

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SOCIOECONÔMICO
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO

SAMYLLE BARBOSA VERAS FERRO

AS POLÍTICAS MATERNO INFANTIS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA/CE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA
DE ENFERMEIRAS(OS)

CRICIÚMA/SC
2024

SAMYLLE BARBOSA VERAS FERRO

**AS POLÍTICAS MATERNO INFANTIS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA/CE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA
DE ENFERMEIRAS(OS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em desenvolvimento socioeconômico.

Orientador: Prof. Dr. Ismael Gonçalves Alves
Coorientadora: Profa. Dra. Giovana Ilka Jacinto
Salvaro

**CRICIÚMA/SC
2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

F395p Ferro, Samylle Barbosa Veras.

As políticas materno infantis em unidades básicas de saúde do município de Itapipoca/CE : uma análise a partir da perspectiva de enfermeiras(os) / Samylle Barbosa Veras Ferro. - 2024.

112 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico, Criciúma, 2024.

Orientação: Ismael Gonçalves Alves.

Coorientação: Giovana Ilka Salvaro.

1. Políticas públicas de Saúde - Itapipoca (CE).
2. Saúde materno-infantil - Brasil. 3. Saúde materno-infantil - Itapipoca (CE). 4. Serviços de saúde materno-infantil - Itapipoca (CE). 5. Assistência à maternidade e à infância. 6. Enfermagem. - I. Título.

CDD 23. ed. 362.1982

Bibliotecária Elisângela Just Steiner - CRB 14/1576
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

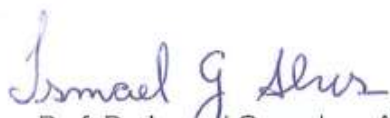
Samylle Barbosa Veras Ferro

AS POLÍTICAS MATERNO INFANTIS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DOMUNICÍPIO DE ITAPIPOCA/CE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS(OS)

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Desenvolvimento Socioeconômico no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 16 de maio de 2024.

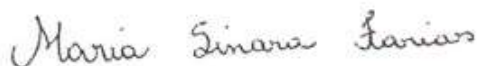
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Ismael Gonçalves Alves
(Presidente e Orientador – UNESC)



Prof. Dra. Giovana Ika Jacinto Salvaro
(Coorientadora - UNESC)



Prof. Dra. Maria Sinara Farias
(Membra – UNINTA)



Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira
(Membro – UNESC)



Samylle Barbosa Veras Ferro
(Discente)



Prof. Dr. Dimas de Oliveira Estevam
Coordenador do PPGDS – UNESC

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso, aprendemos sempre”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus por me permitir chegar até aqui e viver esse processo de tanto aprendizado. Me sinto imensamente feliz. Agradeço ao meu esposo Filipe Ferro, parceiro de caminhada por todo apoio, incentivo e por me inspirar a ser melhor a cada dia. Agradeço aos meus pais Franklin e Adriana por torcerem tanto por mim, a nossa família foi a minha primeira escola da vida, obrigada por todos os ensinamentos. As minhas irmãs, Sâmella Veras e Larissa Veras por me amarem, estarem sempre disponíveis para me acolher nos dias bons e ruins. A minha avó amara pelas orações diárias pela minha vida, eu tenho certeza de que elas fazem a diferença nos meus dias. Agradeço a toda minha família Barbosa Veras, a toda família Rodrigues representada na pessoa da minha tia Eliza Rodrigues por me inspirar e ser um exemplo de mulher e profissional. E na pessoa do meu chanceler Dr. Oscar Spíndola Rodrigues por me dar a oportunidade há 06 anos, mesmo tão jovem de realizar o meu sonho de criança de ser docente e acreditar no meu trabalho. Sempre serei imensamente grata. A toda família Leão representada pela Dona Valdelina, Seu Josias e a família Ferro representada pela Dona Dorothy Ferro e Seu Olavo Ferro, por todo amor. Aos meus Sogros, Hortência Ferro, Ivano Ferro, cunhada Ana Gabriela Ferro por torcerem por mim e acreditarem que eu sou capaz de realizar todos os meus sonhos. A minha irmã do coração Kellen, que é um presente na minha vida juntamente com sua família. As minhas irmãs do coração Ingrid, Hendiara, e Sabrina, Betinho e Sarinha, obrigada por tornar a minha vida mais feliz. Essa conquista não é somente minha, é de todos que alegam a minha vida e dão sentido a ela. Sou muito grata por ter cada um de vocês.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação ao meu filho, Bernardo Ferro, o meu menino tão sonhado. De todos os títulos que eu possa conquistar na vida. O mais importante você já me deu: O de ser sua mãe. Te amo!

RESUMO

INTRODUÇÃO: Políticas públicas são estratégias, planos que o governo, (seja ele nacional, estadual ou municipal), desenvolvem-se com a finalidade de garantir as condições mínimas para a melhoria das relações socioeconômicas. Esta dissertação visa: identificar as principais políticas públicas materno-infantis organizadas no Brasil a partir do século XX; compreender o processo de articulação das políticas materno-infantis na cidade de Itapipoca e analisar, a partir das narrativas de enfermeiras e enfermeiros, os possíveis efeitos das políticas materno-infantis entre a população feminina da cidade de Itapipoca. **METODOLOGIA:** do tipo grupo focal e de abordagem qualitativa. Composta por 10 enfermeiros atuantes na atenção primária no município de Itapipoca – CE. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Os enfermeiros entrevistados se preocupam com a educação continuada e buscam métodos de aprofundamento no conhecimento técnico científico para prestar uma assistência de qualidade assegurando o cuidado integral dos seus clientes. Como também, utilizam o conhecimento como ferramenta para diagnosticar precocemente doenças aumentando a chance de sobrevivência dos pacientes e qualidade de vida da população assistida por eles. **CONCLUSÃO:** o trabalho do enfermeiro é fundamental não só na área hospitalar, na atenção primária, também, pois através dele é possível não só a implementação dos protocolos e diretrizes preconizados na política de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM) e política de atenção integral à saúde da criança (PAISC) mas a continuidade desses cuidados, monitoramento das ações e serviços de saúde, alimentação dos indicadores do território pelo quais são responsáveis buscando levar uma melhor qualidade de vida à população.

Palavras Chaves: política de saúde, saúde materno-infantil, enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Public policies are strategies, plans that the government (whether national, state or municipal) develop with the purpose of guaranteeing the minimum conditions for improving socioeconomic relations. This dissertation aims to: identify the main maternal and child public policies organized in Brazil from the 20th century onwards; understand the process of articulating maternal and child policies in the city of Itapipoca and analyze, based on the narratives of nurses, the possible effects of maternal and child policies among the female population of the city of Itapipoca. **METHODOLOGY:** focus group type and qualitative approach. Composed of 10 nurses working in primary care in the city of Itapipoca – CE. **RESULTS AND DISCUSSIONS:** The nurses interviewed are concerned with continuing education and seek methods of deepening technical and scientific knowledge to provide quality assistance, ensuring comprehensive care for their clients. They also use knowledge as a tool to diagnose diseases early, increasing the chance of patient survival and quality of life for the population they care for. **CONCLUSION:** the nurse's work is fundamental not only in the hospital area, in primary care as well, as through it it is possible not only to implement the protocols and guidelines recommended in the policy of comprehensive care for women's health (PNAISM) and care policy comprehensive child health (PAISC) but the continuity of this care, monitoring of health actions and services, feeding of the indicators of the territory for which they are responsible, seeking to bring a better quality of life to the population

Keywords: health policy, maternal and child health, nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Fluxograma.....	26
FIGURA 2: Linhas de cuidados e ações da ATSCAM.....	40
FIGURA 3: Cronologia de ações e políticas públicas materno-infantis brasileiras.....	46
FIGURA 4: Mapa da cidade de Itapipoca, CE.....	54
FIGURA 5: Mapa destacado do Litoral Oeste do Estado do Ceará	55
FIGURA 6: Unidades, leitos e profissionais de saúde por mil habitantes, segundo os municípios da Região – 2011/2016	56
FIGURA 7: Número de empresas industriais.....	57
FIGURA 8: Salário médio mensal dos trabalhadores formais	58
FIGURA 9: Empresas indústrias – Região Metropolitana de Fortaleza e municípios selecionados no Ceará – 2010/2015	59
FIGURA 10: Produto Interno Bruto, segundo os municípios da Região – 2011/2015.....	60
FIGURA 11: Receita estadual arrecada, segundo os municípios da Região – 2011/2016.....	60
FIGURA 12: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	63
FIGURA 13: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	64
FIGURA 14: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	65

FIGURA 15: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	66
FIGURA 16: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	67
FIGURA 17: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	67
FIGURA 18: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	68
FIGURA 19: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	68
FIGURA 20: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	68
FIGURA 21: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	69
FIGURA 22: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	69
FIGURA 23: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	69
FIGURA 24: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	70
FIGURA 25: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	70
FIGURA 26: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM.....	71
FIGURA 27: Calendário Nacional de Imunização 2024.....	76

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Caracterização dos estudos primários incluídos na amostra, quanto aos elementos bibliográficos.....	27
QUADRO 2: Principais resultados.....	28
QUADRO 3: Cadastro Nacional do estabelecimento de saúde (CNES) Itapipoca – CE	79
QUADRO 4: Caracterização dos Enfermeiros	81
QUADRO 5: Caracterização dos Enfermeiros	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas

OMS Organização Mundial da saúde

PMC Prefeitura Municipal de Criciúma

PAISM Programa de atenção integral a saúde da Mulher

PNAISM Política Nacional de atenção integral a saúde da Mulher

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	AS POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO INFANTIS NO BRASIL: AS TRAJETÓRIAS DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE.....	24
2.1	A MATERNIDADE E A INFÂNCIA COMO QUESTÃO POLÍTICA.....	24
2.2	O LUGAR DA MATERNIDADE E DA INFÂNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	33
2.2.1	1930 – 1940	35
2.2.2	1950-1990.....	36
2.2.3	1990– 2010	41
2.2.4	2011-2015.....	53
3	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA CIDADE DE ITAPIPOCA: MATERNIDADE E INFÂNCIA EM FOCO	55
3.1	ITAPIPOCA: APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	55
3.2	POLÍTICAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE CUIDADOS COM A SAÚDE MATERNO INFANTIL.....	62
3.2.1	Pré-Natal	73
3.2.2	Puericultura	74
3.2.3	Imunização	75
4	A ORGANIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNO -INFANTIS PARA AS MULHERES	80
4.1	APRESENTAÇÃO DO CAMPO E DOS SUJEITOS DA PESQUISA	80
4.2	DESAFIOS DAS POLÍTICAS MATERNO-INFANTIS NA CIDADE DE ITAPIPOCA.....	88
5	CONCLUSÃO.....	95
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE(S)	102
	ANEXO(S).....	104

1 INTRODUÇÃO

A gestão pública acontece a partir da organização de órgãos colegiados, ou seja, os membros têm poderes igualitários de decisão, que são escolhidos pelo governo para a gestão de questões que irão impactar na sociedade, devendo ter como principal objetivo: o melhor para a coletividade (Almeida; Martins, 2017).

O Brasil perpassou por diferentes modelos de gestão, conhecidos na literatura como: patrimonialista, burocrático e gerencial, as características de cada modelo também são marcadas pelo contexto em que o país vivia, no período histórico. O primeiro sendo marcado pela influência dos Europeus, era do feudalismo e mercantilismo; os monarcas centralizavam todo o poder em suas mãos, cargos, remunerações, contratos eram dados por laços pessoais. O modelo burocrático chegou com o objetivo de acabar com o patrimonialismo e de um pensamento organizacional, hierarquia dos cargos e se fundamentando em normas, procedimentos sendo importante para a base do poder político ser consolidado posteriormente (Aragão, 1997).

O modelo de gestão gerencial já foi marcado pelo avanço financeiro, capitalismo, tendo como foco o mercado, como também, a valorização da participação da sociedade nas políticas públicas. Entretanto, nos últimos anos, existiram discussões com o objetivo de criar uma nova versão para este modelo, baseado em evidências, entre outras questões, a principal seria incluir a ciência como meio de transformação da realidade social (Kopittike, 2019; White, 2019; Pinheiro, 2020). Posteriormente na história, o capitalismo ganhou força e o Estado começou a administrar os Estados a partir das necessidades da população e em resposta a essas problemáticas, criou-se aquilo que intitulamos de políticas públicas

Políticas públicas são estratégias, planos que o governo, (seja ele nacional, estadual ou municipal), desenvolvem-se com a finalidade de garantir as condições mínimas para a melhoria das relações socioeconômicas. Os políticos, conjuntamente com a sociedade civil, selecionam suas prioridades de governo, de acordo com os problemas que assolam a população, e então, colocam na agenda política isto significa dizer que socialmente escolhemos elementos que causam grande impacto na sociedade, como por exemplo, aumento da mortalidade em um determinado grupo social, saneamento básico para uma determinada região, ou outras questões que necessitam de uma resolução imediata. Essas demandas ou necessidades são identificadas pela população e levadas a representantes eleitos pelo povo (presidente da república, deputados, senadores, governadores, prefeitos), pois acredita-se que

esses líderes irão atender as demandas e conseqüentemente trazer uma melhor qualidade de vida para a população (Lopes et al., 2008).

Diversidade é um dos pontos importantes das nossas sociedades, não só em relação a idade, religião, renda, profissão, mas também, como ideias, valores e interesses. O governo não consegue atender a todas as demandas e de todos os grupos devido aos recursos que são limitados fazendo com que os serviços públicos sejam disputados pelos diferentes grupos sociais. Autores mostram que essa competição entre grupos pode ser vista como algo bom, pois essas disputas promovem melhorias e mudanças na sociedade, desde que ocorram dentro da lei (Lopes et al., 2008).

No Brasil, as mulheres foram incluídas nas políticas nacionais de saúde no século XX; porém, se tinha uma visão limitada sobre a mulher, buscava-se resolver apenas as questões voltadas ao período gravídico-puerperal sendo um reflexo da visão que a sociedade possuía da mulher, seu papel de mãe, educadora e doméstica (Brasil, 2011).

Foi no governo Vargas que a política de saúde voltada a população brasileira feminina passou por um processo de rearticulação, após muitos movimentos realizados pelas mulheres para garantir seus direitos, busca pela igualdade; O decreto 21.076 de 24 de fevereiro de 1932, assegurou as mulheres, o direito de votar e a exercerem cargos executivo e legislativo. Ainda com muitas restrições, por exemplo, permitiam usufruir deste decreto, apenas mulheres casadas com autorização dos maridos e solteiras se tivessem renda própria. Em 1934, as restrições ao voto feminino foram eliminadas do código eleitoral. Em 1946, foi estendida as mulheres, a obrigatoriedade dos votos (Baranov, 2014).

No século XIX, muitas mudanças ocorrem devido a industrialização e ao modelo econômico. As mulheres ganharam espaço no mercado de trabalho, mas o cenário era de muita exploração, exaustivas cargas horárias, condições precárias e insalubres para a realização do trabalho (Probst, 2015).

O modelo patriarcal dimensionava com precisão os espaços onde a mulher podia atuar, cuidados com a casa, com a educação dos filhos e em alguns casos atuar como professora (Safiotti, 1987). O movimento feminista alavancou diversas conquistas para as mulheres, no entanto, ainda no século XXI, persistem espaços profissionais onde a presença das mulheres é restrita ou inexistente, pois ainda persiste a ideologia da mulher como responsável pelos cuidados com a casa, filhos, e obediente ao marido, mas, agora responsável por uma tripla jornada, já que está incorporada ao mercado de trabalho. Dentre as conquistas do movimento feminista, destaca-se a igualdade jurídica, promulgada a partir da Constituição Federal de 1988, contudo, a almejada igualdade ainda é uma meta a ser alcançada.

Como consequências das mudanças, o modelo familiar tradicional vem passando por um processo de reestruturação, motivado por diversos fatores e, dentre esses, podemos destacar a inserção das mulheres no mundo do trabalho, o controle sobre o seu corpo e sobre a maternidade, a reconfiguração dos papéis sociais e o impacto que essas mudanças vêm ocasionando na sociedade (Beltrame; Donelli. 2012).

A reestruturação do padrão familiar e a redefinição dos papéis sociais ocasionam mudanças nas concepções de maternidade, visto que o planejamento familiar e o avanço dos métodos anticoncepcionais contribuíram para que a mulher pudesse decidir o momento de tornar-se mãe, consolidando a maternidade não mais como imposição da natureza e sim como escolha (Scavone, 2001).

A ampliação do conceito de saúde é um ponto chave para as melhorias na vida das mulheres e a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que aconteceu no Egito, em 1994, contou com a presença de 179 países, sendo um marco histórico e teve uma grande importância nesse processo, pois discutiu-se sobre o conceito de saúde reprodutiva de uma forma mais ampliada, que seria então “Um estado completo de bem estar, não só relacionada ao físico mas abrangendo os aspectos mentais e sociais que envolvem o sistema reprodutivo” e que para que as mulheres tenham uma vida sexual segura precisam ter liberdade de decisão sobre o momento ideal para reproduzir e quantas vezes desejam (CIPD,1994)

O processo de adoecer e morrer nas populações estão relacionadas a desigualdades sociais, econômicas e culturais, pois quanto mais expostas a condições precárias de vida mais vulneráveis se tornam. Segundo o relatório sobre a situação da população mundial (2002), o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao dos homens. As desigualdades entre homens e mulheres são historicamente relevantes e impactam mais fortemente a vida destas últimas.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Atenção Integral a Saúde das Mulheres (PAISM), já trazendo uma ruptura conceitual com a importância dos outros aspectos voltados para a saúde da mulher, principalmente o planejamento familiar, ações de prevenção de saúde como consultas ginecológicas, prevenção dos cânceres que mais acometem as mulheres (CA de mama e colo do útero), entre outros. Porém, existiu muita dificuldade na implementação desse programa, demandas técnicas, administrativas e dos profissionais na ponta muitas vezes não compreendiam o seu papel nesse processo (Brasil, 2011).

Em 2004, teve-se a necessidade da implementação de uma Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres (PNAISM), ainda mais ampliada se comparada com a 1984, com o foco na humanização e qualidade da assistência, envolvendo a saúde da mulher em todos os ciclos de vida, pois os desafios das mulheres se iniciam ainda quando meninas em seu primeiro o ciclo menstrual, gravidez na adolescência, contracepção, e quando adulta, sobretudo no ciclo gravídico – puerperal, mulher no climatério, menopausa - no enfrentamento a infecções sexualmente transmissíveis, e com mulheres indígenas, em privação de liberdade, mulheres bissexuais, transexuais, mulheres portadoras de deficiências, entre outras (Brasil, 2011). Porém, no tempo presente, ainda vemos municípios que não executam todas as ações preconizadas pela PNAISM e isso faz com que muitas mulheres não sejam assistidas, vulnerabilizando- as ainda mais.

Diante do exposto, surge a pergunta norteadora do estudo: Como enfermeiras e enfermeiros percebem os efeitos das políticas públicas materno-infantis nas Unidades Básicas de Saúde do município de Itapipoca/CE?

O interesse pela temática se deu pela pesquisadora ser enfermeira obstetra, especialista em saúde da mulher, e identificar falhas na assistência da atenção primária como educação em saúde, consultas de pré-natal e em muitos contextos da assistência a mulher. O estudo é importante para fomentar reflexões na comunidade acadêmica sobre a atual assistência prestada as mulheres pelos enfermeiros da atenção primária e permitir que, através dos resultados, profissionais da saúde realizem uma autorreflexão sobre suas práticas de assistência a saúde e realizem melhorias das mesmas almejando um nível de qualidade cada vez maior.

Diante desta questão, elencamos como objetivo geral analisar como enfermeiras e enfermeiros percebem os efeitos das políticas públicas materno-infantis nas Unidades Básicas de Saúde do município de Itapipoca/Ceará Já como objetivos específicos, buscamos organizar: a) identificar a principais políticas públicas materno-infantis organizadas no Brasil a partir do século XX; b) compreender o processo de articulação das políticas materno-infantis na cidade de Itapipoca/Ceará.

Metodologicamente, esta investigação foi um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador coletar os dados através de depoimentos do grupo participante da pesquisa, tendo assim um cenário favorável, permitindo uma interação maior no momento da coleta (Minayo, 2014). a técnica de coleta grupo focal é baseada na interação e comunicação, o principal objetivo é coletar informações sobre um determinado assunto, que possa lhe proporcionar a compreensão e percepções acerca do assunto estudado seja ele relacionado a atitudes, serviços, produtos, entre outros. O assunto foi sugerido pelo pesquisador aos participantes do grupo com características em comum ligadas a temática principal em estudo. Deve ser um grupo homogêneo, porém, há necessidade de que seja um grupo que vivencie a temática estudada.

Morgan (1997) define a pesquisa com grupo focal como uma técnica utilizada dentro da abordagem qualitativa que pode ser implementada através de entrevistas grupais e conseqüentemente a coleta das informações ocorre por meio das interações grupais.

Para Carlini-cotrim (1996) esta técnica é de recente utilização na área da saúde, onde são registradas apenas em publicações na década de 80. No entanto, é uma técnica que vem em ascensão desde a década de 90, utilizada por pesquisadores como estratégia metodológica na pesquisa qualitativa, Já que este tipo de abordagem é caracterizado por buscar respostas subjetivas do que os indivíduos pensam sobre determinada temática.

Um ponto muito importante no processo da pesquisa que envolve a técnica grupo focal é a escolha dos componentes do grupo, pois é necessário que tenham a capacidade de contribuir com os objetivos da pesquisa em questão. Pois cada individuo é único e é composto por critérios variáveis como sexo, idade, cultura, situação civil. Estes devem ter um traço comum importante para o estudo em desenvolvimento. No caso, o do presente estudo foi composto por enfermeiros atuantes da atenção primária do município de Itapipoca -CE.

A decisão de participar de uma pesquisa com técnica de coleta grupo focal deve ser realizada com um convite individual, o dialogo esclarecendo dúvidas e o passo a passo do projeto e procedimento e posteriormente a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que visa assegurar e documentar todos os cuidados e processos realizados pela pesquisa de acordo com a bioética.

Quanto ao número de participantes, para ser considerado uma boa amostra precisa ser composta de 8 a 10 participantes. O moderador (a pessoa que aplica o questionário, deve ter alguns cuidados como por exemplo: não deve opinar a respeito do conteúdo, como também, concordar ou discordar de ideias, como também, na hora da transcrição não colocar palavras

na boca dos participantes. O moderador deve ser visto apenas como um facilitador do debate em questão. Como também, deve realizar escuta ativa e entusiasmo para conduzir o grupo e intermediar de forma pacífica e respeitosa percepções diferentes sobre o assunto, vindo dos participantes (Debus,1997)

Atualmente, o município conta com 25 Unidades básicas de saúde. As UBS contam com o apoio do NASF (Nutricionista, Psicólogo, Assistente social), consultório odontológico, promoção e prevenção a saúde, consultório médico, consultório de enfermagem, serviço de arquivo médico e estatística, sanitários, sala de administração, sala de vacina, copa e almoxarifado.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada para o SUS e têm por objetivo atender os problemas da população sem que haja necessidade de encaminhamentos para outros serviços, para evitar que haja a superlotação de unidades de prontos atendimentos e em hospitais de forma desnecessária, quando um curativo, verificação de sinais vitais, orientações de educação em saúde devem ser ofertados nas UBS para um apoio/atenção integral/continua a população atendida (Brasil, 2022).

O início do estudo ocorreu em Março de 2022 e se estendeu após a qualificação do projeto mediante aprovação do comitê de ética e pesquisa (Número do parecer: 6.206.088), foi realizado contato com a secretaria de saúde, onde após uma reunião foi identificado que o melhor momento para a realização da coleta de dados seria após o encontro de formação dos enfermeiros do município que acontece uma vez por mês conforme cronograma, para educação permanente. Foi enviado o convite para todos os enfermeiros. A coleta dos dados foi realizada no dia 20 de setembro de 2023, no auditório do polo da universidade aberta do Brasil (UAB), através da técnica grupo focal, reunião com duração de duas horas e gravação para melhor transcrição dos dados. Para que a transcrição ocorresse de uma forma mais precisa foi realizado a identificação dos participantes quanto a profissão, enfermeiro 01, 02, e assim sucessivamente, conforme estavam posicionados na hora da coleta, foi realizado todo levantamento dos dados de identificação dos participantes que foi colocado no termo de consentimento livre e esclarecido e em seguida as falas foram sendo escritas de forma fidedigna.

A pesquisa foi respaldada nos princípios éticos estabelecidos pela Resolução n 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas que envolvam seres humanos, as quais asseguram os fundamentos éticos e científicos, assim como garantir respeito aos princípios da bioética.

O primeiro princípio é a autonomia onde se refere à capacidade de uma pessoa em decidir, segundo seus valores, sobre aquilo que ela julga ser o melhor para si, ou seja, dizer, que ele tem o direito de aceitar ou não participar da pesquisa. O segundo princípio é a beneficência significa fazer o bem para o com o outro, objetivo moral para garantir que danos sejam evitados, enquanto a não maleficência, o pesquisador tem o dever de não causar mal e/ou danos ao participante da pesquisa. E por último o princípio da justiça se refere à igualdade de tratamento, oferecendo a cada pessoa o que lhe é devido, segundo suas necessidades. (SAAD ERD, et al., 2009).

O projeto foi encaminhado primeiramente para a apreciação da Instituição e após emissão da Carta de Anuência foi submetido na Plataforma Brasil, para apreciação ética do Comitê de Ética e Pesquisa da UNESC. Após aprovação dialogamos com a coordenação geral da Atenção Primária e Secretaria de Saúde do município, foi apresentando o calendário de educação permanente que seria o momento em que todos os(as) enfermeiros(as) estariam reunidos e assim foi realizada a coleta da pesquisa sem atrapalhar a dinâmica dos atendimentos e assistência dos enfermeiros e UBS.

