saúde Bucal (SB) em sua composição.

A Tabela 2 apresenta a média por SR, de cada indicador utilizado, conforme o período da coleta de dados.

Tabela 2 – Média e desvio padrão dos indicadores da área de Saúde da Mulher das equipes da ESF do Município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	TOTAL	SR1	SR2	SR3	SR4	SR5	SR6	p-Valor
Média pré-natal por gestantes cadastradas	1,74± 1,15	1,18± 0,60	1,97± 1,80	1,46± 0,75	2,08± 1,62	1,76± 1,18	1,91± 1,19	0,085
Porcentagem equipes com gestantes pré-natal 1º trimestre	77,23± 14,94	75,73± 15,87	74,11± 14,91	82,77± 9,90	82,65± 11,54	74,00± 17,11	76,53± 14,83	0,088
Porcentagem equipes com gestante pré-natal em dia	87,61± 8,71	88,11± 6,44	88,91± 6,55	90,84± 6,93	89,00± 7,53	84,66± 11,59	86,33± 8,29	0,099
Porcentagem equipes com gestantes vacina em dia	89,53± 8,62	90,48± 6,01	91,49± 5,44	92,18± 6,39	91,40± 6,95	85,81± 12,27	89,44± 8,22	0,244
Porcentagem equipes com gestantes acompanhadas VD	95,15± 13,13	96,25± 3,81	95,78± 3,60	97,24± 2,71	100,34± 28,97	93,13± 11,01	92,29± 6,95*	0,014

*p<0.05 versus demais regionais, Teste Kruskal-Wallis/Mann-Whitney. Dados expressos forma de média ± desvio padrão.

Fonte: SIAB 2014/2015

Considerando a amostra total (Tabela 2), a média mensal de consulta pré-natal por gestantes cadastradas é de 1,74. Quanto aos percentuais de equipes da ESF com gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre é 77,23%, com gestantes com pré-natal em dia é 87,61%, com gestantes com vacina em dia é 89,53% e com gestantes acompanhadas por meio de visita domiciliar é 95,15.

É possível observar na Tabela 2 que os valores das médias por indicadores, referente à cada SR, apresentam variações pequenas e não significativas estatisticamente ($p > 0,05$), quando comparados entre si. Porém, somente o indicador que apresenta a porcentagem de equipes da ESF com gestantes acompanhadas por meio de visita domiciliar, apresentou significância estatística com $p < 0,05$ e os valores da SR6 foram estatisticamente menores dos que os das demais SR.

A análise dos indicadores da área de Saúde da Mulher por equipe da ESF, expressos em forma de frequência absoluta e percentual, é verificada na Tabela 3, bem como a variação do número total de equipes da ESF que foram

avaliadas em cada indicador.

Esta variação corresponde ao fato de que, durante a coleta de dados, algumas equipes não apresentavam todas as informações no SIAB necessárias para o cálculo dos indicadores. Esta ausência de dados foi constatada de forma variável, onde faltavam dados correspondentes apenas a alguns meses, ao ano completo de 2014 ou os cinco meses de 2015.

Tabela 3 – Frequência absoluta e percentual dos indicadores da área de Saúde da Mulher de equipes da ESF do Município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	n	%
Média pré-natal gestantes		
Menor que 7	23	12,6
Maior ou igual a 7	159	87,4
Porcentagem pré-natal 1o trimestre		
Menor que 100%	181	100,0
100%	0	0,0
Porcentagem gestante pré-natal em dia		
Menor que 100%	179	98,9
100%	2	1,1
Porcentagem gestantes vacina em dia		
Menor que 100%	173	96,1
100%	7	3,9
Porcentagem gestantes acompanhadas VD		
Menor que 100%	158	88,3
100%	21	11,7

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual
Fonte: SIAB 2014/2015

Em conformidade com a Tabela 3, observa-se que de um total 182 equipes da ESF avaliadas em relação à média de consultas de pré-natal por gestantes cadastradas, 87, 9% das equipes apresentavam gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal.

Com relação ao início do pré-natal no 1º trimestre, de 181 equipes da ESF avaliadas, nenhuma apresentou todas as gestantes com o pré-natal iniciado no 1º trimestre.

Das 181 equipes da ESF avaliadas em relação às consultas de pré-natal em dia, apenas 1,1% de equipe da ESF possuía todas as gestantes com pré-natal em dia.

Das 180 equipes da ESF avaliadas quanto às gestantes com vacina em dia, somente 3,9% apresentavam todas as gestantes que acompanhavam nesta condição.

Das 179 equipes da ESF avaliadas em relação às gestantes acompanhadas por meio de visita domiciliar, apenas 11, 7% das equipes apresentavam todas as gestantes recebendo este tipo de acompanhamento através da visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Tabela 4 – Média e desvio padrão dos indicadores de Saúde da Mulher relacionados à participação no 2º Ciclo do PMAQ das equipes de ESF do município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	Equipe da ESF participante do 2º Ciclo do PMAQ		p-Valor
	Não (n=128)	Sim (n=56)	
Média pré-natal gestantes cadastradas	1,69±1,20	1,85±1,35	0,510
Porcentagem pré-natal 1o trimestre	77,41±13,66	77,69±16,88	0,684
Porcentagem gestante pré-natal em dia	87,27±8,88	88,40±8,00	0,424
Porcentagem gestantes vacinas em dia	89,43±9,09	90,46±7,36	0,629
Porcentagem gestantes acompanhadas VD	93,95±6,41	98,55±20,82	0,148

*p<0.05, Mann-Whitney. Dados expressos em forma de média ± desvio padrão.

Fonte: SIAB 2014/2015

Observa-se que a Tabela 4 mostra que os indicadores foram estatisticamente semelhantes entre equipes da ESF que participaram ou não do 2º Ciclo do PMAQ.

Tabela 5 – Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF em relação aos indicadores de Saúde da Mulher conforme participação no 2º Ciclo do PMAQ, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	Participação equipe ESF no 2º Ciclo PMAQ		p-Valor
	Não (n=128)	Sim (n=56)	
Média pré-natal gestantes			
Menor que 7	17	6	0,603
	13,5%	10,7%	
Maior ou igual a 7	109	50	
	86,5%	89,3%	
Porcentagem pré-natal 1º trimestre			
Menor que 100%	126	55	1,000
	100,0%	100,0%	

Continua.

Tabela 5 – Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF em relação aos indicadores de Saúde da Mulher conforme participação no 2º Ciclo do PMAQ, de janeiro de 2014 a maio de 2015. (Conclusão)

	Participação equipe ESF no 2º Ciclo PMAQ		p-Valor
	Não (n=128)	Sim (n=56)	
100%	0 0,0%	0 0,0%	
Porcentagem gestante pré-natal em dia			
Menor que 100%	123 98,4%	56 100,0%	1,000
100%	2 1,6%	0 0,0%	
Porcentagem gestantes vacinadas			
Menor que 100%	117 94,4%	56 100,0%	0,101
100%	7 5,6%	0 0,0%	
Porcentagem gestantes acompanhadas VD			
Menor que 100%	108 86,4%	50 92,6%	0,315
100%	17 13,6%	4 7,4%	

*p<0,05, Teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual

Fonte: SIAB 2014/2015

A Tabela 5 expõe que de 182 equipes da ESF avaliadas, 56 participaram do 2º Ciclo do PMAQ. Observou-se que nenhum dos indicadores apresentou significância estatística entre as equipes da ESF que participaram ou não do 2º Ciclo do PMAQ ($P>0,05$).

Tabela 6 – Média e desvio padrão dos indicadores de Saúde da Mulher relacionados às equipes de ESF pertencentes à UAPS reformada ou não, do município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	Unidade reformada		p-Valor
	Não (n=73)	Sim (n=111)	
Média pré-natal gestantes cadastradas	1,75±1,13	1,74±1,32	0,546
Porcentagem pré-natal 1o trimestre	78,37±14,48	76,92±14,84	0,428
Porcentagem gestante pré-natal em dia	87,91±8,82	87,43±8,51	0,643

Continua.

