

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE**

MILENE BORGUI COELHO

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM FRANCISCO
MORATO, COM FOCO NA SAÚDE MULHER EM 2022**

SÃO PAULO

2024

MILENE BORGUI COELHO

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM FRANCISCO
MORATO, COM FOCO NA SAÚDE MULHER EM 2022**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto de Saúde, para obtenção do título de
Especialista em Saúde Coletiva.**

**Orientador: Dra. Silvia Helena Bastos de
Paula**

**SÃO PAULO
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Coelho, Milene Borgui
Saúde sexual e reprodutiva em Francisco Morato, com foco na saúde da mulher em
2022 – São Paulo, 2024.
94 f.

Orientador (a): Profa. Dra. Sílvia Helena Bastos de Paula

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde
– Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Saúde da mulher 2. Feminino 3. Saúde Sexual 4. Saúde reprodutiva 5. Atenção
primária à saúde 6. Serviços de saúde I. Paula, Sílvia Helena Bastos de

CDD: 362.1

Bibliotecária: Tania Izabel de Andrade CRB/8 7241

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Marta, que para mim é a maior inspiração do que é ser mulher.
Nada seria possível sem ela.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me guiado e sustentado até aqui, com a intercessão da Virgem Maria, aquela que me cobre com seu manto sagrado por todos os caminhos.

À minha família. Em especial à minha mãe, que é o meu colo nos dias difíceis e minha companhia nos momentos de alegria. Ademais, à todos que de certa forma me deram o impulso necessário para chegar até aqui.

Aos meus amigos. Aqueles que eu mantenho uma amizade duradoura e especial. Às pessoas que chegaram, ou de alguma forma retornaram, para somar alegrias e bons momentos.

Às minhas amigas de especialização, em especial, Adriana, Amanda, Camila, Isabelly e Maria Clara. Obrigada por todos os momentos especiais que compartilhamos juntas, dentro e fora do Instituto. Essa caminhada tornou-se muito mais leve com vocês.

À minha orientadora, Silvia. Obrigada por todas as trocas importantes sobre o tema.

À todos os Moratenses que de alguma forma permitem que essa assessoria seja realizada.

Coelho, MB. **Saúde Sexual e Reprodutiva em Francisco Morato, com foco na Saúde da Mulher em 2022** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2024.

RESUMO

Introdução: A saúde reprodutiva vai além da preocupação com a saúde física, e é um elemento essencial para o bem-estar na vida das mulheres. Uma das principais dificuldades na institucionalização dos Direitos Reprodutivos e Sexuais das Mulheres é a sua efetiva implementação, com políticas e práticas que respeitem a autonomia e autodeterminação das mulheres sobre seu corpo e nas suas funções reprodutivas. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) atua na implementação de ações que garantem os direitos humanos das mulheres e que diminuem a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. **Objetivo:** Geral: Analisar a situação da oferta de serviços voltados à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) das mulheres em Francisco Morato. Específicos: descrever a organização e a distribuição dos serviços; levantar dados secundários relacionados à SSR dos últimos 5 anos; sintetizar uma linha de base relacionando os dados e a estrutura com documentos publicados por órgãos públicos. **Métodos:** Estudo retrospectivo de linha de base. Sintetizou dados quali-quantitativos coletados em 2022 pelo Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica - Instituto de Saúde (ICAB-IS) e entrevistas com 3 Apoiadoras da Atenção Básica. Foram utilizados dados sobre SSR, coletados de janeiro de 2017 a dezembro de 2022, dos bancos de dados da Divisão de Vigilância Epidemiológica e do Serviço de Assistência Médica (SAME) do município. Os dados quantitativos foram sistematizados através de tabelas. Para a análise e interpretação dos dados, foram avaliadas as conformidades em relação aos documentos publicados por órgãos vinculados à saúde. **Resultados:** foi possível identificar que o município apresenta fragmentação dos cuidados em SSR, destacam-se a falta de protocolos específicos. Existe prevalência elevada de diagnóstico de sífilis e sífilis congênita. Uma das principais demandas citadas pelos entrevistados, além da sífilis, é o pré-natal. Há uma maior notificação de gestações de risco relacionadas a diabetes, hipertensão arterial e obesidade. O município não apresenta um padrão para condutas em relação a SSR de adolescentes. **Conclusão:** destaca-se a relevância de tratar de forma mais assertiva o assunto da sífilis adquirida e a sífilis congênita, a inserção dos homens no pré-natal e no planejamento reprodutivo e a saúde de mulheres imigrantes. Sobre o cuidado fragmentado, o mesmo deveria ser objeto de elaboração de uma Linha de Cuidado com integralidade e com base nos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Por fim, torna-se necessário seguir avaliando o tema e que a partir de 2024 sejam realizadas novas investigações para acompanhamento do que foi implementado para melhoria e quais os pontos que representam fragilidades e fortalezas para esse processo.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Feminino. Saúde Sexual. Saúde Reprodutiva. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde.

Coelho, MB. **Sexual and Reproductive Health in Francisco Morato, with a focus on Women's Health in 2022** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2024.

ABSTRACT

Introduction: Reproductive health goes beyond concerns about physical health, and is an essential element of well-being in women's lives. One of the main difficulties in institutionalizing Women's Reproductive and Sexual Rights is their effective implementation, with policies and practices that respect women's autonomy and self-determination over their bodies and reproductive functions. The National Policy for Comprehensive Women's Health Care (PNAISM) works to implement actions that guarantee women's human rights and reduce morbidity and mortality from preventable and avoidable causes. **Objective:** General: To analyze the situation of the provision of services aimed at women's Sexual and Reproductive Health (SRH) in Francisco Morato. Specific: describe the organization and distribution of services; collect secondary data related to SRH from the last 5 years; synthesize a baseline relating the data and structure to documents published by public bodies. **Methods:** Retrospective baseline study. Synthesized qualitative-quantitative data collected in 2022 by the Primary Care Knowledge Instrument - Health Institute (ICAB-IS) and interviews with 3 Primary Care Supporters. Data on SRH were used, collected from January 2017 to December 2022, from the databases of the Epidemiological Surveillance Division and the Medical Assistance Service (SAME) of the municipality. Quantitative data were systematized through tables. For data analysis and interpretation, compliance with documents published by health-related bodies was assessed. **Results:** it was possible to identify that the municipality presents fragmentation of SRH care, highlighting the lack of specific protocols. There is a high prevalence of diagnosis of syphilis and congenital syphilis. One of the main demands cited by interviewees, in addition to syphilis, is prenatal care. There is a greater reporting of high-risk pregnancies related to diabetes, high blood pressure and obesity. The municipality does not present a standard for conduct in relation to SRH for adolescents. **Conclusion:** the relevance of addressing the issue of acquired syphilis and congenital syphilis, the inclusion of men in prenatal care and reproductive planning and the health of immigrant women stands out. Regarding fragmented care, it should be the subject of the elaboration of a Line of Care with comprehensiveness and based on Sexual and Reproductive Rights. Finally, it is necessary to continue evaluating the topic and that from 2024 new investigations are carried out to monitor what has been implemented for improvement and which points represent weaknesses and strengths for this process.

Keywords: Women's Health. Female. Reproductive Health. Sexual Health. Drugs for Primary Health Care. Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição de Unidades de Saúde da Família por Índice Paulista de Vulnerabilidade (IPVS) de Francisco Morato.....	69
Figura 2. Conjunto dos principais fatores ou determinantes da saúde da gestante, de acordo com a lógica dos determinantes proximais, intermediários e distais propostos por Dahlgren e Whitehead no Modelo da Determinação Social da Saúde.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Orientação de idade para realização de exame de papanicolau pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	34
Tabela 2. Motivos que dificultam a realização de procedimentos nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	35
Tabela 3. Atendimento de demanda espontânea de teste rápido de HIV e sífilis pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	36
Tabela 4. Realização de testes rápido por adolescentes desacompanhados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	37
Tabela 5. Realização de tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por adolescentes desacompanhados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	38
Tabela 6. Buscas ativa realizadas pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	38
Tabela 7. Disponibilidade de material para a realização de colposcopia nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	39
Tabela 8. Exames não realizados nas Unidades e referenciados na Rede de Cuidado pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	40
Tabela 9. Encaminhamento de usuários para demais pontos de atenção pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	41
Tabela 10. Ocorrência de comunicação entre profissionais da Atenção Básica e demais profissionais da rede de especialidades a respeito do encaminhamento das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	42

Tabela 11. Realização do seguimento de tratamento de mulheres após tratamento na rede de especialidades pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	42
Tabela 12. Realização de ações voltadas à promoção à saúde pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	43
Tabela 13. Disponibilidade de preservativos nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022. ..	45
Tabela 14. Tabela 14: Busca de preservativos por adolescentes em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	45
Tabela 15. Busca por contracepção de emergência por adolescentes em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	46
Tabela 16. Retirada ou recebimento de contracepção de hormonal por adolescentes desacompanhados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	47
Tabela 17. Retirada ou recebimento de contracepção de emergência por adolescentes desacompanhados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	47
Tabela 18. Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) por adolescentes desacompanhados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	48
Tabela 19. Público alvo de ações voltadas à Saúde Sexual e Reprodutiva nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	49
Tabela 20. Realização de ações voltadas à Saúde Sexual e Reprodutiva nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	49
Tabela 21. Método de realização de ações voltadas à Saúde Sexual e Reprodutiva nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	50

Tabela 22. Profissionais responsáveis pela realização de ações voltadas à Saúde Sexual e Reprodutiva nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	50
Tabela 23. Realização de capacitação de profissionais responsáveis pela realização de ações voltadas à Saúde Sexual e Reprodutiva nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	51
Tabela 24. Busca por teste rápido de gravidez por adolescentes nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	52
Tabela 25. Estetoscópio de Pinards em condições de uso nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.	54
Tabela 26. Registro realizados durante o acompanhamento à gestante nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	55
Tabela 27. Possibilidade de visita guiada para gestantes nas maternidades da rede do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	56
Tabela 28. Realização de consulta puerperal até uma semana após o parto por profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	57
Tabela 29. Ações realizadas para garantir a consulta puerperal até uma semana após o parto por profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.....	57
Tabela 30. Casos de Sífilis Congênita em residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.....	59
Tabela 31. Casos de HIV notificados em mulheres residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	60
Tabela 32. Casos de HIV notificados em gestantes residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	60
Tabela 33. Casos de hepatites virais (A, B e C) notificados em mulheres em idade fértil residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.....	61
Tabela 34. Casos de hepatites virais (A, B e C) notificados em gestantes residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	61

Tabela 35. Número de exames de papanicolau realizados e resultados com alteração* no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	62
Tabela 36. Número de exames de mamografia bilateral para rastreamento avaliados no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	62
Tabela 37. Número de testes de gravidez avaliados no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	63
Tabela 38. Consultas Pré-natal realizadas em gestantes cadastradas no sistema de saúde no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	63
Tabela 39. Número de casos de gravidez de alto risco no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	64
Tabela 40. Número de casos de diabetes gestacional no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	64
Tabela 41. Número de casos de hipertensão gestacional no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	64
Tabela 42. Número de casos de gravidez ectópica no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	65
Tabela 43. Número de casos de aborto espontâneo no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	65
Tabela 44. Frequência por Ano do Nascimento segundo Tipo de Parto, em residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	66
Tabela 45. Número de nascidos vivos em gestantes residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	66
Tabela 46. Número de nascidos vivos em gestantes em idade fértil (15-49 anos) residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	67
Tabela 47. Número de consultas puerperais (até 42 dias) realizadas pela Atenção Básica no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	67
Tabela 48. Número de casos de morte materna em residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	67
Tabela 49. Taxas de fecundidade específicas e total por faixa etária em residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.	73

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AMEM	Ambulatório Médico de Especialidades Municipal
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial - Álcool E Outras Drogas
CAPS II	Centros de Atenção Psicossocial - Transtornos Mentais
CISMU	Comissão Interinstitucional de Saúde da Mulher
COSEMS/SP	Conselho de Secretários Municipais do Estado de São Paulo
CTA	Centro de Testagem e Acolhimento
DIU	Dispositivo Intrauterino
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
e-SUS APS	e-SUS Atenção Primária
HCG	<i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HIV	<i>Human Immuno-Deficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICAB-IS	Conhecimento da Atenção Básica - Instituto de Saúde
IDB	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
IS	Instituto de Saúde
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVIS	Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde

LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero
LTDA	Sociedade Limitada
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAP	Programa de Aprimoramento Profissional
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
SAME	Serviço de Assistência Médica
SEADE	Fundação de Sistema Estadual de Análise de Dados
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SUS	Sistema única de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.2.	FRANCISCO MORATO: UM BREVE CONTEXTO SOBRE O MUNICÍPIO	17
1.3.	GÊNERO E FEMINISMO	18
1.4.	SAÚDE DA MULHER	21
1.5.	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	24
1.6.	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	27
2	JUSTIFICATIVA.....	30
3.	OBJETIVOS.....	31
3.1	Geral.....	31
3.2	Específicos	31
4	MÉTODOS	32
5.	RESULTADOS.....	33
5.1.	DESCRIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE FRANCISCO MORATO.....	33
5.2.	DESCRIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	34
5.2.1	Diagnósticos.....	34
5.2.2	Equipamentos e materiais disponíveis	39
5.2.3	Rede de Atenção à Saúde da Mulher.....	39
5.2.4	Rede de Serviços em Saúde Sexual e Reprodutiva.....	43
5.2.5	Oferta de Métodos Contraceptivos	44
5.2.6	Educação em Saúde Sexual e Reprodutiva	48
5.3	ATENÇÃO À PRÉ-CONCEPÇÃO	52
5.4	ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL.....	53
5.4.1	Equipamentos e materiais	53
5.4.2	Serviços.....	54
5.5	ATENÇÃO AO PARTO.....	56
5.6	ATENÇÃO AO PUERPÉRIO.....	57
5.7	DADOS SECUNDÁRIOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	58
6	DISCUSSÃO	69

7	CONCLUSÃO	79
	REFERÊNCIAS.....	81
	ANEXOS.....	90
	ANEXO 1. CRITÉRIOS E INDICADORES DE QUALIDADE ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E SUA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	90
	ANEXO 2. CRITÉRIOS E INDICADORES DE QUALIDADE GERENCIAL DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E SUA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	92

1 INTRODUÇÃO

1.1. INSTITUTO DE SAÚDE E O PROGRAMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: UM POUCO DE HISTÓRIA

Esta monografia é resultado da dissertação desenvolvida no programa de pós-graduação *lato sensu* em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (IS), instituição vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).