A população do estudo foi composta por enfermeiros(as) atuantes nos serviços de saúde de unidades básicas de Itapipoca e que aceitaram contribuir com a pesquisa, mediante aceite e assinatura do termo de consentimento. Os critérios de inclusão foram: Enfermeiros(as) de atenção primária (UBS) atuantes no município Itapipoca. E os critérios de exclusão foram: Enfermeiros(as) que estavam de atestado no dia ou licença médica. As informações para esta pesquisa foram coletadas mediante um roteiro semiestruturado aplicado através da técnica grupo focal. composto por oito perguntas, sendo de cunho subjetivo.

Este procedimento de coleta de dados é empregado na tentativa de obter o maior número de informações sobre a implementação das políticas, devido a isso fica notório que o pesquisador necessita de tempo para realizar tal entrevista e que requer de cuidados especiais voltados ao ambiente pelo qual realizará. Esse instrumento semiestruturado visa então oferecer ao pesquisador maior liberdade para com o grupo entrevistado, esclarecimento de dúvidas em relação a perguntas anteriormente formuladas; essas perguntas são abertas e não objetivas com o intuito de proporcionar maior liberdade de resposta, podendo assim contribuir para a análise de uma forma mais segura após a compreensão do contexto dos entrevistados (Guerra, 2014).

As fases em que a pesquisa ocorreu, contém as seguintes fases de acordo com a análise de conteúdo de Bardin:

1ª Fase de pré-análise: iniciou com um aprofundamento na literatura, com uma seleção de materiais. Nesse momento procura estabelecer uma conexão com o conteúdo a ser trabalhado na análise, que serviu de norte no decorrer da elaboração.

2ª Fase de exploração do material: correspondeu ao momento em que os dados analisados foram trabalhados, no qual foram esclarecidas dúvidas levantadas no decorrer do texto, como uma palavra, uma frase, um tema, definindo regras de contagem agregando aos dados.

3ª Fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação: consistiu em desvendar o conteúdo subjacente ao que estar sendo manifestado, ou seja, através das informações coletadas com participantes da entrevista, os dados foram utilizados para o aprofundamento no assunto, possibilitando assim compreender e responder a pergunta norteadora do estudo (Bardin, 2011).

A seguir os resultados e discussões foram divididos em três capítulos: O primeiro capítulo referente as políticas públicas materno infantis no Brasil: As trajetórias da assistência a saúde, abordando sobre a politização da maternidade e infância, abordando também sobre o lugar da maternidade e da infância nas políticas públicas de saúde no brasil, através do contexto histórico da saúde da mulher e saúde da criança. O segundo capítulo aborda sobre as políticas de saúde na cidade de Itapipoca, com a maternidade e infância em foco: apresentação do município, e os principais programas realizados no município dentro do contexto da linha materno infantil que é o pré natal, puericultura e o programa de imunização. E o ultimo capitulo é sobre a organização do município de Itapipoca/CE para a implementação das políticas de saúde materno-infantis para as mulheres trazendo a apresentação do campo e dos participantes da pesquisa como também, os desafios das políticas materno na cidade de Itapipoca.

2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO INFANTIS NO BRASIL: AS TRAJETÓRIAS DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE

2.1 A MATERNIDADE E A INFÂNCIA COMO QUESTÃO POLÍTICA

Segundo Schmitter (1965), a política se caracteriza como a resolução de conflitos, ou a junção de procedimentos formais e informais, que juntos fortalecem as relações de poder, com o intuito de promover a resolução pacífica de conflitos no âmbito público. Nesse ínterim, de forma mais clara, a política é “a ciência da governança de um Estado ou Nação e uma arte de negociação para compatibilizar interesses”.

Já a politização é um ato, este, segundo o Oxford languages, consiste em “fazer alguém ou a si mesmo capaz de compreender a importância do pensamento e da ação política; dar ou adquirir consciência dos deveres e direitos do cidadão”. Nesse ínterim, o debate da politização da maternidade e da infância torna-se relevante, frente a possibilidade de conquista do reconhecimento social dos direitos e da criação de políticas públicas que possam subsidiar assistência em todos os âmbitos para esse público.

A maternidade e a infância são temas que sempre estiveram presentes na sociedade, mas que, ao longo do tempo, foram sendo politizados. A maternidade é vista como um ato político, pois está relacionada a questões sociais, culturais e econômicas. A politização da maternidade e da infância está presente em diversos discursos e enunciados que visam produzir um modo instituinte de ser mãe apoiado em um conjunto de pedagogias culturais.

A maternidade é um tema que está presente em diversas áreas, como na saúde, na educação e no direito. As políticas públicas de saúde, por exemplo, fragmentam o corpo feminino em útero e peito, o que pode afetar a forma como as mulheres vivenciam a maternidade. No direito, a criminalização do aborto é uma forma de politização da maternidade, pois coloca a mulher em uma posição de submissão e controle.

A maternidade também está relacionada à questão de gênero. A maternidade é vista como uma tarefa exclusiva das mulheres, o que pode reforçar estereótipos de gênero e limitar a participação das mulheres em outras esferas da vida social. A maternidade pode ser considerada uma forma de controle social sobre as mulheres, pois coloca sobre elas a responsabilidade de cuidar dos filhos e da família.

A politização da maternidade e da infância também está presente na forma como a sociedade vê as mulheres que decidem não ter filhos. Essas mulheres são vistas como egoístas e incompletas, o que pode gerar pressão social para que elas tenham filhos. A maternidade é vista como uma obrigação social, o que pode limitar a liberdade das mulheres de escolherem o que fazer com seus corpos e suas vidas.

Segundo Dagmar Meyer (2005) a politização da maternidade, “não é inovadora, mas atualiza, exacerba, complexifica e multiplica investimentos educativo-assistenciais que têm como foco mulheres mães”. Assim, é uma ação que acontece através do estabelecimento de redes de poder-saber, no qual influenciam no desenvolvimento e execução de práticas de intervenção, a saber: políticas, programas, instrumentos diagnósticos, linhas educativas etc. No âmbito das redes de poder-saber, observa-se a menção de diferentes discursos, sendo eles: médico, moral, psicológico, religioso, pedagógico e jurídico. Como também sofrem influência de diferentes processos sociais, econômicos e políticos (Pantoja, 2003).

A maternidade e a infância como questões políticas é um tema bastante discutido na atualidade, especialmente em meio a debates sobre questões relacionadas a gênero, sexualidade e direitos humanos. A maternidade e os cuidados com a infância são aspectos da vida que, historicamente, foram vistos como naturalmente femininos e despolitizados, relegados a um espaço privado e doméstico.

No entanto, as mulheres têm lutado por uma maior visibilidade e valorização do trabalho de cuidado e criação dos filhos, bem como por políticas públicas que assegurem condições adequadas de trabalho, saúde e educação para as crianças.

A politização da maternidade e da infância envolve, assim, uma luta por reconhecimento e direitos, bem como pela superação de estereótipos de gênero e de papéis sociais fixos. É importante lembrar que a maternidade não é uma escolha universalmente desejada ou possível, e que a paternidade e outras formas de parentalidade também precisam ser consideradas na luta por igualdade de gênero e de direitos para crianças.

Além disso, a politização da infância também envolve uma luta contra a violência infantil, a exploração do trabalho infantil, a negligência e a falta de acesso a serviços básicos de saúde e educação. Nesse sentido, a política pública é fundamental para garantir que as crianças tenham acesso a serviços de qualidade e que os direitos das crianças sejam protegidos e respeitados.

No entanto, a politização da maternidade e da infância também pode gerar tensões e conflitos em torno de questões polêmicas, como a legalização do aborto, a educação sexual nas escolas e a defesa dos direitos das pessoas LGBTQIAP+. Muitas vezes, os debates em

torno dessas questões são marcados por posicionamentos conservadores e fundamentalistas, que tentam impor uma visão de mundo baseada em dogmas religiosos ou morais.

As questões políticas que envolvem a maternidade e da infância também podem estar relacionadas a debates sobre a proteção da família, especialmente em contextos de crise econômica, social e política.

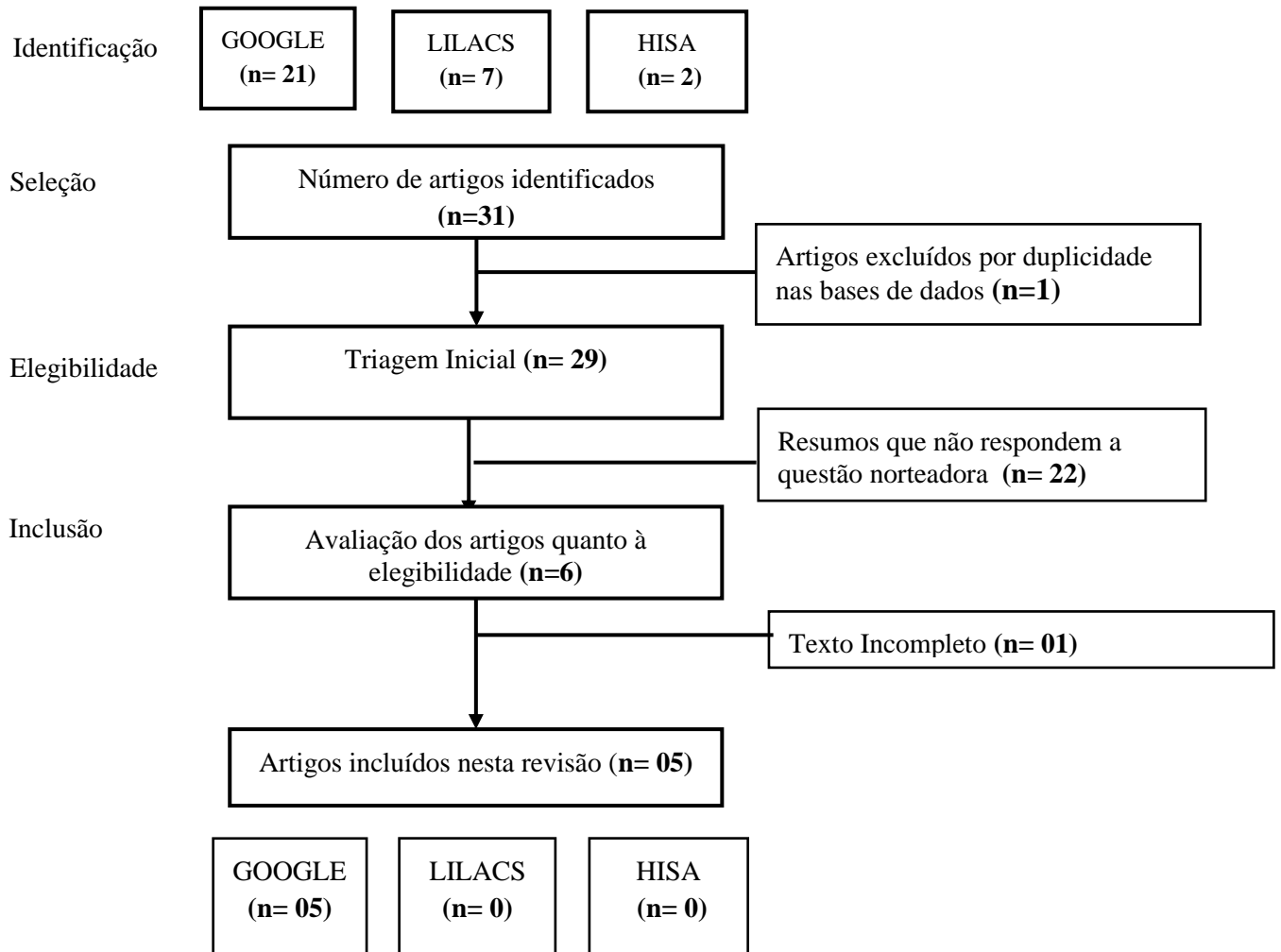
Em alguns casos, a família é vista como uma instituição que precisa ser preservada e fortalecida, enquanto em outros casos a ênfase é dada à importância da diversidade de arranjos familiares e à necessidade de proteção dos direitos de todas as pessoas envolvidas.

Independentemente das posições ideológicas ou políticas envolvidas, é importante lembrar que a maternidade e a infância são questões que afetam a vida de milhões de pessoas em todo o mundo, e que merecem ser discutidas com seriedade e respeito.

A mulher apresenta-se como um indivíduo assíduo dentro da politização da maternidade, já a criança é posicionada como aquela não dotada da palavra. Assim, enquanto a politização da maternidade busca criar práticas que possam assistir a mulher-mãe com interesse em sua perspectiva, no campo da politização da infância seja nos aspectos da saúde, da educação e da cidadania, estas são direcionadas por adultos, uma vez que esses, perante a lei, representam a voz das crianças e jovens (Castro, 2007). A vista disso, observa-se no âmbito da esfera pública a realização de debates e discussões a inserção das crianças e jovens no campo político, a fim de ressignificar o papel destes na sociedade (Castro, 2007). Portanto, o presente trabalho buscou, como suporte, sistematizar por meio literatura, os argumentos acerca da politização da maternidade e da infância.

Identificou-se 31 artigos nas bases de dados e Google Acadêmico. Após a exclusão de duplicatas, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, leitura de títulos e resumos, foram selecionados seis artigos para a leitura na íntegra, desses, um não possuía texto completo, sendo assim, cinco artigos foram incluídos na amostra final desta revisão. O percurso da busca e seleção das pesquisas podem ser observadas no fluxograma a seguir

Figura 1 – Fluxograma do percurso de seleção dos estudos incluídos na revisão de acordo com *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA). Fortaleza, CE, Brasil, 2022.

Figura 1: Fluxograma

Fonte: Autora 2022, adaptado do Fluxograma PRISMA 2020.

As informações referentes aos elementos bibliográficos dos artigos que compõem a narrativa, foram compiladas no Quadro 02, abaixo.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos primários incluídos na amostra, quanto aos elementos bibliográficos. ITAPIOCA, CE, Brasil, 2022

Código	Autores	Ano	País	Título	Objetivo
A1	De Castro, L. R.; Grisolia, F. S.	2016	Brasil	Subjetivação pública ou socialização política? sobre as articulações entre o “político” e a infância.	Discutir a emergência do político nas relações intergeracionais como espaços situados nas disputas geracionais decorrentes do crescente mal-estar contido nas relações de transmissão educacional.
A2	Olarieta, B.F.; et al.	2020	Brasil	Infância, politizações e estesias: as vivências das crianças e os lugares que ocupam no mundo atual.	Trazer de forma sensível para o debate o entrelaçamento da temática da infância com a política
A3	Moreira, L. E.; Nardi, H. C.	2009	Brasil	Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s).	Analisar os enunciados relativos à maternidade que configuram o que chamamos de “norma” da maternidade.
A4	Schwengber, M. S. V.; Klein, C.	2019	Brasil	O conceito de politização da maternidade como legado de pesquisa.	Analisar os argumentos engendrados por Meyer (2003; 2005; 2006; 2009) sobre o conceito de politização da maternidade.
A5	Meyer, D. E. E.	2005	Brasil	A politização da maternidade: construindo um argumento.	Problematizar as dimensões de gênero em programas de Educação e de Saúde.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os cinco artigos (100%) incluídos foram publicados em português e no Brasil. No que concerne ao ano, um (20%) foi publicado no ano de 2005, um (20%) em 2009, um (20%) em 2016, um (20%) em 2019 e um (20%) em 2020.

A respeito da politização da infância, encontrou-se dois artigos (40%) nos quais debatem sobre a inserção da criança no cenário político. No que diz respeito à politização da maternidade, encontrou-se três artigos (60%) que discutem sobre a politização da maternidade e a influência que pode exercer sobre os direitos da mulher-mãe. A síntese dos resultados dos artigos que compuseram a amostra final, pode ser contemplada no quadro 03, abaixo.

Quadro 2 - Principais resultados. ITAPIPOCA, CE, Brasil, 2022

Código	Principais Resultados
A1	Os resultados indicaram que o objetivo da politização da infância é preparar crianças e jovens para o ulterior exercício de direitos políticos. A participação é determinada por processos formais estabelecidos na democracia representativa. Os conflitos entre crianças e adultos e suas recriminações têm sido elaborados no contexto de uma lógica relacional não recíproca baseada no suposto saber, poder e autoridade dos adultos.
A2	O mundo ocidental, e mais especificamente o Hemisfério Norte, situa a infância teórica e socialmente em termos de escassez, dependência e imaturidade. Esse fato relegou as crianças ao espaço privado e às funções de autonomia, independência e maturidade, de modo que tenham maior probabilidade, senão mais crianças, de estarem no espaço público – o preeminente para o exercício da política de adultos. Porém, é um ato de ingenuidade pensar que as crianças estão situadas fora das fronteiras da política. Uma vez que o simples fato delas existirem e agirem no mundo impõe perguntas e tensões para todos/as aqueles/as que habitam o mundo.
A3	A pesquisa mostrou que o movimento político moderno da maternidade está preocupado com a multiplicação de direitos legais. Nesse sentido, as declarações que definem os direitos humanos são entendidas tanto como um conjunto de arranjos fundamentais da sociedade quanto como o pano de fundo histórico de relações de poder específicas com constante tensão entre a política estatal e os movimentos sociais que questionam o conceito de direitos universais. Nesse cenário, leis começam a florescer, abrangendo aspectos como: direitos sexuais e reprodutivos, direitos das mulheres, crianças e jovens, até mesmo direitos fetais em alguns países. Nesse sentido, quando esses direitos são contestados, constitui uma batalha de forças em busca de legitimidade.
A4	De acordo com o artigo, a noção de politização da maternidade surgiu como um poderoso legado cultural e político, fruto da resistência, perturbação e questionamento de algumas formas vigentes de medicalização, educação, controle, beleza e promoção da saúde.
A5	Para a autora, a politização da maternidade é expressa e disseminada por meio de políticas de Estado, pelos manuais, revistas, jornais, televisão, cinema e

	<p>publicidade. E o modelo da mãe cuidadosa - aquela que cuida do filho e se cuida, se democratizou ao mesmo tempo. O discurso que cria e sustenta essa politização também apresenta de forma clara e poderosa as questões sociais contemporâneas (especialmente educação e saúde) como formas de sentir e vivenciar a maternidade. E essa atividade pode permitir a discussão desses problemas do contexto social de forma mais ampla e dos processos pelos quais eles são criados, para vincular sua solução a determinados tipos de relação mãe-filho e à prática de apresentar uma determinada forma de maternidade.</p>
--	--

Fonte: Dados da pesquisa.

A presente narrativa reuniu artigos que trazem um aparato literário sobre a politização da maternidade, seu significado e a influência que esta exerce sobre a criação e manutenção de direitos da mulher-mãe, como também a politização da infância e a inserção da criança e do adolescente no cenário político para a participação nos discursos, políticas e programas que rondam os direitos desses públicos. Esse debate é importante tendo em vista a produção de discursos que influenciam o surgimento de leis que abrangem: direitos sexuais e reprodutivos, direitos das mulheres, crianças e jovens, até mesmo direitos fetais em alguns países, pois, quando essas temáticas são colocadas em debates, e os discursos passam a contestá-las, se constitui uma linha de força, com o intuito de legitimá-las.

Segundo o estudo de Schwengber e Kelin (2019), a politização da maternidade caracteriza-se como um poderoso legado cultural e político, fruto da resistência, perturbação e questionamento de algumas formas vigentes de medicalização, educação, controle, beleza e promoção da saúde. Nesse ínterim, Meyer (2005; 2006) afirma a necessidade de se reconhecer, analisar e problematizar a maternidade, uma vez que esta geralmente é vista pela sociedade como uma função ou papel social, que geralmente é envolvido por um silêncio, quando estão a frente os sentimentos vivenciados pela mulher em seu corpo durante o período de gestação, do nascimento, da nutrição e dos cuidados de uma criança, e dos outros aspectos relacionados à experiência da maternidade.

Nesse sentido, o debate em torno da politização da maternidade aponta para uma direção importante: direitos da mulher-mãe. Moreira e Nardi (2009) evidenciaram que o movimento político moderno da maternidade está preocupado com a multiplicação de direitos legais, sendo esta pautada em lutas constantes entre o Estado e os movimentos sociais, onde estes questionam veemente os direitos universais.

Ademais, Meyer (2005) enfatiza que a politização da maternidade deve ser expressada e disseminada por meio de políticas de Estado, por manuais, revistas, jornais, televisão, cinema e publicidade, tendo em vista que o discurso que cria e sustenta essa politização,

também apresenta de forma clara e muito poderosa as questões sociais contemporâneas, em especial a educação e saúde. Além disso, essa atividade pode promover a discussão de problemas do contexto social de forma mais ampla e também dos processos pelos quais eles são criados, para vincular sua solução a determinados tipos de relação mãe-filho e à prática de apresentar uma determinada forma de maternidade.

No que concerne a politização da infância, Olarieta e colaboradores (2020) apontam que o mundo ocidental, e mais especificamente o Hemisfério Norte, situa a infância teórica e socialmente em termos de escassez, dependência e imaturidade. Esse fato relegou as crianças ao espaço privado e às funções de autonomia, independência e maturidade, de modo que não podem participar de modo direto dos espaços públicos, uma vez que existe a concepção que o exercício da política é atividade para adultos.

Dados que corroboram com essa perspectiva, são apontados por Castro (2007). Segundo o autor, “As tarefas de traduzir e de interpretar o que é interesse da criança e do jovem, o que deve mudar em suas vidas, e o que deve ser aí preservado, são, nas sociedades ocidentais modernas, desempenhadas pelos que se qualificam como mais experientes”.

Segundo Woodhead (1990), isso ocorre porque, no âmbito da política, a perspectiva representativa está pautada em exercer e organizar um discurso e práticas de quem não pode ter lugar no espaço público. No que concerne às crianças e adolescentes, é o fato de possuírem menoridade jurídica que os coloca como sujeitos passivos frente aos discursos e expressões políticas. Assim, tendo em vista que não podem ter voz política própria, seus interesses são organizados e representados pelos adultos.

Porém, ainda segundo Olarieta et al. (2020), “é um ato de ingenuidade pensar que as crianças estão situadas fora das fronteiras da política. Uma vez que o simples fato delas existirem e agirem no mundo impõe perguntas e tensões para todos/as aqueles/as que habitam o mundo”. Além disso, a representação da criança e do adolescente pelos adultos, apresenta certa ambiguidade (Laclau, 2003). A priori, a representação não é transparente, pois não traduz de forma fidedigna a relação entre representados e representantes. Os adultos atuantes como representantes, não sabem de forma inequívoca, se a linguagem empregada às crianças e jovens, perpassa seus reais interesses, uma vez que não são crianças, e nem jovens; e para que possam atuar como representantes, só conseguem forjar uma identificação, com aquilo que imaginam ser de interesse desses públicos.

Nessa perspectiva, os resultados de Castro e Grisolia (2016) mostram-se relevantes, uma vez que indicaram que o objetivo da politização da infância é preparar crianças e jovens para o ulterior exercício de direitos políticos. Sendo esta determinada por processos formais

estabelecidos na democracia representativa. Esse processo torna-se relevante frente aos conflitos existentes entre crianças e adultos e suas recriminações no contexto de uma lógica relacional não recíproca baseada no suposto saber, poder e autoridade dos adultos. Ademais, as “crianças são indivíduos que, pela sua agência, constroem tanto a si mesmos quanto o mundo que as cercam, mesmo que se imponham restrições à sua ação por fatores como a ordem geracional, a classe, a etnia e o gênero (Castro; Grisolia, 2016).

A politização da maternidade e da infância está diretamente relacionada com as questões de gênero e com a luta das mulheres por igualdade de direitos e oportunidades. Durante muito tempo, a maternidade foi vista como uma obrigação natural e exclusiva das mulheres, sendo associada a uma ideia de feminilidade e submissão.

A politização dessas questões permitiu que as mulheres questionassem essa visão estereotipada da maternidade e reivindicassem o direito de escolher ser ou não mães, de exercer a maternidade de forma compartilhada e de ter acesso a políticas públicas que garantam as condições necessárias para criar seus filhos. Além disso, a politização da maternidade também permitiu que as mulheres discutissem e reivindicassem o direito à saúde reprodutiva, incluindo o acesso a métodos contraceptivos e ao aborto seguro e legal.

Ainda hoje, muitas mulheres são obrigadas a abandonar seus projetos de vida e a se dedicar exclusivamente à maternidade, em detrimento de sua realização profissional e pessoal. A politização da maternidade e da infância é, portanto, uma luta por reconhecimento do trabalho de cuidado e criação dos filhos como uma atividade valiosa e necessária para a sociedade como um todo, e não como uma atividade exclusiva e gratuita das mulheres.

Além disso, a politização dessas questões também permite que as mulheres denunciem as desigualdades e a violência de gênero que afetam as crianças, bem como a violência obstétrica e as práticas que desrespeitam os direitos reprodutivos das mulheres.

A maternidade e a infância também são questões que afetam de forma desproporcional as mulheres mais vulneráveis, como as negras, indígenas, pobres e as que vivem em situação de rua. Nesses casos, a politização dessas questões também é uma luta por justiça social e pela inclusão dessas mulheres e suas crianças nas políticas públicas de proteção e promoção de direitos.

Além disso, as questões sobre maternidade e da infância também podem ser vistas como uma oportunidade para ampliar o debate sobre as questões de gênero e para questionar os papéis sociais impostos às mulheres e às crianças. A luta por uma maternidade e uma infância politizadas passa pela criação de redes de apoio e solidariedade entre as mulheres,

bem como pelo diálogo e pela articulação com outros movimentos sociais que lutam por igualdade e justiça.

A politização dessas questões também envolve a busca por políticas públicas que garantam o acesso das mulheres e das crianças aos serviços de saúde, educação, moradia, alimentação e segurança, entre outros. A participação das mulheres na política e nos processos de decisão também é fundamental para que as demandas relacionadas à maternidade e à infância sejam ouvidas e consideradas.