Tabela 6 – Média e desvio padrão dos indicadores de Saúde da Mulher relacionados às equipes de ESF pertencentes à UAPS reformada ou não, do município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015. (Conclusão)

	Unidade reformada		p-Valor
	Não (n=73)	Sim (n=111)	
Porcentagem gestantes vacinadas	90,35±8,48	89,35±8,67	0,365
Porcentagem gestantes acompanhadas VD	95,41±7,66	95,34±15,34	0,645

*p<0.05, Mann-Whitney. Dados expressos em forma de média ± desvio padrão.

Fonte: SIAB 2014/2015

A Tabela 6 revela que as médias dos indicadores de Saúde da Mulher, entre as equipes da ESF que pertencem à UAPS reformada ou não são estatisticamente semelhantes ($p < 0,05$).

Tabela 7 – Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF, pertencentes à UAPS reformada ou não, em relação aos indicadores de Saúde da Mulher, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	Unidade reformada		p-Valor
	Não (n=73)	Sim (n=111)	
Média pré-natal gestantes			
Menor que 7	8 11,1%	15 13,6%	0,616
Maior ou igual a 7	64 88,9%	95 86,4%	
Porcentagem pré-natal 1º trimestre			
Menor que 100%	72 100,0%	109 100,0%	1,000
100%	0 0,0%	0 0,0%	
Porcentagem gestante pré-natal em dia			
Menor que 100%	70 98,6%	109 99,1%	1,000
100%	1 1,4%	1 0,9%	
Porcentagem gestantes vacinadas			
Menor que 100%	68 97,1%	105 95,5%	0,707
100%	2 2,9%	5 4,5%	
Porcentagem gestantes acompanhadas VD			
Menor que 100%	60 85,7%	98 89,9%	0,477

Continua.

Tabela 7 – Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF, pertencentes à UAPS reformada ou não, em relação aos indicadores de Saúde da Mulher, de janeiro de 2014 a maio de 2015. (Conclusão)

	Unidade reformada		p-Valor
	Não (n=73)	Sim (n=111)	
100%	10	11	
	14,3%	10,1%	

*p<0,05, Teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Fonte: SIAB 2014/2015.

A Tabela 7 mostra que das 182 equipes da ESF avaliadas, 110 pertenciam à UAPS reformada e destas 95 (86, 4%) apresentaram gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal durante seu período gestacional. Nesse cruzamento de dados, não houve significância estatística em nenhum dos indicadores, pois todos apresentaram $p>0,05$.

A Tabela 7 mostra que, de 109 equipes da ESF avaliadas em relação ao acompanhamento de suas gestantes por meio de visitas pelo ACS, somente 11 (10,1%) das equipes possuíam todas as gestantes recebendo este tipo de acompanhamento. Não ocorreu significância estatística nesse cruzamento de informações, pois nenhum dos indicadores apresentou $p< 0,05$.

Tabela 8 – Média e desvio padrão dos indicadores de Saúde da Mulher relacionados às equipes de ESF pertencentes à UAPS com Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) implantado, no município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	Unidade com PEP		p-Valor
	Não (n=38)	Sim (n=146)	
Média pré-natal gestantes cadastradas	1,91±1,36	1,70±1,21	0,473
Porcentagem pré-natal 1º trimestre	76,84±15,81	77,67±14,42	0,939
Porcentagem gestante pré-natal em dia	87,25±8,94	87,72±8,56	0,744
Porcentagem gestantes vacinadas	89,41±9,19	89,83±8,45	0,873
Porcentagem gestantes acompanhadas VD	94,43±5,36	95,61±14,17	0,631

*p<0.05, Mann-Whitney. Dados expressos em forma de média ± desvio padrão.

Fonte: SIAB 2014/2015

A Tabela 8 mostra que não ocorreu significância estatística nesse cruzamento de informações, pois nenhum dos indicadores apresentou $p< 0,05$. Observa-se que dos indicadores apresentados na Tabela 8, os valores são

equivalentes entre as equipes da ESF que possuem PEP implantado na UAPS e as que não utilizam desta ferramenta.

Tabela 9 – Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF, pertencente à UAPS com Prontuário Eletrônico Implantado ou não, em relação aos indicadores de Saúde da Mulher, no município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	Unidade com PEP		p-Valor
	Não	Sim	
Média pré-natal gestantes			
Menor que 7	7 18,4%	16 11,1%	0,228
Maior ou igual a 7	31 81,6%	128 88,9%	
Porcentagem pré-natal 1º trimestre			
Menor que 100%	38 100,0%	143 100,0%	1,000
100%	0 0,0%	0 0,0%	
Porcentagem gestante pré-natal em dia			
Menor que 100%	37 97,4%	142 99,3%	0,311
100%	1 2,6%	1 0,7%	
Porcentagem gestantes vacinadas			
Menor que 100%	36 94,7%	137 96,5%	0,640
100%	2 5,3%	5 3,5%	
Porcentagem gestantes acompanhadas VD			
Menor que 100%	33 86,8%	125 88,7%	0,778
100%	5 13,2%	16 11,3%	

*p<0,05, Teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Fonte: SIAB 2014/2015

Conforme a Tabela 9, nesse cruzamento de dados, não houve significância estatística em nenhum dos indicadores, pois todos apresentaram $p > 0,05$. Em concordância com essa tabela, de 182 equipes da ESF avaliadas em relação à média mensal de consulta de pré-natal por gestantes cadastradas em Fortaleza, 144 estão localizadas em UAPS com o PEP implantado e destas 128 (88,9%) equipes da ESF possuíam gestantes com sete consultas de pré-natal ou mais durante seu período gravídico.

Tabela 10 – Média e desvio padrão dos indicadores de Saúde da Mulher relacionados às equipes da ESF pertencentes à UAPS com quantitativo de uma a mais que quatro equipes, no município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	Número equipe ESF na UAPS			p-Valor
	1 ou 2	3	4 ou mais	
Média pré-natal gestantes cadastradas	1,99±1,52	1,95±1,30	1,57±1,13*	0,045
Porcentagem pré-natal 1º trimestre	77,30±14,21	81,39±12,91*	75,42±15,37	0,047
Porcentagem gestante pré-natal em dia	88,00±9,57	88,94±7,56	86,82±8,92	0,255
Porcentagem gestantes vacinadas	91,52±8,34	90,74±7,44	88,81±9,15	0,171
Porcentagem gestantes acompanhadas VD	94,24±6,03	98,64±20,72	93,83±6,65	0,322

*p<0.05, Mann-Whitney. Dados expressos em forma de média ± desvio padrão.

Fonte: SIAB 2014/2015

De acordo com a Tabela 10, os indicadores revelam que a média de pré-natal por gestantes acompanhadas e a porcentagem de pré-natal realizado no primeiro trimestre foram os que tiveram significância estatística nesse cruzamento de dados, pois apresentaram p<0,05.

Verifica-se que a média mensal de pré-natal entre as gestantes cadastradas em Fortaleza é maior nas equipes da ESF que pertencem à UAPS com até duas equipes e que o percentual de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre é maior nas equipes que pertencem à UAPS com três equipes da ESF.

Tabela 11 – Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF em relação aos indicadores de Saúde da Mulher conforme a quantidade de equipes na composição da UAPS, no município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	Número equipe ESF na UAPS			p-Valor
	1 ou 2	3	4 ou mais	
Média pré-natal gestantes				
Menor que 7	4 17,4%	5 8,9%	14 13,6%	0,534
Maior ou igual a 7	19 82,6%	51 91,1%	89 86,4%	
Porcentagem pré-natal 1º trimestre				
Menor que 100%	23 100,0%	55 100,0%	103 100,0%	1,000
100%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	
Porcentagem gestante pré-natal em dia				
Menor que 100%	22 95,7%	56 100,0%	101 99,0%	0,240
100%	1 4,3%	0 0,0%	1 1,0%	
Porcentagem gestantes vacinadas				
Menor que 100%	19 82,6%	56* 100,0%	98 97,0%	0,001

Continua.