O IS foi criado por ocasião da Reforma Administrativa da SES-SP, pelo Decreto nº 52.182, de 16 de julho de 1969, que dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências¹. A partir do Decreto nº 55.004, de 9 de novembro de 2009, o IS foi reestruturado. O mesmo também dispõe sobre sua subordinação e reorganização e dá providências correlatas, dessa forma qualificou inserção do instituto na estrutura da SES-SP, vinculando-o diretamente ao Gabinete².

Como disponível no site oficial do IS, sua missão consiste em produzir conhecimento científico e tecnológico no campo da Saúde Coletiva e promover sua apropriação para o desenvolvimento de políticas públicas, visando à melhoria da qualidade de vida da população, prestando assessoria e colaborando na formação de recursos humanos, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, equidade e participação social³.

O IS pauta-se em valores éticos como: a defesa da saúde como direito e como bem público; a excelência na produção do conhecimento científico; a democratização do conhecimento científico; o respeito à autonomia na produção e incorporação do conhecimento e na relação com os sujeitos de pesquisa; o respeito à diversidade do ser humano e a transparência em todas as suas ações³.

Como descrito no Art. 3º do decreto nº 55.004, de 9 de novembro de 2009, uma das finalidades da instituição é: “contribuir na formação dos trabalhadores da saúde e de outros agentes, bem como promover o estabelecimento de cooperação técnica, para efetivação do Sistema Único de Saúde - SUS/SP”². Isso faz-se claro na criação e implementação do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em 1979, pelo Decreto Estadual nº 13.919⁴.

Em 2017, após passar por diversas fases e modelos, e até mesmo ser desativado em 1990 e ter sua reativação em 1993⁵, o parecer do Conselho Estadual de Educação nº 382/2017 reconheceu o Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS, da Coordenadoria de Recursos Humanos da SES-SP, como Escola Superior. Nesse parecer, o IS foi credenciado como uma Unidade Didática desta Escola Superior, juntamente com os Institutos Butantan, Adolfo Lutz e Pasteur. Com isso, o PAP foi certificado como Curso de Especialização em Saúde Coletiva, concretizando, assim, um anseio de longos anos dos profissionais de saúde do Estado⁶. Dessa forma, a partir de 2018, as turmas receberam a titulação de Especialista em Saúde Coletiva.

Como colocado por José da Rocha Carneiro, líder que auxiliou na reestruturação institucional que revolucionou o IS em 1984 e assim culminou em uma nova experiência na formação de recursos humanos⁵:

A difícil construção do SUS exige, cada vez mais, a formação de quadros técnicos capazes de exercer o verdadeiro papel de gestores, em todos os níveis da gestão. Que saibam não apenas operar, implementar e desenvolver técnicas assistenciais e gerenciais no interior do SUS. Que aprendam, sobretudo, a analisar e respeitar uma espécie de “pensamento crítico consentido”, absolutamente indispensável para o avanço na construção do SUS (ESCUDER *et al.*, 2000 p. 8)⁵.

O componente prático do programa é estabelecido pela coordenação, que nos últimos anos firmou uma parceria com o Conselho de Secretários Municipais do Estado de São Paulo (COSEMS/SP) para realizar assessoria, a fim de identificar demandas de municípios do Estado, que são eleitas como objetos para investigação e estruturar trabalhos de campo, sob a supervisão dos pesquisadores do IS, para pesquisa e busca de soluções frente aos problemas identificados. Desde 2009, atuou nos seguintes municípios: Embu das Artes (2009-2012), Santos (2013) e Franco da Rocha (2014-2020)⁷. Em 2022, o IS e a Secretaria de Saúde de Francisco Morato iniciaram a nova parceria do Programa de Especialização em Saúde Coletiva. No contexto da formação, é por meio de pesquisas que os alunos podem experienciar o contato com a realidade de como se organiza um sistema municipal de saúde.

1.2. FRANCISCO MORATO: UM BREVE CONTEXTO SOBRE O MUNICÍPIO

O Município de Francisco Morato, instituído em 1965, dependia do Município de Franco da Rocha. Antes de se tornar efetivamente um município de São Paulo, Francisco Morato era um lugarejo embutido na Serra de Botujuru, denominado como Vila Belém. O local era sede da Companhia Fazenda Belém, empresa ligada a The São Paulo Railway CO, empreendimento criado em 1858 por capitais britânicos e brasileiros que tinha o propósito de construir uma ferrovia entre as cidades de Santos e Jundiaí⁸.

O nome da cidade é uma homenagem a Francisco Antônio de Almeida Morato, nascido em 17 de outubro de 1868, na cidade de Piracicaba. A sugestão foi dada pela Faculdade de Direito do Largo de São Francisco, onde o professor Francisco Morato havia professorado. A sugestão foi deferida pela Câmara Municipal de Franco da Rocha e o distrito de Francisco Morato emancipou-se político administrativamente no dia 21 de março de 1965, depois de um plebiscito realizado no distrito e aprovado pela Assembléia Legislativa do Estado⁸.

Segundo dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área geográfica de Francisco Morato é de 49.001 km², sendo nesta 19,94 km² de área urbanizada (atualização de 2019). Atualmente, de acordo com o último Censo do IBGE realizado em 2022, a população está em torno de 165.139 pessoas, tendo uma densidade demográfica de 370,11 habitantes por quilômetro quadrado. Em 2021 o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,2 salários mínimos⁹.

A ferrovia que inicialmente trouxe os primeiros habitantes para o município, também foi responsável pela transformação da pequena estação de abastecimento em uma grande cidade. Até hoje, a Ferrovia desempenha um papel significativo na cidade, facilitando os deslocamentos diários de pessoas que trabalham ou estudam na região metropolitana de São Paulo. Muitos residentes dependem desse sistema para viajar diariamente para a metrópole. Além disso, é evidente que os municípios considerados "dormitórios" não são apenas áreas de onde os moradores saem para trabalhar em outras localidades. Em Francisco Morato, por exemplo, 5,9% da força de trabalho que atua na cidade residem em outros municípios¹⁰.

Através da Lei nº 3.041, de 11 de março de 2019¹¹, Francisco Morato adotou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), conhecido também como Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), como diretriz de políticas públicas em âmbito municipal. Lei está sancionada pela prefeita reeleita Renata Torres de Sene, que em seu Plano de Governo para a gestão de 2021-2024¹², faz menção ao coletivo na seguinte expressão:

O Plano de Governo proposto por Renata Sene expressa um ideal coletivo, como nunca houve antes na cidade de Francisco Morato (Plano de Governo, 2020)¹².

No eixo 4, onde se insere a área da Saúde são citadas como prioridades: metas mais abrangentes, mas que repercutem direta e indiretamente nas questões de saúde e que tratam da constituição de redes e de trabalho intersetoriais sob processo de avaliação contínua dessas políticas e de novos arranjos territoriais nas áreas de políticas sociais e culturais¹².

Segundo o estudo de Bohn¹³, o município enfrenta um cenário de escassez de profissionais da área da saúde, o que foi agravado pela lacuna assistencial deixada pelo Programa Médicos pelo Brasil. Diante dessa situação, a estratégia principal adotada pelos gestores foi terceirizar a contratação de profissionais médicos, estabelecendo convênios com entidades filantrópicas locais para a realização de plantões com duração de seis horas por dia. Embora a contratação de médicos plantonistas atenda de forma imediata à necessidade na assistência, acaba por desarticular o modelo da Estratégia de Saúde da Família previamente adotado pelo município.

1.3. GÊNERO E FEMINISMO

As questões relacionadas ao gênero referem-se a diferentes papéis, direitos e responsabilidades atribuídas às pessoas com base em suas características sexuais biológicas. Nas diversas instituições sociais, as normas de gênero são internalizadas, contribuindo para um ciclo persistente de tratamento desigual entre os gêneros. Isso se traduz em oportunidades limitadas de emprego para mulheres, além do escasso incentivo familiar. Como resultado, algumas mulheres acabam perdendo suas expectativas de um futuro promissor. A igualdade de gênero está

intrinsecamente ligada à equidade nos direitos, responsabilidades e oportunidades entre homens e mulheres¹⁴.

No contexto atual, embora o termo “empoderamento” signifique literalmente “investir com poder”, ele representa o aumento do controle das mulheres sobre suas próprias vidas, corpos e ambientes. Nas discussões sobre o empoderamento feminino, há uma ênfase significativa nos aspectos de tomada de decisões, autonomia econômica e direitos legais para igualdade de tratamento, herança e proteção contra discriminação. Isso inclui a remoção de obstáculos ao acesso de recursos como educação e informação. O empoderamento das mulheres desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de um país, melhorando a qualidade e quantidade dos recursos humanos disponíveis¹⁵.

Alinhadas ao pensamento feminista, ações e processos de comunicação em saúde desempenham um papel essencial na construção de redes de discussão e disseminação de informações, promovendo a conscientização cidadã. Inspiradas pelas batalhas das mulheres pelos direitos civis, acesso ao conhecimento, participação política, igualdade no trabalho e, sobretudo, autonomia sobre o próprio corpo, os feminismos, fundamentados nas particularidades das experiências interseccionais, criam espaços de diversidade e novos protagonismos. Esses ambientes também favorecem a troca de vivências e a expressão de aspirações por uma transformação social¹⁶.

Conforme os textos de Costa e Tilio¹⁷ e Silva, Carmo e Ramos¹⁸, a luta feminista passa por quatro ondas, que podem ser classificadas como:

A ‘primeira onda’ moderna do feminismo, ocorrida na Inglaterra, nas últimas décadas do século XIX, se resumiu à reivindicação do sufrágio das mulheres. No Brasil, o direito das mulheres ao voto (consagrado em 1932) também marcou a primeira onda do feminismo^{17,18}.

Durante a ‘segunda onda’ feminista no Brasil, que ocorreu na década de 1970, houve uma forte ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Ocorreu um combate às violências e opressões de gênero, além de uma oposição à ditadura militar, valorizando a democracia. Nessa época, surgiu o termo “saúde integral da mulher” no contexto de saúde, impulsionado por propostas políticas e debates públicos^{17,18}.

As ativistas feministas exigiram melhorias nos serviços de saúde e a erradicação do sexismo nos sistemas de saúde. Elas batalharam pela capacitação

das mulheres no conhecimento de seus corpos e pelo controle sobre seus direitos reprodutivos. Além disso, lutaram contra a opressão das mulheres, que se reflete na restrição ao acesso ao aborto e aos contraceptivos, à prostituição, à violência sexual, à pornografia e nos padrões estabelecidos pela indústria da beleza. Num segundo momento, as feministas também criticaram a medicalização e a mercantilização da reprodução e do trabalho, bem como a exploração de mulheres desfavorecidas na indústria reprodutiva¹⁹.

A 'terceira onda' feminista iniciou nos anos 1990, incorporando diversas facetas da feminilidade e suas demandas específicas. Conquistas importantes, como a prevenção, a proteção e a erradicação da violência contra a mulher, refletidas nas alterações no Código Penal, exerceram uma nova perspectiva sobre a sexualidade, fundamentada na autonomia, liberdade e valorização da mulher. Isso contribuiu para atenuar as relações desiguais entre os gêneros. A visibilidade do feminismo brasileiro foi ampliada através dos avanços políticos, desafiando tabus e paradigmas. As mulheres tiveram cargos anteriormente reservados aos homens, incluindo cargos em ministérios, diretorias, gerências, coordenadorias, secretarias e outras esferas políticas^{17, 18}.