A presente narrativa, apresenta a definição da politização da maternidade e da politização da infância, e como o debate da politização desses âmbitos são capazes de promover benefícios para o público materno e infantil. Assim, a politização da maternidade é entendida como um movimento de redes do poder-saber que influenciam o desenvolvimento de intervenções capazes de assegurar direitos à mulher-mãe, sendo importante sua disseminação por políticas de Estado, por manuais, revistas, jornais, televisão, cinema e publicidade. Já a politização da infância caracteriza-se como um ato que tenta preparar as crianças e jovens para o ulterior exercício de direitos políticos, uma vez que não podem participar dos espaços políticos, tendo em vista sua menoridade judicial.

Como visto no decorrer do texto, o debate sobre a politização é crucial para tornar os indivíduos conscientes dos seus direitos, e até fomentar a criação de novos, tendo em vista o levantamento de discursos capazes de questionar as necessidades de assistência às demandas particulares e únicas desses públicos. Portanto a politização mostra-se como um ato transformador, capaz de trazer conhecimento e senso crítico à população, caracterizando-se como um aliado na luta por direitos mais justos.

2.2 O LUGAR DA MATERNIDADE E DA INFÂNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A proposta de uma política pública de saúde resulta de processos históricos, lutas e reivindicações, na qual a população e os governantes estão envolvidos e emerge por meio de debates sobre os direitos humanos num contexto global ou local, bem como, para diversos seguimentos como a saúde materno infantil (Fonseca *et al.*, 2021).

Nesse panorama, as políticas de saúde materno-infantis consideram, por seu caráter conceitual de saúde mais ampla e integral, a criação e ampliação das condições necessárias para que os direitos da mulher e criança sejam exercidos e assim garantir que um conjunto de

ações de proteção, promoção, assistência e da recuperação da saúde possam ser executadas nos mais diversos níveis de atenção à saúde (Barros; Aquino; Souza, 2019).

Aspectos como acolhimento, educação em saúde sólida, prevenção e tratamento de infecções/doenças e da assistência no ciclo gravídico puerperal, realizados por equipe multiprofissional profissional são essenciais (Zuchi *et al.*, 2018). Nesse sentido a literatura já demonstra resultados positivos quanto as estratégias de promoção de saúde por meio de práticas educativas e assistenciais que se mostram como fortes ferramentas na redução de danos à saúde, em especial pautadas na humanização (Barbiani; nora; Schaefer, 2016; Pérez-Lacasta *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2020).

Ressalta-se neste seguimento a importância do cuidado e assistência de forma integrada a mulher e criança (Baratieri; Natal,2019). Desse modo, deve então se atentar as necessidades físicas e psicossociais de ambos, para compreender e suprir as carências fisiológicas e terapêuticas do binômio, prestando assim um atendimento humanizado (Gomes; Santos, 2017).

Para alcançar a qualidade do cuidado, bem como a diminuição das taxas de morbimortalidade, é preciso investir no acompanhamento do pré-natal até o pós-parto, pois, além de possibilitar conforto e segurança às mulheres, permite identificar e debelar precocemente as complicações comuns no puerpério, além de atentar para uma assistência que considera a pessoa como sujeito dono de seu corpo e vida, e assim desfazendo conceitos que o individuo seja apenas um objeto que obedece de forma passiva ordens (Mendes *et al.*, 2016).

Neste viés é apreciável a atuação sistemática da equipe multiprofissional ao prestar assistência a mulher/criança, através de assistência humanizada que deve ser pautada, sobretudo, no direito de liberdade de escolha da mulher. Somado a esses pontos, considerar também a integralidade de práticas benéficas à saúde da mãe e da criança, o respeito aos direitos da mulher, na valorização do conhecimento popular e na amplitude de modalidades terapêuticas que podem ser associadas ao modelo convencional (Silva *et al.*, 2017). Assim, políticas públicas materno infantis devem englobar estes fatores e dar protagonismo a mulher/criança além de garantir cuidado e assistência de qualidade.

Nesse sentido, pode-se traçar uma linha histórica das políticas publicas materno infantis pregressas a constituição democrática e da lei orgânica do SUS. Estas, evidenciam que os marcos legislativos brasileiros que fomentaram a assistência materno infantil basearam-se principalmente pela criação de departamentos e órgãos de apoio que subsidiaram as políticas a estes extratos populacionais.

2.2.1 1930 – 1940

O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência de que se tem notícia foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (Lopes; Maio, 2018).

Em 1940, essas atividades foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo presidente Getúlio Vargas com a assinatura do Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro. O documento estabelecia as orientações para a implantação, nas esferas estadual e municipal, de serviços públicos e privados de proteção a esses grupos populacionais, e delegava ao DNCr as atribuições assim descritas no Decreto-Lei (BRASIL, 1940):

Realizar inquéritos e estudos relativamente à situação, em que se encontra, em todo o país, o problema social da maternidade, da infância e da adolescência; Divulgar todas as modalidades de conhecimentos destinados a orientar a opinião pública sobre o problema da proteção à maternidade, à infância e à adolescência, já para o objetivo da formação de uma viva consciência social da necessidade dessa proteção, já para o fim de dar aos que tenham, por qualquer forma, o mister de tratar da maternidade ou de cuidar da infância e da adolescência os convenientes ensinamentos desses assuntos; Estimular e orientar a organização de estabelecimentos estaduais, municipais e particulares destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência; Promover a cooperação da União com os estados, o Distrito Federal e o Território do Acre, mediante a concessão do auxílio federal para a realização de serviços destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência; Promover a cooperação da União com as instituições de caráter privado, mediante a concessão da subvenção federal destinada à manutenção e ao desenvolvimento dos seus serviços de proteção à maternidade, à infância e à adolescência; Fiscalizar, em todo o país, a realização das atividades que tenham por objetivo a proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

O Departamento tinha como foco: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização. Também prestava assistência técnica e financeira aos estados e municípios e contava com o apoio do Instituto Fernandes Figueira e do Centro de Orientação Juvenil (Brasil, 1940). Assim, o DNCr coordenou a assistência materno-infantil no Brasil até o ano de 1969, desenvolvendo atividades dirigidas à infância, à maternidade e à adolescência, com o objetivo de normatizar o atendimento à dupla mãe-filho e combater a mortalidade infantil (Brasil, 2011).

2.2.2 1950-1990

Com o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, foi instituído, em 25 de julho de 1953, o Ministério da Saúde, que incorporou e assumiu as ações até então de responsabilidade do DNCr (Brasil, 2011).

Com a extinção do DNCr, em 1969, foi criada, em 1970, a Coordenação de Proteção Materno Infantil (CPMI). Essa coordenação era vinculada à Secretaria de Assistência Médica e tinha como atribuição planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, conforme Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970.

Uma palavra muito importante ao longo da história do desenvolvimento da saúde da mulher, chama-se cultura, pois após o período colonial a sociedade do nosso país desenvolveu-se em um modelo patriarcal, e na visão da sociedade, o único e importante papel que a mulher desempenhava era o papel social de mãe e educadora, suas atividades eram restritas aos cuidados com a família e submissão aos maridos.

As mulheres não tinham como escolher a quantidade de filhos pois não existia um programa ou ações que visassem a regulação da fecundidade e por serem vistas como inferiores aos seus maridos, se sujeitavam a estarem sempre disponíveis para satisfazê-los. Muitas eram vítimas de violência doméstica e passavam a vida toda sofrendo pois dependiam financeiramente dos seus cônjuges.

Com o aumento da mortalidade materna e neonatal, em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. O programa objetivava concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos que faleciam principalmente por diarreias, gastroenterites e desnutrição.

Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil. O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil compreendia seis subprogramas: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN); Educação para a Saúde; e Capacitação de Recursos

Humanos. Em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI). Vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, a DINSAMI se tornou o órgão responsável, no nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente. Porém, esses programas e ações não conseguiam ser colocados em prática como eram descritos nos papéis.

O feminismo foi muito importante para que a sociedade conseguisse enxergar a realidade das mulheres na sociedade e discutissem sobre como proporcionar melhor qualidade de vida para as mulheres através da garantia dos seus direitos, garantidos na constituição de 88, mas que não eram exercidos. O feminismo tem como conceito: “Qualquer ação que vise refletir e ir contra a discriminação da mulher, ou que proporcione melhoria para a vida das mulheres, que amplie os seus direitos e fomente reflexões na sociedade sobre a vida das mulheres e principalmente contra preconceitos arraigados na sociedade” (Iwamoto, H,M, 2020)E foi por meio dele, dos movimentos sociais e pelas reflexões sobre a vida das mulheres em universidades que em 1983, o Ministério da Saúde, por meio da DINSAMI, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). O objetivo era melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. No ano seguinte, o PAISMC deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

Ambos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional, e seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS).

As principais ações relativas ao PAISM (Brasil, 1990) são: Assistência pré-natal; Prevenção da mortalidade materna; Doenças sexualmente transmissíveis; Assistência ao parto e puerpério; Planejamento familiar; Controle do câncer ginecológico e mamário; Promoção ao parto normal. Com relação ao PAISC, destacamos: Crescimento e desenvolvimento; Controle das diarreias e desidratação; Controle das infecções respiratórias agudas (IRA); Prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; Prevenção de acidentes e intoxicações; Assistência ao recém-nascido.

Em 1984 foram distribuídos manuais técnicos para as secretarias de saúde, que visavam nortear as ações que seriam prestadas as mulheres, porém, o programa não foi

suficiente para reduzir as taxas de morbimortalidade e lidávamos com uma atenção obstétrica precária, baixa cobertura de pré-natal na região nordeste, a crescente violência doméstica, complicações no parto e puerpério como hemorragia e infecção puerperal, crescente índice de câncer de mama, colo do útero e pulmão, mulheres jovens com pneumonias e muitas vezes eram pacientes com HIV não diagnosticadas, entre outros. Muitas estratégias, mas quem implementava essas políticas não recebia o treinamento adequado ou não compreendia a importância do seu trabalho na sociedade.

Em relação a saúde das crianças, um ponto muito importante foi o aleitamento materno, pois, com o avanço da industrialização, muitos países exportavam o excesso da fabricação de leite em pó para o Brasil, houve o incentivo e distribuição nas maternidades do país para que essa prática fosse realizada e substituísse o aleitamento materno como um sinal de modernização, prática inovadora. Conseqüentemente, a mortalidade infantil aumentou, pois o leite da modernidade era um leite que saciava, mas não nutria as crianças, o resultado disso foi: aumento de diarreias, desnutrição, deficiências nutricionais e aumento de infecções.

De acordo com a comunidade médica, que pauta a política nacional, leite materno é o melhor alimento, reduz 30% a mortalidade infantil de crianças de 12 meses de idade, reduz o risco de doenças crônicas (como doenças de Crohn, doença celíaca), diabetes mellitus e alergia alimentar, diminui o risco de infecção, diarreia, redução da obesidade infantil, tem efeito positivo no desenvolvimento intelectual das crianças. O leite materno se apresenta em três fases: Colostró (conhecido como a primeira vacina do recém nascido), os anticorpos maternos são passados pelo leite e protegem contra infecções, presente nos primeiros 07 dias de vida do recém nascido, é rico em betacaroteno, proteínas, vitaminas e sais minerais com uma pequena quantidade de lactose que promove a proliferação de lactobacilos e conseqüentemente vai iniciar/ desenvolver a flora intestinal do recém nascido, 2 a 20 ml por mamada já é o suficiente. Depois se modifica e fica com característica mais clara, esbranquiçada, e nesta fase de adapta as necessidades do bebê, é rico em vitaminas hidrossolúveis, aumentando o aporte calórico. E o leite maduro possui gotículas de gordura, proteína, lactose, no início da mamada é mais aquoso pois é rico em minerais e água e no final da mamada possui mais gordura, o que se tornará fonte de energia para o bebê.

Ou seja, nenhum alimento seria tão completo e nutritivo do que o leite materno e houve o encorajamento da OMS para que houvesse o incentivo por parte dos profissionais de saúde quanto a prática da amamentação e informado os seus benefícios para que as famílias compreendem essa importância. Um marco foi a assembleia mundial de saúde que ocorreu em 1981, pelo qual foi aprovado o dia mundial de proteção ao aleitamento materno a ser

comemorado desde então no dia 21 de maio. Além disto, como uma estratégia de combate a mortalidade infantil também foi criado o código internacional de comercialização de substitutos do leite materno e recomendou que os estados implementem essas regras.

As conquistas voltadas a saúde da mulher e da criança podem ser demonstradas em linha cronológica de acontecimentos que marcaram a implementação das políticas públicas materno infantis após a constituição de 1988, com clara presença dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde brasileiro, implantado em 1990.

A constituição de 1988, veio para garantir por meio do estado, que o cidadão tivesse direito a saúde, trabalho, moradia, educação como fatores básicos para que a população brasileira conseguisse viver dignamente.

Através dos movimentos populares, discussão em universidades sobre a saúde do país e a democratização dessa visão resultou no movimento da reforma sanitárias e culminou na lei 8.080 de 1990. Esta lei dispõe sobre a criação e execução de políticas econômicas e sociais que visam a redução de riscos de doenças e de outros agravos, ou seja, o estado se comprometendo em garantir acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde, que resultou no sistema único de saúde (SUS)

O sistema único de saúde, tendo como princípios: A universalidade (saúde para todos, independente de condições financeiras, se trabalha ou não, se tem plano de saúde ou não), igualdade (todos cidadãos com igualdade de acesso aos serviços e ações de saúde. Equidade (tratar diferente apenas a partir das necessidades de saúde), Integralidade (enxergar o ser humano como um todo e não como um acumulado de órgãos. Gestão de forma descentralizada entre as três esferas do governo e com a participação da população para acompanhar e informar as suas necessidades gerais através de seus representantes.

Em 1990, a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil passou a ser denominada Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), que tinha como competência a normatização da assistência à saúde da mulher e da criança, em nível nacional, a ser desenvolvida pelas diversas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo era garantir as condições favoráveis à reprodução sadia e ao crescimento e desenvolvimento do ser humano. Tal assistência compreendia ações de caráter promocional, preventivo, recuperador e reabilitador desses grupos (BRASIL, 1990).

A CORSAMI era subordinada ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (DAPS) da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério, e estavam hierarquicamente ligados a ela dois serviços de atenção a esses grupos populacionais: Serviços de Assistência à Saúde da Mulher e Serviço de Assistência à Saúde da Criança. Em 1996, a CORSAMI foi

extinta por meio da Portaria nº 2.179, de 1º de novembro, dando lugar à Coordenação de Saúde da Mulher e à Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, subordinadas à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Em 1998, as coordenações foram substituídas pelas atuais Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. Neste mesmo ano, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (INAM) foi extinto, e suas ações incorporadas pela Área Técnica de Saúde da Criança, que passou a designar-se “Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM)”.

Atualmente, a ATSCAM é o setor do Ministério da Saúde (MS) responsável por propor e coordenar as políticas governamentais de atenção à saúde da criança brasileira de zero a nove anos de idade. Uma de suas principais atribuições é apoiar os estados e municípios a colocar em prática as recomendações e políticas públicas elaboradas, de forma a cumprir os compromissos assumidos pelo Brasil, de proteção e atenção à saúde da criança, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Pacto pela Saúde, o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal. A ATSCAM propõe modelos de atenção que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência em “linhas de cuidado”, que inter-relacionam-se visando à atenção integral da saúde da criança.

Segue abaixo a ilustração dos eixos considerados no planejamento estratégico da ATSCAM:

Figura 2: Linhas de cuidado e ações da ATSCAM (BRASIL, 2015).

Linha de cuidado	Ações
Incentivo e Qualificação do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e distribuição da Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte para a Cidadania – versões menino e menina. • Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis.
Atenção à Saúde do Recém-Nascido	<ul style="list-style-type: none"> • Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal (Renospe). • Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. • Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Período Neonatal – AIDPI Neonatal. • Trabalhando com Partelras Tradicionais. • Capacitação em Reanimação Neonatal, em parceria com a SBP. • Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal. • Sistema de Informação Perinatal em Maternidades Sentinelas.
Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno	<ul style="list-style-type: none"> • Rede Amamenta Brasil. • Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. • Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). • Método Canguru. • Monitoramento e Avaliação. • Educação, Comunicação e Mobilização Social. • Proteção Legal ao Aleitamento Materno.
Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz	<ul style="list-style-type: none"> • Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência e estratégias e articulação de redes para a atenção integral à criança, ao adolescente e suas famílias em situação de violência.

2.2.3 1990– 2010

Na década de 90, o elevado índice de cesárea eletiva, patologização do parto, excesso de medicalização aumentou ainda mais a mortalidade materna e neonatal, a organização mundial da saúde (OMS) diante dos números e de como desenvolvia a assistência a saúde da mulher no Brasil, orientou para que fosse realizado uma autorreflexão das práticas de saúde, com o objetivo de resgatar a humanização, visão holística do paciente, integralidade e assistência de qualidade. E para essa tomada de decisão, a OMS avalia alguns indicadores de saúde nas populações.

A mortalidade é um dos mais importantes indicadores para avaliar as condições de saúde de uma determinada população. Pois ao compreender do que morrem e como morrem as mulheres conseguimos também medir o grau de desenvolvimento da sociedade e identificar os principais fatores relacionados ao grupo populacional: baixo nível de escolaridade, violência, baixas condições socioeconômicas. As principais causas de morte na população feminina neste período, era: doenças cardiovasculares, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, entre os cânceres estavam principalmente o câncer de mama,

pulmão e o do colo do útero; outras doenças como pneumonias (muitos relacionados a casos de HIV não diagnosticados) e doenças endócrinas como diabetes. Principalmente o que chamou a atenção em 1990 foi a perda de 585.000 mulheres em todo o mundo relacionada a complicações relacionadas a gestação e pós-parto. 95% dessas mulheres residiam em países subdesenvolvidos, tendo como principais causas: a hipertensão arterial, hemorragias, infecção puerperal, como também o aborto (Coelho, 2003)

A precariedade da assistência em anticoncepção contribuiu para que chegasse a esse cenário, de acordo com a pesquisa realizada sobre demografia em saúde, os dois métodos contraceptivos mais utilizados era a pílula em torno de 20% das mulheres mas não utilizavam esse método da forma correta, esqueciam de tomar diariamente o que também resultava em gravidez indesejada e a laqueadura tubária aproximadamente 40%, era realizada principalmente em locais em que as mulheres tinham baixa escolaridade e baixas condições socioeconômicas. Os outros métodos contraceptivos tinham pouquíssima expressividade, uso de métodos injetáveis era em cerca de 1,2% e o dispositivo intrauterino (DIU) 1,1% (PNDS,1996)

A norma operacional de assistência a saúde (NOAS)- SUS 2001 dispõe que o planejamento familiar faz parte da atenção básica de saúde e compõem as responsabilidades mínimas dos municípios para com a saúde das mulheres. Porém, a maioria dos municípios não conseguia implantar tais ações e introduzir educação em saúde, os métodos contraceptivos não chegavam identificando assim falhas no processo de logística de distribuição de insumos e manutenção da oferta dos métodos contraceptivos e principalmente: capacitação dos gestores e profissionais de saúde, para enxergar suas responsabilidades, importância do seu trabalho e impacto positivo que pode causar na sociedade e no cenário de saúde.

Outro ponto importante é que mesmo com um índice elevado de gravidez na adolescência poucas ações e serviços eram ofertadas a esse grupo. Esse aumento foi identificado principalmente nas regiões mais pobres, áreas rurais e população com baixa escolaridade (PNDS,1996) vida sexual acontecendo precocemente, também gera um outro problema que são as infecções sexualmente transmissíveis, um problema de saúde pública pois ocorrem mais de 10 milhões de ISTs por ano, que podem gerar outros problemas de saúde, doenças sintomáticas. No fim da década de 80 e início dos anos 90, cresceu consideravelmente os números de casos de HIV em mulheres.

Segundo o Ministério da saúde, de janeiro de 1980 a dezembro de 2002 chega a 257.780, sendo 68.528 em mulheres, em torno de 27% (Brasil,2002).

A Precariedade da atenção obstétrica é um outro indicador importante. Apesar do aumento no número de consultas de pré-natal, a qualidade das consultas não era boa e ainda consideradas precárias, pois não atendiam integralmente as necessidades que as gestantes precisavam no momento. Um reflexo disso, são os indicadores do SISPRENATAL em que apenas 9,43% das mulheres realizavam as 06 consultas de pré-natal, que é o mínimo considerado para o acompanhamento de gestação e uma consulta no período puerperal.

Os dados do ministério da saúde evidenciavam a assistência no período puerperal não era consolidada, pois a maioria das mulheres retornavam para a consulta puerperal mas apenas no primeiro mês e acabavam não seguindo o calendário vacinal das crianças nem o acompanhamento dos seus filhos periodicamente, isto indica que as mulheres não estavam recebendo informações necessárias para vivenciar todo esse processo da maternidade e cuidados que são fundamentais para a redução da mortalidade neonatal e infantil.

A assistência ao parto, nas mulheres que moravam na zona rural era realizado pelas parteiras, devido a distância e difícil acesso aos serviços de saúde e nas mulheres que moravam na região urbana, a atenção ao parto era marcada por muitas intervenções, principalmente pelo excesso e abuso do procedimento cesariana. Além disto, as mulheres pariam longe dos seus familiares, sem privacidade, até mesmo os partos normais que aconteciam eram cheios de intervenções desnecessárias e a mulher que tinha que se adequar a equipe, era colocada em posição de litotomia que era melhor para a equipe ver sua vagina, privando a mulher de exercer sua autonomia quanto a posição que mais se sentia confortável para parir e ser protagonista do processo de nascimento de seu filho junto com ele. Se tornando um processo bem traumático e nada humanizado.

A queda na mortalidade materna entre 1999 e 2001 está relacionada a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e nas ações de planejamento familiar. Mostrando que o caminho era o atendimento/ assistência de saúde de qualidade as mulheres, se tornando então, uma prioridade do governo federal.

Os centros de parto normal – CPN foram criados através da portaria N. 985, 5 de agosto de 1999 para atender com mais qualidade as mulheres no período gravídico-puerperal. Essa portaria foi criada devido ao movimento internacional de desospitalização do parto (França, Alemanha, Itália, EUA, Japão, entre outros, participaram) com o objetivo de qualificação da assistência baseada em evidências científicas. Indicado para as mulheres que desejam ter seus filhos em um ambiente não hospitalar, foco de a assistência ser a família, visão holística com apoio emocional contínuo, menos intervenções, apenas se realmente necessárias. Este podendo ser inserido no sistema de saúde local, em uma unidade autônoma

ou intra-hospitalar. Dispõe como profissionais atuantes: enfermeiro obstetra, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, motorista de ambulância, médico neonatologista ou pediatra, e parteiras. E como sempre o problema é a adesão dessas políticas criadas, com os CPN não foi diferente, foram poucas iniciativas, mas todas as implementadas se mostraram eficaz com resultados positivos.

Nos anos 2000, através da portaria N° 466, de 14 de junho, foi definido pelo ministério da saúde, uma quantidade limite para os procedimentos cesarianos e entre outras medidas de combate a cesárea eletiva com o objetivo da redução desses procedimentos nos estados. Além disto, incentiva e aprova a norma com diretrizes para implantação do método canguru destinado a assistência humanizada aos bebês que nascem com baixo peso (Portaria n° 693/GM de 5 de julho de 2000). O método canguru consiste no método em que os pais do recém-nascido (RN) internado tem acesso 24 horas ao setor, promovendo contato pele a pele para o RN, promovendo o aumento da temperatura corporal do RN, redução de choros, aumento do aleitamento materno e aumento do vínculo da família.

Outro projeto foi a maternidade segura, criado com o objetivo de qualificar a assistência materno e infantil, algumas organizações e instituições fizeram parte desse projeto como a Federação Brasileira das sociedades de ginecologia e obstetrícia (FEBRASCO) e o fundo das nações unidas para a infância (UNICEF). Como proposta, visou ajudar na garantia dos direitos as mulheres, planejamento familiar, gravidez, parto e pós-parto através de equipes de saúde treinadas e com estrutura para registros das informações no sistema de informações a partir disso, validar periodicamente os indicadores de saúde materno -infantil (Ministério da educação, 1995)

Em 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de produzir mudanças na visão sobre o cuidado e resgatar o vínculo entre profissional e cliente, visão holística e integral do cliente. Proposta de inclusão de usuários, trabalhadores, gestores na gestão do cuidado e no processo de trabalho. Atua por meio de orientações clínicas, éticas e políticas. O acolhimento é uma das suas principais diretrizes, pois acredita-se que através da escuta ativa ofertada pelos trabalhadores da saúde aos usuários é possível compreender suas necessidades e criar relações de confiança, compromisso e qualidade entre equipes, serviço de saúde e usuário.

Em 2003, o ministério da saúde preconizou que os óbitos maternos fossem notificados para que pudessem ser investigados e estudados os fatores causadores dos óbitos maternos através da portaria n° 653/GM. No ano seguinte, 2004, para reforçar a importância de combate a mortalidade materna, foi criado o pacto nacional pela redução da mortalidade materna e

neonatal, também com o objetivo de voltar a atenção e focar nas melhorias da assistência obstétrica nas três esferas de governo.

Em 2004, foi criado em respostas ao cenário em que vivia a mulher brasileira, a Política Nacional de atenção integral a saúde da mulher (PNAISM) e já propunha diretrizes voltadas para humanização e qualidade de atendimento por parte dos profissionais de saúde, com o principal objetivo de superar o enfoque biologicista e medicalizador da assistência trazendo um conceito de saúde integral. A humanização e a qualidade como base da PNAISM buscavam envolver todas as perspectivas que envolvem a saúde das mulheres e garantir o acesso da população feminina as ações e serviços de saúde nos três níveis de assistência.

As mulheres são a maioria da população brasileira e além de serem as principais usuárias do sistema de saúde também são cuidadoras, cuidam de crianças, idosos, outros familiares e de pessoas da sua comunidade. Compreende-se que a situação da saúde envolve múltiplos fatores, relação com o meio ambiente, lazer, alimentação, condições de trabalho, moradia, renda e as mulheres ainda lidam com a sobrecarga de trabalho e afazeres domésticos.