Tabela 11 – Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF em relação aos indicadores de Saúde da Mulher conforme a quantidade de equipes na composição da UAPS, no município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015. (Conclusão)

	Número equipe ESF na UAPS			p-Valor
	1 ou 2	3	4 ou mais	
100%	4 17,4%	0 0,0%	3 3,0%	
Porcentagem gestantes acompanhadas VD				
Menor que 100%	17 73,9%	46 85,2%	95 93,1%	0,025
100%	6 26,1%	8 14,8%	7 6,9%	

p<0,05, Teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Fonte: SIAB 2014/2015

Na Tabela 11, observou-se que os indicadores os quais apresentaram significância estatística foram os que informaram a porcentagem de gestantes com vacinas em dia e de gestantes acompanhadas em visita domiciliar.

Ainda se verificou que, das 180 equipes da ESF avaliadas em relação ao percentual de gestantes com vacina em dia, as equipes pertencentes às UAPS com até duas equipes foram as que apresentaram melhor resultado, uma vez que de 23 equipes que fazem parte de UAPS com essa característica, 17,4% das equipes apresentam todas as gestantes com vacinas em dia.

Quanto ao percentual de gestantes acompanhadas em visitas domiciliares pelos ACS, percebe-se na Tabela 11 que as UAPS com até três equipes apresentaram maior porcentagem de equipes com todas as suas gestantes sendo acompanhadas por meio de visitas domiciliares.

Tabela 12 – Média e desvio padrão dos indicadores de Saúde da Mulher relacionados às equipes da ESF pertencentes à UAPS com equipes de Saúde Bucal ou não, no município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	Característica equipe ESF		p-Valor
	Sem SB	Com SB	
Média pré-natal gestantes cadastradas	1,67±1,27	1,87±1,20	0,212
Porcentagem pré-natal 1º trimestre	76,79±15,32	78,77±13,46	0,338
Porcentagem gestante pré-natal em dia	87,77±7,97	87,35±9,73	0,835
Porcentagem gestantes vacinadas	89,68±7,92	89,86±9,74	0,408
Porcentagem gestantes acompanhadas VD	95,97±15,16	94,28±6,89	0,622

*p<0.05, Mann-Whitney. Dados expressos em forma de média ± desvio padrão.

Fonte: SIAB 2014/2015

A Tabela 12 mostra que a média mensal de pré-natal em gestantes cadastradas é maior em equipes da ESF com SB (1,87 ± 1,20) quando comparadas

às equipes sem SB (1,67±1,27). Nesse cruzamento de dados, não houve significância estatística em nenhum dos indicadores, pois todos apresentaram $p > 0,05$.

Tabela 13 – Frequência absoluta e percentual das equipes da ESF com Saúde Bucal ou sem Saúde bucal em relação aos indicadores de Saúde da Mulher, no município de Fortaleza, de janeiro de 2014 a maio de 2015.

	Característica equipe ESF		p-Valor
	Sem SB	Com SB	
Media pré-natal gestantes			
Menor que 7	19*	4	0,049
	16,2%	6,2%	
Maior ou igual a 7	98	61*	
	83,8%	93,8%	
Porcentagem pré-natal 1º trimestre			
Menor que 100%	116	65	1,000
	100,0%	100,0%	
100%	0	0	
	0,0%	0,0%	
Porcentagem gestante pré-natal em dia			
Menor que 100%	117	62	0,124
	100,0%	96,9%	
100%	0	2	
	0,0%	3,1%	
Porcentagem gestantes vacinadas			
Menor que 100%	114*	59	0,043
	98,3%	92,2%	
100%	2	5*	
	1,7%	7,8%	
Porcentagem gestantes acompanhadas VD			
Menor que 100%	105	53	0,091
	91,3%	82,8%	
100%	10	11	
	8,7%	17,2%	

* $p < 0,05$, Teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

Fonte: SIAB 2014/2015

Na Tabela 13, revela-se que das 182 equipes da ESF avaliadas em relação à média de consultas de pré-natal durante a gestação, 65 destas possuíam equipe de SB em sua composição e destas 61 (93,8%) apresentaram gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal durante a gravidez. Os indicadores que apresentam a média de pré-natal por gestante acompanhada e a porcentagem de gestantes com vacinas em dia foram melhores nas equipes de ESF com Saúde Bucal ($p < 0,05$).

6 DISCUSSÃO

Na pesquisa, buscou-se analisar a assistência prestada à área da saúde da mulher pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, por meio da descrição das características das Unidades de Atenção Primária à Saúde, dos indicadores de Saúde da Mulher e a comparação desses indicadores entre as equipes de ESF com diferentes características.

A maioria das equipes da ESF do município de Fortaleza pertence às UAPS reformadas (60,3%) e dispõem do PEP (79,3%). A ambiência adequada da UAPS agrada tanto aos profissionais quanto às usuárias que procuram o serviço de saúde. Esses dados corroboram com o Ministério da Saúde (2012a), quando afirma que, para garantir uma assistência pré-natal efetiva, é necessária uma adequada estrutura física para o atendimento da gestante e dos familiares, além de ser higienizada, ventilada e com privacidade para permitir um atendimento de qualidade durante as consultas e exames clínicos e/ou ginecológicos.

Quanto à ferramenta do PEP, esta propicia melhor condição de trabalho aos profissionais, uma vez que melhora a eficiência do atendimento, gera economia de recursos financeiros e permite o aperfeiçoamento do processo de tomada de decisões, segundo Tambelli e Nunes (2013), os quais afirmam ainda que existe satisfação por parte dos profissionais que trabalham com prontuário eletrônico, pois consideram que esta ferramenta contribui para sua prática diária. Os autores identificaram ainda como principal dificuldade a habilidade técnica dos profissionais no manuseio dos softwares.

Gonçalves *et al* (2013) concorda com os autores anteriores quando diz que o prontuário eletrônico permite um atendimento mais seguro e eficiente, além de possibilitar o resgate de registros anteriores, importante para visualizar os encaminhamentos já realizados ao usuário, para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Portanto, as anotações realizadas tornam desnecessárias ou minimizam os interrogatórios e exames complementares, diminuindo o custo da consulta e o tempo do usuário dentro do serviço de saúde. O autor enfatiza que o prontuário eletrônico facilita a integração da equipe de saúde, pois funciona como instrumento de intercomunicação, permitindo a coordenação do cuidado. E na área da pesquisa é campo fértil para diversos dados estatísticos de incidências e prevalências, de morbidade e mortalidade.

Dentre os dez passos citados pelo Ministério da Saúde (2012a), o segundo passo que diz que é preciso garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal é considerado pelo MS como essencial para realização do pré-natal de qualidade na Atenção Primária.

Foi evidenciado que a minoria das equipes da ESF possuía equipes de SB em sua composição (35,3%), dado que compromete a qualidade da assistência prestada à usuária que busca esse tipo de atendimento na UAPS, além de interferir diretamente no atendimento à mulher durante seu período grávido, em que o acompanhamento odontológico é preconizado durante o pré-natal. Casotti (2014) afirma que a unidade de saúde foi apontada na sua pesquisa como o recurso de referência procurado pelo usuário para o seu primeiro contato com o sistema de saúde quando apresenta alguma urgência relacionada à saúde bucal, em todas as regiões do país. Porém os entraves relacionados à infraestrutura e gestão são os responsáveis pela procura dos usuários por outros serviços. O autor ainda informa que durante os dez anos da Política Nacional de Saúde ocorreu ampliação do número de equipes de SB e dos serviços de média complexidade no país, no entanto os atributos de acesso e integralidade estão aquém do previsto como satisfatório, conforme o que foi apresentado no primeiro ciclo do PMAQ, entre as equipes participantes.