Por último, a 'quarta onda' começou a partir de 2010. Embora os estudos mais tradicionais ainda não tenham chegado a um consenso sobre sua existência, torna-se evidente o seu surgimento. Este foi impulsionado pelo ativismo virtual, também conhecido como ciberativismo, e trouxe consigo uma ampla diversidade de feminismos. Além disso, marcou o ingresso da interseccionalidade e a mobilização de diversos coletivos¹⁸.

Em 2015 foram constituídos os 17 ODS, estes, como já citado, adotados pelo município de Francisco Morato. O quinto objetivo propõe: "alcançar a igualdade de gênero e empoderar as mulheres e meninas", apresentando 9 metas e 12 sugestões de aplicação. Todas abordando a ascensão e o empoderamento feminino²⁰. Para este objetivo foi destinado pela ONU 4,7% do recurso total de \$191,3 milhões para os ODS²¹.

A definição do papel da mulher na sociedade geralmente ocorre de maneira vulnerável e sob constante vigilância em comparação com os homens, que são vistos como naturalmente ocupantes dos espaços sociais mais amplos. Essa dinâmica também se reflete no âmbito da saúde, onde a mulher é percebida de maneira subordinada²².

A dinâmica social das relações de gênero se coloca diante de diversas situações relacionadas à saúde, abrangendo aspectos de bem-estar, sofrimento, doença, recuperação e mortalidade. Isso evidencia a relevância crucial do pensamento feminista no âmbito da saúde, ao trazer para a discussão das políticas públicas temas que anteriormente eram considerados de natureza privada e íntima¹⁶.

A atuação dos movimentos feministas e das mulheres foi, sem dúvida, crucial para as conquistas dos direitos consagrados na Constituição na área da saúde, estando intrinsecamente ligadas à luta pela redemocratização do país e pela democratização da saúde. Isso se aplica tanto às necessidades específicas das mulheres quanto às questões mais amplas abordadas na Constituição. Estavam, portanto, comprometidas com a construção de uma sociedade democrática e socialmente justa, incorporando as pautas do movimento feminista²³.

Para Costa e Mendes²², o processo de empoderamento das mulheres no âmbito da saúde é, primordialmente, um processo social. É fundamental que as mulheres possuam recursos culturais que garantam sua igualdade na comunidade em comparação aos homens.

1.4. SAÚDE DA MULHER

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.

Existem diferentes interpretações do conceito de "Saúde da Mulher", algumas mais limitadas que focam apenas na biologia e anatomia do corpo feminino, outras que são mais abrangentes, abordando dimensões dos direitos humanos e questões de cidadania. Nas interpretações mais limitadas, o corpo da mulher é considerado apenas em sua função reprodutiva, com a maternidade sendo vista como seu atributo principal²⁴.

De acordo com a teoria da determinação social no processo saúde-doença, saúde e doença são manifestações de um único processo, abrangendo tanto aspectos biológicos quanto sociais. Embora tenham uma base biológica, a natureza humana se revela através da vida em sociedade. A determinação social implica em uma relação dialética entre preferências que não são reproduzíveis de forma igual

em diferentes condições. Recentemente, organizações internacionais e nacionais vêm reconhecendo as condições de iniquidade em que as mulheres vivem, como base do seu processo saúde-doença, incorporando o gênero na formulação das políticas sociais²⁵.

Atender às necessidades de saúde das mulheres exige, essencialmente, garantir um padrão crítico de qualidade de vida, enfrentar discriminações sociais e promover o autodesenvolvimento das mulheres, incluindo seu direito à participação ativa e consciente na esfera social. A subordinação histórica das mulheres, juntamente com a discriminação social e a dupla responsabilidade no âmbito profissional, tem um impacto direto em sua saúde. Isso conecta a saúde da mulher à necessidade de superar a desvalorização a que são submetidas em sociedades que são relegadas a uma posição subalterna em relação aos homens, controlando as condições sociais de produção e dominação²⁶.

As críticas à medicina convencional, muitas vezes rotuladas como um conhecimento predominantemente "masculino", são comuns. Há também uma discussão sobre uma suposta "colonização" do corpo feminino ao longo da história da ciência médica. Este conceito sugere a importância de as mulheres se apropriarem de seus corpos, promovendo uma autogestão da saúde²⁷.

O trabalho de Machado e Penna²⁸ discorre sobre a fragmentação do corpo feminino em útero e peito, quando avaliada as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. Nesse sentido, mostra-se a partir da literatura disponível e de entrevistas com mulheres sem filhos que, o corpo feminino fragmentado em útero e peito causa incômodo, de modo que estas vêem a política pública de forma reducionista, preocupada apenas com as questões reprodutivas. Vale ressaltar que o útero e os seios têm significados profundos no contexto feminino, estando associados à amamentação, fertilidade, erotismo e sedução. Sem dúvida, as políticas de prevenção do câncer de colo do útero e de mama representam avanços e conquistas significativas na esfera da saúde pública. No entanto, é crucial lembrar que, embora representem avanços, também podem promover uma visão e práticas fragmentadas em relação ao corpo e à saúde da mulher. Além disso, um corpo saudável requer cuidados abrangentes, tanto físicos quanto psicológicos.

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), existem diversas áreas relacionadas à saúde que merecem destaque, sendo importante dar especial atenção à precariedade da assistência obstétrica e

em anticoncepção, ao aborto em condições de risco, às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e à *Acquired Immunodeficiency Syndrome*¹ (AIDS), à violência doméstica e sexual, à saúde das mulheres adolescentes, à saúde das mulheres durante o climatério/menopausa, à saúde mental e às questões de gênero, bem como às doenças atuais-degenerativas e ao câncer ginecológico. Além disso, é crucial considerar a saúde das mulheres lésbicas, das mulheres negras, das indígenas, das residentes e trabalhadoras da área rural, e a saúde das mulheres em situação de prisão. Muitas dessas questões estão intrinsecamente relacionadas à vulnerabilidade social²⁴.

Partindo do pressuposto de que os serviços de saúde trazem desafios provenientes das condições precárias de vida (como pobreza, diversas formas de violência, discriminação, exploração e perda de identidade, entre outros), tornou-se indispensável alterar a identidade das instituições. Essas mudanças visam proporcionar às mulheres um espaço para expressar as dificuldades que enfrentam no contexto social. Destaca-se a humanização dos serviços como uma parte essencial dessas transformações, abrangendo a consideração dos significados e impactos dos ambientes físicos, das rotinas e das normas disciplinares de trabalho, dos instrumentos de diagnóstico e tratamento, das interações entre profissionais de saúde e mulheres, e da abordagem ao corpo e à intimidação feminina. Isso busca alcançar uma atenção integral e abrangente²⁶.

Ainda persiste o desafio da falta de humanização e centralização na paciente na área da Saúde da Mulher, sendo um problema não completamente resolvido nas ciências médicas. Para abordar essa questão, é fundamental adotar uma postura que defende a equidade de gênero na esfera social, e essa responsabilidade recai sobre todos na sociedade, incluindo os profissionais de saúde²².

Nos últimos dez anos, tem sido evidente o aumento das redes de discussão, tanto presenciais quanto virtuais, que se dedicam a compartilhar práticas terapêuticas com o propósito de revitalizar a saúde da mulher. Essas redes buscam superar possíveis questões que afetam o corpo feminino e promover novas maneiras de vivê-lo. Esse "resgate" visa destacar a autonomia das mulheres em relação a seus corpos, processos reprodutivos, sexualidade e saúde, incentivando o conhecimento sobre a anatomia e fisiologia feminina. Além disso, essas redes

¹ Em tradução literal para o português: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

buscam gerar um tipo de conhecimento que, ao longo da história, as mulheres foram privadas de obter. Muitas vezes, esses espaços de discussão fazem referência à "Ginecologia Natural", embora também seja possível identificar outros termos relacionados a esse mesmo interesse, como "Ginecosofia" ou "Ginecologia Feminista"²⁷.

Atualmente essas redes de discussão são popularmente conhecidas como "Coletivos Feminista". Na capital Paulista é possível encontrar o "Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde", organização não governamental que atua desde 1981, com um trabalho focado especialmente na Atenção Primária à Saúde das mulheres, com uma perspectiva feminista e humanizada. Atualmente funciona em um espaço físico como um local de encontro, acolhimento, atendimento e cuidado em saúde com uma perspectiva feminista, sempre com o olhar da desmedicalização, enfrentamento da violência contra as mulheres, pelos direitos sexuais e reprodutivos²⁹.

A Ginecologia Natural surgiu como um movimento sociocultural e político por volta de 2008, principalmente na América Latina. Suas raízes estão profundamente ligadas ao movimento feminista. A essência da Ginecologia Natural reside na proposta de transformar o modelo tradicional de atendimento ginecológico, que tende a ser hierárquico, patologizante e biomedicalizante típico da ginecologia no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Isso faz com que se entrelace outras abordagens igualmente críticas ao domínio médico masculino, como movimentos feministas e a diversidade sexual e corporal. É relevante destacar que os grupos que promovem a Ginecologia Natural estão conectados a ideais mais abrangentes, que ganharam destaque nas últimas décadas, como o movimento de humanização do parto e do nascimento, reconhecidos como "naturais"^{27,30}.

1.5. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Como estabelecida pela lei N° 8080/90³¹ que institui o SUS, a integralidade é um termo pertencente ao Capítulo II, Art. 7º, que faz referência aos princípios e diretrizes do sistema:

Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos,

exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990)³⁰.

Na atenção à saúde das mulheres, para Coelho, Silva, Oliveira e Almeida³² a integralidade é compreendida como a implementação de práticas de atenção que assegurem às mulheres o acesso a intervenções eficazes, adaptadas às particularidades do ciclo de vida feminino e do ambiente em que suas necessidades surgem. Nesse sentido, o cuidado deve ser caracterizado pelo acolhimento com escuta sensível às suas demandas, reconhecendo a importância das relações de gênero, raça/cor, classe social e geração no contexto da saúde e do processo de adoecimento das mulheres.

O conceito de atenção integral à mulher incorpora as marcas de uma compreensão limitada de integralidade feminina, da saúde e suas determinações, e, por conseguinte, as necessidades de saúde específicas desse grupo²⁶. Dessa forma, as políticas voltadas para enfrentar uma questão específica de saúde ou atender a um grupo específico da população podem refletir elementos de integralidade³².

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios, para conduzir a política de saúde das mulheres e os critérios para elencar as suas prioridades. O programa incluiu medidas educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Abrangeu a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama, assim como outras necessidades identificadas com base no perfil populacional das mulheres³³.

Os princípios e diretrizes do programa apresentam as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a integralidade e a equidade na atenção à saúde, durante esse período, no contexto do Movimento Sanitário, estava sendo concebido o arcabouço conceitual que fundamentaria a criação do SUS²⁴.

A implementação do PAISM marcou o início de uma nova era para a saúde da mulher no Brasil, rompendo com décadas de uma perspectiva centrada na questão materno-infantil, na qual a mulher era vista principalmente como mãe e o foco principal era o cuidado com o bebê. O PAISM resultou de uma luta social e iniciou a visão de uma política emancipatória, desejando transformar as relações

desiguais entre os gêneros, em particular fortalecendo as mulheres. Representou um pacto viável naquela época e uma estratégia de saúde inovadora, abordando integralidade e enfoque de gênero, apesar de maneira limitada³⁴.

Após um extenso processo de batalhas e engajamento em várias instâncias de participação, que se uniram de maneira integrada para elaborar, implementar e monitorar as políticas, bem como suas metas e estratégias delineadas, o documento consolidando os princípios, diretrizes, estratégias e ações da PNAISM foi apresentado e discutido nas reuniões da Comissão Interinstitucional de Saúde da Mulher (CISMU) no ano de 2003. Posteriormente, foi lançado pelo Ministério da Saúde em maio de 2004, com o amparo do movimento feminista e a participação de representantes da CISMU e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher³⁵.

Em 2004 foi publicada a PNAISM, com o objetivo de incorporar, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e buscando firmar os avanços no campo dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Com isso, buscou-se também o compromisso com a implementação de ações que colaborem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e que diminuam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis²⁴.

Essa nova abordagem da política foi elaborada após uma avaliação das políticas anteriores e teve como objetivo abordar as lacunas deixadas até então. Isso inclui questões como: climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; e doenças infectocontagiosas. Ademais, a política buscou focar na atenção a mulheres de diferentes situações, como mulheres rurais, mulheres com deficiência, mulheres negras, indígenas, presidiárias e lésbicas. Mesmo com avanços, percebe-se ainda a exclusão de certos segmentos da sociedade, tendo como exemplo os grupos das prostitutas, que representa uma população vulnerável a vários agravos³⁶.

A trajetória da PNAISM está interligada e fortalecida com o processo de construção do SUS, de consolidação da saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como a jornada do movimento sanitário brasileiro, desde a Reforma Sanitária Brasileira até a criação do SUS³⁵.