A criação da PNAISM foi extremamente importante para a estruturação e reorganização das redes de saúde, garantindo o sistema de referência (indo de uma atenção de saúde de menor complexidade para a de maior complexidade) e contra referência (indo de uma assistência de saúde de maior complexidade para a de menor complexidade) garantindo a continuidade das ações de saúde, aumento a eficácia na forma de resolutividade e o acompanhamento do estado de saúde das clientes por meio de uma rede integrada.

Nas diretrizes da política está promoção da saúde e necessidades da população feminina, principalmente o direito a saúde e o controle das patologias do universo feminino levando em consideração as especificidades das diferentes faixas etárias e grupos populacionais como por exemplo, mulheres indígenas, negras, deficientes, situação de risco, carcerárias, entre outros, respeitando a orientação sexual de cada mulher. Ou seja, atender as demandas antigas e as novas demandas em todos os níveis de assistência e esse atendimento tendo como norte o respeito as diferenças, sem envolver valores e crenças pessoais do profissional.

Para que isso aconteça o governo se responsabilizou em realizar capacitações com profissionais e gestores para humanização das práticas de saúde realizadas. Norteadas também pela política nacional de humanização (PNH). A educação em saúde é um pilar importante, pois um dos objetivos da PNAISM é melhorar o grau de informação desse grupo populacional sobre seu corpo, suas condições de saúde, sexualidade, saúde mental, reprodutiva, ampliando

a capacidade dessas mulheres tomarem decisões adequadas ao seu momento de vida e contexto.

Todas as ações de acordo com o planejamento da política deverão ser executadas de forma articulada com os níveis do governo (Federal, Estadual e Municipal) como uma rede integrada de saúde atuando simultaneamente nos municípios do país para alcançar os resultados esperados.

Em 2007, o ministério da saúde incentiva um bom acolhimento da mulher e seu parceiro nos serviços de saúde, como também, a abordagem faz toda diferença para a manutenção dos cuidados de saúde e acompanhamento da família. Outro ponto importante foi o reconhecimento de que a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto está relacionada com melhores desfechos. E reforça a importância do cumprimento da lei 11.108/2005 que garante as mulheres gestantes o direito de ter uma pessoa de sua confiança, seja parceiro ou outro familiar ao seu lado acompanhando o processo de nascimento e também, o pós-parto.

Um trabalho extremamente importante é o do enfermeiro da atenção primária pois conforme a lei 11.634 de 2007, o enfermeiro que presta a assistência de pré-natal deverá promover visitas de gestantes as maternidades em que vão parir seus filhos, para conhecer o local, reduzir ansiedade, criação de vínculo e segurança. E os municípios deveriam se organizar para que essas leis fossem cumpridas o mais rápido possível. Sabemos da dificuldade até hoje no nosso país para o cumprimento de leis. Muitos hospitais não permitem acompanhantes para gestantes devido a falta de estrutura hospitalar, por terem espaços pequenos e por ter muitas mulheres em salas de pré-partos; quando permitem acompanhantes, são apenas mulheres, pois existem muitas gestantes dividindo o mesmo espaço e podem se sentir constrangidas com uma presença masculina no local, porém, por outro lado, impede o pai de vivenciar todo esse processo de nascimento dos filhos.

Em relação a saúde da criança quatro portarias merecem destaque neste período: Nos anos 90, foi instituída a portaria GM/MS 1.058 que dispõe a criação do estatuto da criança e do adolescente (ECA) uma das portarias mais importantes pois assegura os direitos das crianças e proteção por parte da família, sociedade e estado, e que todas as crianças têm o direito a ser desenvolver em um ambiente saudável contribuindo para sua saúde física e mental. No ano de 2002, a portaria GM/MS 1.069 com a criação do programa de triagem neonatal, que consiste em um conjunto de ações preventivas capazes de fazer o rastreamento precoce de doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas, endócrinas como alterações oculares, auditivos, cardíacos, entre outros. Essas ações dão mais sobrevida e qualidade as crianças e

suas famílias, esses testes são realizados nos primeiros dias de vida por profissionais capacitados da equipe de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem. A portaria GM/ MS964 de 2005 que trás melhorias para a caderneta das crianças e a GM/MS 1.058 que dispõe sobre a distribuição gratuita da caderneta das crianças. Em 2006, GM/MS 1.602 que dispõe o calendário de vacinação de acordo com o grupo populacional, crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes).

No intento de sintetizar os principais marcos das políticas públicas, as mesmas são apresentadas em quadro síntese, como segue (BRASIL, 2011).

Figura 3: Cronologia de ações e políticas públicas materno infantis brasileiras (BRASIL, 2011).

Ano	Tema	Legislação	Definições
1988	Norma de comercialização dos substitutos do leite materno	Aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, da norma para comercialização de alimentos para lactentes (resolução nº 5)	Aprova o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.
1988	Creches	Portaria MS nº 321	Estabelece as normas e padrões mínimos para a construção, instalação e funcionamento de creches, em todo o território nacional. Previa uma sala de apoio à amamentação, definida como "Elemento destinado à recepção das mães que necessitam amamentar os filhos que se encontram sob a proteção e cuidados da creche, devendo contar com equipamento apropriado".
1988	Banco de Leite Humano	Portaria MS nº 322	Regula a instalação e funcionamento dos Bancos de Leite Humanos.
1990	Norma de comercialização dos substitutos do leite materno	Aprovação do código de defesa do consumidor.	Traz artigos da Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes.
1990	Estatuto da Criança e do Adolescente.	Lei Federal nº 8.069	Dispõe, dos artigos 7º ao 14, sobre o direito da criança e do adolescente à vida e à saúde.

1990	Banco de Leite Humano	Portaria n° 1.390	Institui a Comissão Central de Banco de Leite Humano – CCBLH.
1992	Norma de comercialização dos substitutos do leite materno	Aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, do novo texto da norma para comercialização de alimentos para lactentes (resolução n° 31)	Traz item específico sobre o uso de bicos e mamadeiras.
1992	Norma de comercialização dos substitutos do leite materno	Acordo Mundial entre o Unicef e a OMS, com a associação internacional de fabricantes de alimentos	Cessa o fornecimento gratuito ou a baixo custo de leites artificiais a maternidades e hospitais.
1993	Alojamento conjunto	Portaria MS/GM n° 1.016.	Aprova as normas básicas para implantação do alojamento conjunto.
1994	Norma de comercialização dos substitutos do leite materno	Publicado Parecer n° 62/94 da consultoria jurídica do Ministério da Saúde.	Redefine as penalidades para as infrações à Norma.
1994	Hospital Amigo da Criança	Portaria MS n° 1.113	Assegura o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto, aos Hospitais Amigos da Criança, vinculados ao Sistema Único de Saúde.
1994	Hospital Amigo da Criança	Portaria SAS/MS n° 155	Estabelece diretrizes e normas do Hospital Amigo da Criança.
1994	Atendimento ao recém-nascido	Portaria SAS/MS n° 96	Define o atendimento ao recém-nascido na sala de parto quanto ao pagamento do pediatra e neonatologista.
1994	Triagem neonatal	Resolução CNS/MS n° 146	Índica aos Conselhos de Saúde que desenvolvam política para realização do rastreamento neonatal, para diagnóstico precoce da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito, para o alojamento conjunto e utilização do cartão da criança a partir do nascimento.
1996	Transmissão vertical e aleitamento materno	Portaria GM/MS n° 2.415	Determina medidas para prevenção da contaminação pelo HIV por intermédio do aleitamento materno.
1998	Gestação de alto risco	Portaria GM/MS n° 3.016	Institui o Programa de Apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento à gestante de alto risco.
1998	Unidade de Terapia Intensiva	Portaria GM/MS n° 3.432	Estabelece critérios de classificação entre as diferentes unidades de terapia intensiva.
1999	Banco de Leite Humano	Portaria MS n° 50	Institui na Secretaria de Políticas de Saúde a Comissão Nacional de BLH com finalidade de prestar assessoramento técnico na direção e coordenação federal das ações de BLH em todo o território nacional.

1999	Banco de Leite Humano	Portaria MS nº 812	Aprova o Plano de Trabalho que tinha como objetivo a implantação do "Projeto da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano".
1999	Cuidados intermediários neonatais	Portaria GM nº 1.091	Cria a unidade de cuidados intermediários neonatal no âmbito do SUS para atendimento ao recém-nascido de médio risco.
2000	Humanização no pré-natal e nascimento	Portaria GM/MS nº 569, 570, 571 e 572	Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN e os componentes Incentivo à Assistência Pré-Natal, Organização, Regulação e Investimentos na área de Assistência Obstétrica e Neonatal, sistemática de pagamento a assistência ao parto e garantia da presença de pediatra na sala de parto.
2000	Atendimento ao recém-nascido	Portaria GM nº 072	Inclui na tabela de procedimentos do SIH/SUS o atendimento ao recém-nascido de baixo peso.
2000	Método Mãe Canguru	Portaria GM/MS nº 693	Aprova a norma de orientação para a implantação do Método Mãe Canguru.
2001	Triagem neonatal	Portaria MS nº 822	Cria o Programa Nacional de Triagem Neonatal.
2001	Maus tratos contra crianças	Portaria MS nº 1.968	Dispõe sobre a comunicação de casos suspeitos de maus tratos contra crianças.
2001	Normas para comercialização de alimentos para lactentes	Portaria MS nº 2.051	Estabelece os novos critérios da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.
2002	Banco de Leite Humano	Portaria GM/MS nº 698	Define a estrutura e as normas de atuação e funcionamento dos Bancos de Leite Humano.
2002	Transmissão vertical do HIV e sífilis	Portaria GM/MS nº 2.104	Institui no âmbito do SUS o Projeto Nascer Maternidades.
2002	Registro civil de nascimento	Portaria GM/MS nº 938	Inclui na tabela de procedimentos do SIH/SUS o incentivo ao registro civil de nascimento.
2002	Triagem neonatal	Portaria GM/MS nº 1.069	Define mecanismos de ampliação do acesso dos portadores triados no programa de Triagem Neonatal ao tratamento e acompanhamento das doenças diagnosticadas.
2002	Gestação de alto risco	Portaria GM/MS nº 1.343	Inclui na tabela de procedimento do SIH/SUS atendimento da gestante de alto risco em hospitais de referência.

2002	Normas para comercialização de alimentos para lactentes	RDC Anvisa nº 221 e 222	Complementa a Portaria nº 2.051 de 9/1/2001.
2003	Premiações	Portaria GM/MS nº 728	Institui o Prêmio Fernando Figueira destinado ao reconhecimento de estabelecimentos hospitalares com atendimento pediátrico e incentivo ao aleitamento materno.
2003	Aleitamento materno	Portaria GM/MS nº 1.893	Institui o dia 1º de outubro como o Dia Nacional de Doação do Leite Humano.
2003	Transmissão vertical do HIV	Portaria GM/MS nº 1.930	Qualifica estados para o recebimento de recursos adicionais para disponibilização da fórmula infantil às crianças expostas ao HIV verticalmente.
2004	Hospital Amigo da Criança	Portaria MS nº 1.117	Define valores de remuneração dos estabelecimentos de saúde credenciados como Amigo da Criança.
2004	Premiações	Portaria MS nº 1907	Institui o Prêmio Nacional Bibi Vogel destinado ao reconhecimento de municípios com ações inovadoras na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.
2004	Hospital Amigo da Criança	Portaria SAS/MS nº 756	Estabelece normas para habilitação do Hospital Amigo da Criança.
2004	Prevenção do óbito infantil	Portaria GM/MS nº 1.258	Institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal.

2005	Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	Portaria GM/MS nº 427	Institui a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e dá outras providências.
2005	Direitos das mulheres gestantes, parturientes, puérperas e família	Lei Federal nº 11.108	Altera a Lei nº 8.080, de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
2005	Redução de mortalidade materna e infantil	Portaria MS nº 386	Aprova o regimento interno da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.
2005	Atenção ao parto	Portaria GM/MS nº 2.418	Regulamenta a presença do acompanhante para mulheres gestantes.
2005	Caderneta da Criança	Portaria GM/MS nº 964	Aprova resolução Mercosul/GMC nº 04/05 e seu anexo "Informação básica comum para caderneta de saúde da criança".
2005	Caderneta da Criança	Portaria GM/MS nº 1.058	Institui a disponibilização gratuita da Caderneta de Saúde da Criança.
2005	NBCAL	Portaria nº 1.449	Institui grupo de trabalho com o objetivo de estabelecer critérios para o primeiro monitoramento oficial da NBCAL.
2005	Brinquedoteca	Portaria GM/MS nº 2.261	Estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento de Brinquedotecas.
2006	Normas à comercialização de alimentos para lactentes	Lei 11.265	Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância.
2006	Banco de Leite Humano	Resolução RDC nº 171	Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano.
2006	Gestão e articulação política	Portaria MS nº 618	Institui o Comitê Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.
2006	Imunização	Portaria GM/MS nº 1.602	Institui os calendários de vacinação da criança, adolescente, adulto e idoso.
2006	Banco de Leite Humano	Portaria GM/MS nº 2.193	Define a estrutura e funcionamento dos Bancos de Leite Humano.
2007	Normas para comercialização de alimentos para lactentes	Lei nº 11.474	Altera a lei nº 11.265 que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância.
2007	Método Mãe Canguru	Portaria GM/MS nº 1.683	Aprova norma para implantação do Método Canguru.
2007	Aleitamento materno	Portaria GM/MS nº 2.160	Altera a composição do Comitê Nacional de Aleitamento Materno, instituído pela Portaria nº 618, de 23 de março de 2006.

2008	Direitos das mulheres gestantes, parturientes, puérperas e família	Lei nº 11.770	Estabelece a licença maternidade de seis meses, sem prejuízo do emprego e do salário, para as funcionárias públicas federais, ficando a critério dos estados, municípios e empresas privadas a adoção desta Lei - Programa Empresa Cidadã.
2008	Aleitamento materno	Portaria GM/MS nº 2.799	Institui a Rede Amamenta Brasil.
2008	Aleitamento materno	Portaria SAS/MS nº 9	Altera critério 8 das normas para habilitação da IHAC.
2008	Saúde perinatal	Portaria GM/MS nº 2.800	Institui a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal.
2008	Serviços de atenção obstétrica e neonatal	RDC Anvisa nº 36	Regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seus anexos.
2009	Sistema de informações sobre óbitos e nascidos vivos	Portaria MS nº 116	Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.
2009	Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste-Amazonia Legal	Portaria MS nº 364	Constitui o Grupo Ministerial com a finalidade de elaborar plano de ação em parceria com os gestores do SUS visando à redução da mortalidade infantil nos estados que compõem a Amazônia Legal e a região Nordeste, bem como monitorar e avaliar a implementação das ações propostas.
2009	Mobilização social	Portaria MS nº 2.394	Institui a Semana Mundial da Amamentação no Brasil, tendo como data 1º a 7 de agosto, e estabelece parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria.
2010	Aleitamento materno	Portaria Anvisa nº 193 - Nota Técnica Conjunta Anvisa/MS	Orienta a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas e privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais.

Fonte: Área técnica de aleitamento materno e saúde da criança do Ministério da Saúde do Brasil.

2.2.4 2011-2015

Em 2011, no âmbito do SUS, através da Portaria nº 1.459, foi instituída a Rede Cegonha para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atendimento humanizado durante a gravidez, parto e puerpério e, à criança, um nascimento seguro, assim como um crescimento e desenvolvimento saudáveis, principalmente até os dois anos de idade. Esse processo seguro na perspectiva do ministério da saúde (MS) consiste desde a descoberta da gravidez até o puerpério, onde as mulheres sabem qual sua unidade de referência, transporte seguro para aquelas que não teriam como se deslocar até o posto de saúde e maternidade com uma forma de vale-transporte ou vale táxi (Brasil, 2011).

O MS institui, em 2015, a partir da Portaria nº 1.130, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança em vários âmbitos, assegurando a atenção até os nove anos de idade, por meio de ações como, por exemplo: aleitamento materno, cuidados integrais e integrados na gestação e uma atenção especial à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbidade e mortalidade e um ambiente facilitador à vida, com condições dignas de existência (Brasil, 2015).

Devido a diminuição da pobreza e aumento das ações relacionadas a Estratégia de saúde da família, percebe-se uma diminuição na taxa de mortalidade infantil na última década, principalmente nas crianças menores de 01 ano. 47,1 a cada mil nascidos vivos nos anos 90 e 15,6, a cada mil nascidos vivos em 2010. Já foi um grande avanço, mas ainda necessário muito trabalho pois no cenário do Brasil ainda predomina a desigualdade social. O foco deve ser a assistência aos recém-nascidos, pois 68,6% da mortalidade infantil é desse grupo tão dependente. O trabalho da equipe de saúde e principalmente do enfermeiro da atenção primária se faz essencial pois é através desse profissional que a puérpera e seu bebê serão assistidos na sua comunidade (IBGE,2010)

O programa de crescimento e desenvolvimento infantil contribui nesse processo de assistência individualizada garantindo através do enfermeiro e agente comunitário de saúde (ACS) a visita domiciliar a essas recém mães e bebês, também permite conhecer o ambiente familiar da criança e esclarecer dúvidas que as famílias tenham sobre os cuidados com o RN, imunização, aleitamento materno, higienização do coto umbilical e que agende consultas de enfermagem na atenção primária de saúde conforme necessidade de cada criança. Esse acompanhamento visa acompanhar peso, altura, desenvolvimento social, desenvolvimento da fala, educação em saúde, higiene corporal e bucal, entre outros cuidados com o objetivo de

identificar precocemente desvios no padrão de crescimento ou patologias precocemente. Olhar individualizado para cada criança e família.

Outro ponto importante na saúde da criança foi a criação do primeiro banco de leite do país, foi implantado em 1943. Foi criado com o objetivo de coletar leite humano e suprir as necessidades de crianças que não conseguiram ser amamentadas pelas suas mães, por várias questões: prematuridade, alergia a proteínas, questões nutricionais. Esse tipo de ação pelos termos legais não deve de forma alguma visar lucro, sendo proibida a comercialização desses produtos (BORGIO et al, 2005; BRASIL, 2006). Com o passar do tempo, o serviço do BLH foi reconhecido pela sua importância e impacto na vida dos bebês que o recebiam, ganhou espaço na agenda política nacional com ampliação dessas ações e criação do programa nacional de incentivo ao aleitamento materno (PNIAM), onde os bancos de leites espalhados pelo Brasil, fazem a diferença e contribuem para as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação.

O posto de coleta de leite humano é uma unidade que pode ser fixa ou móvel, pode ser dentro de uma unidade hospitalar ou extra hospitalar que é administrada tecnicamente pelo banco de leite humano (BLH) que é responsável por coletar e armazenar o leite dentro dos protocolos estabelecidos. Os protocolos são complexos pois o leite precisa chegar de forma segura para os bebês, e exige uma rigorosa seleção para as mães doadoras, pois o objetivo é essas mães sejam saudáveis evitando a disseminação de doenças (Brasil,2006)

Estes marcos demonstram o desenvolvimento e as conquistas históricas das políticas públicas brasileiras quanto a saúde da mulher e da criança, que se firmaram como importantes marcos na garantia de direito a estes extratos populacionais. Os registros históricos demonstram que as atividades geracionais e assistências a mulher e criança a foram fundamentais para a melhoria de acesso e da qualidade do cuidado.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA CIDADE DE ITAPIPOCA/SC: MATERNIDADE E INFÂNCIA EM FOCO

3.1 ITAPIPOCA: APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO

Itapipoca é município do Estado do Ceará, conhecida como "Cidade dos Três Climas", por haver em seu território praia, serra e sertão. Seu desenvolvimento confere à cidade a 13ª colocação entre os municípios mais ricos do Estado e a 7ª colocação entre os municípios mais populosos.

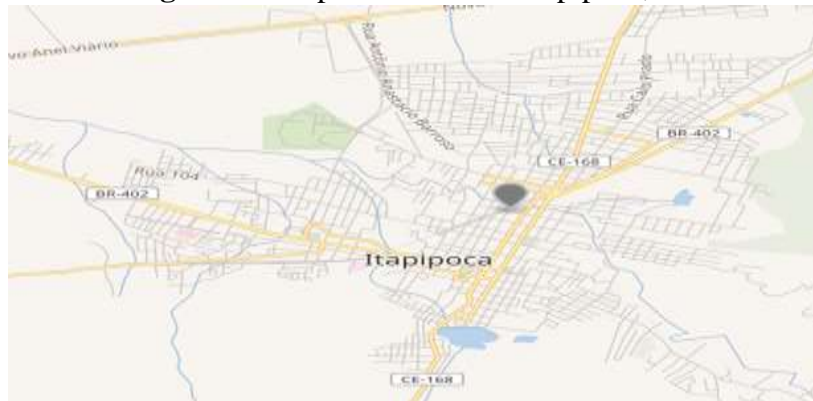
Em sua etimologia, Itapipoca vem do tupi-guarani *itá* (pedra, rocha), *pi* (pele, couro, revestimento) e *poca* (arrebentar, estourar), significando: *pedra arrebentada* ou *rocha estourada*. Sua denominação original era Arraial de São José, depois Vila Velha, Imperatriz e, desde 1889, Itapipoca.

Sua história é feita por terras entre a serra de Uruburetama e ao lado oeste do rio Mundaú, que hoje fazem parte do município de Itapipoca, eram habitadas por diversas etnias indígenas: Tupi e Tapuia, entre elas: Tremembé, Anacé, Apuiaré e tantas outras etnias.

No Século XVII, com definitiva ocupação das terras do Siará Grande, pelos portugueses, esta região começou a ser ocupada via a lei de Sesmarias. As primeiras possessões foram os sítios Santo Amaro e São José. Com a expansão da pecuária no ciclo do couro e da agricultura do algodão, esta ocupação intensifica-se e Itapipoca consolida-se como centro urbano no século XIX.

Nos planos de ligação Fortaleza-Sobral através dos caminhos de ferro no século XX, surge a estrada de ferro de Itapipoca com três estações: Rajada, Itapipoca e Craúna/Anário Braga. Com a estrada de ferro, Itapipoca consolida-se como centro comercial.

Figura 4 - Mapa da cidade de Itapipoca, CE



Fonte: Google Maps, 2021.

Com limite territorial de 1.600,358 km², e população estimada em 2020 de 130.539 pessoas¹ habitantes, o município de Itapipoca é dividido em doze distritos: Itapipoca (sede), Arapari, Assunção, Baleia, Barrento, Bela Vista, Calugi, Cruxati, Deserto, Ipu Mazagão, Lagoa das Mercês e Marinheiros. Conhecida como "cidade dos três climas", por haver em seu território praias, serras e o sertão, seu aspecto climático é tropical quente, semiárido, que oportunizam seus moradores escolher dentro de tantas belezas naturais, habitar onde o clima lhe é mais agradável.

Quanto a sua regionalização, o município de Itapipoca está inserido na 2ª Região Administrativa do Estado do Ceará, Região Litoral Oeste / Vale do Curu, na Microrregião de Itapipoca. Esta Macrorregião está composta pelos municípios: Amontada (43.829), Apuiarés (14.672), General Sampaio (7.694), Irauçuba (24.305), Itapajé (53.067), Itapipoca (130.539), Miraíma (13.894), Pentecostes (37.077), Tejuçuoca (19.371), Tururu (16.431), Umirim (19.903) e Uruburetama (22.040), totalizando uma população estimada de 402.822 habitantes.

Figura 5 - Mapa destacado do Litoral Oeste do Estado do Ceará.



Fonte: IPECE, 2017.

A Região do Litoral Oeste/Vale do Curu apresentou um crescimento nominal de 28,25% no registro de profissionais de saúde ligados ao Sistema Único de Saúde – SUS, destacando-se o crescimento do profissional médico que foi de 53%. Observa-se que a crescente desses números é impulsionada pela estruturação e necessidade instalada da

¹Fonte: IBGE, 2021.

população. Registra-se, ainda, que a região necessita de incentivos no tocante à estruturação do SUS. Estudos do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE apresentam um paralelo entre as unidades, leitos e profissionais de saúde por mil habitantes (2011-2016) no qual se verifica que, mesmo apresentando um tímido crescimento no indicador de profissionais de saúde, os números não contemplam a necessidade da população, conforme parâmetro da Organização Mundial de Saúde (OMS). Vide tabela abaixo:

Figura 6: Unidades, leitos e profissionais de saúde por mil habitantes, segundo os municípios da Região – 2011/2016

Unidades, leitos e profissionais de saúde por mil habitantes, segundo os municípios da Região – 2011/2016						
Região de Planejamento	Indicadores de Saúde					
	Unidades de saúde (por mil hab.)		Leitos (por mil hab.)		Profissionais de saúde (por mil hab.)	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Litoral Oeste / Vale do Curu	0,57	0,55	1,03	0,94	5,49	6,57
Amontada	0,40	0,33	0,88	0,84	4,28	5,36
Apuiarés	0,86	0,68	0,86	0,82	6,70	5,98
General Sampaio	1,27	1,16	2,06	1,88	8,07	10,26
Irauçuba	0,80	0,59	0,80	0,75	7,06	6,12
Itapajé	0,51	0,56	0,65	0,65	4,95	6,80
Itapipoca	0,45	0,48	1,16	1,08	5,05	7,01
Miraima	0,70	0,52	0,93	-	3,87	4,27
Pentecoste	0,65	0,57	1,43	1,38	7,27	7,52
Tejuçuoca	0,82	0,79	0,94	0,85	5,62	6,45
Tururu	0,48	0,69	0,89	0,82	5,40	7,03
Umirim	0,58	0,56	0,69	0,66	4,86	4,62
Uruburetama	0,75	0,79	1,35	1,25	6,74	6,85

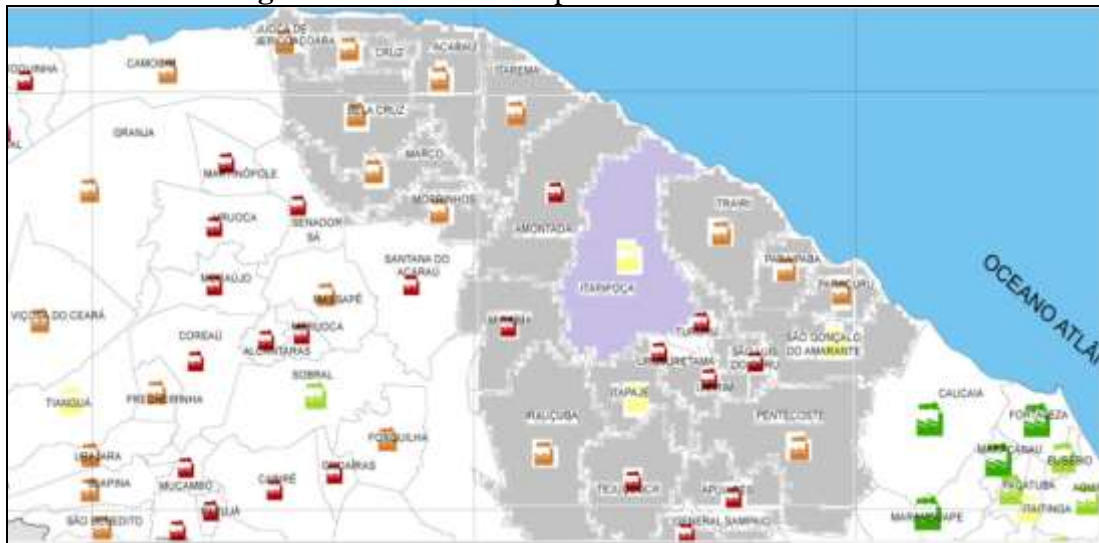
Fonte: Secretaria da Saúde (SESA).