Moura et al. (2013) concorda com o autor citado anteriormente quando conclui em sua publicação que há uma negligência histórica de atendimentos odontológicos públicos e universal, assim como uma desarmonia entre o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde e a real necessidade para proporcionar uma maior cobertura populacional, o que acarreta uma imensa demanda reprimida relacionada às ações de assistência odontológica clínica individual, principalmente em relação aos procedimentos restauradores, periodontais e cirúrgicos (exodontia).

Neste estudo foi percebido que a maioria das equipes da ESF (69,6%) não participou do segundo ciclo do PMAQ que aconteceu em 2013. Alguns motivos para essa baixa adesão ao programa são descritos por Fausto e Fonseca (2013) em um compilado de relatos de experiência do trabalho de campo do PMAQ por nove estados do país, onde se observou, por parte dos profissionais: falta de clareza da proposta do programa e desconhecimento da metodologia do mesmo; medo do resultado, de retaliações e implicações da avaliação; comumente as equipes se mostraram surpresas, incomodadas e tensas durante a fase da avaliação externa do

programa. Por parte dos gestores municipais: oscilação entre os que estiveram fortemente dedicados ao PMAQ, incentivando todo o processo, com aproximação entre as ações no âmbito da gestão e dos serviços de saúde e os que não se apropriaram do programa, refletindo na ausência de organização e despreparo das equipes e das unidades de saúde diante do processo. Os autores também esclarecem que as diferentes maneiras de implementações do PMAQ, a nível municipal, podem ser devido aos distintos contextos políticos e institucionais, o que interferem diretamente na configuração e natureza do programa, podendo tanto dificultar quanto facilitar o seu processo de implantação.

No tocante aos indicadores de desempenho, este trabalho mostrou que 87,4% das equipes da ESF de Fortaleza apresentavam gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal. No trabalho de Viellas *et al.* (2014), feito a partir do estudo nacional *Nascer no Brasil* realizado de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, o qual afirma que no país 73,1% realizam no mínimo seis consultas de pré-natal.

Importante colocar em paralelo o resultado do indicador citado acima com os dados do relatório de Gestão de Fortaleza referente ao ano de 2014, em que mostra o indicador proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, na qual a meta pactuada foi de 60% e o resultado foi de 51,06%. Sendo que, para o ano de 2015, a meta pactuada foi ampliada para 70%, porém o resultado ainda não foi publicado (FORTALEZA, 2014c; SISFACTO, 2015). Importante salientar que o indicador considerado no plano de gestão aqui citado se restringe às gestações que resultaram num nascido vivo, porém foi ressaltado devido a importância.

Para o MS, de acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pela portaria nº 569/2000 em seu anexo A, dentre os princípios gerais e condições para o adequado acompanhamento pré-natal, um deles é que a gestante realize no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal, intercaladas entre médico e enfermeiro, e de preferência que uma aconteça no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. Além disso, ressalta que não existe alta de consulta pré-natal.

Brasil (2012a) ainda reafirma que as ações de saúde devem ser direcionadas para contemplar toda a população-alvo adscrita do território de abrangência da unidade de saúde, garantindo no mínimo seis consultas de pré-natal e continuidade no acompanhamento e na análise do impacto destas ações sobre a

saúde do binômio mãe-filho.

Anversa *et al.* (2012), reafirma que a qualidade do pré-natal é avaliada por meio do número de consultas e da idade gestacional de início do acompanhamento, porém informa em sua publicação que estudos indicam a necessidade de avaliação da qualidade da consulta e não somente a quantidade desta.

É bastante relevante a identificação precoce pelas equipes da ESF das gestantes na área de abrangência da unidade e a viabilidade do acesso à UAPS para o início imediato do acompanhamento pré-natal dessa gestante identificada, de forma que aconteça ainda no primeiro trimestre de gestação. Neste estudo foi identificado que nenhuma das equipes da ESF possuem todas as gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre, porém das equipes da ESF com registros de gestante com início do pré-natal no primeiro trimestre, estas correspondem a 77,23% do total 184 equipes da ESF. No estudo de Viellas *et al.* (2014), foi evidenciado que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal até a 16ª semana gestacional e 60,6% iniciaram o pré-natal conforme recomendação da Rede Cegonha, com até 12 semanas de gestação.

Essa constatação vai de encontro ao preconizado pelo Ministério da Saúde, em que diz que a assistência pré-natal efetiva contempla o início precoce do pré-natal, ainda no primeiro trimestre, o que permite intervenções adequadas e oportunas em todo o ciclo gravídico, tanto de forma preventiva quanto terapêutica, quando necessário.

Durante a assistência pré-natal, existe uma co-responsabilidade da gestante em seguir todas as orientações recebidas pelos profissionais que realizam seu acompanhamento, dentre as quais, a de comparecer a todas as consultas e manter o calendário de vacinas em dia. E aos profissionais, cabe a responsabilidade de realizar todos os procedimentos e as condutas previstas em protocolos e diretrizes clínicas de forma sistemática e contínua, e reavaliar a cada consulta de pré-natal. No presente estudo foi apresentado que uma minoria de equipes da ESF possuía todas as suas gestantes com pré-natal em dia (1,1%) e todas as suas gestantes com as vacinas em dia (3,9%). Esse dado vai de encontro ao que o Brasil (2012a) recomenda quando expressa que todas as gestantes devem realizar acompanhamento periódico e contínuo, em intervalos preestabelecidos durante toda a gestação, se possível seguindo o cronograma de consultas mensais até 28ª semana, consultas quinzenais de 28ª até a 36ª semanas e consultas semanais de

36^a até a 41^a semana. Afirma ainda que a necessidade de maior frequência de consultas no final da gestação vislumbra a avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal.

Outra variável que chama atenção é referente às gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares, em que apenas 11,7% das equipes da ESF possuem todas as suas gestantes recebendo esse tipo de acompanhamento, embora 95,15% das equipes da ESF possuam gestantes recebendo-o. Para o Brasil (2012a) as visitas domiciliares são atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, membro das equipes da ESF e principal elo entre comunidade e unidade de saúde. Durante as visitas domiciliares, esse profissional deve identificar gestantes na comunidade e encaminhá-las à UAPS para iniciarem o pré-natal, fazer o acompanhamento de gestantes que estão realizando o pré-natal em outro serviço de saúde, para manter a equipe informada sobre as mesmas, realizar busca ativa das gestantes faltosas e prestar orientações durante o período gestacional e puerperal tanto para as gestantes como para seus familiares, sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, aleitamento materno e cuidados de higiene e sanitários.

A pesquisa apresentou como limitação o sistema de informação utilizado para a coleta de dados. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), celeiro de banco de dados da coleta, apresentou ausência de informações por falta de registro, por vários meses, de algumas equipes da ESF da amostra, durante o período estudado. Porém, nessa pesquisa não foi aprofundado o estudo para identificação dos reais os motivos da inexistência de dados no SIAB.

O SIAB ainda se mostrou insuficiente para fornecer todos os dados necessários para o cálculo dos sete indicadores propostos neste trabalho. Dessa forma, dois desses indicadores não foram analisados devido à impossibilidade de seus cálculos.

Em relação às potencialidades, valoriza-se o tamanho da amostra que foi representativa para a pesquisa, bem como o cruzamento de dados, o que permitiu a comparação dos indicadores por características das UAPS.

7 CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que quanto à caracterização das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Fortaleza que a maioria está alocada em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) reformada, com boa estrutura física e ambiência adequada, bem como equipadas com a ferramenta de inovação tecnológica que é do Prontuário Eletrônico do Paciente, potencializando a utilização do tempo e a realização dos processos de trabalhos, a partir dos registros dos atendimentos por parte dos profissionais.