1.6. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Os direitos sexuais englobam a prática da sexualidade por todo e qualquer indivíduo, abrangendo a liberdade de viver e expressar sua sexualidade sem violência ou discriminação, independentemente de sexo, gênero, orientação sexual, idade, raça, classe social, religião ou deficiência mental ou física. Incluem também o direito a uma educação sexual abrangente e livre de preconceitos, a exercer a sexualidade de forma independente da reprodução e a praticar o sexo com segurança e proteção, incluindo a escolha de não se envolver sexualmente³⁷.

A transição da nomenclatura "saúde da mulher" para o conceito de "direitos reprodutivos" começou a ser amplamente adotada no início dos anos 1980. Esse movimento ganhou impulso com a participação ativa do grupo de feministas brasileiras no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã. Contudo, foi apenas na década de 1990 que esse termo se consolidou, especialmente quando a ONU realizou reuniões temáticas internacionais, que abordaram temas relacionados a gênero, saúde, equidade, autonomia e direitos humanos, fazendo com que fossem reafirmados e fortalecidos de forma coesa³⁸.

Pode-se notar isso em 1994 na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, onde a saúde reprodutiva foi definida como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas à mera ausência de doença ou enfermidade". A saúde reprodutiva engloba a capacidade de uma pessoa ter uma vida sexual segura e satisfatória, incluindo a liberdade de reproduzir e decidir quando e com que frequência desejá-la³⁹.

A saúde reprodutiva vai além da preocupação com a saúde física. Esta também deve ser abordada como uma questão de desenvolvimento e direitos humanos. É um elemento essencial para o bem-estar na vida das mulheres³⁷.

Ao mesmo tempo que os Direitos Reprodutivos têm uma trajetória jurídica consolidada, os Direitos Sexuais ainda enfrentam obstáculos significativos. Especialmente quando se trata da liberdade sexual, as mulheres eram historicamente privadas de explorar e vivenciar sua sexualidade plenamente. Ato como o orgasmo feminino eram considerados imorais, refletindo uma visão prejudicial que acabou impactando negativamente até mesmo nos discursos atuais

sobre esse tema, pois estão, em grande parte, enraizados em perspectivas conservadoras⁴⁰.

Ao decorrer do século passado, foram surgindo as bases para a apropriação da sexualidade pelas mulheres e assim a sua transformação em seres-para-si. As chaves feministas permitiram o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, incluindo também a maternidade escolhida, o aborto e a contracepção auto decidida, fundamentais na retirada da gravidez obrigatória. Dessa forma, juntamente de outras questões como o divórcio e a libertação predestinado a outros, permitiram às mulheres estudar, trabalhar e participar politicamente^{38, 41}.

Outro ponto a ser citado é a incorporação do Planejamento Familiar como direito pela Constituição Federal de 1988⁴², especificamente no art. 226, § 7:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988)⁴².

Esse direito também foi regulamentado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996⁴³, onde no art 2 fica descrito que:

[...] entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996)⁴³.

A Lei também aborda no art 3 que:

O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde (BRASIL, 1996)⁴³.

A política de planejamento familiar vem sendo implementada pelo Ministério da Saúde em colaboração com os estados, municípios e organizações da sociedade civil, dentro do contexto da atenção integral à saúde da mulher, do homem e dos(as) adolescentes. Há uma ênfase significativa na necessidade de, juntamente com as ações de planejamento familiar, promover a prevenção de *Human Immuno-Deficiency Virus*^{II} (HIV)/Aids e outras IST⁴⁴.

Garantir o acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes é crucial tanto para a saúde pública quanto para o movimento feminista. Os produtos e serviços de planejamento familiar trazem uma série de benefícios à saúde, como a diminuição

^{II} Em tradução literal para o português: Vírus da Imunodeficiência Humana

das gravidezes indesejadas, a promoção da saúde infantil e a redução dos índices de morbidade e mortalidade associados à gravidez. Portanto, a acessibilidade e a aceitação dos contraceptivos desempenham um papel fundamental na saúde sexual e social⁴⁵.

Apesar do exposto, a assistência ao planejamento familiar tem passado por rupturas e descontinuação desde a sua incorporação, recusando o que é considerado primordial, que é a promoção da SSR de homens, mulheres e/ou casais, tendo em conta aspectos culturais e socioeconômicos⁴⁶.

O acesso aos serviços de planejamento reprodutivo é um componente essencial não apenas para a saúde reprodutiva, mas também para a equidade social e econômica. Isso se deve ao fato de que uma gravidez não planejada restringe as oportunidades das mulheres em termos de educação, participação como sociedade civil e crescimento econômico. Portanto, quando o acesso a esses serviços é limitado, a concretização dos direitos humanos e a construção de uma sociedade estável e justa, assim como uma economia inclusiva e sustentável, são desafiadas⁴⁷.

Uma das principais dificuldades na institucionalização dos Direitos Reprodutivos e Sexuais das Mulheres está relacionada à sua efetiva implementação. A realização desses direitos ocorre quando há respeito pela autonomia e autodeterminação nas funções reprodutivas. Esse afastamento da efetivação pode ser compreendido a partir da perspectiva das desigualdades sociais no Brasil. A equidade não deve ser apenas um princípio formal, mas precisa ser real, e os esforços para garantir o acesso envolvem a busca pela igualdade não apenas perante a lei, mas também em termos de igualdade material. Isso significa garantir a acessibilidade para diversos grupos sociais vulneráveis, como mulheres em situação de pobreza, moradoras de áreas periféricas, mulheres negras e indígenas⁴⁸.

A vivência da reprodução e da sexualidade é sempre moldada por relações de poder, dado que são construções sociais. São experiências desafiadoras e podem ser vivenciadas com diferentes níveis de apoio social. Portanto, tanto a sexualidade quanto a reprodução podem ser expressões de empoderamento e realização, assim como de impotência e opressão, dependendo do contexto e do suporte político e social disponíveis⁴⁹.

2 JUSTIFICATIVA

Os direitos sexuais e reprodutivos estão consagrados como Direitos Humanos em legislações nacionais e documentos internacionais. Os direitos à SSR, são conceitos relativamente recentes e simbolizam uma conquista histórica. Eles são o resultado das lutas pela cidadania e dos Direitos Humanos⁵⁰.

Segundo Dios-Valejjo⁴¹, a sexualidade feminina é frequentemente percebida e enraizada na sociedade como uma função vinculada à maternidade e ao erotismo voltado para o prazer dos outros. Culturalmente, é esperado que as mulheres, na sua capacidade de especialistas em sexualidade, proporcionem prazer sexual aos homens e assumam o papel de mãe para seus filhos. Tanto na esfera privada quanto na pública, existe uma expectativa de que as mulheres tenham o dever de cuidar e assegurar o desenvolvimento de outros, incluindo a família e a comunidade.

Questões voltadas à qualidade dos serviços de saúde no Brasil, podem estar ligadas à predominância de óbitos maternos por causas diretas, referentes às complicações no ciclo gravídico-puerperal⁵¹. Além da mortalidade materna, outro assunto que chama a atenção para as questões voltadas à oferta de serviços ligados à SSR, é a transmissão vertical de IST, principalmente o HIV e a sífilis. Esse assunto tem sido alvo de intervenções de entidades, considerado importante problema de Saúde Pública^{52,53}.

De acordo com a PNAISM²⁴, a municipalização da gestão do SUS vem se compondo em um espaço favorecido de reorganização das ações e dos serviços básicos, das quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao SUS e seguindo suas diretrizes.

Dessa forma, nota-se a importância de analisar como está a SSR das mulheres de Francisco Morato, município que compõem a região metropolitana da grande São Paulo desempenhando importante papel para habitação da população de baixa renda e que apresenta aspectos importantes de vulnerabilidade, uma vez relacionados à um contexto de assessoria de ações em SSR em nível municipal, tornando-se fundamental traçar uma linha de base quanto a descrição sobre a organização dos serviços, com base em dados levantados no próprio município que possibilite uma imagem inicial e objetiva a ser alcançada através dos investimentos em pesquisas de intervenções.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a situação da oferta de serviços voltados à Saúde Sexual e Reprodutiva das mulheres do município de Francisco Morato, no contexto de assessoria para o desenvolvimento do SUS local.

3.2 Específicos

- Descrever a organização e a distribuição dos serviços da rede do município;
- Levantar dados secundários relacionados à saúde que reflitam a situação da Saúde Sexual e Reprodutiva dos últimos cinco anos no município e no processo saúde-doença do público feminino;
- Sintetizar uma linha de base sobre o contexto, relacionando os dados e a estrutura aos documentos publicados por órgãos públicos vinculados à saúde.

4 MÉTODOS

Estudo retrospectivo de elaboração da linha de base da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) com foco na Saúde da Mulher, no município de Francisco Morato, elaborado com fontes primárias e secundárias.

A presente pesquisa sintetizou dados quanti-qualitativos coletados em 2022 pelo Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica - Instituto de Saúde (ICAB-IS), realizado através da plataforma Google Forms, com gestores, ou seus indicados, de 12 Unidades de Saúde da Família (USF); e entrevistas também realizada em 2022, com 3 Apoiadoras^{III} da Atenção Básica.

Houve o levantamento de dados de saúde que refletem a situação da SSR, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2022, diretamente no banco de dados do município, tendo como fonte a Divisão de Vigilância Epidemiológica e o Serviço de Assistência Médica (SAME). Tais dados foram retirados do canal e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Também foi utilizada a plataforma do TABWIN, onde tornou-se possível a importação das tabulações realizando operações aritméticas e estatísticas nos dados das tabelas geradas ou importadas.

Os dados quantitativos foram sistematizados através de tabelas nas seguintes dimensões: Descrição da Rede Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva; Atenção à Pré-concepcional; Atenção ao Pré-natal; Atenção ao parto; Atenção ao puerpério; e os Dados Secundários de Saúde Sexual e Reprodutiva. Dentro dessas também foram divididas as subdimensões.

Para a análise e interpretação dos dados, foram avaliadas as conformidades dos aspectos relevantes dentre as dimensões já descritas, em relação aos documentos publicados por órgãos públicos vinculados à saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde (CEPIS), seguindo estritamente as normativas estabelecidas nas Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018.

^{III} Apoiadores em Saúde são profissionais com diferentes formações na área da saúde, os quais contribuem para a produção do cuidado, gestão da clínica e dos serviços de saúde. Atuam por meio da valorização das formas mais democráticas para a gestão compartilhada, a fim de fortalecer as relações entre os trabalhadores, diminuir a fragmentação do conhecimento e acompanhar as mudanças nos processos organizacionais. Possui três funções principais: apoio matricial, apoio institucional e articulação da rede de saúde⁵⁴.

5. RESULTADOS

5.1. DESCRIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE FRANCISCO MORATO

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Francisco Morato, segundo dados fornecidos pela Unidade de Vigilância em Saúde do município, é composta pelas seguintes Unidades de Saúde:

- Ambulatório Médico de Especialidades Municipal (AMEM);
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Francisco Morato;
- Centros de Atenção Psicossocial - Álcool E Outras Drogas (CAPS AD) Ana Marques da Silva;
- Centros de Atenção Psicossocial - Transtornos Mentais (CAPS II Francisco Morato);
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil Francisco Morato;
- Centro de Testagem e Acolhimento (CTA) - Francisco Morato;
- Farmácia Central;
- Hospital Estadual de Francisco Morato Prof. Carlos da Silva Lacaz (Maternidade Regional);
- Instituto Moratense de Nefrologia LTDA (IMON);
- Santa Casa de Francisco Morato;
- Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Morato;
- Unidade Moveil Terrestre Ônibus de Francisco Morato;
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Francisco Morato;
- Unidade de Saúde da Família (USF) (Casa Grande; Água Vermelha; Arpoador; Jardim Nova Esperança; Jardim das Rosas; Jardim Santo Antônio; Parque Paulista; Parque 120 Dr. Rams Maluly; Dr. Walfrido Tiburcio; Jardim Batista Genari Isaac Freitas Borges; Jardim Silvia; Terezinha Marques da Silva; Vila Guilherme);
- Vigilância em Saúde de Francisco Morato.

5.2. DESCRIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

5.2.1 Diagnósticos

Utilizando o ICAB-IS como fonte de dados primários, obtivemos resposta de todos os gestores das 12 unidades entrevistadas, que responderam de forma afirmativa quanto à realização de coleta de exames nas Unidades de Saúde da Família. Quanto a prevenção do câncer de colo uterino, a orientação em relação a idade para a realização do exame de papanicolau (Tabela 1), dos 11 gestores de unidade que responderam à questão, 6 (54,5%) responderam que orientavam mulheres a partir de 25 anos, 2 (18,2%) responderam que era a partir de 15 anos e as demais Unidades, 1 (9,1%) respondeu que era a partir de 18 anos, uma outra a partir de 20 anos e a última 1 (9,1%) a partir dos 24 anos.

Tabela 1. Orientação de idade para realização de exame de papanicolau pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
15 anos	2	18,2
18 anos	1	9,1
20 anos	1	9,1
24 anos	1	9,1
25 anos	6	54,5

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Em relação aos motivos que dificultam a realização de procedimentos (Tabela 2), 10 (83,3%) gestores de unidade responderam que era a falta de profissionais (recursos humanos), 8 (66,7%) relataram a sobrecarga de trabalho e 7 (58,3%) referiram a falta de materiais/insumos.