Fonte: IPECE, 2017

Sua economia é baseada na agricultura familiar e no seu parque industrial e de serviços. Tem um comércio bastante diversificado, fazendo com que seja um centro regional de compras e negócios. Estão instaladas na cidade, filiais das maiores redes varejistas do Estado e algumas nacionais.

O parque industrial de Itapipoca caracteriza-se na 4ª faixa (de 51 a 150) do IPECE em número de empresas industriais, sendo voltada para a indústria de transformação. As que têm maior destaque são: Dilly, do ramo de calçados e Ducoco, do ramo alimentício.

Figura 7: Número de empresas industriais – 2017.



Fonte: IPECE, 2017

Itapipoca conta com estrutura de apoio a cajucultura, mandiocultura, avicultura caipira, distribuição de mudas, piscicultura, tilapicultura e apicultura.

a) Produção agrícola

- Zona da Serra – Produz: banana, cana de açúcar, café, pimenta do reino, algodão, milho, feijão, coco, verduras, manga, caju, jaca e outras variedades de frutas.
- Zona do Sertão – Produz: Algodão, cera de carnaúba, leite, queijo, peles, couros e castanha de caju.
- Zona da Praia – Produz: peixe, coco, farinha de mandioca, crustáceos e diversas frutas.

b) Pecuária

Destaque para a criação de gado bovino, equinos, suínos, asininos, muares, caprinos e ovinos.

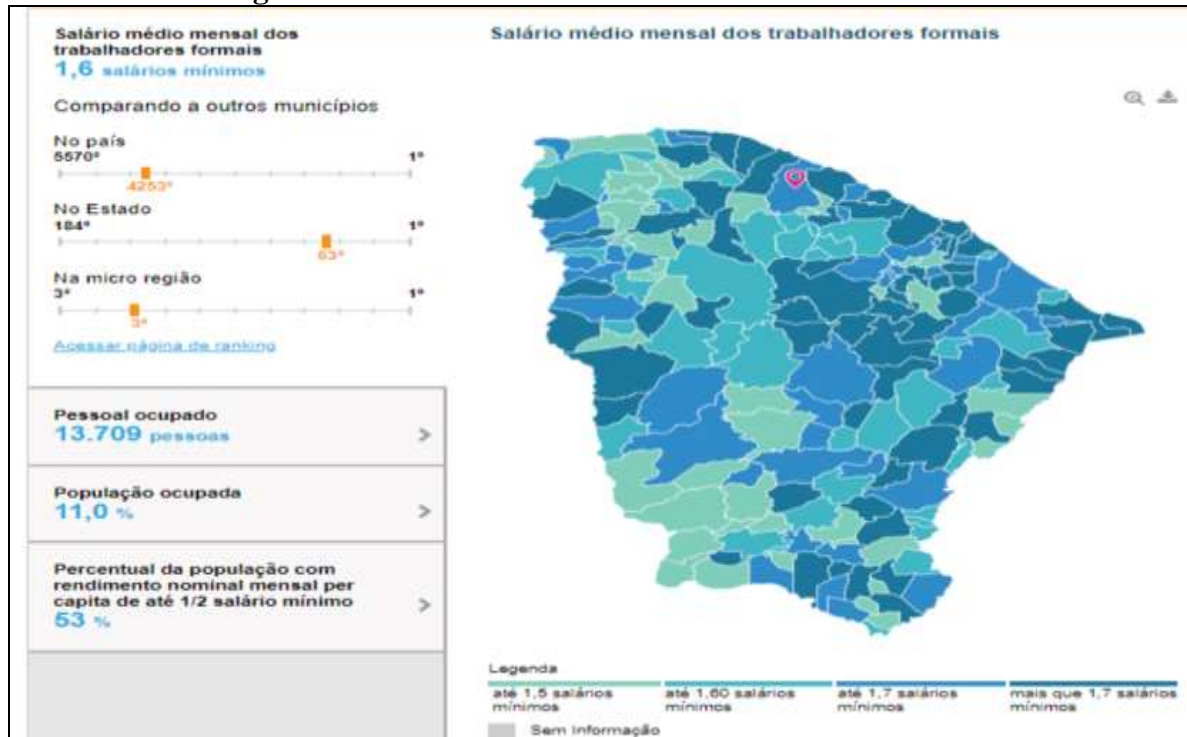
c) Recursos hídricos

Praticamente todo o território está localizado na Bacia Hidrográfica do Rio Mundaú (2.227, km²) e seus afluentes, o rio Cruxati e os riachos Taboca, Sororô, Quandú e o córrego dos Tanques. A bacia do Mundaú está inserida na grande unidade hidrológica denominada Bacia do Litoral que compreende uma área de drenagem de 8.619 km².

Os maiores açudes do município são: Poço Verde com capacidade de 13.650.000m³, o Quandu com capacidade de 4.000.000 m³ e o Gameleira com capacidade de 52,642 m³.

O Açude Público Gameleira barra as águas do rio Mundaú em um boqueirão localizado nas proximidades da localidade de Gameleira distando aproximadamente 16,0 km a Leste da sede do município de Itapipoca tendo um volume de reservatório estimado em 52,642 m³. A barragem tem uma extensão de coroamento de 1.939,14 metros sendo a mesma construída em terras homogêneas.

Figura 8: Salário médio mensal dos trabalhadores formais



Fonte: IBGE, 2017

Figura 9: Empresas industriais – Região metropolitana de Fortaleza e municípios selecionados do Ceará – 2010/2015

CEARÁ EM NÚMEROS - 2016										
DESENVOLVIMENTO DA INFRA-ESTRUTURA - INDÚSTRIA										
Tabela 17.5 Empresas industriais - Região Metropolitana de Fortaleza e municípios selecionados Ceará - 2010/2015										
Municípios	Empresas industriais									
	Total		Extrativa mineral		Transformação		Construção civil		Utilidade pública	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Ceará	19.040	43.483	260	388	15.716	39.794	2.940	2.978	124	323
PMF (1)	13.070	29.966	66	91	10.851	27.718	2.076	1.988	77	169
Fortaleza	9.689	20.909	15	11	7.894	19.306	1.736	1.513	44	79
Caucaia	780	2.123	19	22	694	2.019	62	71	5	11
Maracanãú	763	1.981	5	3	696	1.883	58	77	4	18
Miranguape	221	893	-	3	208	863	13	26	-	1
Eusébio	398	603	1	3	319	489	78	107	-	4
Pacatuba	137	510	-	4	123	486	13	17	1	3
Horizonte	129	491	2	4	110	461	16	23	1	3
Aquiraz	236	488	10	13	196	429	36	42	4	4
Pacajus	142	475	-	4	137	455	5	15	-	1
Cascavel	160	335	-	1	149	319	11	14	1	1
Itatinga	83	267	5	9	71	231	7	26	-	1
São Gonçalo do Amarante	81	180	2	2	54	146	17	22	8	10
Paracuru	66	144	1	4	56	124	6	12	3	4
Pindoretama	49	125	-	-	46	123	3	2	-	-
Trairi	15	119	1	3	10	84	3	9	1	23
Chorocoíno	41	106	3	2	36	102	2	2	-	-
Parapaba	43	99	-	-	38	87	8	7	5	5
Guaibá	23	76	1	1	20	72	2	3	-	-
São Luís do Curu	14	42	1	2	13	39	-	-	-	1
Municípios selecionados (2)										
Juazeiro do Norte	919	1.603	3	3	811	1.522	104	77	1	1
Sobral	328	673	13	16	249	595	65	56	1	6
Iguatu	229	500	3	7	177	449	48	40	1	4
Crato	211	466	2	7	183	427	24	29	2	3
Russas	231	379	5	14	204	343	22	21	-	1
Aracati	115	363	2	5	97	316	10	23	6	19
Quixadá	154	362	1	5	123	315	29	39	1	3
Tianguá	130	333	-	2	92	253	37	74	1	4
Itapipoca	85	305	2	4	76	283	7	11	-	7
Quiterambom	113	291	2	3	88	263	23	22	-	3

Fonte: Secretaria da Fazenda (SEFAZ).

(1) Os municípios de Cascavel e Pindoretama passaram a integrar a Região Metropolitana de Fortaleza em 2009.

(2) Municípios com maior número de empresas industriais, exclusive os da Região Metropolitana de Fortaleza.

Fonte: IPECE, 2017, SEFAZ, 2017.

A região apresentou um crescimento de 19,85%, no período de 2011 a 2016, no número de empregos formais, tendo como destaques os setores: indústria (41,39%) e

comércio (20,15%). Esse resultado positivo no tocante ao aumento de empregos impactou diretamente o indicador Produto Interno Bruto – PIB, que na região destaca-se o crescimento de 21,19% (no município de Itapipoca registra-se o crescimento de 48,33% do PIB, no período de 2011 a 2015).

Figura 10: Produto Interno Bruto, segundo os municípios da Região – 2011/2015

Produto Interno Bruto, segundo os municípios da Região – 2011-2015						
Região de Planejamento	PIB (R\$ mil)					Crescimento nominal (%) (2011-2015)
	2011	2012	2013	2014	2015	
Litoral Oeste / Vale do Curu	2.706.368	2.686.408	2.835.544	3.275.845	3.279.823	21,19
Amontada	298.074	288.676	285.779	366.321	318.872	6,96
Apuiarés	55.136	56.220	66.228	79.514	86.830	57,48
General Sampaio	33.334	33.495	37.793	43.740	45.620	36,85
Irauçuba	106.489	110.957	124.748	142.973	148.556	39,50
Itapajé	715.132	383.759	450.431	521.958	497.261	-30,47
Itapipoca	802.759	928.073	1.002.563	1.197.646	1.190.746	48,33
Miraima	53.170	58.245	58.155	67.366	72.891	37,09
Pentecoste	250.938	389.496	350.736	314.391	335.076	33,53
Tejuçuoca	62.376	66.127	73.464	88.000	98.929	58,60
Tururu	50.988	59.380	67.906	84.225	91.657	79,76
Umirim	79.713	78.132	88.297	101.983	109.221	37,02
Uruburetama	198.259	233.848	229.445	267.728	284.165	43,33

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) / Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE).

Fonte: IPECE, 2017

Na economia, o município de Itapipoca destaca-se como polo apresentando uma média de crescimento na arrecadação de receita estadual de 34% (Receita total 30%, Receita tributária 29%, Receita de ICMS 45%), frente ao crescimento médio de 37% da região.

Figura 11: Receita estadual arrecadada, segundo os municípios da Região – 2011/2016

Receita estadual arrecadada, segundo os municípios da Região – 2011/2016						
Região de Planejamento	Receita Estadual Arrecadada (R\$ mil)					
	Receita total		Receita tributária		Receita do ICMS	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Litoral Oeste / Vale do Curu	29.723	86.929	28.286	85.171	22.962	48.889
Amontada	1.426	2.069	1.426	2.069	989	1.124
Apuiarés	431	646	431	646	306	292
General Sampaio	255	351	255	351	197	210
Irauçuba	488	1.204	488	1.204	288	728
Itapajé	2.993	5.556	2.993	5.556	2.217	3.850
Itapipoca	20.725	67.963	19.267	66.225	16.712	36.500
Miraima	91	269	91	269	15	16
Pentecoste	1.711	4.828	1.711	4.828	1.262	3.637
Tejuçuoca	203	432	203	432	82	103
Tururu	288	482	288	482	147	119
Umirim	430	1.246	430	1.246	282	896
Uruburetama	684	1.903	684	1.903	465	1.414

Fonte: Secretaria da Fazenda (SEFAZ).
Nota: Na Receita Total e Tributária estão incluídos valores referentes a Outras Receitas Correntes que não repassados aos municípios.

Fonte: IPECE, 2017

3.2 POLÍTICAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE CUIDADOS COM A SAÚDE MATERNO INFANTIL

A constituição Federal de 1988 estabeleceu em um dos seus artigos, o 198, que os serviços de saúde compõem uma rede hierarquizada e regionalizada com base na descentralização, integralidade dos atendimentos e inclusão da comunidade nas conferências de saúde. O modelo do novo sistema foi construído de uma forma que os entes federativos sejam interdependentes no que diz respeito a gestão, financiamento, necessitando de um alinhamento/articulação entre eles para que seja garantido uma política pública de qualidade na atenção primária. A necessidade de uma gestão compartilhada surgiu a partir do movimento de reforma sanitária, pois desde a década de 70 já identificaram a importância que o trabalho articulado do Ministério da Saúde, estados e municípios seria fundamental para todo o processo de implantação e manutenção da saúde em todo território brasileiro (Brasil, 1988).

O conselho Nacional dos secretários de saúde (CONASS), o conselho nacional de secretarias municipais de saúde (CONASEMS) e o conselho de secretarias municipais de saúde (COSEMS) exercem importante papel no que diz respeito a órgãos colegiados de representação políticas de gestores do SUS, desenvolvendo um excelente papel nas instâncias deliberativas. O CONASEMS atua no fortalecimento e autonomia no que diz respeito a gestão municipal, incentivando o desenvolvimento de políticas que promovam equidade e participação social. O CONASS é responsável pela representação estadual política do sistema único de saúde (SUS), realizando o apoio técnico a secretarias estaduais através de inovação, incentivo de boas práticas. E o COSEMS que fortalecem todo o suporte de ações desenvolvidas no município (Dayrell, 2015).

A região de saúde é fundamental na integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos. Não deve ser vista como divisão administrativa do Estado, mas sim como o foco da integralidade. Precisa ser resolutiva, talvez não em sua totalidade, mas deve ser capaz de resolver a quase totalidade das necessidades de saúde da população. A região de saúde é o espaço de atuação para aplicação de um sistema de saúde integrado (Dayrell,2015).

O município de Itapipoca implementou na atenção primária todas as políticas de acordo com as diretrizes e objetivos da Política Nacional de atenção integral a saúde da mulher (PNAISM) e da Política Nacional de atenção integral a saúde da Criança (PAISC)

para uma assistência holística a mulheres e crianças visando as particularidades e vulnerabilidades desses grupos populacionais.

Antes de ser implementada a PNAISM e PAISC, os programas que existiam com algumas ações básicas de saúde voltadas para esses grupos populacionais não reduzia as taxas de mortalidade na linha materna infantil. O cenário infantil lidava com desnutrição, diarreias, infecções respiratórias, como também, doenças autoimunes, cardíacas fazendo com que o principal foco da PNAISC fosse implementação dos testes após o nascimento da criança: teste o pezinho, olhinho, linguinha; acompanhamento dessas crianças através do programa de crescimento e acompanhamento e imunizações através da constante atualização da caderneta vacinal.

O cenário feminino era de alta mortalidade por doenças crônicas (hipertensão, diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo) muitas vezes diagnosticados tardiamente ou sem acompanhamento adequado para as mulheres. Alta mortalidade do público feminino com HIV e infecções sexualmente transmissíveis. Alta mortalidade materna por hipotonia uterina, infecção puerperal e choque hipovolêmico, devido a precária assistência no pós-parto imediato e mediato que são as principais horas de possíveis agravos no puerpério. Dificuldades em relação ao acesso a métodos contraceptivos, como também, assistência para o planejamento familiar, assistência precária a mulheres com infertilidade, assistência de pré-natal com poucas consultas, falta de materiais. Índice elevado de gravidez na adolescência, violência doméstica, depressão, esquizofrenia e outros problemas psicológicos. Desta forma se estendia também os cuidados as pacientes para prevenção do Câncer do colo do útero e câncer de mama. Em resposta a cada problema enfrentado nos eixos da saúde da mulher, coletados e avaliados através das estatísticas das secretarias estaduais e municipais, banco de dados do SUS, comitês de estudos sobre mortalidade materna, foram criados os objetivos da PNAISM. Os principais objetivos para implementação no Estado e Município, são estes:

Figura 12- Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 1: Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Doenças cardiovasculares e hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de mulheres com doenças cardiovasculares e hipertensão arterial • Mortalidade de mulheres por doenças cardiovasculares e hipertensão arterial • Mulheres com diagnóstico de hipertensão, grávidas ou não • Reconhecimento, por profissionais nas emergências hospitalares, da queixa de agravos do aparelho cardiovascular • Existência de critérios de priorização para consultas e exames de mulheres com doenças cardiovasculares e hipertensão arterial • Existência de informação sobre a relação entre doenças cardiovasculares e estilo de vida (fumo, atividades físicas, stress etc.) • Percentual de mulheres atendidas nas emergências hospitalares com diagnóstico de infarto em relação aos homens atendidos com o mesmo diagnóstico • Média de tempo de espera das mulheres nas emergências hospitalares para atenção ao infarto • Percentual de mulheres atendidas nas emergências hospitalares com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral 	<ul style="list-style-type: none"> • Banco de dados do SUS • Estatísticas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde • Ouvidoria do SUS • Entrevista com mulheres com morbidade por estas causas • Entrevista com familiares de mulheres que faleceram por estas causas • Pesquisas acadêmicas, de ONG e/ou de instituições da área da saúde • PMAQ-II (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)
Diabetes <i>Mellitus</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de mulheres com diabetes <i>mellitus</i> • Existência de critérios de priorização para consultas e exames de mulheres com diabetes <i>mellitus</i> 	
Saúde e direitos sexuais	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento, por profissionais de unidades de saúde, da saúde sexual como um direito universal • Existência de políticas públicas sobre a sexualidade como direito 	
Orientação sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Relatos de preconceito e discriminação por orientação sexual 	
Identidade de gênero	<ul style="list-style-type: none"> • Relatos de preconceito e discriminação por identidade de gênero 	
Formação continuada	<ul style="list-style-type: none"> • Número de profissionais da Estratégia de Saúde da Família capacitados para atenção clínico-ginecológica com enfoque de gênero e direitos humanos 	

Fonte: Ministério da saúde, 2015.

Figura 13: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 3: Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, tendo como estratégia a Rede Cegonha		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Mortalidade materna	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Razão de morte materna – ou número absoluto - no estado e/ou município ▪ Percentual de mortes maternas por causas diretas (hipertensão, hemorragias, infecção e aborto) no estado e/ou município ▪ Percentual de mortes maternas por causas indiretas (3 primeiras por ordem de importância) no estado e/ou município ▪ Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil e maternas investigados ▪ Existência de Comitês de Mortalidade Materna atuantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Banco de dados do SUS/Secretaria de Vigilância à Saúde do MS ▪ Banco de dados do SUS/SIM/SIH ▪ Estatísticas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ▪ Dados dos Comitês de Estudo e Prevenção da Morte Materna das SES e SMS ▪ Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio/PNAD ▪ Banco de Dados do IBGE ▪ Pesquisas acadêmicas, de ONG e/ou de instituições da área da saúde, com metodologia qualitativa e/ou quantitativa ▪ Entrevista com usuárias dos serviços ▪ Entrevista com famílias de usuárias ▪ Entrevistas com profissionais de saúde, incluindo as doulas ▪ Visitas para observação em hospitais e maternidades ▪ PMAQ-II
Morbidade materna grave	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de casos de <i>near miss (caso grave de quase morte)</i> 	
Gravidez	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentagem de 6 ou mais consultas de Pré-Natal no estado e/ou município ▪ Existência de enfermeira na consulta pré-natal ▪ Existência de critérios de priorização para consultas e exames para gestantes baseados na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade 	
Parto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de maternidades no estado e/ou município ▪ Existência de Centro de Parto Normal no estado e/ou município ▪ Existência de quartos PPP (pré-parto, parto, puerpério) nas maternidades ▪ Número de serviços procurados para o parto ▪ Existência de enfermeira obstétrica na atenção ao parto ▪ Existência de parteiras na atenção ao parto ▪ Existência de doulas na atenção ao parto ▪ Proporção de partos cesáreos em relação ao total de partos ▪ Percentual de partos por tipo de partos (normal, cesárea) ▪ Número de casos confirmados de tétano neonatal ▪ Percentual de partos por faixa etárias e tipos de partos 	
Puerpério	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentual de mulheres que realizaram pelo menos uma consulta no puerpério 	
Humanização da atenção ao parto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de unidades hospitalares que incluem acompanhante de livre escolha no pré-parto, parto e puerpério. ▪ Existência de atividades de humanização da atenção ao parto (tapete, bola etc) 	
Atenção ao abortamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de unidades hospitalares que tem serviço de aborto legal funcionando ▪ Número de internações por abortos incompletos ▪ Número de procedimentos de curetagem em abortamento incompleto ▪ Número de procedimentos de AMIU em abortamento incompleto 	
Aborto por anencefalia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de mulheres que solicitaram e realizaram aborto e antecipação do parto por anencefalia 	
Aconselhamento pós-aborto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentual de mulheres que tiveram consulta de aconselhamento reprodutivo pós-aborto ▪ Existência de aconselhamento e distribuição de método anticoncepcional pós-aborto 	
Humanização da atenção ao abortamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de tratamento para dor durante a internação (antes e depois dos procedimentos) ▪ Número de abortamentos com presença de acompanhante 	

Fonte: Ministério da saúde 2015

Figura 14: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 4: Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Rede de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência com ênfase para os municípios-polo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de rede integrada de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência, em funcionamento ▪ Número de serviços de referência para atenção à violência sexual cadastrados no CNESS com o código de serviço especializado nº 165 ▪ Número de serviços ambulatoriais de atenção à violência sexual cadastrados no CNESS com o código de serviço especializado nº 165 ▪ Número de serviços de referência para atenção à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei cadastrados no CNESS com o código de serviço especializado nº 165 ▪ Número de serviços de atenção à violência que disponibilizam a Contracepção de Emergência ▪ Número de mulheres que chegaram aos serviços para interrupção da gestação nos casos previstos por lei após 22 semanas ▪ Número de unidades notificantes de suspeita de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ▪ Número de mulheres e adolescentes que sofreram violência notificados no SINAN ▪ Número de mortes de mulheres por suicídio ▪ Número de mortes de mulheres por homicídio ▪ Número de mulheres e adolescentes vítimas de violência atendidas nos serviços de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Banco de dados do SUS; ▪ Pesquisa no Sistema de Notificação de Violência/SINAN/SVS/MS; ▪ Estatísticas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; ▪ Observatório de Gênero da SPM/PR; ▪ Dados do Ligue 180; ▪ Dados das delegacias de mulheres e geral; ▪ Dados da CPI da Violência contra as Mulheres do Congresso Nacional; ▪ Dados dos Centros de Referência; ▪ Entrevistas com mulheres e familiares;
Aborto legal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de internações por aborto legal no SUS ▪ Existência de serviços que exigem Boletim de Ocorrência e Laudo do Instituto Médico Legal para realizar o aborto previsto no Código Penal ▪ Número de mulheres que solicitaram e realizaram aborto previsto por lei 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisas acadêmicas e de instituições de saúde; ▪ Dados das Secretarias de Segurança Pública Estaduais;
Formação continuada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de programas de capacitação de profissionais atuando na rede de atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência, incluindo programas de capacitação à distância ▪ Participação de ONGs e de grupos de mulheres nas capacitações dos profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dados das Secretarias e Coordenadorias da Mulher nos estados e municípios. ▪ CNES/MS

Fonte: Ministério da saúde – 2015

Figura 15: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 5: Promover, juntamente com o Departamento de DST, Aids e hepatites virais, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população feminina.		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Casos de aids e infecção pelo HIV em mulheres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taxa de detecção de casos de aids em mulheres ▪ Prevalência da infecção pelo HIV em mulheres ▪ Razão de sexo para infecção por aids ▪ Produção ambulatorial de exames sorológicos anti-HIV 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Banco de dados do SUS; Boletim Epidemiológico - Aids e DST (http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico/) ▪ Centros de Referência dos estados e municípios; Entrevistas com mulheres HIV positivas; ▪ Entrevista com profissionais de saúde; ▪ Entrevistas com integrantes de ONG que participam das atividades do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. ▪ PMAQ-II
Mortalidade de mulheres por aids	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taxa de mortalidade de mulheres por aids 	
Transmissão vertical	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taxa de detecção de HIV em gestantes ▪ Número de gestantes HIV positivas ▪ Casos de aids em menores de 5 anos 	
Terapia antirretroviral (TARV)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentual de mulheres em terapia antirretroviral (TARV) ▪ Percentual de gestantes em terapia antirretroviral (TARV) ▪ Número de serviços de referência para atendimento às mulheres e crianças soropositivas 	
Sífilis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taxa de detecção de sífilis em gestantes ▪ Taxa de detecção de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade ▪ Óbitos de mulheres por sífilis ▪ Produção ambulatorial de exames sorológicos para sífilis 	
Hepatites B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taxa de detecção de Hepatites B em gestantes ▪ Número de gestantes positivas para Hepatites B 	
Educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de atividades de educação em saúde sobre HIV e aids ▪ Existência e distribuição de materiais de informação para usuárias(os) 	
Formação continuada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de programas de capacitação de profissionais atuando na rede de atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência, incluindo programas de capacitação à distância ▪ Participação de ONGs e de grupos de mulheres nas capacitações 	

Fonte: Ministério da saúde -2015.