A maioria das UAPS de Fortaleza contém três ou mais equipes da ESF, exigindo uma gerência ainda mais eficiente e resolutiva, além de uma boa organização dos macro e micro-processos de trabalho, visando a atender de forma satisfatória toda a população adscrita da unidade de saúde

A minoria das equipes da ESF possui em sua composição equipes de saúde bucal, fato que compromete o atendimento multiprofissional e a assistência prestada inclusive às gestantes.

As equipes desse estudo também foram caracterizadas quanto à participação no segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e somente uma minoria das equipes da ESF de Fortaleza participou desse importante programa nacional de monitoramento e avaliação por meio dos indicadores relacionados à atenção primária.

Em relação aos indicadores relacionados à área da saúde da mulher e mais especificamente às gestantes, notou-se que eles ainda se mostram aquém do esperado para garantir um melhor acompanhamento e uma assistência pré-natal de qualidade no âmbito da Atenção Primária em Saúde de Fortaleza. É relevante mencionar a necessidade de maior empenho em relação ao aumento da cobertura de pré-natal iniciado no primeiro trimestre, da realização do pré-natal em dia, de gestantes com vacinação em dia, do acompanhamento pré-natal por meio de visita domiciliar e de equipes da Estratégia Saúde da Família com equipes de Saúde bucal para que sejam satisfatórias à qualidade e à efetividade dessa assistência.

Quando nos reportamos ao cruzamento das características das UAPS com os indicadores de saúde da mulher adotados identificamos significância estatística entre o número de equipes da ESF de uma UAPS e: a média de pré-natal por gestante cadastrada, a porcentagem de pré-natal realizado no primeiro trimestre,

a porcentagem de gestantes com vacinas em dia e a porcentagem de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares. Entre equipes da ESF com ou sem equipes de saúde bucal e: a média de pré-natal por gestante cadastrada e a porcentagem de gestantes com vacinas em dia.

Os resultados da pesquisa sinalizam uma ampliação do acesso ao serviço de saúde, bem como, um melhor acompanhamento de pré-natal. Entretanto foi detectada também a existência de falhas na assistência prestada, tais como início tardio, número inadequado de consultas e a realização incompleta dos procedimentos preconizados, o que impactam na qualidade e efetividade do atendimento. Portanto, a assistência pré-natal ainda apresenta inconformidades que precisam ser adequadas e superadas definitivamente, as quais podem estar relacionadas à cobertura da ESF no município de Fortaleza que se apresenta em torno de 50% atualmente (CEAPS, 2016), o que compromete o acesso aos cuidados de saúde por parte de algumas dessas mulheres e a busca ativa das mesmas, quando não são acompanhadas e, conseqüentemente, não possuem vínculo com o serviço.

Portanto, se faz necessária a melhor utilização dos dados obtidos a partir do trabalho das equipes da ESF, por meio do cálculo dos indicadores, para monitorizar e avaliar a assistência prestada às gestantes, visando à melhoria da cobertura e da qualidade do pré-natal.

Espera-se que os resultados obtidos neste estudo sejam de grande valia para subsidiar intervenções, de gestão e das equipes da ESF, dirigidas ao aprimoramento da qualidade da assistência pré-natal, bem como do aperfeiçoamento e da qualificação dos profissionais que estão diretamente ou indiretamente vinculados à assistência prestada à mulher durante o período gestacional.

Evidentemente, a discussão sobre os indicadores relacionados à saúde da mulher na Atenção Primária não se restringe a este trabalho, uma vez que é necessário aprofundar os estudos relacionados aos fatores determinantes, associados à qualidade da assistência prestada, principalmente durante o período gestacional, devido à complexidade do tema, além da identificação de muitas possibilidades de monitoramento e avaliação da qualidade dos atendimentos prestados à mulher no município de Fortaleza.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, B.; PEREIRA, M.; RAMOS, N. **Curso de auto-aprendizado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília, 2012. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php%3FfileId%3D149 >. Acesso em: 27 out. 2014.

ANVERSA, E. T. R. *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, n. 28, p. 789-800, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/18.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2015.

ARAÚJO, D. B.; RÊGO, E. M.; ARAÚJO, D. B. O cuidado à mulher no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **EF Deportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Ano 18, n. 188, jan 2014. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd188/o-cuidado-a-mulher-no-esf.htm>>. Acesso em: 17 set. 2015.

BAUMGUERTNER, K. G.; CRUZ, R. A. Os programas dirigidos à saúde da mulher na Estratégia Saúde da Família – ESF. **Revista UNINGÁ**, Maringá – PR, n.36, p. 167-180 abr./jun. 2013. Disponível em:<http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140131_105209.pdf>. Acesso em: 17 set. 2015.

BRASIL. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática I. Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 08 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, 1998. 98p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_siab2000.pdf>. Acesso em: 14 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p. il. em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf> Acesso em: 05 de out de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 162p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf> Acesso em: 07 de out de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 72p. – (Série A.

Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, n. 27, 2009. 167p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf> Acesso em: 11 jan. 15.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Portaria Nº 1.654/GM, 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília (DF), 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. – 1. ed., 2. reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b. 82p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 18 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Portaria Nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011c. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF), 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html>. Acesso em: 16 jan. 2015.

_____. 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, 2012a. 318p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 16 jan. 15.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110p.: il.- (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 03 dez.14.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica – DAB. Portal da Saúde. **PMAQ**. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em 03 dez. 14.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Mais sobre saúde da mulher**. Brasília, 05 set. 2013a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2.ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.124p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlo_canceres_colo_uterio_2013.pdf>. Acesso em: 18 set.2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal equipes parametrizadas) e NASF**. Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 38p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2014.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n. 9. p. 3925-3932, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011001000029&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 out. 2015.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 140-157, out 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0140.pdf>> Acesso em: 25 jul. 2016.

CAVALCANTI, P. C. S *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, out/ dez 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312013000400014> Acesso em: 21 jan. 15.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Informe Epidemiológico: Mortalidade Materna**. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde / Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Ceará, 13 mar. 2014, 33p. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>> Acesso em: 21 abr.15.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico: Mortalidade Materna, infantil e fetal**. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde / Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Ceará, 22 ago. 2016, 07p. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>> Acesso em: 24 ago.16.

CHAKKOUR *et al.* PSF: contradições e novos desafios. In: FRANCO, T.; MERHY, E. **Os Modelos Tecnoassistenciais e os Processos de Trabalho em Saúde**. Campinas: UNICAMP, 1999. 10 p. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>> Acesso em: 18 mar. 15.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Revista CONASEMS – Dossiê Atenção Básica**. mai/jun 2015. Disponível em: <http://www.grandecircular.com/projetos/conasems/revistas_tela/revista_conasems_edicao60_tela.pdf> Acesso em: 02 jul.16

COSTA, F. B., TRINDADE, M. A. N., PEREIRA, M. L. T; A Inserção do Biomédico no Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 11, n. 11, 27-33p. 2010. Disponível em: <<http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoque/files/11/artigos/04.pdf>> Acesso em: 03 mar.15.

COSTA JUNIOR, A. G.; COSTA, C. E. M.; Breve Relato Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, **História e-história**. Atualizada em 21 fev. 2014. Disponível em: <http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb_professores&id=170#_ftn1> Acesso em: 16 jan. 15.

COSTA, R.K.S. *et al.* Trabalho em Equipe de Saúde: Uma análise contextual. **Ciencia, Cuidado e Saúde**, Maringá, out/dez, v. 7, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/6670/3920>> Acesso em 16 dez.14.

DALPIAZ, A. K. e STEDILE, N. L. R. **Estratégia Saúde da Família**: reflexão sobre algumas de suas premissas. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luis, ago. 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/jornada_eixo_2011/impasses_e_desafios_das_politicas_da_seguridade_social/estrategia_saude_da_familia_reflexao_sobre_alguas_de_suas_premissas.pdf> Acesso em: 21 abr. 15.

DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (DAB), 2015a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>> Acesso em 14 set. 15.