Tabela 2. Motivos que dificultam a realização de procedimentos nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Infraestrutura inadequada	3	25
Falta de materiais/insumos	7	58,3
Falta de protocolos	5	41,7
Falta de profissional (recursos humanos)	10	83,3
Falta de demanda para o(s) procedimento(s)	1	8,3
Sobrecarga de trabalho	8	66,7
Medidas restritivas de conselho de fiscalização de profissão	2	1,7
Falta de capacitação/ treinamento	4	33,3
Falta de segurança para realizar o procedimento	1	8,3
A equipe não apresenta dificuldades em ofertar este procedimento	0	0
Nenhuma das anteriores	0	0

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Em relação à coleta do exame citopatológico, as Apoiadoras entrevistadas relataram como funcionava a capacitação dos profissionais envolvidos:

Então, atualmente nós nos tornamos notificadoras e avaliadoras da coleta de citopatológico. Então assim, nós temos os colegas que estão com a parte online feita, mas a gente precisa acompanhar *in loco* na hora da coleta para gente qualificar [a técnica]. Porque a gente observa que nós temos uma quantidade de coleta que 50% são descartadas por não ter uma boa amostra. Então a gente identificou isso (AP).

Os enfermeiros foram citados pelas apoiadoras como os responsáveis pela coleta do exame. Além da capacitação voltada para a realização da coleta do exame, as entrevistadas citaram a busca pela qualificação para outros exames e procedimentos em SSR, voltadas para a realização do pré-natal e ao diagnóstico e

tratamento de IST. De forma geral, as questões relacionadas à capacitação profissional para a atenção à SSR foram dispostas como as mais urgentes:

Hoje, quando a gente fala de capacitação, é sempre voltada pra essa parte sexual e reprodutiva (AP).

[...] Não dá mais para esperar, a gente está vendo as demandas e tentando trazer parcerias, a questão de atuação mesmo, dentro da parte, que a parte mais gritante é a sexual e reprodutiva (AP).

Conforme a resposta dos gerentes, sobre demanda espontânea, testes rápidos para diagnóstico de HIV e sífilis eram realizados majoritariamente para atender adolescentes do sexo feminino (50%) (Tabela 3).

Tabela 3. Atendimento de demanda espontânea de teste rápido de HIV e sífilis pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Pela maioria dos adolescentes de ambos os sexos	2	16,7
Pela maioria de adolescentes mulheres	6	50
Pela maioria de adolescentes homens	1	8,3
Por alguns adolescentes de ambos os sexos	1	8,3
Por algumas adolescentes mulheres	1	8,3
Por alguns adolescentes homens	0	0
Apenas por adolescentes Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero (LGBT)	1	8,3
Adolescentes não demandam tais testes	0	0
Não sabe	0	0
Outro: “só é feito com agendamento, devido a janela imunológica”	1	8,3

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

As IST notificadas pelo serviço referenciado pelas apoiadoras em saúde eram: sífilis, hepatites e HIV. A de maior prevalência era a sífilis, tendo faixa etária e gênero variável. Esse dado foi colocado como preocupante na fala das apoiadoras:

[...] eu acho que o tema que mais se discute hoje é sífilis no município em relação a Saúde Reprodutiva. As estratégias, o trabalho [...] (AP).

Em relação às estratégias desenvolvidas para ofertar ações de prevenção, diagnóstico e tratamento dessas doenças, as apoiadoras o descreveram da seguinte forma:

A gente faz um movimento no território, com as equipes. São estratégias de divulgação, algum panfleto, algum cartaz, algo novo, né. Acho que o ano todo a gente tem trabalhado nas IST. No território os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), as equipes fazem essas abordagens. Se identificado, tem o tratamento. O início do tratamento, para sífilis, na unidade é garantido para a gestante e o parceiro. Porém, a gente tem todo um fluxo de encaminhar para o médico avaliar e fazer o tratamento (AP).

Conforme as respostas dos gestores das unidades, os adolescentes sozinhos podiam realizar testes rápidos a partir de 16 anos (25%) (Tabela 4), porém não podiam nunca fazer o tratamento de IST, a menos que estivessem acompanhados por um responsável (33,3%) (Tabela 5).

Tabela 4. Realização de testes rápido por adolescentes desacompanhados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Não sabe	1	8,3
Não podem nunca	1	8,3
Sim, a partir de 10 anos	1	8,3
Sim, a partir de 11 anos	0	0
Sim, a partir de 12 anos	2	16,7
Sim, a partir de 13 anos	2	16,7
Sim, a partir de 14 anos	1	8,3
Sim, a partir de 15 anos	1	8,3
Sim, a partir de 16 anos	3	25
Sim, a partir de 17 anos	0	0
Sim, a partir de 18 anos	0	0

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Tabela 5. Realização de tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por adolescentes desacompanhados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Não sabe	1	8,3
Não podem nunca	4	33,3
Sim, a partir de 10 anos	2	16,7
Sim, a partir de 11 anos	0	0
Sim, a partir de 12 anos	1	8,3
Sim, a partir de 13 anos	1	8,3
Sim, a partir de 14 anos	0	0
Sim, a partir de 15 anos	1	8,3
Sim, a partir de 16 anos	2	16,7
Sim, a partir de 17 anos	0	0
Sim, a partir de 18 anos	0	0

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Em relação à utilização dos protocolos para identificação/rastreamento, todos os gestores afirmaram que as unidades entrevistadas usavam o protocolo de câncer do colo do útero e 11 (91,7%) afirmaram que utilizavam também o protocolo de rastreamento de câncer de mama.

Nos casos de alteração ou atraso nos exames preventivos era realizada a busca ativa para citopatológico alterado (83,3%), exames (ultrassonografia mamária e mamografia) de mama alterado (75%) e citopatológico atrasado (66,7%). Houve apenas 1 (8,3%) serviço que declarou que não realizava busca ativa específicas (Tabela 6).

Tabela 6. Buscas ativa realizadas pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Citopatológico alterado	10	83,3

(Continuação)

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Citopatológico atrasado	8	66,7
Exames (ultrassonografia mamária e mamografia) de mama alterado	9	75
Nenhuma das anteriores	1	8,3

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

5.2.2 Equipamentos e materiais disponíveis

Quando questionados sobre os materiais e equipamentos para a realização da coleta de exames disponíveis nas Unidades de Saúde, todas os gestores afirmaram que possuíam focos de luz e mesas para exame ginecológico com perneira em condições adequadas para uso.

Em relação a disponibilidade de material de consumo para a realização de colposcopia (Figura 7), 8 gestores (66,6%) afirmaram contar com o material necessário para a realização do exame, enquanto as demais relataram só contar com o material necessário para a realização do papanicolau.

Tabela 7. Disponibilidade de material para a realização de colposcopia nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Sim	8	66,6
Não	4	33,3

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

5.2.3 Rede de Atenção à Saúde da Mulher

Pensando na integralidade do cuidado, a organização da atenção à saúde da mulher no município de Francisco Morato, foi descrito pelas apoiadoras como um serviço fragmentado:

[...] não existe uma linha de cuidado única. Ela é toda fragmentada e isso é uma coisa que a gente vem, com a atenção básica, é bastante insistente a nossa ação para a construção né, de solidificação. A gente tem vários fluxos, mas eles são fragmentados, a gente tem o fluxo da ginecologia, do pré-natal, e a gente não consegue colocar isso numa construção única (AP).

A Atenção Básica foi citada como ordenadora do cuidado:

Todo o atendimento dela a porta é a atenção primária, onde ela tem a oferta de preventivo de câncer de colo de útero, de mama, o início do pré-natal se dá na atenção primária independente de baixo ou alto risco. O planejamento familiar, e aí a gente vai né, dando os nortes para ela, de acordo com as necessidades específicas. Se é ambulatorial, se é hospitalar, né. Planejamento familiar (AP).

Entre os exames que não eram realizados nas Unidades e por esta razão eram referenciados na Rede (Tabela 8) destacavam-se: exame de ultrassonografia obstétrica (91,7%) e mamografia (75%).

Tabela 8. Exames não realizados nas Unidades e referenciados na Rede de Cuidado pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Sorologia para HIV	3	25
Sorologia para Sífilis	3	25
Sorologia para Hepatite B	3	25
Exame de Ultrassonografia Obstétrica	11	91,7
Mamografia	9	75
Exame Citopatológico	4	33,3

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Sobre a Rede de Atenção, de acordo com os gestores entrevistados, todas as unidades possuíam um canal de regulação destinado ao encaminhamento de usuários para os demais pontos de atenção. Em relação às referências e fluxos definidos no município, todos os gestores entrevistados relataram segui-los nas seguintes situações: 'agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de mama e de câncer do colo do útero', 'parto (maternidade)', 'urgência obstétrica' e 'infectados por HIV/Aids'. Entre as formas para realizar esse encaminhamento (Tabela 9) estavam: 'a consulta é marcada pela unidade de saúde

e informada na hora para o usuário' (75%), 'é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário' (66,7%) e o 'usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado' (50%).

Tabela 9. Encaminhamento de usuários para demais pontos de atenção pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário	9	75
A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário	8	66,7
A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas	1	8,3
O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela sua equipe	6	50
O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado	0	0
Não há percurso definido	0	0

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Quanto à comunicação entre os profissionais da Atenção Básica e profissionais da rede de especialidades a respeito dos usuários encaminhados (Tabela 10), 7 (58,3%) gestores informaram que a comunicação se dava por meio de um fluxo já estabelecido. Entre as especialidades descritas estava a Casa da Mulher e ginecologia. Dos 12 gestores de unidades participantes, 7 (58,3%) afirmaram que realizavam o seguimento das mulheres após tratamento realizado na atenção especializada (Tabela 11). Todas os gestores afirmaram não dispor de médicos

ginecologista/obstetra nas USF, isso se dá pelo fato de as unidades adotarem um modelo generalista.

Em relação a falta de médico ginecologista, as apoiadoras em saúde relataram o encaminhamento de casos para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA):

[...] a maioria não tem o ginecologista no posto, a maioria consegue aqui [se referindo ao CTA], acaba vindo pra cá pra gente (AP).

[...] casos em que o Papanicolau dá alterado, aí acabam vindo tudo pra cá, passa pelo ginecologista e ele acaba encaminhando para outros lugares que precisa (AP).

Segundo as entrevistadas, quando havia o diagnóstico de IST também havia o encaminhamento para o CTA.

Tabela 10. Ocorrência de comunicação entre profissionais da Atenção Básica e demais profissionais da rede de especialidades a respeito do encaminhamento das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Sim, de maneira informal	3	25
Sim, com um fluxo estabelecido	7	58,3
Não	2	16,7
Não sabe	0	0

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Tabela 11. Realização do seguimento de tratamento de mulheres após tratamento na rede de especialidades pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Sim	7	58,3
Não	5	41,7
Não sabe	0	0

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

5.2.4 Rede de Serviços em Saúde Sexual e Reprodutiva

A Rede de Atenção Básica de Francisco Morato possibilitava o acesso as ações por meio da utilização de estratégias de divulgação e promoção de exames, onde as equipes de todas as unidades o realizavam para os exames citopatológicos e de mamas. Em relação às ações desenvolvidas para a promoção à saúde (Tabela 12), dos 11 gestores de unidades que responderam a esta questão, 9 (81,8%) afirmaram que desenvolviam tais atividades, onde um destes gestores relata que realizava atividades voltadas para a saúde da mulher e gestantes e um outro relatava desenvolver:

“Ações para conscientizar os usuários sobre prevenção de certas doenças em meses destinados à conscientização do tema, como por exemplo, outubro para prevenção do câncer de mama” (Gestor – USF).

Tabela 12. Realização de ações voltadas à promoção à saúde pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Sim	9	81,8
Não	2	18,2

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

No atendimento à demanda espontânea, todas os gestores afirmaram que as suas respectivas unidades realizavam teste rápido de gravidez, HIV, sífilis e hepatite, como também a contracepção de emergência.

Durante as visitas domiciliares, 8 (66,7%) gestores relataram que as equipes realizavam busca ativa para a prevenção de câncer ginecológico e apenas 5 (41,7%) gestores afirmaram que realizavam a distribuição de preservativos aos usuários.

Como estratégia de saúde voltada à SSR, foi citado pelas apoiadoras a campanha do “Outubro Rosa”, onde prevalecia a oferta do exame de papanicolau e mamografia. Mais adiante na mesma fala, as entrevistadas descreveram que essas medidas não eram prioridades apenas no mês de outubro, mas também no restante do ano, por meio de busca ativa no território:

[...] o Outubro Rosa na verdade ele é só o outubro, o resto do ano a gente tenta trazer essas mulheres, com bastante convencimento, para o cuidado. Os ACS também fazem a busca ativa dessas mulheres, para o papanicolau, para o pré-natal, para medicações (AP).