Figura 16: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 6: Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Câncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade por câncer de mama Número de mulheres que morreram por câncer de mama Percentual de mulheres que tiveram acesso à cirurgia de reconstrução mamária em relação às que realizaram mastectomia Razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária Número de mulheres que tiveram acesso à mamografia Existência de serviços de mastologia para tratamento das alterações em exames das mamas Existência de serviços de acompanhamento das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama Número de internações hospitalares por câncer de mama 	<ul style="list-style-type: none"> Banco de dados do SUS Banco de dados do Instituto Nacional do Câncer/INCA Entrevista com mulheres com câncer Entrevista com profissionais de saúde de serviços especializados Entrevistas com familiares de mulheres que faleceram por estas causas Pesquisas acadêmicas e de instituições de saúde PMAQ-II
Câncer de colo do útero	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade por câncer de colo do útero Razão entre exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária Existência de serviço de acompanhamento das mulheres que realizaram tratamento para câncer de colo do útero Existência de registro na atenção básica de mulheres com exame citopatológico alterado Estimativa de tempo para atendimento das usuárias com exame citopatológico alterado Número de mulheres que morreram por câncer de colo do útero Número de internações hospitalares por câncer de colo do útero Existência de serviços de mastologia para tratamento das alterações em exames de colo do útero Existência de serviços de acompanhamento das mulheres que realizaram tratamento para câncer de colo 	
Câncer de pulmão	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade por câncer de pulmão Número de internações hospitalares por câncer de pulmão 	
Apoio psicológico	<ul style="list-style-type: none"> Existência de serviços de apoio psicológico para mulheres com câncer 	

Fonte: Ministério da saúde -2015

Figura 17: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 7: Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero.		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Serviços de atenção à saúde mental das mulheres com enfoque de gênero, direitos humanos e justiça social	<ul style="list-style-type: none"> Número de serviços de atenção à saúde mental das mulheres Tipos de serviços de atenção à saúde mental das mulheres – Ambulatório e CAPS 	<ul style="list-style-type: none"> Banco de dados do SUS Informações dos CAPS e outros equipamentos da rede de saúde mental nos municípios Pesquisas de universidades e instituições de saúde Entrevista com usuárias dos serviços de saúde mental e da atenção básica Entrevistas com familiares e amigos de mulheres com transtornos mentais e/ou suicídio Entrevista com mulheres hospitalizadas em instituições psiquiátricas PMAQ-II
Medicamentos psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> Percentual de mulheres utilizando medicamentos psiquiátricos, em relação aos homens (benzodiazepínicos, antidepressivos e outros) Existência na atenção básica de registro das usuárias de benzodiazepínicos, antidepressivos e outros 	
Internação psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> Percentual de mulheres com internação psiquiátrica em relação aos homens, por causas Existência de casos de internação psiquiátrica compulsória 	
Depressão	<ul style="list-style-type: none"> Prevalência de mulheres com depressão Prevalência de depressão no pós-parto Prevalência de depressão no climatério Prevalência de depressão em mulheres idosas 	
Suicídio	<ul style="list-style-type: none"> Percentual de morte de mulheres por suicídio 	
Álcool e drogas	<ul style="list-style-type: none"> Existência na atenção básica de registro das usuárias com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas Percentual de mulheres atendidas nos Centros de Apoio PsicoSocial/álcool e drogas (CAPSad) por uso dessas substâncias Percentual de mulheres internadas em hospitais por uso de álcool e drogas 	
Atividades coletivas	<ul style="list-style-type: none"> Existência de serviços com grupos de reflexão sobre mulher, gênero e saúde mental 	

Fonte: Ministério da saúde – 2015

Figura 18: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 8: Implantar e implementar a atenção à saúde das mulheres no climatério		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Saúde no climatério	<ul style="list-style-type: none"> Prevalência de mulheres fazendo terapia de reposição hormonal e terapias complementares 	<ul style="list-style-type: none"> SISAB (Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica) PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) Banco de dados do SUS Entrevista com mulheres no climatério que são usuárias dos serviços de saúde Pesquisas acadêmicas e instituições de saúde
Acesso à informação sobre saúde no climatério	<ul style="list-style-type: none"> Existência de programas de capacitação para qualificação da atenção às mulheres no climatério e respectivos conteúdos Existência de grupos de informação sobre a temática nas unidades de saúde 	
Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Tipos de demandas de mulheres no climatério 	

Figura 19: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 9: Promover a atenção à saúde das mulheres idosas		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Acesso a serviços	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de mulheres idosas cadastradas na ESF (Estratégia Saúde da Família) Existência de ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para idosas 	<ul style="list-style-type: none"> SISAB (Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica) SIH (Sistema de Informações Hospitalares) SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) Entrevista com usuárias dos serviços de saúde Entrevista com profissionais de saúde Pesquisas locais.
Morbidade	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de mulheres idosas internadas por fraturas de fêmur (preditor de mortalidade) 	
Capacidade funcional	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de mulheres idosas com limitação funcional para realizar Atividades de Vida Diária (AVD) 	
Violência	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de casos notificados de violência contra a mulher idosa (sexual, financeira e outras) 	
Suporte social	<ul style="list-style-type: none"> Número de mulheres idosas participantes de atividade coletiva em Unidades de Saúde Existência de programas de apoio familiar e social com foco na mulher cuidadora Número de mulheres acompanhadas por programas municipais de cuidadores 	
Formações	<ul style="list-style-type: none"> Existência de programas de formação para a qualificação da atenção às mulheres idosas 	
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> Existência de Conselhos Municipais e Estaduais com participação de mulheres idosas 	

Figura 20: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 10: Promover a atenção à saúde das mulheres negras		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Ações de saúde da mulher com recorte racial/de cor e étnico	<ul style="list-style-type: none"> Número de municípios com Programa de Anemia Falciforme (PAF) implantado Prevalência de anemia falciforme (x/população total de mulheres) Existência de exames de eletroforese de hemoglobina Razão de morte materna por aborto inseguro em mulheres negras comparadas àquela da população em geral Existência de ações de saúde para as mulheres quilombolas Postergação no atendimento por motivo de raça/cor/etnia Número de estados/municípios com assessoria técnica em saúde das mulheres negras 	<ul style="list-style-type: none"> Banco de dados do SUS Entrevista com usuárias dos serviços de saúde Entrevista com profissionais de saúde Entrevistas com mulheres de organizações de mulheres negras Pesquisas acadêmicas e de instituições de saúde Observatório da População Negra, disponível: <<http://www.observatoriodonegro.org.br>> Portal da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; <<http://www.seppir.gov.br/>> Entrevistas com gestoras(es) de assessoria técnica em saúde das mulheres negras.
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada 	
Acesso à informação sobre saúde das mulheres negras	<ul style="list-style-type: none"> Existência de programas de capacitação para qualificação da atenção às mulheres negras e respectivos conteúdos Existência de grupos de informação sobre a temática nas unidades de saúde 	
Formação continuada	<ul style="list-style-type: none"> Existência de programas de formação de profissionais sobre saúde das mulheres negras Participação de ONG e de grupos de mulheres negras nas formações dos profissionais de saúde 	

Fonte: Ministério de saúde -2015

Figura 21: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 11: Promover a atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Ações de saúde da mulher com recorte de orientação sexual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de ações de atenção à saúde das mulheres lésbicas ▪ Número de estados/municípios com assessoria técnica em saúde das mulheres lésbicas ▪ Postergação no atendimento por motivo de orientação sexual ▪ Sistemas de informação com dados desagregados por orientação sexual ▪ Acesso a informação e insumos para DST e Aids ▪ Acesso a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, colo de útero e de pulmão ▪ Existência de coordenação ou área programática específica para mulheres lésbicas e bissexuais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Banco de dados do SUS ▪ Entrevista com usuárias dos serviços de saúde ▪ Entrevista com profissionais de saúde ▪ Entrevistas com mulheres de organizações de mulheres lésbicas
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada 	

Fonte: Ministério da saúde -2015

Figura 22: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 12: Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Ações de intervenção aos agravos à saúde das trabalhadoras do campo, das águas e da floresta, da cidade e de assentamentos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de ações de atenção aos agravos à saúde das trabalhadoras do campo, das águas e da floresta, da cidade e de assentamentos ▪ Número de comunicações de acidentes de trabalho (CAT) em mulheres trabalhadoras do campo, das águas e da floresta, da cidade e de assentamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos e normas técnicas das SES e SMS • Banco de dados do SUS • Banco de dados das SES e SMS • Entrevista com mulheres que pertencem a esses grupos específicos e são usuárias dos serviços de saúde • Entrevista com familiares dessas mulheres • Entrevista com mulheres privadas de liberdade • Entrevista com diretores/as de presídios • Entrevista com membros do Ministério Público e Conselhos Tutelares
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada referente a esse grupo específico ▪ Existência de ações direcionadas à população rural, assentados e quilombolas de acordo com demanda do próprio grupo 	

Fonte: Ministério da saúde -2015

Figura 23: Guia de monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 13: Promover a atenção à saúde das mulheres indígenas		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Ações de saúde para mulheres indígenas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de ações de atenção aos agravos à saúde das mulheres indígenas nos polos básicos ▪ Existência de ações direcionadas às mulheres indígenas de acordo com demanda do próprio grupo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentos e normas técnicas das SES e SMS ▪ Banco de dados do SUS ▪ Banco de dados das SES e SMS ▪ Entrevistas com as mulheres e profissionais de saúde do DSEI ▪ Entrevistas com familiares dessas mulheres ▪ Entrevista com MP e Conselhos Tutelares.
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação dos DSEI (Distritos Sanitários Indígenas) nos espaços de construção e monitoramento das políticas de saúde das mulheres ▪ Existência de Conselhos Municipais e Estaduais para a população indígena com participação de mulheres indígenas 	

Fonte: Ministério da saúde -2015.

Figura 24: Guia de monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 14: Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de privação de liberdade		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Ações de saúde para mulheres em situação de privação de liberdade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência nas instituições de privação de liberdade de áreas especiais para mulheres grávidas e aquelas que estão amamentando ▪ Uso de algemas durante internação em hospitais e maternidades para parto ou atenção ao abortamento ▪ Suspensão do uso de medicamentos essenciais por medida punitiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentos e normas técnicas das SES e SMS ▪ Banco de dados do SUS; Banco de dados das SES e SMS ▪ Entrevista com familiares dessas mulheres
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada referente a esse grupo específico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista com mulheres privadas de liberdade ▪ Entrevista com diretores/as de presídios ▪ Entrevista com membros do Ministério Público e Conselhos Tutelares.

Fonte: Ministério da saúde -2015

Figura 25: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 15: Promover a atenção à saúde das mulheres com deficiência		
Descritores	Indicadores, por raça/cor/etnia e idade	Fontes de dados
Ações de saúde para mulheres com deficiência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de ações de atenção aos agravos à saúde das mulheres com deficiência 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentos e normas técnicas das SES e SMS ▪ Banco de dados do SUS
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada referente a esse grupo específico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Banco de dados das SES e SMS ▪ Entrevista com mulheres com deficiência; Entrevista com familiares dessas mulheres ▪ Entrevista com membros do Ministério Público e Conselhos Tutelares.

Fonte: Ministério da saúde -2015

Figura 26: Monitoramento e acompanhamento da PNAISM

Objetivo 16: Fortalecer a participação e o controle social na definição, implementação e monitoramento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)		
Descritores	Indicadores	Fontes de dados
Fóruns	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação de representantes dos movimentos feminista e de mulheres nos fóruns perinatais da Rede Cegonha 	<ul style="list-style-type: none"> • Banco de dados do SUS • Entrevista com integrantes dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde • Entrevista com integrantes dos Comitês Municipais e Estaduais de Estudo e Prevenção da Mortalidade Materna • Entrevista com integrantes dos Comitês de Saúde Municipais e Estaduais para Prevenção do HIV/Aids • Entrevista com mulheres que participam de atividades nos Centros de Referência de Mulheres Vítimas de Violência • Entrevista com gestoras de Centros de Referência de Mulheres Vítimas de Violência • Entrevista com profissionais de Delegacias da Mulher e de Delegacias em geral.
Conselhos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência e funcionamento dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde 	
Comitês	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência e funcionamento dos Comitês Municipais e Estaduais de Estudo e Prevenção da Mortalidade Materna com participação da sociedade civil ▪ Existência e funcionamento dos Comitês de Saúde Municipais e Estaduais para Prevenção do HIV/Aids com participação da sociedade civil 	
Redes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência e funcionamento de Redes Integradas de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência ▪ Participação dos movimentos feminista e de mulheres nas atividades de planejamento, monitoramento e avaliação 	
Pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de editais para intervenções e/ou pesquisas na área de saúde da mulher 	
Recursos orçamentários	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existência de orçamento para as áreas técnicas ou Coordenações de Saúde da Mulher nos estados e/ou municípios 	

Fonte: Ministério da saúde -2015

Todo o processo de acompanhamento das políticas e monitoramento deve ser contínuo. Não está relacionado apenas aos preenchimentos de relatórios a fim de alimentar os processos burocráticos. Por isso, o trabalho do ministério da saúde e parcerias com a organização pan-americana de saúde (OPAS), fundo de população das nações unidas (UNFPA) e instâncias públicas são importantes como: Comitês de Estudo e Prevenção da Mortalidade Materna Estaduais e Municipais; Comitês de Acompanhamento da Rede Cegonha – hospitais de referência, maternidades e centros de parto normal estaduais e municipais do programa; Conselhos Estaduais de Saúde; Conselhos Municipais de Saúde, Fórum das ONG/Aids e de outros agravos que afetam a saúde da mulher; Rede de Atenção as Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual e Doméstica, que integra o Pacto de Enfrentamento à Violência; Comissão Gestora das Políticas dos CAPS, Conselhos Tutelares; Conselhos Estaduais e Municipais de Defesa dos Direitos da Mulher; Conferências Estaduais e Municipais de Saúde; Conferências Estaduais e Municipais da Mulher.

As três assistências mais realizadas dentro da política nacional de atenção integral a saúde da mulher e da criança no município de Itapipoca são: pré-natal, puericultura e imunização.

3.2.1 Pré-Natal

O pré-natal é uma das estratégias mais importantes dentro da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), pois a recomendação é que este acompanhamento ocorra antes da mulher engravidar, através da consulta de planejamento familiar, que tem o objetivo de fazer com que a mulher conheça seu corpo, as mudanças do seu ciclo menstrual como também, junto com a(o) enfermeira (o) escolha o melhor método contraceptivo para ela e o melhor momento para engravidar. Esta avaliação permite que a(o) enfermeira(o) identifique os fatores de risco ou doenças que possam afetar a evolução de uma futura gestação.

Uma ferramenta importante para a redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal, pois possibilita planejar a gravidez em mulheres adolescentes ou com patologias crônicas descompensadas: hipertensão, portadoras de HIV, diabetes, cardiopatias.

Após a confirmação da gestação, a primeira consulta é fundamental, o ideal é que ela aconteça ainda dentro do primeiro trimestre. Nesta consulta é realizada a anamnese da gestante, avaliação de sinais e sintomas, solicitação de exames com o objetivo de rastrear alterações como: anemia, deficiências de vitaminas, aumento de colesterol, glicemia, sorologias para doenças como: hepatites, toxoplasmose, HIV, sífilis, entre outras doenças. Avaliação do cartão de vacina e orientações sobre os cuidados gerais na gestação e também sobre os hábitos de vida. Como por exemplo: promoção do estado nutricional de mãe e feto, adoção de práticas alimentares saudáveis, orientações quanto ao uso de medicamentos (se necessário), avaliação das condições de trabalho (orientação nos casos de exposição a tóxicos ambientais). O objetivo é contribuir para o desenvolvimento de uma gestação com o máximo de saúde possível e consequentemente um recém-nascido saudável.

Segundo a organização mundial da saúde (OMS), para ser considerado uma gestante que fez o acompanhamento de pré-natal, precisa ter no mínimo 06 consultas de pré-natal ou mais. As consultas são mensais até a vigésima oitava semana, a cada quinze dias entre 28 semanas e 36 semanas e semanais até completar 41 semanas e 06 dias. Neste final de gestação, o cuidado deve ser redobrado para avaliação dos batimentos cardíacos fetais que dão os sinais de bem-estar fetal, avaliação do índice de líquido amniótico, movimentação

fetal, bem-estar materno (avaliação dos sinais vitais) entre outros cuidados. E deve ser realizado novamente exames sorológicos nas gestantes, curva glicêmica (com o objetivo de rastrear diabetes gestacional), coleta anal e vaginal para rastreamento de Estreptococos B que é a causa mais comum de infecção grave e precoce em neonatos para avaliar o estado geral de binômio.

3.2.2 Puericultura

A puericultura consiste no acompanhamento/avaliação periódica de crianças e adolescentes. Inicia com a visita puerperal realizada na residência da puérpera para avaliar como está o período de adaptação da família com a chegada de um bebê e, principalmente, como está este bebê em relação ao desenvolvimento, pega correta para amamentar, funções fisiológicas, reflexos, higienização do coto umbilical (que é um local que pode infeccionar), entre outros cuidados. Entende-se crescimento como um processo biológico, perceptível através do aumento do tamanho corporal da criança e este desenvolvimento ele sofre a influência de fatores intrínsecos e extrínsecos.

Os fatores intrínsecos estão relacionados à genética da criança, ao metabolismo e os fatores extrínsecos são aqueles hábitos/ cuidados que estão presentes no dia a dia da criança, como por exemplo, alimentação, higiene, cuidados gerais que possuem influência sobre sua saúde. O acompanhamento da enfermagem nessa fase é extremamente importante, pois principalmente os fatores ambientais (extrínsecos) podem afetar o desenvolvimento, como por exemplo a alimentação requer cuidados específicos até 5 anos de idade.

A alimentação da criança é um dos principais fatores pois ela precisa ter qualidade e após o nascimento. O aleitamento precisa ser incentivado pelos benefícios que ele traz para o desenvolvimento da criança em qualidade nutricional e, também, por fortalecer o seu sistema imunológico, entre outros benefícios. Para isto, muitos mitos em relação à amamentação precisam ser esclarecidos pelos(as) enfermeiros(as) nesta fase, pois a cultura do leite fraco, pouco leite vem na maioria das vezes dos familiares que cercam a puérpera. Em relação à introdução alimentar, as famílias também precisam de orientações e acompanhamento sobre a forma correta de introduzir alimentos, tendo a necessidade de iniciar ofertando apenas uma fruta por dia no horário do lanche e atentar aos sinais de reações alérgicas que são muito comuns a frutas do dia a dia, como a banana, por exemplo. Aos poucos, introduzir as demais refeições como almoço e jantar, os alimentos não devem ter sal até um ano de vida, preferência por temperos frescos, não usando os ultras processados, consistência pastosa ou o

método Baby – Led Weaning (BLW) que consiste na apresentação dos alimentos em forma de pedaços (cortes adequados) para que a criança pegue, sinta a textura, brinque, sinta o cheiro e tenha uma melhor associação do gosto e saciedade.

A equipe de enfermagem na consulta puerperal realiza a medição de peso, altura, avaliação da criança através de gráficos que mostram o acompanhamento, evolução do bebê podendo ser uma ferramenta para visualização do paciente e diagnóstico de nanismo, desnutrição, obesidade infantil. O exame físico também é outra ferramenta na busca de achados/anormalidades na criança, avaliação da pele, palpação de linfonodos em alguns casos infecciosos, ausculta pulmonar, cardíaca, palpação abdominal, avaliação das genitálias e funções fisiológicas, solicitação de exames, avaliação do cartão de vacinas, avaliação da parte cognitiva e conhecer as atividades da rotina que cercam a criança diariamente.

3.2.3 Imunização

A atenção primária é caracterizada pelo conjunto de ações de saúde, podendo ser realizada de forma individual ou coletiva que envolve promoção, proteção a saúde, prevenção, reabilitação, manutenção a saúde. A estratégia saúde da família (ESF) implementada desde 1994 é a melhor estratégia para exercer os cuidados de saúde voltado para a família e prevenir doenças melhorando a qualidade de vida e reduzindo os índices de agravos de saúde e internações ou assistência de saúde de alta complexidade. Em relação à imunização, é na atenção primária que os(as) enfermeiros(as) e equipe de saúde avaliam as cadernetas de vacinas e já realizam as orientações para atualização da situação vacinal. E esse acompanhamento de perto, principalmente na linha materno infantil, permite que gestantes e crianças sejam protegidas de vários patógenos. Para que isso ocorra, é necessário integração da equipe, entre Agentes comunitários de saúde, enfermeiros(as), médicos(as) e equipe da sala de vacinação para que aproveitem todas as oportunidades possíveis para realizar esse atendimento com eficiência.

As vacinas ofertadas nos serviços de saúde são estabelecidas nos calendários elaborados pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) contendo os tipos de vacinas, número de doses de esquema básico e reforço, idade para administração de cada dose, intervalo mínimo de uma dose para a outra. Como também, as especificidades sociais de cada grupo populacional. Crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas, principalmente o esquema vacinal para as crianças tem como objetivo protegê-los(as) mais precocemente no primeiro ano de vida, realizando nos anos seguintes os reforços. Anualmente

o PNI realiza alterações, conforme a necessidade da população, como por exemplo, uma das vacinas mais recentes inseridas no calendário infantil foi a vacina contra COVID-19. Nas unidades de saúde os calendários vacinais devem ser fixados em locais visíveis pela população.

Figura 27: Calendários de vacinação 2024.

CALENDÁRIOS DE VACINAÇÃO 2024			
Calendário de Vacinação da Criança			
IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG – ID Vacina hepatite B	Dose única Dose	Formas graves de tuberculose Hepatite B
2 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
	VIP (vacina inativada poliomielite)		Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)		Diarreia por Rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (valente)		Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
3 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
4 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VIP (vacina inativada poliomielite)		Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)		Diarreia por Rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 valente		Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
6 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VIP (vacina inativada poliomielite)		Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina Covid-19 (Pfizer pediátrica para menor de 5 anos)	1ª dose	Complicações causadas pela COVID-19
7 meses	Vacina Covid-19 (Pfizer pediátrica para menor de 5 anos)	2ª dose	Complicações causadas pela COVID-19
9 meses	Vacina febre amarela	1ª dose	Febre amarela
	Vacina Covid-19 (Pfizer pediátrica para menor de 5 anos)	3ª dose	Complicações causadas pela COVID-19
	SRC (tríplice viral)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola.

Fonte: Calendário infantil- Manual PNI 2024

12 meses	Vacina pneumocócica 10 valente	Reforço	Contra doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
	Vacina meningocócica C (conjugada)	Reforço	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
15 meses	VOP (vacina oral poliomielite)	1º reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina hepatite A	Dose única	Hepatite A
	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SCRV (tetra viral)	Dose única	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela.
4 anos	DTP (tríplice bacteriana)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	VOP (vacina oral poliomielite)	2º reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina varicela	2ª dose	Varicela (catapora)
	Vacina febre amarela	Reforço	Febre amarela
9 anos (até 14 anos, 11 meses e 29 dias.)	HPV quadrivalente	2 doses	Infecções pelo Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18.

*A depender da situação vacinal encontrada.

Calendário de Vacinação do Adolescente

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
9 a 14 anos	HPV quadrivalente	2 doses	Infecções pelo Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18.
	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
11 a 19 anos	Dupla adulto (dT)*	3 doses ou reforço	Difteria e tétano
	Tríplice viral (SCR)*	2 doses	Sarampo, caxumba e rubéola
	Febre amarela*	Dose única	Febre amarela
11 a 14 anos	Vacina meningocócica ACWY (conjugada)	Dose única	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> dos sorogrupos A, C, W e Y.

*A depender da situação vacinal encontrada.

Calendário de Vacinação do Adulto

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT)*	3 doses ou reforço	Difteria e tétano
	Febre amarela*	Dose única	Febre amarela
20 a 59 anos	Tríplice viral (SCR)*	2 doses – até 29 anos, 11 meses e 29 dias. 1 dose – a partir dos 30 anos de idade até 59 anos, 11 meses e 29 dias.	Sarampo, caxumba e rubéola

Fonte: Calendário infantil- Manual PNI 2024

*A depender da situação vacinal encontrada.

Calendário de Vacinação da Gestante

	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Gestantes	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT) e/ou dTpa tipo adulto*	Doses ou reforço	dT: difteria e tétano dTpa: difteria, tétano e coqueluche
	Vacinas Covid-19 Pfizer	2 doses + reforços a cada 6 meses	Covid-19

*A depender da situação vacinal encontrada.

Calendário de Vacinação do Idoso

	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
60 anos ou mais	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT)*	Doses ou reforço	dT: difteria e tétano
	Vacinas Covid-19 Pfizer	2 doses + reforços a cada 6 meses	Covid-19

*A depender da situação vacinal encontrada.

Calendário do Trabalhador de Saúde

	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Trabalhador de Saúde	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT) e/ou dTpa tipo adulto*	Doses ou reforço	dT: difteria e tétano
	Triplíce viral (SCR)*	2 doses – até 29 anos, 11 meses e 29 dias. 1 dose – a partir dos 30 anos de idade até 59 anos, 11 meses e 29 dias.	Sarampo, caxumba e rubéola
	Febre amarela*	Dose única	Febre amarela
	Varicela	2 doses	Varicela
	Vacinas Covid-19 Pfizer	2 doses + reforços a cada 6 meses	Covid-19

*A depender da situação vacinal encontrada.