_____. 2015b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=o_sistema> Acesso em 14 set. 15.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). SISPACTO 2015. **Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - 2015**. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/login.jsf;jsessionId=fZ15nEzN5sj0V5hg i2WTrFDr>> Acesso em: 09 ago 2016.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO – Seção 1, Nº 190 de 05 de outubro de 2015. Portaria 1.645 de 2 de outubro de 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/10/2015&jornal=1&pagina=669&totalArquivos=908>> Acesso em: 09 out. 2015.

DIAS, M. A. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional (Resenha). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, mai. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500022 Acesso em: 06 dez. 14.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. **Rotas da atenção básica no Brasil**: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro, Saberes Editora, 2013. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_432317170.pdf> Acesso em: 27 jul. 2016.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão do Município de Fortaleza**, 2009.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão do Município de Fortaleza**, 2010.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher e Gênero/Rede **Cegonha. Relatório final do comitê de mortalidade materna do município de Fortaleza – 2013**. Fortaleza, 2014a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão do Município de Fortaleza**, 2014b. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=23&codTpRel=01>> Acesso em: 28 jul. 2016.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Célula de Atenção Primária à Saúde. **Documento de atesto da existência de equipes de saúde da família e de saúde bucal no município de Fortaleza**. Fortaleza, abr. 2015a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Célula de Atenção Primária à Saúde - CEAPS**. Fortaleza, abr. 2015b.

GIL, C. R. R. Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 21, n. 2, mar/abr, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2005000200015&script=sci_arttext> Acesso em: 18 mar.15.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf> Acesso em 14 set.15.

GIOVANNI, M. D. **Rede Cegonha**: da concepção à implantação. Brasília, 2013. 99p. Monografia de especialização, Escola Nacional de Administração Pública – ENAP. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf?sequence=1>> Acesso em: 04 abr .15.

GONÇALVES, J. P. P. *et al.* Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100006> > Acesso em: 29 jul.16.

HERCULANO, M. M. S. *et al.* Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 2, p. 295-301, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40948/44461>> Acesso em 20 mar. 15.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/232PB>> Acesso em: 14 set. 15.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. (INCA) - **CÂNCER - Tipo - Colo do Útero**. 2013. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uter0>. Acesso em: 11 nov. 2015.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: **INCA**, 2014. 124p.: il. col., mapas. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>> Acesso em: 11 nov. 15.

_____. **Controle do Câncer do Colo do Útero**. 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uter0/fatores_risco>. Acesso em: 19 nov. 2015.

MAGALHÃES, P. L. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em construção**. 2011. 38f. Trabalho de conclusão de Curso de especialização, Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>> Acesso em: 13 nov. 2014.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.2, p. 327-338, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000200327&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 14 out. 2016.

MANTOVANI, C.; LUCINI, C.T. Conhecimento das mulheres da terceira idade de um município do Meio-Oeste de Santa Catarina sobre o exame papanicolaou. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 3, n. 2, p. 111-122, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/1178/pdf>>. Acesso em: 18 out. 2015.

MARTINS, E.F. **Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2010 [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c1617ab88911.pdf> Acesso em 12 out 2015.

MASSUQUINI, F. et al. Busca ativa de mulheres num ESF de Cruz Alta para a realização do exame citopatológico. **XVI Seminário de Ensino Pesquisa e Extensão**. Universidade no Desenvolvimento Regional. 2011. Disponível em: <<http://www.unicruz.edu.br/seminario/artigos/saude/busca%20ativa%20de%20mulher%20num%20esf%20de%20cruz%20alta%20para%20a%20realiza%20c3%87%20c%83o%20do%20exame%20citopatol%20c3%93gico.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2015.

MENEZES, F. L. **O trabalho dos enfermeiros com mulheres na estratégia saúde da família**. 2013. 88f. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao_Francislene%20Menezes.pdf>. Acesso em: 18 set. 2015.

MOURA, M. S. et al. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 471-480, fev 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500018>> Acesso em: 31 jul. 2016.

NETO, A. V. O. **O Modelo Tecnoassistencial em Saúde na Cidade do Recife no período de 2001-2008**: em busca de seus marcos teóricos. 2009. 61p. [Monografia de residência], Universidade Pernambuco. Recife, 2009. Disponível em: <http://www.academia.edu/7581514/O_Modelo_Tecnoassistencial_em_Sa%C3%BAde_na_Cidade_do_Recife_no_per%C3%ADodo_de_2001_2008_em_busca_de_seus_marcos_te%C3%B3ricos> Acesso em 18 mar. 2015.

OLIVEIRA, FERNANDO LADEIRA DE. PMAQ=Acesso e qualidade! Atenção básica ajusta foco em sua missão. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, v. 11, n. 29, p.31-37, mai./ago 2011. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3239.pdf>> Acesso em: 18 out. 14.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 6, n. 2, supl., 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624/1083>>. Acesso em 03 dez.14.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

POLIT, D. F; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 2011. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=2AKpDAAAQBAJ&pg=PA329&lpg=PA329&dq=PESQUISA+QUANTITATIVA+COM+AN%C3%81LISE+SECUND%C3%81RIA+DE+DADOS&source=bl&ots=9xMTNKxaH5&sig=01xj0ZB5I0VK0URv3fvcg6AQ&hl=ptBR&sa=X&ved=0ahUKEwja7YKdmZ_PAhVGxpAKHbxgAkeEQ6AEIMDAC#v=onepage&q=PESQUISA%20QUANTITATIVA%20COM%20AN%C3%81LISE%20SECUND%C3%81RIA%20DE%20DADOS&f=false> Acesso em: 14 out. 2016.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. p.277 Disponível em: <<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>> Acesso em: 29 mar. 15.

ROCHA, A. de F. de. **Mortalidade neonatal**: assistência pré-natal em municípios do Nordeste do Brasil. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. 126 p. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php%3Fid%3D3760>> Acesso em: 16 mar. 15.

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C.; Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**. v. 13, n. 6, nov/dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em:03 dez. 14.

SANTOS, I.S.; SANTOS, S.A.; OLIVEIRA, R.C. Os avanços do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil. **Webartigos**. 11 jul. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/os-avancos-do-programa-de-saude-da-familia-psf-no-brasil/21277/>> Acesso em: 02 dez. 14.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em Serviços Públicos: os desvios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr-jun. 2012. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/392/460>> Acesso em: 14 mai. 15.

SILVA, J.L.P., CECATTI, J.G., SERRUYA, S.J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27 p. 103-105, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005000300001&script=sci_arttext> Acesso em: 12 out. 2015.

SILVA, E.P. *et al.* Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 13, n. 1, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000100004>> Acesso em: 26 jul. 2016

SISPACTO. **Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores**. DATASUS – Departamento de Informática dos SUS. Fortaleza, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/Elis%C3%A2ngela/Desktop/SISPACTO%202015%20relatorio_indicadores.pdf. Acesso em: 25 out 2015.

SOUSA, R. C; BATISTA, F. E. B. **Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. VII Congresso Norte Nordeste de pesquisa e Inovação - Ciência, tecnologia e inovação: ações sustentáveis para o desenvolvimento regional. Palmas, 2012. Disponível em: <<http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>> Acesso em: 25 out. 2014.

TAMBELLI, R. A.; NUNES, P. A. L. **Anais do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**. Pôster. O Papel do Prontuário Eletrônico na Atenção Primária à Saúde. Belém, mai. 2013. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1239>> Acesso em: 29 jul.2016.

VALENÇA, C. M.; GERMANO, R. M. O que é o SUS (Resenha). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26 n. 6. p. 1261-1265, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/19.pdf>> Acesso em: 17 mai. 2015.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência Pré-Natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30. supl, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>> Acesso em: 09 de ago. 2016.