Quando questionadas sobre a existência de um serviço de portas abertas, tipo urgência e emergência que também incluía atendimento à SSR, que envolvia abortamento, sangramento vaginal, entre outros, as apoiadoras entrevistadas referiram a Santa Casa e o Hospital Estadual de Francisco Morato Prof. Carlos da Silva Lacaz:

A Santa Casa, hoje conta com um pronto atendimento ginecológico, né. E o Lacaz também que a mulher procura o serviço e ela também tem o atendimento obstétrico, ou mesmo, no caso de uma violência, ou algo que precisa ser avaliado [...] (AP).

5.2.5 Oferta de Métodos Contraceptivos

Referente aos métodos contraceptivos, ao serem questionadas sobre quais métodos eram oferecidos pelo serviço e onde era possível encontrá-los, as apoiadoras citaram que em todas as Unidades de Saúde estavam disponíveis preservativos masculino e feminino, o anticoncepcional oral e o injetável, o Dispositivo Intrauterino (DIU), a laqueadura, a vasectomia e a pílula do dia seguinte. Declararam que não estavam disponíveis implantes contraceptivos.

Definido como método contraceptivo definitivo, a laqueadura possuía um fluxo pré-definido, descrito pelas entrevistadas da seguinte forma:

A pessoa chega na unidade, tem grupos mensais, e o médico que orienta. Na verdade, a gente solicita os documentos do parceiro, dos filhos, como orienta essa nova portaria. Encaminha para cá [CTA], para assistente social e psicóloga, para dar o tempo, né, aí ela vai consultar com o segundo médico. Aí ela fica aguardando o agendamento, pois tem um fluxo.

[...] ela passa com a assistente social, psicóloga e ginecologista para depois ir para a Santa Casa. Todo esse trâmite demora cerca de 60 dias, no mínimo (AP).

O DIU era uma opção a ser implantado logo após o parto, o que foi citado como um ganho para a prevenção de gravidez indesejada:

Nós conseguimos a implantação do DIU na maternidade no pós-parto, nós temos um grupo de enfermeiras qualificadas hoje na maternidade que fazem. E foi um ganho. Ela é bem voltada para a gente captar o máximo de mulheres na prevenção, na gravidez indesejada. Agora em parceria com a Olga do CTA, ela vai ir nas Escolas para falar sobre IST (AP).

Quanto a disponibilidade de preservativos (Tabela 13), entre as 12 Unidades, 8 (66,6%) disponibilizavam os preservativos na farmácia.

Tabela 13. Disponibilidade de preservativos nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Na entrada	2	16,7
No balcão	0	0
Na farmácia	8	66,6
Não disponível visivelmente	1	8,3
Corredor	1	8,3

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Em relação a busca de preservativos pelos adolescentes (Tabela 14), dos 12 gestores entrevistados, 4 (33,3%) relataram ser alta por ambos os sexos. A busca total por contracepção de emergência entre os adolescentes (Tabela 15) foi relatada como minoria entre 6 (50%) gestores de unidades.

Tabela 14. Tabela 14: Busca de preservativos por adolescentes em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Muita, por ambos os sexos	4	33,3
Muita, apenas por adolescentes homens	2	16,7
Muita, apenas por adolescentes meninas	0	0
Pouca, por ambos os sexos	1	8,3
Pouca, apenas por adolescents homens	2	16,7

(Continuação)

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Pouca, apenas por adolescentes homens	0	0
Adolescentes não retiram preservativos	0	0
Não sabe	3	25

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Tabela 15. Busca por contracepção de emergência por adolescentes em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Todos	0	0
Maioria	1	8,3
Metade	1	8,3
Minoria	6	50
Nenhuma	4	33,3
Não sabe	0	0

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Ainda sobre a contracepção em adolescentes (Tabela 16), em 3 (25%) Unidades os adolescentes podiam retirar ou receber contracepção hormonal sozinhos a partir de 16 anos e em outras 3 (25%) Unidades não podiam nunca. Em relação a contracepção de emergência (Tabela 17), em 3 (25%) Unidades as adolescentes não podiam nunca a receber sozinhas. Sobre o DIU (Tabela 18), em 5 (41,7%) Unidades as adolescentes não podiam nunca realizar a inserção do mesmo estando sozinhas. Em relação a colocação de implante contraceptivo em adolescentes, todos os gestores relataram que não realizavam o procedimento, como justificativa, 2 (16,7%) gestores relataram não realizar esse procedimento na UBS.

Tabela 16. Retirada ou recebimento de contracepção de hormonal por adolescentes desacompanhados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Não sabe	0	0
Não podem nunca	3	25
Sim, a partir de 10 anos	0	0
Sim, a partir de 11 anos	0	0
Sim, a partir de 12 anos	0	0
Sim, a partir de 13 anos	2	16,7
Sim, a partir de 14 anos	2	16,7
Sim, a partir de 15 anos	1	8,3
Sim, a partir de 16 anos	3	25
Sim, a partir de 17 anos	1	8,3
Sim, a partir de 18 anos	0	0

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Tabela 17. Retirada ou recebimento de contracepção de emergência por adolescentes desacompanhados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Não sabe	1	8,3
Não podem nunca	3	25
Sim, a partir de 10 anos	0	0
Sim, a partir de 11 anos	0	0
Sim, a partir de 12 anos	0	0
Sim, a partir de 13 anos	2	16,7
Sim, a partir de 14 anos	1	8,3
Sim, a partir de 15 anos	1	8,3

(Continuação)

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Sim, a partir de 16 anos	2	16,7
Sim, a partir de 17 anos	1	8,3
Sim, a partir de 18 anos	0	0

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Tabela 18. Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) por adolescentes desacompanhados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Não sabe	2	16,7
Não podem nunca	5	41,7
Sim, a partir de 10 anos	1	8,3
Sim, a partir de 11 anos	0	0
Sim, a partir de 12 anos	0	0
Sim, a partir de 13 anos	1	8,3
Sim, a partir de 14 anos	1	8,3
Sim, a partir de 15 anos	1	8,3
Sim, a partir de 16 anos	0	0
Sim, a partir de 17 anos	0	0
Sim, a partir de 18 anos	1	8,3

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

5.2.6 Educação em Saúde Sexual e Reprodutiva

Quando questionados sobre a realização de ações voltadas para a SSR, os 12 gestores apresentaram uma resposta afirmativa para a questão. E que estas ações estavam voltadas, majoritariamente, para os públicos de mulheres em idade reprodutiva, durante o pré-natal, no puerpério e para homens (Tabela 19).

Tabela 19. Público alvo de ações voltadas à Saúde Sexual e Reprodutiva nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Mulheres em idade reprodutiva	10	83,3
Mulheres durante o pré-natal	10	83,3
Mulheres no puerpério	10	83,3
Homens	10	83,3
Casais	8	66,7
Adolescentes mulheres	9	75,0
Adolescentes homens	7	58,3
Adolescentes e jovens LGBT	5	41,7
Idosos	4	33,3
Não sabe	0	0

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Em relação a existência de grupos e/ou atividades educativas voltadas à SSR (Tabela 20), dos 12 gestores entrevistados, 8 (66,7%) responderam que realizavam os grupos e/ou atividades educativas. Dentre estas, 5 (62,5%) disseram que realizavam estas atividades em grupo (Tabela 21). Quando questionados se havia o uso de materiais educativos nos grupos de SSR, 11 (91,7%) responderam que sim, dentre estes materiais foram citados: peças anatômicas, folder, folhetos, manuais, jogos, apresentação de slides, entre outros.

Tabela 20. Realização de ações voltadas à Saúde Sexual e Reprodutiva nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Sim	8	66,7
Não	4	33,3

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Tabela 21. Método de realização de ações voltadas à Saúde Sexual e Reprodutiva nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Grupo	5	62,5
Individual	3	37,5

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Os profissionais que eram responsáveis pela realização das atividades educativas em grupos (Tabela 22), através da resposta de 10 gestores, eram majoritariamente enfermeiros (90%), seguido por ACS (50%). Em relação a capacitação desses profissionais (Tabela 23), dos 11 gestores que responderam, 5 (45,4%) responderam que não era feita uma capacitação com esses profissionais e 5 (45,4%) responderam que ela era feita. Como Unidades responsáveis por essa capacitação, foram citadas: CTA, Secretaria Municipal e na própria Unidade.

Além destes profissionais citados pelos gestores de Unidade, as apoiadoras também citaram o Assistente Social e o Psicólogo.

Tabela 22. Profissionais responsáveis pela realização de ações voltadas à Saúde Sexual e Reprodutiva nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Enfermeiro	9	90
Técnico de Enfermagem	1	10
Médico	2	20
ACS	5	50
Dentista	2	20
Farmacêutico	1	10
Não sabe	1	10

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Tabela 23. Realização de capacitação de profissionais responsáveis pela realização de ações voltadas à Saúde Sexual e Reprodutiva nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Sim	5	45,4
Não	5	45,4
Não sabe	1	9,1

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Em relação as ações adaptadas para o público LGBT, apenas 1 (8,3%) dos 12 gestores respondeu que realizava, onde os testes rápidos eram realizados em livre demanda. E para as ações diferenciadas em SSR para profissionais do sexo, todos os gestores afirmaram que as respectivas unidades não realizavam essa adaptação.

O grupo de apoiadoras entrevistadas destacaram a importância da Educação Sexual e Reprodutiva, focada principalmente em questões de promoção e prevenção. O relato de forma preocupante pelas entrevistadas, mencionava a forma desordenada que o exame de Papanicolau era realizado pelas mulheres em busca de solução para queixas ginecológicas:

Bom, na Atenção Básica à Saúde da Mulher, acho que a gente deveria trabalhar mais a promoção e prevenção da saúde da mulher na atenção básica. Elas já chegam na unidade querendo fazer a coleta de papa, né? Elas querem fazer o papanicolau todo ano, então é essa a hora que a gente consegue captar essas mulheres. Nem precisa! Mas ainda tem aquelas que fazem todo o ano, né, que tem aquela compreensão que todo ano precisa fazer papanicolau e mamografia. A gente busca orientá-las. Então eu acho que a gente precisa investir mais na promoção e na prevenção, porque elas já chegam para coletar... e é mais queixa de corrimento, né. Elas procuram mais a gente para fazer o papanicolau por causa de alguma queixa ginecológica, às vezes não é só prevenção. Eu acho que a gente precisa sim rever nossos protocolos, nossos fluxos... acho que é isso. É mais promoção e prevenção (AP).

Ademais, uma vez relatado os sinais e sintomas pelas pacientes, os profissionais seguiam o protocolo para avaliação, diagnóstico, tratamento e reavaliação.

5.3 ATENÇÃO À PRÉ-CONCEPÇÃO

Em relação às ações voltadas às pessoas que planejavam uma gestação, as apoiadoras citaram que estas ocorriam em grupos mistos entre homens e mulheres, de acordo com a demanda e até mesmo em uma consulta voltada para saúde da mulher, com o objetivo principal de atendimento de queixas e de necessidades sexuais. O método em grupo foi salientado pelas entrevistadas como a oportunidade para que ambos compreendessem os processos envolvidos.

Mas o serviço em questão também contava com uma certa limitação, dessa vez voltada a procura dos usuários, como foi descrito na fala das entrevistadas:

Assim, é uma população que não busca informação a respeito disso. Não buscam. É raro chegar um casal na unidade e dizer “vim fazer um teste rápido porque a gente pretende engravidar”. É ao contrário. São raros os casos que procuram por uma fertilização, que vem buscar informação (AP).

Os 12 gestores participantes afirmaram que as respectivas unidades realizavam testes rápido de gravidez, sífilis, HIV e hepatite B, e a sorologia para detecção de gravidez era realizada em 9 (75%) unidades, enquanto a de sífilis, HIV e hepatite B eram realizadas em todas as unidades. Quando questionados sobre a quantidade de adolescentes que buscavam por testes de gravidez (Tabela 24), 50% dos gestores relataram ser metade do total.

Tabela 24. Busca por teste rápido de gravidez por adolescentes nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Todos	0	0
Maioria	1	8,3
Metade	6	50
Minoria	5	41,7
Nenhuma	0	0
Não sabe	0	0

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Entre as demandas identificadas no município pelas apoiadoras, estava a preconcepção, descrita por elas como um serviço prestado nos postos e ambulatorios. Este serviço que era oferecido em todas as USF, englobava os testes de hepatite B, hepatite C, sífilis e HIV, além disso também oferecia o exame de gravidez:

Teste rápido de gravidez de urina e também de HCG^{IV}. [...] se ela teve dois testes rápidos de urina negativo. Daí a gente solicita o HCG. Só que ela faz a coleta no ambulatório central. Porque a “coletação” tem dias específicos (AP).

5.4 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

Diante das questões da gestão em saúde da população citada, as apoiadoras citaram o pré-natal como prioridade:

A gente foca muito na qualidade desse pré-natal, a quantidade de consultas... Antes da mulher ter o conceito de engravidar, até o momento em que ela engravida, o pós-parto, o puerpério. Tudo isso eu acho que é uma preocupação que é bem grande no município. Essa parceria com a maternidade é recente, com a Santa Casa e, e [...] só vem fortalecendo, a gente vem achando os entraves e tentando consertar, mas eu acho que o foco principal mesmo é a qualidade assistencial pré-natal (AP).