Fonte: Calendário infantil- Manual PNI 2024

4 A ORGANIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA/CE PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIS PARA AS MULHERES

4.1 APRESENTAÇÃO DO CAMPO E DOS(AS) PARTICIPANTES DA PESQUISA

Compreende-se que a atenção primária à saúde (APS) é o primeiro nível do sistema de serviços de saúde, com o dever de funcionar como porta de entrada preferencial e englobar/desenvolver ações resolutivas sobre os problemas de saúde da comunidade articulando-se com os demais níveis de complexidade, formando uma rede integrada de serviços. Em relação ao aspecto normativo, foi preconizado pela política nacional os aspectos estruturais para o funcionamento de cada unidade de saúde, como também, itens importantes para que a equipe consiga prestar assistência a comunidade, ferramentas de trabalho como equipamentos e materiais adequados, equipe qualificada e fluxograma das condutas, referências e contra referencias dentro dos serviços especializados (Moura et. al., (2010). O Município de Itapipoca conta com 25 unidades básicas de saúde para atender a população aproximada de 122.220 habitantes, segundo o IBGE (2023), conforme segue:

Quadro 03- Cadastro nacional do estabelecimento de saúde (CNES) unidades básicas de saúde -Itapipoca -CE.

UBS BAIRRO VIOLETE	CNES 2426250
UBS E POSTO DE SAÚDE SALGADO DOS PIRES	CNES 3983870
UBS E POSTO DE SAÚDE EM CENTRO -BETÂNIA ITAPIPOCA	CNES 2426331
UBS E POSTO DE SAÚDE EM ASSUNÇÃO -ITAPIPOCA	CNES 2426277
UBS E POSTO DE SAÚDE EM CENTRO/ PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA BELA VISTA	CNES 3060551
UBS E POSTO DE SAÚDE EM MARANHÃO	CNES 2426358
UBS E POSTO DE SAÚDE LAGOA DAS MERCÊS	CNES 3673650
UBS E POSTO DE SAÚDE EM BARRENTO	CNES 2426226
UBS E POSTO DE SAÚDE EM CENTRO (DESERTO)	CNES 2426285

UBS E POSTO DE SAÚDE (ESTAÇÃO)	CNES 3983838
UBS EM CENTRO – ESF IPU MAGAZÃO	CNES 3060500
UBS E POSTO DE SAÚDE ESF TOBOCAS	CNES 2426234
UBS E POSTO DE SAÚDE SÍTIO DO MEIO	CNES 2426242
UBS POSTO DE SAÚDE ESF LADEIRA	CNES 2610957
UBS E POSTO DE SAÚDE POVOADO ARAPARI	CNES 2664380
UBS E POSTO DE SAÚDE ESF CACIMBAS	CNES 2426374
UBS POSTO CENTRO -ESF FAMILIA DE CALUGI	CNES 3060462
UBS E POSTO DE SAÚDE NOVA ALDEOTA	CNES 3983897
UBS E POSTO DE SAÚDE EM PICOS	CNES 3987183
UBS POSTO CENTRO	CNES 6804764
UBS E POSTO DE SAÚDE DA BOA VISTA	CNES 3897842
UBS E POSTO DE SAÚDE BAIRRO DAS FLORES	CNES 3983773
UBS E POSTO DE SAÚDE COQUEIRO	CNES 3983889
UBS E POSTO DE SAÚDE EM BALEIA	CNES 3673669
UBS E POSTO DE SAÚDE ESF MOURÃO	CNES 3983854
UBS E POSTO DE SAÚDE (MARINHEIROS)	CNES 2426366

Os(as) participantes da pesquisa constituem um grupo de 10 enfermeiros(as) atuantes nas unidades básicas de saúde do município de Itapipoca -CE. São eles(as), profissionais que diariamente levam assistência para a população de cada território do município de acordo com o que é preconizado pela política da atenção primária, política nacional de atenção integral a saúde da mulher e atenção integral a saúde da criança.

QUADRO 04: CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Características	n	%
IDADE		
quantidade		
< 30	2	20%
31-40	4	40%
41-50	2	40%
51-60	2	0%
> 60	0	0%
SEXO		
Feminino	7	70%
Masculino	3	30%
TEMPO DE FORMAÇÃO (em anos)		
< 5 anos	3	30%
6 a 10 anos	2	20%
11 a 20 anos	3	30%
> 20 anos	2	20%
NÍVEL DE ESCOLARIDADE (concluído)		
somente Graduação	3	30%
Especialização	7	70%
Mestrado	0	0%
Doutorado	0	0%
Pós-doutorado	0	0%
QUANTIDADE DE ESPECIALIZACOES		
0	3	30%
1	2	20%
2	5	50%

Fonte: Elaborado pela autora

QUADRO 05: CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	TEMPO DE ATUAÇÃO NAS UBS	ESPECIALIZAÇÕES
E1	Feminino	12 anos	Esp. Saúde da família e auditoria
E2	Feminino	03 anos	Esp.saúde da mulher e saúde da família
E3	Feminino	03 anos	Não tem especialização
E4	Masculino	07 anos	Esp. Centro cirurgico e auditoria
E5	Masculino	27 anos	Esp. Saúde do trabalhador
E6	Feminino	03 meses	Não tem especialização.
E7	Feminino	08 anos	Esp. Obstetrícia e neonatologia
E8	Feminino	18 anos	Esp em obstetricia, gerontologia
E9	Feminino	15 anos	Esp. Saúde da família
E10	Masculino	23 anos	Não tem especialização

Fonte: Elaborado pela autora

Os (as) 10 participantes da pesquisa trabalham na atenção primária a saúde como enfermeiros(as) assistenciais. Os(as) enfermeiros(as) buscam educação continuada através de cursos de capacitações e também especializações para poder melhorar sua assistência. 70% possuem especializações, duas ou mais especializações. Apenas 30% não possuem especializações, mas sempre estão realizando cursos de aprimoramento, como por exemplo, tuberculose, Hanseníase, manejo clínico do HIV, entre outros.

As principais especializações realizadas pelos(as) enfermeiros(as) participantes da pesquisa são: saúde do trabalhador, obstetrícia, saúde pública, saúde da família, auditoria, saúde da mulher, centro cirúrgico, neonatologia, gerontologia, autismo. Ou seja, especializações que estão relacionadas ao trabalho realizado pelos(as) mesmos(as) diariamente e que contribuem com o processo de assistência.

Os(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) se preocupam com a educação continuada e buscam métodos de aprofundamento no conhecimento técnico científico para prestar uma assistência de qualidade assegurando o cuidado integral dos seus clientes. Como também, utilizam o conhecimento como ferramenta para diagnosticar precocemente doenças aumentando a chance de sobrevivência dos pacientes e qualidade de vida a população assistida

por eles. Percebe-se que essa busca acontece tanto pelos(as) enfermeiros(as) que possuem pouco tempo de atuação (03 meses de atuação) quanto pelos(as) que já possui muitos anos atuando na assistência como, por exemplo, o enfermeiro com 27 anos na assistência. Isso se dá pela constante mudança no cenário da saúde no nosso país e conseqüentemente no município de Itapipoca – CE e faz com que o profissional de saúde sinta a necessidade de aprofundar-se nas patologias, novos protocolos de doenças e situações adversas.

Essa necessidade se dá, também, devido a heterogeneidade da comunidade para qual prestam assistência, atendendo desde recém nascidos, crianças (consultas de puericultura, imunização, programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento), puberdade, adolescência (planejamento familiar com os métodos de contracepção e sexualidade), consultas ginecológicas, gestantes (pré-natal e puerpério), adultos (queixas em geral, doenças crônicas/ sexualidade/ prevenção IST'S) Terceira idade (menopausa/sexualidade, saúde mental, cardiopatias, entre outras patologias e a gerontologia que é o estudo do envelhecimento nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais individuais de cada ser humano).

A educação continuada é um conjunto de práticas pela qual o indivíduo busca ter mais conhecimentos para desenvolver sua capacidade máxima profissional e pessoal gerando um impacto positivo na atenção a saúde ou instituição na qual o profissional atua. A pós-graduação/ especialização/ residência em saúde são exemplos destas. A troca de experiências nesses ambientes estimulam uma nova prática do saber que acontece a partir do pensamento crítico gerado por todo esse processo. A educação continuada é um ponto importante em relação a qualidade da assistência de enfermagem, gera no profissional o sentimento de atualização técnico científica de forma contínua e leva aos profissionais a uma autorreflexão sobre suas práticas e aperfeiçoamento (Seiffert, 2009)

A entrevista ocorreu após uma reunião de educação permanente em saúde com profissionais da atenção primária. Essas reuniões são realizadas uma vez por mês, são promovidas pela secretaria de saúde e, nessas reuniões, são alinhados protocolos e também realizado o aprofundamento de temáticas que fazem parte do cotidiano desses profissionais. A educação permanente em saúde (EPS) visa o melhoramento da capacitação de pessoas e grupos levando em consideração a evolução tecnológica, objetivos institucionais e necessidades sociais. A EPS faz parte das políticas públicas através da portaria n. 198 GM/MS de 2004 e é uma estratégia do Sistema único de saúde para o desenvolvimento dos trabalhadores que compõem o sistema.

A EPS também é conhecida como a política Nacional de aprendizagem no trabalho, em que ensinar e o aprender compõem o cotidiano das organizações, como também, melhora o alinhamento dos processos de trabalho. Ter um momento para discutir os problemas enfrentados no dia a dia com demais profissionais e gestores leva a uma resolutividade do mesmo de uma forma mais rápida. Desenvolvendo também a capacidade crítica dos profissionais e um olhar mais atento desses atores sociais. Ficou bem claro que a secretaria do município de Itapipoca segue rigorosamente o cronograma das reuniões mensais de educação permanente em saúde e incentiva a capacitação técnico científica desses profissionais.

Desta forma, 70% dos profissionais afirmaram que a área que mais se identificam dentro da atenção primária para trabalhar é a materno infantil:

Me identifico muito com a saúde da mulher e a saúde da criança, eu gosto de acompanhar a criança na puericultura, desde o momento que nasceu, que eu faço a visita domiciliar até ela completar os dois anos e após ainda continua na infância. (E8)

Eu me identifico mais com a saúde da mulher, assistência ao planejamento familiar, assistência ao pré-natal, realização de exames ginecológicos como: prevenção do câncer do colo uterino. (E9)

Os 30% que não citaram a saúde da mulher e da criança, relataram a afinidade para prestar assistência a pacientes portadores de hanseníase, tuberculose, doenças crônicas não transmissíveis e assistência aos pacientes soropositivos do território pelo qual são responsáveis.

As enfermeiras do grupo expressaram uma suposta afinidade para cuidar de outras mulheres e suas famílias, particularmente gestantes e puérperas. Elas atribuem essa suposta afinidade à vivência do universo feminino, lidando diariamente com uma rotina que envolve maternidade, trabalho externo, atividades domésticas e cuidado com os filhos. Essa experiência proporciona uma profunda empatia em relação às demandas ainda presentes na vida da mulher, motivando-as a oferecer um atendimento integral e personalizado. O foco principal é a saúde mental das clientes.

Quando introduzido a grupo sobre ações educativas voltadas para a linha materno infantil, as pessoas entrevistadas responderam.

No geral a gente faz educação em saúde enquanto os pacientes estão na sala de espera, sobre aleitamento materno, atualização sala de vacinas, entre outros. (E02)

Não é sempre que a gente tem essas ações educativas, geralmente são realizadas quando somos solicitados mediante ao cronograma da secretária, pelo menos no meu posto. (E3)

Realizam pelas datas, agosto dourado em alusão a amamentação, outubro Rosa, em alusão a prevenção câncer de mama e colo do útero; novembro azul em alusão a prevenção do câncer de próstata. (E4)

Toda semana nós fazemos atividades de educação em saúde na UBS, nós fizemos um cronograma relacionados aos dias de atendimentos, por exemplo, dia de pré-natal, dia de puericultura, antes quem fazia as rodas de conversas, palestras só era eu, só que eu resolvi descentralizar pois fica muita coisa sobre minha responsabilidade (enfermeiro), eu fui treinando os agentes de saúde e temos a escala. Temos muita aceitação. Quando eu cheguei aqui em Itapipoca em 2006, não era costume realizar puericultura aqui, as pessoas não sabiam e hoje elas sabem o que é e a importância, então, a procura é muito grande, eu tenho é fila de espera para puericultura. Tem a doutora que também faz puericultura, então juntos, conseguimos atender um maior número de crianças da comunidade. (E5)

A gente faz quando tem solicitação da secretária, mas também quando vemos a necessidade, por exemplo, puericultura a gente tinha uma baixa adesão dentro do PSF e a gente começou a fazer educação em saúde nas salas de espera para poder conseguir trazer mais crianças e hoje em dia a gente consegue uma boa adesão da população no posto para puericultura e o aumento da adesão de vacinas a gente também consegue assim. (E8)

Percebe-se através das falas das(os) enfermeiras(as) participantes que a execução das ações educativas em cada UBS é realizada com base nas orientações passadas pela secretaria de saúde. Em reunião alinham as principais temáticas de acordo com a necessidade do território e também pelas datas estabelecidas no calendário nacional em alusão a um determinado tema, como por exemplo: agosto dourado (abordando sobre a importância do aleitamento materno; outubro Rosa em alusão a prevenção do câncer de mama). O enfermeiro 05, segue as orientações da secretaria de saúde, mas também realiza ações semanalmente de acordo com os atendimentos que realiza.

Outro ponto importante é o(a) enfermeiro descentralizar o trabalho e incentivar que as ações educativas também aconteçam com outros membros da equipe da unidade básica de saúde. Uma escala com temas da a possibilidade da equipe se organizar cada um com sua temática, se aprofundar nos assuntos que envolvem a saúde, atualização do colaborador e evitar a sobrecarga da (o) enfermeira (o) devido a outras demandas que realiza na atenção primária a saúde. No caso do enfermeiro 06, podemos compreender que quando o trabalho é realizado em equipe, tanto a educação em saúde como também, integrado o atendimento de enfermagem e o atendimento médico no posto, conseguem atingir uma maior quantidade de pessoas com qualidade.

De acordo com Matumoto et al.(2011), o trabalho da atenção primária está pautado em assistência (produção do cuidado); gestão do processo terapêutico, gerenciamento do serviço

de saúde e da equipe de enfermagem. No que diz respeito às ações gerenciais, têm a predominância do profissional enfermeiro. Ou seja, Gestão faz parte do cuidado e precisa ser realizada de uma forma responsável e com compromisso de atender as necessidades de saúde da comunidade.

Para Oliveira e Marcon (2012)), outro ponto importante seria o desenvolvimento do trabalho estruturado a partir das ações e relações da equipe com as famílias. O vínculo contribui de forma positiva para a qualidade da assistência. É necessário o conhecimento técnico científico do(a) enfermeiro(a), mas também o relaciona-se com as famílias e membros da equipe de forma ética e sendo a base para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade.

Enfermeiros(as) que atuam na zona rural e áreas praianas possuem mais dificuldades ainda para realizar as ações de educação em saúde devido ao difícil acesso a comunidade:

Como eu atuo na zona rural, o próprio acesso a comunidade é difícil, realizamos o tema de acordo com o programa que está sendo realizado naquele dia, as nossas ações educativas são mais voltadas para gestantes e para puericultura. Então, tanto eu e a médica fazemos desde explicar a importância da puericultura, aleitamento materno, técnicas de amamentação. A cada pré-natal a gente faz o tema. A adesão é muito boa, em relação a puericultura, todas as nossas crianças menores de dois anos fazem puericultura e a própria mãe procura. Essas ações educativas têm feito a diferença. No início tivemos muita dificuldade para implantar esses programas: Pois as mães diziam assim: Por que que eu vou pra consulta se meu filho não está doente? Então, ela só queria levar se a criança estivesse doente. Já hoje não, eu fui abordada por uma moradora que disse que a área que ela morava não tinha agente de saúde e o filho não tinha começado ainda a puericultura, usando o termo correto e tem interesse na consulta. (E8)

Mesmo que o acesso seja difícil, é possível identificar através da fala da enfermeira a importância da comunicação entre educador e educando, enfermeiro e usuário do sistema único de saúde. Anteriormente, quando os usuários(as) não compreendiam a natureza da consulta de puericultura (acompanhamento do desenvolvimento infantil), não demonstravam interesse no atendimento, pois mantinham uma perspectiva de tratamento exclusivo em casos de doenças a partir dos sintomas. Atualmente, reconhecemos a importância de avaliar e acompanhar mesmo crianças aparentemente saudáveis, visando a detecção precoce de condições como anemia, sinais de desnutrição e desvios do padrão normal de crescimento. Essa abordagem aumenta a probabilidade de tratamento eficaz e melhora a qualidade de vida para essas crianças.

Já possuem enfermeiros(as) em unidades básicas de saúde de regiões muito carentes, que contam com a ajuda dos estagiários de enfermagem, eles(as) são de grande ajuda para a equipe e desenvolvem atividades diárias de educação em saúde junto a

comunidade. E a enfermeira também realiza educação em saúde e forma individual nas consultas.

Na unidade básica de saúde que eu trabalho, é difícil a gente chamar a população para uma educação em saúde, a gente aproveita a sala de espera e como recebemos acadêmicos da faculdade (estagiários de enfermagem) eles realizam atividades diárias sobre vários temas, mas eu, sou do tipo que gosto da ação educativa individual, na hora do meu atendimento, pois a minha área de trabalho é muito carente, então já falo tudo o que a gente observa no atendimento. As particularidades das mães, muitas são vítimas de violência. Mas aproveitamos bem a consulta. (E1)

Segundo Roecher, Budó e Marcon,(2012), educar envolve uma abordagem reflexiva da realidade, promovendo o diálogo e a troca de experiências entre educadores e educandos, profissionais e clientes. Esse processo de colaboração possibilita que todos aprendam juntos. Essa abordagem está alinhada com a pedagogia libertadora e problematizadora, que vai muito além do campo da educação tradicional, tornando-a uma educação transformadora. Ao educar, aumentamos nossa capacidade de cuidar e promovemos intervenções construtivas e reflexivas, adaptadas à diversidade de contextos e realidades culturais. Este processo de aprendizagem mútua possibilita a transformação tanto dos envolvidos quanto do meio em que estão inseridos, transcendendo os limites temporais das práticas de cuidado e educação

4.2 DESAFIOS DAS POLÍTICAS MATERNO-INFANTIS NA CIDADE DE ITAPIPOCA

Apesar do município ter bem implantada as políticas materno-infantis ainda existem muitos desafios para os(as) enfermeiros(as) que gerenciam a equipe de saúde na atenção primária e prestam assistência a população.

Um dos pontos que eu posso citar é a gravidez na adolescência pois temos muito e muitas delas que são negligentes, algumas sem documentações, não cuidam da saúde. Ainda temos dificuldade de algumas gestantes aderirem ao pré-natal e temos que ficar naquela luta, correndo atrás. Adesão ao aleitamento materno exclusivo, a gente sabe também que é uma luta de sempre, principalmente para lidar com os mitos da amamentação. E essas mesmas que dão trabalho no pré-natal; dão trabalho na puericultura, não levando suas crianças para as consultas e nós temos uma meta do Ministério da Saúde para alcançar, de vacinação, por exemplo” tudo é um ciclo. (E2).

A gravidez na adolescência ainda é um problema de saúde pública que precisa ser mais discutido pois cada vez mais a mídia, as músicas incentivam o ato sexual e ele acontece cada vez mais precocemente somado a vulnerabilidade que essas adolescentes têm, sendo na maioria das vezes uma carência emocional dada pela ausência de um dos genitores, falta de afeto, falta de orientação sobre sexualidade e muitas vezes pela influência de

amizades. Cabe a enfermeiros(as) conhecer bem a comunidade do seu território de trabalho e traçar estratégias de acolhimento a esses jovens, integrando-se a escolas para abordar sobre sexualidade e buscar criar vínculos com os(as) adolescentes.

Outra problemática apresentada foi sobre a adesão ao aleitamento materno, mesmo sendo conversado desde as consultas de pré-natal com as mães, além dos desafios assistenciais relacionado a técnica para amamentação e adaptação de mãe e bebê a prática, existe as influências sociais, culturais, políticas e econômicos, entre outros, como reinserção da mãe no trabalho, deslocamento do trabalho para domicílio para realizar a prática. E como citado, de todas as influências, lidar com a social é a mais desafiadora, pois geralmente a avó, familiares reforçam mitos do leite fraco, do pouco leite, que se soma a insegurança e fator estresse materno desse momento de adaptação culmina em desmame precoce.

Para enfermeiros(as) da zona rural, a maior dificuldade é o acesso dos usuários até a unidade básica por se tratar de sítios e fazendas mais afastadas.

A minha unidade é de zona rural, minha maior dificuldade é a adesão, pela locomoção, enfim, vários fatores, mas a adesão tanto no pré-natal quanto na puericultura, mas principalmente na puericultura. Parece que no pré-natal elas têm mais preocupação de como está o bebê na barriga, mas na puericultura elas deixam mais a desejar no território que trabalho, só levam quando a criança está doente mesmo. (E2)

Baixa adesão do meu posto também, por ser zona rural, locomoção deles até a unidade básica de saúde e muitas vezes eles não entendem a necessidade daquela consulta. Eles acham que se entrar numa sala e não sair com a prescrição de uma medicação, a gente nada fez, pois as vezes é só uma questão de orientação quanto aos cuidados e a criança não precisa de medicação. (E3)

A maior preocupação das gestantes quando comparecem as consultas de pré-natal é para saber se o bebê está bem, através da avaliação dos batimentos cardíacos fetais realizada pelo enfermeiro (a) da UBS. Quando as crianças nascem e vão para casa, se estão bem aparentemente não são levadas para as consultas de puericultura, pois algumas mães ainda possuem a visão de que a criança só precisa de assistência quando está doente, pode-se relacionar ao fato da baixa escolaridade e nível de conhecimento de saúde.

Outra questão trazida pelos(as) enfermeiros(as) que atuam na zona rural é o fato de não compreender que a consulta é uma avaliação, portanto, o tratamento vai depender dos sinais e sintomas que o paciente apresentar, nem sempre será preciso tratamento medicamentoso, algumas vezes apenas uma orientação, em relação à alimentação ou hábitos de vida, já será suficiente para contribuir com a saúde do paciente.

Apenas uma enfermeira afirmou que em sua experiência de trabalho na zona urbana e rural, a localidade que trabalhou na zona rural era onde tinham pessoas mais assíduas pois sabiam que a assistência de saúde era muito difícil na região e aproveitavam todas as oportunidades para se cuidar e ir as consultas.

Já trabalhei em várias localidades, a zona rural é bem mais assídua mesmo, pois percebem que já tem uma dificuldade de acesso para a equipe de saúde chegar, então aproveitam toda oportunidade de se cuidar. (E8)

Em relação as dificuldades enfrentadas na prevenção ginecológica uma delas é bem específica, a resistência que enfermeiros homens sentem por parte das pacientes. As pacientes ficam muito envergonhadas por ser uma coleta em uma região íntima e alguns maridos também ficam desconfortáveis de as esposas fazerem esse tipo de exame com um enfermeiro (principalmente quando o enfermeiro é novo na unidade básica de saúde), mas com uma postura ética por parte do enfermeiro e educação em saúde, explicando as pacientes a importância desses exames com o passar do tempo esse obstáculo do sexo oposto foi sendo superado.

Uma dificuldade que eu vejo é na prevenção ginecológica, pelo fato de sermos homens, temos dificuldade, eu lembro quando cheguei em um município para trabalhar em 2007, lá nunca tinha tido enfermeiro homem, eu fui o primeiro lá, foi muito difícil pois as mulheres não estavam acostumadas, ainda tinha a questão de os maridos não gostarem de ter um enfermeiro homem fazendo esse tipo de exame. Eu lembro uma vez de que tinham 10 prevenções agendadas, quando elas me viram, só ficaram três. Eu fiquei em choque, mas acreditei que o nosso melhor portfólio é o nosso trabalho, com pouco tempo as mulheres começaram a querer fazer prevenção comigo. Já aqui em Itapipoca, eu trabalho há 17 anos no mesmo posto, então eu já sou conhecido das mulheres, dos homens também, as vezes os maridos que agendam a prevenção delas. (E5)

A melhor estratégia pela secretária de saúde é evitar muitas trocas de enfermeiros nas unidades básicas de saúde, principalmente de homens, com competência técnica, assistência de qualidade e que já estabeleceu um vínculo de confiança com as mulheres e com toda a comunidade.

Agora uma dificuldade que acredito que sejam de todos aqui presente, seja de material, por exemplo, eu estou no momento sem poder fazer prevenção porque eu não tenho o avental para colocar nas mulheres. Ai aqui é assim, quando tem o avental, falta lâmina, ou falta luva. Sempre falta algo do material para trabalhar e atender as necessidades da população, atrasa muito. (E7)

Os(as) enfermeiros(as) referiram bastante sobre a falta de material, isso dificulta muito o trabalho deles, pois é difícil terem material completo para realizar uma prevenção ginecológica que é a coleta da endocérvice (células que compõem a parte interna do colo do útero) e ectocérvice (tipo de epitélio celular que compõe a parte externa do colo do útero e tem contato com o canal vaginal). Este exame necessita de materiais específicos para coleta,

para proporcionar o máximo de conforto possível durante o procedimento e técnica adequada. Com a falta de materiais não conseguem atender as demandas da comunidade e nem realizar o rastreamento necessário de alterações e diagnóstico precoce de câncer do colo do útero.

Além da falta de material e atraso para a realização das coletas citopatológicas, outro fator contribui para falha desse processo é a demora para entrega dos resultados dos exames e, além disto, a falta de justificativa, deixando enfermeiros(as) que realizaram as coletas sem conseguir dar explicações do real motivo a pacientes que não vão receber os seus resultados de exames. Os(as) enfermeiros(as) relataram esse ponto de que é um exame que já necessita de um preparo: 03 dias sem relações sexuais, sem usar duchas, cremes vaginais, lubrificantes, a exposição da mulher na hora dos exames, mesmo o enfermeiro (a) mantendo o máximo de privacidade possível, a junção de todos esses fatores contribui para que as mulheres não queiram realizar um exame pelo qual tem uma grande chance de não receber o resultado.