ANEXO A – ATESTO DE OUTUBRO DE 2015



Consolidado dos Atestos, mês de OUTUBRO / 2015

SR I

N°	UAPS	N° Eq UAPS	N° Méd ESF	N° Enf ESF	N° Aux Enf	N° ACS ESF	N° Eq ESF	N° Eq EACS	N° Eq INATIVAS	N° Dent ESF	N° ASB ESF	N° Eq SB	Carências					
													M	E	AE	D	ASB	ACS
1	4 Varas	3	3	3	3	12	3	0	0	2	2	2	0	0	0	1	1	0
2	Carlos Ribeiro	8	6	7	7	62	6	1	1	4	4	4	2	1	1	4	4	7
3	Casemiro Filho	6	6	6	6	34	6	0	0	3	3	3	0	0	0	3	3	7
4	Fernando Façanha	5	4	5	4	28	4	1	0	1	1	1	1	0	1	4	4	16
5	Floresta	7	5	7	5	55	5	2	0	3	3	3	2	0	2	4	4	14
6	Fco. da Silva	4	4	4	4	19	4	0	0	3	2	2	0	0	0	1	2	3
7	Guimar Arruda	5	5	5	5	29	5	0	0	4	4	4	0	0	0	1	1	4
8	João Medeiros	6	5	6	6	50	5	1	0	4	2	2	1	0	0	2	4	10
9	Lineu Jucá	7	6	7	6	35	6	1	0	3	3	3	1	0	1	4	4	4
10	Paulo de Melo	6	5	6	5	40	5	1	0	1	1	1	1	0	1	5	5	6
11	Rebouças Macambira	4	4	4	4	25	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	2
12	Virgílio Távora	6	5	6	6	46	5	1	0	4	4	4	1	0	0	2	2	2
	TOTAL SER I	67	58	66	61	435	58	8	1	32	29	29	9	1	6	35	38	75



Consolidado dos Atestos, mês de OUTUBRO/2015

SR II

N°	UAPS	N° Eq UAPS	N° Méd ESF	N° Enf ESF	N° Aux Enf	N° ACS ESF	N° Eq ESF	N° Eq EACS	N° Eq INATIVAS	N° Dent	N° ASB	N° Eq SB	Carências					
													M	E	AE	D	ASB	ACS
1	Aida Santos	5	5	5	3	40	3	2	0	5	3	3	0	0	2	0	2	2
2	Benedito Artur	4	4	4	2	10	2	2	0	4	3	3	0	0	2	0	1	5
3	Célio Brasil Girão	4	4	4	3	25	3	1	0	4	3	3	0	0	1	0	1	3
4	Flávio Marcílio	4	4	4	3	24	3	1	0	4	3	3	0	0	1	0	1	3
5	Frei Tito	4	4	4	2	13	2	2	0	4	0	0	0	0	2	0	4	10
6	Irmã Hercília	8	6	8	5	31	5	3	0	6	3	3	2	0	3	2	5	9
7	Miriam Porto Mota	3	3	3	2	8	2	1	0	3	2	2	0	0	1	0	1	0
8	Odorico de Moraes	3	3	3	2	22	2	1	0	3	0	0	0	0	1	0	3	1
9	Paulo Marcelo	3	3	3	3	17	3	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	4
#	Pio XII	3	3	3	1	12	1	2	0	2	2	2	0	0	2	1	1	0
#	Rigoberto Romero	5	5	5	2	19	2	3	0	5	2	2	0	0	3	0	3	9
	TOTAL SER II	46	44	46	28	221	28	18	0	43	24	24	2	0	18	3	22	46



Consolidado dos Atestos, mês de OUTUBRO/2015.

SR III

Nº	UAPS	Nº Eq UAPS	Nº Méd ESF	Nº Enf ESF	Nº Aux Enf	Nº ACS ESF	Nº Eq ESF	Nº Eq EACS	Nº Eq INATIVAS	Nº Dent ESF	Nº ASB ESF	Nº Eq SB	Carências					
													M	E	AE	D	ASB	ACS
1	Anastácio Magalhães	4	4	4	2	21	2	2	0	3	4	3	0	0	2	1	0	13
2	César Cals Filho	7	6	7	5	36	5	2	0	5	4	4	1	0	2	2	3	5
3	Clodoaldo Pinto	4	4	4	2	20	2	2	0	1	1	1	0	0	2	3	3	0
4	Eliézer Studart	4	4	4	4	34	4	0	0	3	3	3	0	0	0	1	1	2
5	Fernandes Távora	4	4	4	3	21	3	1	0	2	2	2	0	0	1	2	2	7
6	George Benevides	4	4	4	1	28	1	3	0	4	3	3	0	0	3	0	1	5
7	Hermínia Leitão	5	4	5	5	35	4	1	0	3	2	2	1	0	0	2	3	9
8	Humberto Bezerra	4	4	4	4	26	4	0	0	2	2	2	0	0	0	2	2	0
9	Ivana de Sousa Paes	5	4	5	4	23	4	1	0	3	3	3	1	0	1	2	2	8
10	João XXIII	5	5	5	2	34	2	3	0	4	4	4	0	0	3	1	1	5
11	Meton de Alencar	6	6	6	6	27	6	0	0	2	3	2	0	0	0	4	3	2
12	Pereira de Almeida	5	5	5	3	36	3	2	0	3	2	2	0	0	2	2	3	5
13	Recamonde Capelo	4	3	4	4	22	3	1	0	3	3	3	1	0	0	1	1	0
14	Santa Liduína	3	3	3	3	14	3	0	0	3	1	1	0	0	0	0	2	0
15	Sobreira de Amorim	5	4	5	4	28	4	1	0	3	3	3	1	0	1	2	2	4
16	Waldemar Alcântara	3	3	3	3	15	3	0	0	2	2	2	0	0	0	1	1	3
	TOTAL SER III	72	67	72	55	420	53	19	0	46	42	40	5	0	17	26	30	68



Consolidado dos Atestos, mês de OUTUBRO/2015.

SR IV

Nº	UAPS	Nº Eq UAPS	Nº Méd ESF	Nº Enf ESF	Nº Aux Enf	Nº ACS ESF	Nº Eq ESF	Nº Eq EACS	Nº Eq INATIVAS	Nº Dent	Nº ASB	Nº Eq SB	Carências					
													M	E	AE	D	ASB	ACS
1	Abel Pinto	3	3	3	3	7	3	0	0	2	3	2	0	0	0	1	0	5
2	Filgueiras Lima	3	3	3	3	17	3	0	0	2	1	1	0	0	0	1	2	2
3	Gutemberg Braun	3	3	3	3	16	3	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	7
4	Luis Albuquerque	4	4	4	4	29	4	0	0	4	4	4	0	0	0	0	0	1
5	Luis Costa	2	2	2	2	14	2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	1
6	Ocelo Pinheiro	3	3	3	3	16	3	0	0	3	3	3	0	0	1	0	0	7
7	Oliveira Pombo	4	4	4	4	20	4	0	0	4	1	1	0	0	0	0	3	0
8	Parangaba	3	3	3	3	19	3	0	0	1	1	1	0	0	0	2	2	12
9	Aluisio Lorscheider	6	6	6	6	20	6	0	0	5	5	5	0	0	0	1	1	6
10	Roberto Bruno	3	3	3	3	15	3	0	0	3	2	2	0	0	0	0	1	0
11	Turbay Barreira	3	4	3	3	10	3	0	0	3	2	2	-1	0	1	0	1	1
12	Valdevino Carvalho	4	4	4	3	15	3	1	0	1	1	1	0	0	1	3	3	5
13	Gothardo Peixoto Figueredo	3	3	3	3	16	3	0	0	2	2	2	0	0	0	1	1	4
	TOTAL SER IV	44	45	44	43	214	43	1	0	35	30	29	-1	0	3	9	14	51