A questão do pré-natal também foi citada como uma das principais demandas do município, onde o serviço era voltado para a assistência ao pré-natal.

Dentre as estratégias voltadas à SSR, as apoiadoras citaram o Programa “Mãe Moratense”, como um incentivo para a realização do pré natal pela gestante:

Tem o Programa “Mãe Moratense” que iniciou no mês passado, ele está dentro da pasta do social, mas nós fornecemos os dados da mulher. A “Mãe Moratense” atende as mulheres para dar os kits, como a “Mãe Paulista”, ele fornece o kit para a mulher do pós parto do bebê, para aquelas mulheres que são beneficiárias de algum programa social, não são todas, e que tenham tido, no mínimo, 6 consultas entre 7 e 8 mês de gravidez. Porém assim, é mais um incentivo, como começou a gente não tem nenhum termômetro de como está, mas talvez seja um incentivo para que elas não abandonem o pré-natal (AP).

5.4.1 Equipamentos e materiais

Todos os gestores referiram que as unidades possuíam sonares/detector fetal em condições de uso. Em relação ao estetoscópio de pinards (Tabela 25), este

^{IV} Trata-se do exame de Beta HCG, indicado em casos de suspeita de gravidez. A sigla HCG vem do inglês *Human Chorionic Gonadotropin*, em tradução literal para o português: Gonadotrofina Coriônica Humana

equipamento entrou em obsolescência em 7 (58,3%) Unidades que afirmaram não os possuir em condições de uso.

Tabela 25. Estetoscópio de Pinards em condições de uso nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Sim	5	41,7
Não	7	58,3

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

5.4.2 Serviços

Quando questionados sobre a quantidade de adolescentes gestantes em relação ao total de gestantes, 11 (91,7%) gestores relataram que as gestantes adolescentes eram minoria nos serviços e apenas 1 (8,3%) gestor referiu ser metade das gestantes. Em relação ao serviço que era oferecido às gestantes adolescentes, 11 (91,7%) gestores relataram que realizavam procedimentos diferentes em suas respectivas unidades, onde estas gestantes eram encaminhadas ao serviço de alto risco.

Todos os gestores afirmaram que as unidades realizavam consulta pré natal, seja com o médico da família, enfermeiro ou ginecologista. Da mesma forma que todas as Unidades recebiam o exame de sífilis das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias.

Referida como medida adotada como uma estratégia desde o início do pré-natal, a busca ativa em relação a sífilis e, conseqüentemente, a sífilis congênita, mostrava resultados, como citado pelas apoiadoras:

A gente tá treinando bem as unidades, né. Esse sistema que está com o Estado, e acaba fazendo a busca ativa dessas mães, porque elas não têm muito conhecimento. Mesmo sendo orientadas no pré-natal, elas acabam sumindo, não vem trazer a criança para acompanhamento, para fazer os exames. Então eu acho bastante... tanto aqui né, que é o infectologista, a farmacêutica tá fazendo essa busca ativa, por isso que teve essa baixa dos dados (AP).

Das 12 unidades, 11 (91,7%) utilizavam protocolo para estratificação de risco das gestantes. O registro com o número de gestantes de alto risco no território era

realizado em 9 (75%) unidades. Em relação ao atendimento de intercorrências ou urgências de gestantes de alto risco, 6 (50%) unidades referiram que não o realizavam, e as demais relataram realizar.

Em relação ao atendimento de pré-natal e parto de alto risco que era oferecido pela rede hospitalar do município, as apoiadoras entrevistadas descreveram o serviço da seguinte forma:

Temos a maternidade de alto risco que é Estadual, temos uma [...] Como é o nome dela? É [...] (inaudível) Lacaz . Temos a maternidade que hoje é nossa referência inclusive para atendimento pré-natal de alto risco. Atendimento do pré-natal. Mas que é uma maternidade para baixo risco, que é a Santa Casa (AP).

Em todas as unidades estavam disponíveis as cadernetas da gestante e as mesmas também relataram utilizá-la para o acompanhamento das mesmas. No acompanhamento dessas gestantes eram registrados os dados citados na Tabela 26. 10 (83,3%) gestores relataram cadastrar as gestantes no SISPrenatal. O transporte era fornecido às gestantes em 9 (75%) unidades.

Tabela 26. Registro realizados durante o acompanhamento à gestante nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante	12	100
Consulta odontológica da gestante	11	91,7
Vacinação em dia da gestante	12	100
Coleta de exame citopatológico realizada na gestante	11	91,7
Exames realizados	12	100
Dados da consulta (peso, pressão arterial, batimentos cardíacos fetais, etc)	12	100
Nenhuma das anteriores	0	0
Outros: pré-natal do parceiro	1	8,3
Outros: altura uterina, estatura	1	8,3

(Continuação)

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Outros: assinatura, data, parto, ultrassom	1	8,3

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

5.5 ATENÇÃO AO PARTO

Em todas as unidades as gestantes eram informadas de sua referência hospitalar de parto. Entre os gestores, 7 (58,3%) souberam informar que a maternidade oferecia a possibilidade de visita guiada para as gestantes (Tabela 27).

Tabela 27. Possibilidade de visita guiada para gestantes nas maternidades da rede do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Sim	7	58,3
Não	2	25
Não sabe	3	16,7

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

A morte materna foi descrita como um problema em saúde na percepção das apoiadoras entrevistadas, para o enfrentamento dessa condição foi citada pelas entrevistadas uma comissão para discussão de casos:

[...] a gente tem uma comissão, de discussão de casos, a gente tem a parte regional da vigilância que a gente tem tentado fortalecer. Nós temos a comissão municipal e regional [...] Eu acho que tá um pouco abandonado [grupo de enfrentamento], e que tá retomando, acho que tem retomado. É uma discussão importante (AP).

Além da comissão citada na fala das entrevistadas, as mesmas também abordaram a realização de ações para detectar gestantes mais precoces possível, até doze semanas.

Sobre o perfil da morbimortalidade das mulheres em idade fértil, a hipertensão foi citada como um fator preocupante que podia acarretar à morte

dessas mulheres, além disso outras questões podiam ser avaliadas através da fala das entrevistadas:

Eu até pedi, a pouco tempo, os dados de internação, tanto das mulheres, de mortalidade materna, as causas sensíveis estão relacionadas ao pós parto, também, porque a maternidade fala que tem muito neonato que retorna para internação pós-parto. A grande maioria das mulheres está relacionada a hipertensão, diabetes, obesidade. Que é o que a gente mais encaminha para o alto risco (AP).

5.6 ATENÇÃO AO PUERPÉRIO

Quanto à realização da consulta de puerpério até uma semana após o parto pelo médico e/ou enfermeiro da equipe (Tabela 28), 10 (83,3%) gestores relataram que as suas respectivas unidades realizavam a consulta em todas as puérperas. Como ações realizadas pelas equipes para garantir a consulta de puerpério até uma semana após o parto (Tabela 29), 6 (50%) gestores relataram a visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher.

Tabela 28. Realização de consulta puerperal até uma semana após o parto por profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Sim, em todas	10	83,3
Sim, em algumas	1	8,3
Não	1	8,3

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

Tabela 29. Ações realizadas para garantir a consulta puerperal até uma semana após o parto por profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Francisco Morato, pela perspectiva de gestores em 2022.

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher	6	50
Visita domiciliar de membro da equipe que não o agente comunitário de saúde	1	8,3

(Continuação)

Alternativas	Respostas	
	Nº	%
Ligação para saber se a mulher e bebê tiveram alta	2	16,7
Consulta em horário especial em qualquer dia da semana	2	16,7
Nenhuma das anteriores	2	16,7
Outros: a maternidade fica responsável pelo agendamento da consulta	4	33,3
Outros: mantém agendamento	1	8,3
Outros: utilizam compartilhamento de Agenda no Google Drive	2	16,7

Fonte: ICAB-IS e elaboração da autora, 2024.

5.7 DADOS SECUNDÁRIOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Os dados de fontes secundárias são originalmente coletados para outras questões. Embora as fontes responsáveis pela coleta não tenham sido criadas para determinada finalidade, facilitam a elaboração dos indicadores necessários⁵⁵.

Os indicadores são medidas-síntese que possuem informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, tal como o desempenho do sistema de saúde. Analisados em conjunto, devem representar a situação sanitária e servir para a vigilância das condições de saúde de uma população. A construção de um indicador é um processo onde a complexidade pode diferir desde a contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices⁵⁶.

Em 2008, foi publicado pelo Ministério da Saúde o livro “Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações”, este material foi destinado a orientar a utilização dos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB). Nele foram reunidos 120 indicadores, entre demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura⁵⁷.

Em outro documento também publicado pelo Ministério da Saúde, agora em 2015, foi discutido a qualificação dos indicadores do manual instrutivo para as

equipes de Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nele é abordado os indicadores relacionados à área de Saúde da Mulher, com objetivo de subsidiar e avaliar a oferta e a qualidade dos serviços oferecidos na Atenção Básica, voltados principalmente às ações voltadas à atenção à mulher no pré-natal, parto, puerpério e atenção à saúde da criança⁵⁸.

Mandú⁵⁹, apresentou em 2005 critérios e indicadores de qualidade da atenção à saúde da mulher e sua SSR, voltadas a questões assistenciais e gerenciais. A autora apresentou de forma estruturada alguns critérios separados em possíveis indicadores voltados à assistência e gerenciamento da atenção à saúde da mulher e sua SSR. Esses indicadores apresentados pela autora entram em concordância com os objetivos apresentados pelo PNAISM²⁴.

Tratando-se de sífilis, não foi possível filtrar por sexo os dados de diagnóstico, mas o número total de infectados residentes no município chegou a 697 nos últimos 5 anos. Em relação à sífilis congênita (Tabela 30), foi possível notar um pico de casos no ano de 2018, tendo uma queda drástica no ano seguinte.

Tabela 30. Casos de Sífilis Congênita em residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número de casos
2017	40
2018	81
2019	12
2020	32
2021	23
2022	25
Total	213

Fonte: SINAN NET 10/11/2023

Em relação às infectadas com HIV (Tabela 31), a média de notificação de casos foi mantida durante os últimos 5 anos.

Tabela 31. Casos de HIV notificados em mulheres residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número de casos
2017	11
2018	11
2019	12
2020	8
2021	11
2022	11
Total	64

Fonte: SINAN NET 10/11/2023

O número de casos notificados de gestante com HIV (Tabela 32) caiu de forma significativa em 2022, quando comparado ao ano anterior.

Tabela 32. Casos de HIV notificados em gestantes residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número de casos
2017	4
2018	9
2019	10
2020	7
2021	11
2022	2
Total	43

Fonte: SINAN NET 10/11/2023

Entre os casos de Hepatites virais em mulheres em idade fértil (Tabela 33) notou-se a notificação predominante de casos de hepatite C e nenhuma notificação de hepatite A.

Tabela 33. Casos de hepatites virais (A, B e C) notificados em mulheres em idade fértil residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número de casos		
	Hepatite A	Hepatite B	Hepatite C
2017	0	2	5
2018	0	0	11
2019	0	4	8
2020	0	1	7
2021	0	2	3
2022	0	3	4
Total	0	12	38

Fonte: SINAN NET (TABWIN) 10/11/2023

Em contrapartida, entre os casos de hepatites virais em gestantes (Tabela 34) foi predominante a notificação de hepatite B e permaneceu nenhuma notificação de hepatite A.

Tabela 34. Casos de hepatites virais (A, B e C) notificados em gestantes residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número de casos		
	Hepatite A	Hepatite B	Hepatite C
2017	0	2	1
2018	0	0	1
2019	0	1	1
2020	0	2	0
2021	0	0	0
2022	0	2	0
Total	0	7	3

Fonte: SINAN NET (TABWIN) 10/11/2023

Nos últimos 5 anos foram realizados 43038 exames de papanicolau apresentando alterações não especificadas em 1629 resultados (Tabela 35).

Tabela 35. Número de exames de papanicolau realizados e resultados com alteração* no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Exames	Com alteração
2017	9278	333
2018	7238	325
2019	8649	285
2020	5106	195
2021	5726	256
2022	7041	235
Total	43038	1629

Fonte: Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) 10/11/2023

* Alteração sem especificação de diagnóstico

Como meio de rastreamento, o município avaliou, nos últimos 5 anos, 1015 exames de mamografia bilateral (Tabela 36).

Tabela 36. Número de exames de mamografia bilateral para rastreamento avaliados no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número
2017	19
2018	58
2019	19
2020	40
2021	30
2022	849
Total	1015

Fonte: e-SUS APS 10/11/2023

Entre os anos de 2017 a 2022, foram avaliados pela equipe de saúde do município 3545 testes de gravidez (Tabela 37), sem especificação de resultados positivos ou negativos.