Outra questão é a demora para a entrega dos resultados dos exames, temos exames que demoram 5 meses pra chegar e quando chega, então assim, qual a justificativa que eu tenho para convencer uma mulher para fazer um exame que ela não recebe o resultado? Ela já se prepara, já vem, faz o exame, no meu caso com um enfermeiro homem (muita ainda tem vergonha) e muitas vezes eu fico mais constrangido que a mulher, mas assim a gente é profissional, conversa, mas tem essa dificuldade. Ai junta tudo. (E6)

E o pior em relação ao exame que não vem, é que não vem uma justificativa pelo qual ele não veio, pois nós sabemos que pode ter sido uma coleta que teve presença de sangue na amostra, quebra de lâmina que aconteceu no laboratório, para que a gente pudesse informar a cliente, mas a gente não recebe nada disso, só falamos: não veio, não chegou. (E6)

A baixa adesão é o reflexo de uma falha que já acontece há muitos anos, quando o enfermeiro relata que são poucos os momentos que os resultados chegam dentro de um prazo considerável bom (ele se refere até 15 dias após a coleta de prevenção). Segundo os enfermeiros, a previsão de chegada dos resultados dos exames na unidade básica de saúde que eles atuam é em torno 4 meses.

A baixa adesão a prevenção é grande, por trabalhar muitos anos, eu percebo que são poucos os momentos em que veio resultado de prevenção rápido, em torno de quinze a vinte dias, a gente observa que quando ele vem rápido a adesão aumenta, mas geralmente demora três, quatro meses e isso desmotiva as mulheres, perde a credibilidade. (E5)

O problema de demora e/ou não entrega dos resultados de exames não acontece só em relação aos exames ginecológicos, citologia oncológica (rastreamento para o câncer de colo do útero), o atraso acontece também, em relação também as ultrassonografias realizadas nas gestantes. Uma estratégia adotada pela maioria dos enfermeiros que participou da pesquisa é

sugerir a gestante para realizar as primeiras ultrassons particulares, principalmente a translucência nucal que é um exame realizado via ultrassom que deve ser realizada entre a décima primeira e décima quarta semana de gestação, pois nele, são realizadas medições que permitem identificar, diagnosticar a síndrome de down e outras doenças genéticas. Extremamente importante e norteador para os cuidados/acompanhamentos que devem ser realizados ao longo do acompanhamento de pré-natal e precisa ser realizado nesse período especificamente. As gestantes que têm condições de fazer recorrem as clínicas particulares, mas infelizmente as gestantes que não têm condições esperam ou ficam sem realizar muitas vezes.

A dificuldade no pré-natal é os exames também demoram, tanto que a maioria das minhas gestantes eu peço pra fazer o exame particular, as vezes passa o período, se não fizer particular por exemplo, a translucência nucal que tem que ser com 12 / 13 semanas, se não for assim, não dá tempo de fazer dentro do prazo que a gente precisa. (E8)

A maior dificuldade que eu tenho é o acesso das pessoas da comunidade até a unidade básica de saúde, pois é muito distante, mas a adesão ao pré-natal é excelente, eu não tenho nenhuma paciente que se recuse a fazer o pré-natal, as minhas gestantes no geral iniciam o pré-natal cedo, antes das 12 semanas, mas também temos dificuldade de acesso aos exames, demoram muito. Estou criando uma estratégia no posto de acordar com a paciente do primeiro ultrassom ser particular e uma pelo SUS, pois a que ela vai fazer pelo SUS vai sair em torno de cinco, seis meses que é quando ela quer saber o sexo da criança. Mas quem não tem condições, o jeito é esperar. (E9)

Em uma unidade da zona urbana de Itapipoca, a enfermeira tem um desafio de início de pré-natal tardio e não é um público composto por mães adolescentes, são mulheres mais velhas, que já estão na segunda ou terceira gestação e não comparecem a unidade básica para realizar o pré-natal. Procuram iniciar as consultas no segundo trimestre, o que dificulta o acompanhamento pela(o) enfermeira (o). Acredita-se que a baixa escolaridade dessas mulheres contribui nesse processo. Fazendo com que os enfermeiros da atenção primária juntamente com os agentes comunitários de saúde busquem desenvolver atividades que envolvam essas mulheres na UBS, educação em saúde abordando sobre a importância do pré-natal e que os agentes comunitários fiquem atentos para buscar captar precocemente as gestantes.

Na minha área as maiores dificuldades que eu vejo é início de pré-natal e não são as adolescentes que dão trabalho pra gente, são as mulheres que já tem mais de um filho, casadas e iniciam o pré-natal com cinco meses, eu não sei se é a baixa escolaridade, a demora dos exames, que é bem complicado pois se der algo alterado ai já temos diagnóstico e tratamentos tardios. Com relação às crianças, as mães são assíduas em relação a puericultura e levam. Mas por ter muitos filhos, tem adolescentes de 16 anos que já está na terceira gestação, o que vejo é que o cuidado em casa com esses filhos é precário, a maioria vive do bolsa família, ai eu não sei se isso interfere. Adolescente é raro ir ao posto, fazemos as buscas ativas nas escolas,

muito raro acontecer um planejamento familiar. Quem realiza planejamento familiar são as mulheres adultas. (E10)

A falta de controle de natalidade também é um fator preocupante pois as mães não realizam um planejamento familiar, possuem muitos filhos e também não consegue dialogar sobre sexualidade com eles, quando se tornam adolescentes, iniciam a vida sexual muito cedo e isso traz uma série de fatores (evasão escolar, abortamentos, depressão). Os adolescentes são um público que requer muita atenção, frequentam pouco as UBS e possuem muitas dúvidas sobre sexualidade. As mães são assíduas quando se trata da puericultura.

Já na minha área as adolescentes realizam planejamento familiar, acho que por ser zona rural, elas já têm uma cultura de cedo ir morar junto com o namorado, então chega meninas de 13, 14 anos que está gestante, uma gravidez planejada, ela queria ser mãe. E lá a gente tem uma boa adesão ao planejamento familiar e mulheres querendo realizar a concepção, elas querem fazer a consulta pra planejar a gravidez, eu creio que por ser zona rural, eles têm mais preocupação com a saúde, a proximidade com a comunidade é maior, porque eles só têm a unidade básica de saúde pra procurar. (E9)

Principalmente na zona rural ainda existe o problema de os pais demorarem a registrar os seus filhos, para a atenção primária dificulta o trabalho pois atrasa bastante as consultas de puericultura, vacinas, pois elas só podem ser realizadas mediante o cadastro da criança no sistema da atenção primária. Muitos enfermeiros juntamente com os agentes comunitários de saúde vão até as residências das puérperas incentivar e cobrar que os pais registrem seus filhos.

A minha maior dificuldade na linha materno infantil é as crianças nascerem e não serem registradas aí atrasa vacina, puericultura, aí a gente tem que estar conversando com essas mães. (E7)

Quando abordado sobre o tema planejamento e como os enfermeiros se organizam para implementar os programas, a maioria dos enfermeiros utilizam a mesma estratégia: Um dia destinado para cada programa e dando suporte diariamente a equipe da sala de vacina. O planejamento se dá mensalmente de acordo com eles, devido a dinâmica que pode mudar muito rapidamente.

Realizamos puericultura, planejamento familiar, pré-natal, eu me organizo fazendo um cronograma mensal, sempre tentando encaixar as mulheres que já estão gestantes com 12 semanas pra que ela comece o mais precocemente possível o acompanhamento de pré-natal. (E04)

Geralmente separo um dia para atender cada programa, segunda pré-natais, terça puericultura, quarta prevenção e assim vamos preenchendo a semana, paralelo a isso a sala de vacina está todos os dias aberta e tudo isso de acordo com a demanda que a gente tem. (E5)

Os enfermeiros realizam muitas atividades no seu dia a dia, são peças fundamentais para que a educação em saúde chegue até o usuário do sistema único de saúde através do seu contato diário com a comunidade. Cada visita a unidade básica de saúde (UBS) deve ser vista pelos profissionais como uma oportunidade de dialogar sobre saúde e assuntos importantes para que a comunidade tenha mais qualidade de vida e opte por hábitos saudáveis em sua rotina. O enfermeiro é o gestor dessas atividades como também, é quem executa os programas preconizados pelas políticas de saúde. Essa execução engloba o acolhimento, assistência e rastreamento precoce de doenças, recuperação e reabilitação.

Apesar da implantação das políticas materno infantis no município de Itapipoca, ainda existem algumas falhas que dificultam que os (as) enfermeiros(as) realizem suas funções com excelência, como por exemplo: a falta de materiais para realizar o exame de rastreamento de câncer do colo do útero, demora dentro do sistema único de saúde para realização de exames laboratoriais, ultrassons obstétricos no município. A demora dos exames acaba desanimando as mulheres da comunidade, fazendo com que ocorra a baixa adesão a exames e de assistência.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que o trabalho do(a) enfermeiro(a) é fundamental não só na área hospitalar, na atenção primária, também, pois através dele é possível não só a implementação dos protocolos e diretrizes preconizados na Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e Política de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC), mas a continuidade desses cuidados, monitoramento das ações e serviços de saúde, alimentação dos indicadores do território pelo quais são responsáveis buscando levar uma melhor qualidade de vida a população. Através do trabalho das equipes é que a comunidade tem acesso a promoção, prevenção, reabilitação a saúde, em todos os níveis de assistência e complexidade através de uma rede integrada.

A atenção primária é fundamental para a promoção da saúde através as ações de educação em saúde, rastreamento precoce de doenças principalmente na linha materno infantil, pois através do acompanhamento de mulheres em idade fértil e planejamento familiar, ações de pré-natal já é possível identificar os fatores de risco para agravos através da história da cliente e avaliação clínica. Não só envolvendo os aspectos físicos, através da visão holística de cada mulher.

O acompanhamento das crianças realizado pelos(as) enfermeiros(as), através das orientações do manual do ministério da saúde, permite que o acompanhamento a adaptação do recém-nascido a vida extrauterina e a todo o seu desenvolvimento, a fim de identificar precocemente anormalidades tanto relacionado aos fatores genéticos, como também aos fatores relacionados aos hábitos da rotina familiar. Como também, monitorar o calendário de vacina das crianças, visando protegê-las dos patógenos que são potenciais agravantes do estado de saúde infantil.

Tais ações estão respaldadas no compromisso que o Estado tomou pra si na constituição de 1988 exposta no artigo 196. “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção proteção e recuperação”

Apesar deste compromisso ser um grande marco e fazer a diferença do nosso país nas últimas décadas, ainda são encontradas falhas no processo de assistência da atenção primária que precisam ser dialogados e melhorados, como por exemplo, a falta constante de materiais

para realização de exames fundamentais para a saúde feminina como o exame de citologia oncológica também conhecido como preventivo do colo do útero. Além da falta de materiais, o atraso dos resultados dos exames, muitas vezes, perdendo a credibilidade da população e se tornando um exame inválido pelo atraso de 4 a 5 meses, dificultando diagnósticos precoces, tratamento e conseqüentemente tempo de sobrevivência dessas mulheres.

Para que a assistência ocorra com qualidade, as três instâncias de saúde (Conselho nacional de saúde, conselhos estaduais de saúde e conselhos municipais de saúde) devem estar alinhados e cada um executando suas responsabilidades da melhor forma possível para que a assistência realizada na ponta pelo enfermeiro seja de qualidade e resolutive, contribuindo cada vez mais para a redução da mortalidade materna e infantil não só em Itapipoca, mas em todo país.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, C. V. de. (2014). Burocracia, eficiência e modelos de gestão pública: um ensaio. **Revista do Serviço Público**, 48(3), p. 104-132.

<https://doi.org/10.21874/rsp.v48i3.391>

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4227–4238, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017>

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 0, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>

BARANOV, Tamára. **A conquista do voto feminino, em 1932**. 2014; Disponível em: jornalggn.com.br/notícia/a-conquista-do-voto-feminino-em-1932. Acesso em 19/12/2021.

BARROS, P. D. S.; AQUINO, É. C. DE; SOUZA, M. R. DE. Fetal mortality and the challenges for women's health care in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 12, 30 jan. 2019. Disponível em: doi:10.11606/S1518-8787.2019053000714

BELTRAME. Greyce Rocha; DONELLI. Tagma Marina Schneider. Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. **Aletheia** 38-39, p.206-217, maio/dez. 2012

BRASIL. **Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970**. Disponível em: Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940**. Disponível em: Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame**. Brasília, DF, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil**. Relatório de atividades 1990. [Brasília, DF, 1991].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil**. Relatório de atividades 1990. [Brasília, DF, 1991].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento gerencial da saúde da mulher, da criança e do adolescente**. Brasília, DF, 1995. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento gerencial da saúde da mulher, da criança e do adolescente**. Brasília, DF, 1995. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para**

Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha: contribuir para a Atenção Integral da Saúde da Mulher e Criança**. Brasília: 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório anual de avaliação: PPA 2000–2003 – Exercício 2002. Brasília, DF, [2003].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de avaliação do Projeto de Assistência integral à Saúde da Mulher e da Criança**: primeira parte. Brasília, DF, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p.: il. – (Série I. História da Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p.: il. – (Série I. História da Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

CASTRO, Lucia Rabello de; GRISOLIA, Felipe Salvador. Subjetivação pública ou socialização política? Sobre as articulações entre o “político” e a infância. **Educação & Sociedade**, v. 37, p. 971-988, 2016.

CASTRO, L. R. A politização (necessária) do campo da infância e da adolescência. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 7, n. 14, dez. 2007.

DAYRELL1, L.S.O. **Gestão compartilhada do sus:** a importância da pactuação para efetividade do direito constitucional da saúde. CONASS, 2011, p. 40.

DEBUS M. **Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales.** Washington: Academy for Educational Development, 1997.

ELIAS, C. S. R. et al. “Quando chega o fim? uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais”. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, vol. 8, no 1, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v8i1p48-53>.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2014. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>.

FONSECA, R. M. S. et al. O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 26, n. 01, pp. 309-318. Disponível em: doi.org/10.1590/1413-81232020261.24362018

GOMES, G. F.; SANTOS, A. P. V. S. Assistência de enfermagem no puerpério. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 211-220, outubro de 2017. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1407>

GIL, Carlos, A. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**, 6ª edição. São Paulo, Atlas, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). «Área territorial oficial». Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02). Acesso em 05 mai0 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/itapipoca.html>

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEEAÁ (IPECE). **Perfil Municipal Itapipoca**. Acesso em 5 maio 2023. Disponível em: https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2018/09/Itapipoca_2017.pdf

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Reviewers' Manual-Methodology for JBI Mixed Methods Systematic Reviews**. Adelaide: JBI, 2014. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Mixed-Methods-Review-Methods-2014-ch1.pdf. Acesso em: 11 mar 2022.

JOHNSON, N.; PHILLIPS, M. Rayyan for systematic reviews. **Journal of Electronic Resources Librarianship**, v. 30, n. 1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/1941126X.2018.1444339>.

LACLAU, Ernesto. Desconstrução, pragmatismo, hegemonia. In: **Desconstrução e pragmatismo** . Routledge, 2003. p. 47-67.

LOPES, T.C.; MAIO M. C. Puericultura, eugenia e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940). **Tempo [Internet]**, 24(2):349–68, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/TEM-1980-542X2018v240209>

PAGE, M.J.; et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **The BMJ**, v. 37, n. 1, 2021. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

PLUYE, P.; HONG, Q. N. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. **Ann Rev of Pub Heal**, v. 35, n. 1, p. 29-45, 2014. doi: doi.org/10.1146/annurevpublhealth-032013-182440.

PANTOJA, Ana Lída Nauar. “‘Ser alguém na vida’: uma análise socioantropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil”. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. 335-343, 2003. Suplemento 2.

LOPES, B; AMARAL, N. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Coordenação de Ricardo Wahrendorff Caldas – Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

MATUMOTO et al. **A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(1): 1-8.

MENDES, M.F. **Puerpério na atenção básica: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde**. 2003. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

MENDES, P. D. G. O papel educativo e assistencial de enfermeiros durante o ciclo gravídico-puerperal: a percepção de puérperas. **R. Interd.** v. 9, n. 3, p. 49-56, agosto de 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6772014.pdf>

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C.P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2008. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MOREIRA, Lisandra Espíndula; NARDI, Henrique Caetano. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade (s) contemporânea (s). **Revista Estudos Feministas**, v. 17, p. 569-594, 2009.

MEYER, Dagmar E. Estermann. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Revista gênero**, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2005.

MEYER, Dagmar. **A politização contemporânea da modernidade. Gênero: núcleo transdisciplinar de estudos de gênero** – NUTEG, Niterói, v. 6, n. 1, 2006.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p.651–657, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>

OLIVEIRA RG, Marcon SS. **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41 (1): 65-72.

OLARIETA, Beatriz Fabiana; SILVA, Conceição Firmina Seixas; GOMES, Lisandra Ogg. Infância, politizações e estesias: as vivências das crianças e os lugares que ocupam no mundo atual. **Childhood & philosophy**, v. 16, 2020.

PEREIRA, A. R. “A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração”. **Revista Brasileira de História**, vol. 19, no 38, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-01881999000200008>

PÉREZ-LACASTA, M. J. et al. Effect of information about the benefits and harms of mammography on women’s decision making: The InforMarandomised controlled trial. **PloS One**, v. 14, n. 3, p. e0214057, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214057>

PROBST, Elisana Renata. **A evolução da mulher no mercado de trabalho**, 2015; Disponível em: http://www.rhportal.com.br/artigos/rh.php?idc_cad=xg7w7vuh9. Acesso em 19/12/2021.

ROESCHER, S; BUDÓ, M; MARCON,S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(3):641-9

SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2001, v. 5, n. 8, pp. 47-59.

SILVA, E. C. et al. Puerpério e assistência de enfermagem: percepção das mulheres. **Revista de Enfermagem da UFPE on-line**, [SI], v. 11, n. 7, p. 2826-2833, junho de 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11043/19180>

SCHWENGBER, Maria Simone Vione; KLEIN, Carin. O conceito de politização da maternidade como legado de pesquisa. **Momento-Diálogos em Educação**, v. 28, n. 3, p. 47-64, 2019.

SCHMITTER, P. C. Reflexões sobre o conceito “Política”. **Rev. Dir. Públ. e Ciência Política**, v. 8, n.29, 1965.

WOODHEAD, Martin. Psicologia e a construção cultural das necessidades das crianças. **Construindo e reconstruindo a infância: questões contemporâneas no estudo sociológico da infância**, p. 63-84, 1997

SILVA, L. S. DA et al. Nurse’s contribution to breastfeeding in basic attention. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, p. 774–778, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7180>

TONETTO, L. M.; RENCK, P. G. B; STEIN, L. M. **Perspectivas Metodológicas na Pesquisa: Comportamento do consumidor**. Perspectivas Metodológicas na Pesquisa, Lilacs, ano 2014, v. 1, n. 34, 8 jan. 2014. Lilacs, p. 180-195.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista de Diálogo Educacional**, (14)41, 165-189, 2014. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/de/v14n41/v14n41a09.pdf>

ZUCHI, C. Z. et al. VIOLENCE AGAINST WOMEN: CONCEPTIONS OF FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS ABOUT LISTENING. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. e-1085, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180015>

APÊNDICE(S)

Questionário

DATA DE REGISTRO

 / /

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome	<input type="text"/>		
Sobrenome	<input type="text"/>	Naturalidade :	<input type="text"/>
Data de Nascimento :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nacionalidade:	<input type="text"/>
Email :	<input type="text"/>		
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Unidade Básica de Saúde que faz parte :	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/>	Telefone :	<input type="text"/>
Endereço	<input type="text"/>		

PERGUNTAS

DIRECIONADAS :

Há quanto tempo é Enfermeiro na Atenção Básica?	<input type="text"/>	Qual a maior dificuldade relacionada ao atendimento no campo materno infantil nos programas da atenção básica?	<input type="text"/>
Possui pós graduação, especialização, mestrado ou doutorado ?	<input type="text"/>	Quais programas existem na UBS segundo as PNAISM?	<input type="text"/>
Possui uma área que mais se identifica dentro da atenção básica?	<input type="text"/>	Como é o planejamento para conciliar as consultas de planejamento familiar, pré natal, puericultura, ginecológica?	<input type="text"/>
Na sua Unidade Básica de Saúde realizam ações educativas voltadas a	<input type="text"/>	Vocês tem treinamentos de quanto em quanto tempo?	<input type="text"/>

ANEXO(S)

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS POLÍTICAS MATERNO INFANTIS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPIOCA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS E ENFERMEIROS.

Pesquisador: Ismael Gonçalves Alves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71404223.0.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.206.088

Apresentação do Projeto:

De acordo.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Declarados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

De acordo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aceito.

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: AS POLÍTICAS MATERNO INFANTIS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS E ENFERMEIROS

Objetivo: a) identificar as principais políticas públicas materno-infantis organizadas no Brasil a partir do século XX; b) compreender o processo de articulação das políticas materno-infantis na cidade de Itapipoca; c) analisar, a partir das narrativas de enfermeiras e enfermeiros, os possíveis efeitos das políticas materno-infantis entre a população feminina da cidade de Itapipoca.

Período da coleta de dados: 15/09/2023 a 15/11/2023

Tempo estimado para cada coleta: 2 horas (Grupo Focal)

Local da coleta: Reunião na Secretária de Saúde Município Itapipoca

Pesquisador/Orientador: Ismael Gonçalves Dias

Telefone: (48)999216454

Pesquisador/Acadêmico: Samyلة Barbosa Veras Ferro

Telefone: (88)992218208

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 3



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Será realizada uma reunião na secretaria de saúde (data a combinar com a secretaria que seja mais viável para não atrapalhar a rotina dos enfermeiros que aceitarem participar do estudo) será coleta em grupo focal, em uma única reunião será realizada uma roda de conversa tendo como norteadores as perguntas do questionário semi estruturado preparado pela pesquisadora. A conversa será gravada para ter todos assegurar todos os dados da reunião e a transcrição deles para a composição do estudo.

- 1) Há quanto tempo são enfermeiros (as) da atenção primária?
- 2) Possuem especialização, pós graduação, mestrado ou doutorado
- 3) 3) Possui uma área que mais se identifica dentro da atenção primária?
- 4) Vocês realizam ações educativas voltadas para a linha materno infantil?
- 5) Qual a maior dificuldade que vocês têm relacionada a linha materno infantil nos programas da atenção primária?
- 6) Quais programas existem na UBS segundo a Política nacional de atenção integral a saúde da mulher e da criança?
- 7) Como é realizado o planejamento para conciliar as consultas de planejamento familiar, pré natal, puericultura, ginecológica?

A pesquisa será respaldada nos princípios éticos estabelecidos pela Resolução n 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas que envolvam seres humanos, as quais devem assegurar os fundamentos éticos e científicos, assim como garantir respeito aos princípios da bioética.

RISCOS

Perda da confidencialidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do paciente. Será realizada apenas a pesquisa após assinatura do termo de consentimento, serão tomadas todos os cuidados em relação a síndromes gripais, covid – 19 como o uso de máscara e álcool em gel 70%

BENEFÍCIOS

O estudo será importante para fomentar reflexões na comunidade acadêmica sobre a atual assistência prestada as mulheres pelos enfermeiros da atenção primária e permitir que através dos resultados os profissionais da saúde realizem uma auto reflexão sobre suas práticas de assistência a saúde e realizem melhorias das mesmas almejando um nível de qualidade cada vez maior.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) ~~Samylla~~ Samylla Barbosa Veras Ferro pelo telefone (88)992218208 e/ou pelo e-mail samylleवास@hotmail.com

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<p style="text-align: center;">Assinatura</p> <hr/> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____-_____-____</p>	<p style="text-align: center;">Assinatura</p> <hr/> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____-_____-____</p>

Criciúma (SC), Agosto de 2023.



Termo de Confidencialidade

Título da Pesquisa: As políticas maternas infantis em unidades básicas de saúde do município de Itapipoca: Uma análise a partir da perspectiva de enfermeiras e enfermeiros.

Objetivo: a) identificar as principais políticas públicas materno-infantis organizadas no Brasil a partir do século XX; b) compreender o processo de articulação das políticas materno-infantis na cidade de Itapipoca; c) analisar, a partir das narrativas de enfermeiras e enfermeiros, os possíveis efeitos das políticas materno-infantis entre a população feminina da cidade de Itapipoca.

Período da coleta de dados: 15/09/2023 a 15/11/2023

Local da coleta: Unidades básicas de saúde

Pesquisador/Orientador: Ismael Gonçalves Dias

Telefone: (48)999216454

Pesquisador/Acadêmico: Samyلة Barbosa Veras Ferro

Telefone: (88)992218208

fase do mestrado de desenvolvimento socioeconômico da UNESC

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletadas através de gravação, de conversa com grupo focal realizado na secretária de saúde do município de Itapipoca e região.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.



Termo de Confidencialidade

- Manter as informações em poder do pesquisador ~~Samy~~ **Samy**llye Barbosa Veras Ferro por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
Orientador(a)	Pesquisador(a)
_____ Assinatura	_____ Assinatura
Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____	Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____
Pesquisador(a)	Pesquisador(a)
_____ Assinatura	_____ Assinatura
Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____	Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____

ITAPIPOCA (CE),.



PREFEITURA DE
Itapipoca
Pra frente, pra gente

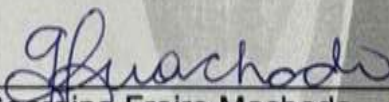
Secretaria Municipal de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

Eu, Georgina Freire Machado, na qualidade de Gestora Municipal de Saúde de Itapipoca – CE, autorizo a realização da pesquisa intitulada “**AS POLÍTICAS MATERNO INFANTIS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DE ENFERMEIRAS E ENFERMEIROS**”, a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde de Itapipoca, pela pesquisadora Samylle Barbosa Veras Ferro, sob a orientação do professor Ismael Gonçalves Dias.

Informamos que para iniciar a coleta dos dados, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa e o Parecer Consubstanciado, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), ao Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde de Itapipoca.

Itapipoca-CE, 04 de julho de 2023.


Georgina Freire Machado
Secretária Municipal de Saúde