Consolidado Geral das Equipes CNES - OUTUBRO/2015

SER	UAPS	Nº EQUIPES	Nº Méd ESF	Nº Enf ESF	Nº Aux Enf	Nº ACS ESF	Nº Eq ESF	Nº Eq EACS	Nº Eq INAT	Nº Dent ESF	Nº ASB ESF	Nº Eq SB	Carências					
													M	E	AE	D	ASB	ACS
I	12	67	58	66	61	435	58	8	1	32	29	29	9	1	6	35	38	75
II	11	46	44	46	28	221	28	18	0	43	24	24	2	0	18	3	22	46
III	16	72	67	72	55	420	53	19	0	46	42	40	5	0	17	26	30	68
IV	13	44	45	44	43	214	43	1	0	35	30	29	-1	0	1	9	14	51
V	20	89	87	89	75	542	75	14	0	51	48	47	2	0	14	38	41	153
VI	21	110	101	110	91	521	87	22	1	81	49	49	9	0	19	29	61	183
TOTAL	93	428	402	427	353	2353	344	82	2	288	222	218	26	1	75	140	206	576

ANEXO B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

INDICADORES DO PMAQ PARA AS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA			
ÁREA ESTRATÉGICA	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES	MARCADORES
SAÚDE DA MULHER	DESEMPENHO	Proporção de gestantes cadastradas pela equipe da ESF	Número de gestantes cadastradas pela equipe da ESF em determinado local e período
			Número de gestantes estimadas na área da equipe da ESF no mesmo período (nascidos vivos do ano anterior + 10%)
		Média de atendimentos de pré-natal por gestantes cadastradas	Número de atendimentos de pré-natal, em determinado local e período
			Número gestantes cadastradas pela equipe da ESF no mesmo local e período
		Proporção de gestantes que iniciaram pré-natal no 1º trimestre	Número de gestantes acompanhadas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, em determinado local e período
			Número gestantes cadastradas pela equipe da ESF no mesmo local e período
		Proporção de gestante com pré-natal em dia	Número de gestantes que fez consulta de pré-natal no mês, em determinado local e período
			Número de gestantes cadastradas pela equipe da ESF no mesmo local e período
		Proporção de gestante com vacina em dia	Número de gestantes com vacinas em dia, em determinado local e período
			Número de gestantes cadastradas pela equipe da ESF no mesmo local e período
		Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais	Número de exames de prevenção do câncer cervico-uterino na faixa etária de 15 anos ou mais, em determinado local e período
			População feminina cadastrada nesta faixa etária, em determinado local e período
	MONITORAMENTO	Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares	Número de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares, em determinado local e período
			Número de gestantes cadastradas pela equipe da ESF no mesmo local e período

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do Processo: P741500/2015


Título do Projeto de Pesquisa: EFICÁCIA DOS ATENDIMENTOS À SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA.

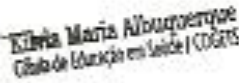
Pesquisadoras Responsáveis: EMANUELLA CARNEIRO MELO E ANDREA GOMES LINARD.

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA.

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 28 de dezembro de 2015.


Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde


Kátia Maria Albuquerque
Chefe de Educação em Saúde / COGTES

ANEXO D – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, ANDRE LUIS BENEVIDES BOMFIM, Gerente da Célula de atenção Primária à Saúde, fiel depositário dos prontuários e da base de dados da instituição Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza situada em Fortaleza-Ceará, declaro que a pesquisadora, ANDREA GOMES LINARD, está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: EFICACIA DOS ATENDIMENTOS A SAUDE DA MULHER NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA DE FORTALEZA, cujo objetivo geral é analisar os indicadores da área da saúde da mulher produzidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-Ce. Adicionalmente, esse projeto consiste em analisar os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que são acompanhados pela Célula da Atenção Primária à Saúde (CEAPS) nos quesitos de documentos durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2016.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, 20 de novembro de 2015.


 (CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

<p>André Luis Benevides Bomfim Gerente Célula de Atenção Primária à Saúde SMS/fortaleza</p>	<p>André Luis Benevides Bomfim Gerente Célula de Atenção Primária à Saúde SMS/fortaleza</p>
---	---

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Eficácia dos atendimentos à Saúde da Mulher na Estratégia Saúde da Família de Fortaleza.

Pesquisador: Andrea Gomes Linard

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54587616.9.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.521.568

Apresentação do Projeto:

O projeto aborda a temática da eficácia do atendimento à saúde da mulher na estratégia saúde da família em Fortaleza.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Analisar os indicadores da área da saúde da mulher produzidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza.

Objetivos específicos

- Descrever o perfil das Unidades de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza

- Comparar os indicadores das equipes da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza entre as seis Secretarias Regionais (SR);

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Telefone: (85)3332-1381

Município: REDENÇÃO

CEP: 62.790-000

E-mail: refes@pesquisa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 1.521.500

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa são mínimos, levando em consideração o eventual constrangimento por parte dos profissionais de alguma das equipes da ESF, por terem seus dados analisados e divulgados em uma pesquisa científica.

Benefícios:

A partir desse trabalho serão conhecidos dados que traduzem a situação atual do município de Fortaleza relacionada ao atendimento à área de saúde da mulher pelas equipes da ESF. Os dados desse estudo possibilitarão intervenções na área da Saúde da mulher, além de servir como uma auto-avaliação para as equipes da ESF, a fim de que possam buscar corrigir possíveis falhas e conquistar melhores condições de trabalho junto à gestão para obtenção de resultados mais favoráveis que irão beneficiar diretamente a população atendida. Em relação à parte acadêmica, esse estudo traçará um perfil do atendimento atual às mulheres em uma capital brasileira, possibilitando a comparação com estudos anteriores, bem como fornecendo elementos para refletir a respeito da formação continuada dos profissionais. A dissertação será subsídio para fomentar intervenções nas situações consideradas limites dentro da realidade encontrada, contando com esforços de todos os níveis dentro da secretaria de saúde do município de Fortaleza.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa utilizará dados secundários e apresenta o termo de fidei depositário. Está com todos os aspectos éticos bem descritos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios para realização de pesquisa com seres humanos.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Município: REDENCAO

CEP: 62.790-000

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: nefeliaspessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 1.521.568

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_683656.pdf	25/03/2016 00:48:27		Acelto
Outros	PLANILHAINDICADORESMARCADORES.xls	25/03/2016 00:47:03	Andrea Gomes Linard	Acelto
Outros	LATTESManuelaCameloMelo.doc	25/03/2016 00:24:33	Andrea Gomes Linard	Acelto
Outros	LATTESAndreaGomesLinard.doc	25/03/2016 00:24:02	Andrea Gomes Linard	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA.doc	24/03/2016 23:30:14	Andrea Gomes Linard	Acelto
Outros	DECLARACAODEAUSENCIADEONUSFINANCEIRO.doc	24/03/2016 23:21:58	Andrea Gomes Linard	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOFIELDEPOSITARIOOFICIAL.doc	24/03/2016 23:19:01	Andrea Gomes Linard	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSADOTCLE.doc	24/03/2016 23:16:34	Andrea Gomes Linard	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.doc	24/03/2016 23:16:09	Andrea Gomes Linard	Acelto
Declaração de Pesquisadores	CARTEENCAMINHAMENTOAOCEP.doc	24/03/2016 23:15:25	Andrea Gomes Linard	Acelto
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODECONCORDANCIA.doc	24/03/2016 23:14:32	Andrea Gomes Linard	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTEANUENCIA.jpg	24/03/2016 23:12:39	Andrea Gomes Linard	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	24/03/2016 23:09:57	Andrea Gomes Linard	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	24/03/2016 23:08:44	Andrea Gomes Linard	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida de Abolição, 3
 Bairro: Centro Redenção CEP: 62.790-000
 UF: CE Município: REDENCAO
 Telefone: (85)3332-1381 E-mail: refei@pessoas@unitab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 1.521.568

REDENCAO, 29 de Abril de 2016

Assinado por:
Rafaela Pessoa Moreira
(Coordenador)

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Município: REDENCAO

CEP: 62.790-000

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaelapessoa@unilab.edu.br