Tabela 37. Número de testes de gravidez avaliados no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número
2017	809
2018	1197
2019	893
2020	283
2021	131
2022	232
Total	3545

Fonte: e-SUS APS 10/11/2023

Foram realizadas 67.074 consultas pré-natal (Tabela 38) pela equipe de Atenção Básica no município.

Tabela 38. Consultas Pré-natal realizadas em gestantes cadastradas no sistema de saúde no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número
2017	11729
2018	10485
2019	9269
2020	10235
2021	13682
2022	11674
Total	67074

Fonte: e-SUS APS 10/11/2023

Foram avaliadas 1173 gestações de alto risco nos últimos 5 anos (Tabela 39), o aumento gradual após o ano de 2019 pode se dar pelo fato da lenta implementação do sistema de notificação na Atenção Básica.

Tabela 39. Número de casos de gravidez de alto risco no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número
2017	0
2018	0
2019	3
2020	232
2021	726
2022	212
Total	1173

Fonte: e-SUS APS 10/11/2023

Dentre as condições que classificam uma gestação como de alto risco, foi possível identificar a diabetes (Tabela 40) e a hipertensão gestacional (Tabela 41).

Tabela 40. Número de casos de diabetes gestacional no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número
2017	1
2018	0
2019	0
2020	7
2021	87
2022	37
Total	132

Fonte: e-SUS APS 10/11/2023

Tabela 41. Número de casos de hipertensão gestacional no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número
2017	0
2018	0
2019	0

(Continuação)

Ano	Número
2020	22
2021	23
2022	13
Total	58

Fonte: e-SUS APS 10/11/2023

Foram notificados 7 casos de gestação ectópica no município, nos últimos 5 anos (Tabela 42).

Tabela 42. Número de casos de gravidez ectópica no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número
2017	0
2018	0
2019	1
2020	1
2021	2
2022	3
Total	7

Fonte: e-SUS APS 10/11/2023

Nos últimos 5 anos foram notificados 205 casos de aborto espontâneo (Tabela 43).

Tabela 43. Número de casos de aborto espontâneo no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número
2017	3
2018	1
2019	3
2020	24

(Continuação)

Ano	Número
2021	72
2022	102
Total	205

Fonte: e-SUS APS 10/11/2023

Havia uma média de nascimentos no município e o tipo de parto mais frequente é o vaginal (Tabela 44).

Tabela 44. Frequência por Ano do Nascimento segundo Tipo de Parto, em residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Tipo de Parto	Ano						Total
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Vaginal	1.657	1.693	1.658	1.516	1.608	1.459	9.591
Cesário	1.155	1.187	1.180	1.193	1.076	1.134	6.925
Total	2.812	2.880	2.838	2.709	2.684	2.593	16.516

Fonte: SINASC 01/06/2023 - atualizado em 10/11/2023

O número de nascidos vivos (Tabela 45) coincide com o número de partos. Estes com maior ocorrência em mulheres entre 20 a 29 anos (Tabela 46).

Tabela 45. Número de nascidos vivos em gestantes residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número
2017	2.812
2018	2.880
2019	2.838
2020	2.709
2021	2.684
2022	2.597
Total	16.520

Fonte: SINASC 01/06/2023

Tabela 46. Número de nascidos vivos em gestantes em idade fértil (15-49 anos) residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano do Nascimento	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a
2017	462	780	669	508	297	81	1
2018	416	760	709	586	311	80	4
2019	408	749	674	542	360	86	4
2020	351	739	694	500	325	79	4
2021	339	700	683	508	346	94	4
2022	308	722	678	490	299	86	6
Total	2284	4450	4107	3134	1938	506	23

Fonte: SINASC 01/06/2023

Foram realizadas 5.853 consultas puerperais pela equipe da Atenção Básica nos últimos 5 anos (Tabela 47).

Tabela 47. Número de consultas puerperais (até 42 dias) realizadas pela Atenção Básica no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número
2017	708
2018	604
2019	609
2020	871
2021	1524
2022	1537
Total	5853

Fonte: e-SUS APS 10/11/2023

Foram baixos os números de casos de morte materna no município (Tabela 48), não sendo realizado a notificação de casos em 2022.

Tabela 48. Número de casos de morte materna em residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Ano	Número
2017	2
2018	1
2019	1

(Continuação)

Ano	Número
2020	2
2021	1
2022	0
Total	7

FONTE: SIM 10/11/2023

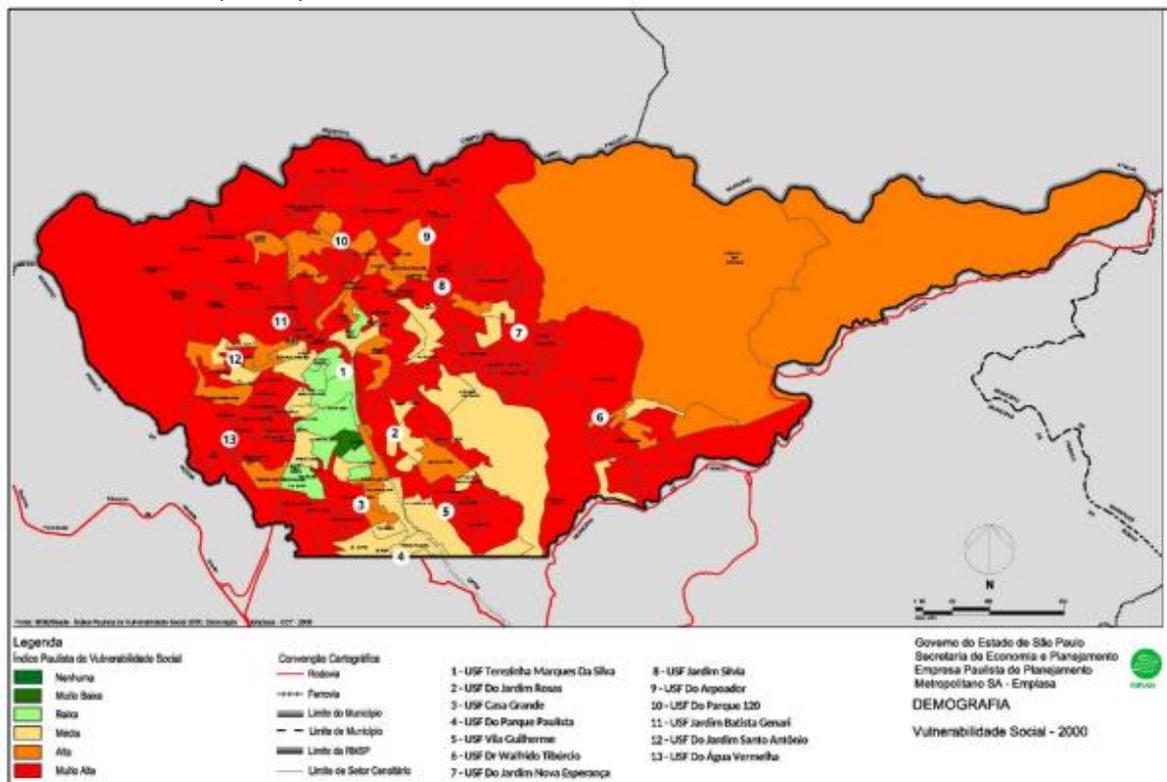
6 DISCUSSÃO

A PNAISM²⁴ é implementada a partir de orçamentos, estes que investem na geração de infraestrutura para a criação e a oferta de serviços de forma regionalizada para o atendimento integral da população, havendo também a capacitação das equipes, para que assim os colaboradores envolvidos no serviço sejam formados com base na integralidade e na interdisciplinaridade.

Para que seja possível avaliar o grau de implementação de uma política, é necessária a compreensão de qual estrutura está sendo oferecida para a população. A própria PNAISM²⁴ cita que deve-se considerar a heterogeneidade que muitas vezes está relacionada ao acesso às ações e serviços de saúde.

De acordo com o mapa de Santos⁶⁰ referente a distribuição de Unidades de Saúde da Família por Índice Paulista de Vulnerabilidade Social no município, as unidades em questão encontravam-se majoritariamente próximas ao centro, podendo dificultar a assistência às regiões mais distantes e com vulnerabilidade social alta e muito alta no município.

Figura 1. Distribuição de Unidades de Saúde da Família por Índice Paulista de Vulnerabilidade (IPVS) de Francisco Morato.



Fonte: Santos, 2023⁶⁰.

Outras Unidades citadas pelas entrevistadas como a Santa Casa, o CTA e o Hospital Estadual Prof. Carlos da Silva Lacaz, também localizavam-se próximos ao centro. Importante destacar que na área central era possível encontrar a maior concentração de vias principais e uma ampla oferta de paradas de ônibus, além dos terminais de integração e a estação de trem. Já nas periferias do município, havia a presença de vias não pavimentadas e menor oferta de paradas de ônibus⁶⁰. Este pode ser um ponto importante na acessibilidade da população aos serviços de saúde.

Como foi possível analisar nos dados de mortalidade materna no município, foram notificados 7 casos nos últimos 5 anos, não tendo casos notificados em 2022. No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a sub-informação que é o resultado do preenchimento incorreto das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério; e o sub-registro das declarações das causas de óbito, onde ocorre a omissão do registro do óbito em cartório⁶¹.

No Brasil, segundo dados obtidos através da Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde (IVIS)⁶², tanto para óbitos maternos com causas obstétricas diretas e indiretas, quanto para dados de nascidos vivos, a taxa de mortalidade materna em 2022 estava em 51,04 para 100 mil nascidos vivos. Em São Paulo, a mesma taxa, no mesmo período, estava em 39,62 para 100 mil nascidos vivos^V.

Em relação ao tema, o terceiro ODS engloba saúde e bem-estar, com o objetivo de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades. O seu primeiro tópico diz respeito à meta de reduzir até 2030 a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos²⁰.

Citado por uma das apoiadoras entrevistadas, os comitês de mortalidade materna são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução. Estes representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher⁶¹.

^V Com base no cálculo padrão de N° de óbitos maternos diretos e indiretos/ N° de nascidos vivos x 100.000

Segundo dados obtidos através do TabNet⁶³, em 2022 a taxa de natalidade do município de Francisco Morato chegava a 14,53 por mil habitantes. Quando comparado aos municípios pertencentes à Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) na qual faz parte, Francisco Morato só ficou abaixo de Cajamar, município com taxa de 16,23 por mil habitantes, uma diferença de 10,48%. No Estado de São Paulo, essa taxa chegou em 11,33 por mil habitantes, dessa forma, Francisco Morato encontrava-se com uma taxa 22,03% maior que a do Estado de São Paulo.

Em um estudo realizado em 2023 no município, foi ressaltado o aumento no número de recém-nascidos de mulheres imigrantes internacionais que residem em Francisco Morato. É importante destacar dentre os achados do trabalho que as mulheres migrantes, quando comparadas às mulheres brasileiras, iniciam o acompanhamento pré-natal mais tardiamente, realizando um menor número de consultas⁶⁴.

Em 2019, o Ministério da Saúde publicou uma nota técnica para a organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada, com ênfase na saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. Este documento é um guia de orientação para as secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Nele é possível encontrar uma figura (Figura 1) que representa o conjunto dos principais fatores ou determinantes da saúde da gestante, de acordo com a lógica proposta por Dahlgren e Whitehead no Modelo da Determinação Social da Saúde⁶⁵.

Figura 2. Conjunto dos principais fatores ou determinantes da saúde da gestante, de acordo com a lógica dos determinantes proximais, intermediários e distais propostos por Dahlgren e Whitehead no Modelo da Determinação Social da Saúde.



Fonte: Ministério da Saúde, 2019⁶⁵.

Diante disso, já é possível mapear os determinantes relacionados à saúde da mulher em idade fértil, antes mesmo da gestação, para assim agir de forma precisa na prevenção de doenças, uma vez que, após a concepção, esses determinantes podem ser agravados e levarem a uma gestação de alto risco, acarretando em complicação ao binômio mãe-bebe.

Hipertensão e diabetes gestacional foram colocadas como as patologias mais relacionadas à gestação de alto risco. Em 2022, das 1.353 gestantes cadastradas, 212 foram classificadas como de alto risco. Dentre estas, 37 gestantes tinham diabetes gestacional e 13 com hipertensão arterial. Em relação a estas informações, pode-se notar que os dados tiveram um aumento significativo após 2020, uma vez que foi relatado por funcionários do SAME a troca do sistema de informação, fazendo com que os dados anteriores ao ano de 2020 possam não ser considerados fidedignos. Também houve o relato que muitas vezes os profissionais de saúde não caracterizavam adequadamente a condição que classificava a gravidez como de alto

risco, deixando em aberto qual a condição que justificava a inclusão da gestante no alto risco.

Conforme o Manual de Gestação de Alto Risco, publicado pelo Ministério da Sa de⁶⁶, o objetivo da estratifica o de risco   prever quais mulheres tem maior probabilidade de apresentar eventos adversos   saúde. Tais predi oes podem ser usadas para otimizar os recursos em busca de equidade no cuidado de maneira que se ofereça a tecnologia necessária para quem precisa dela. Essa identifica o de risco deverá ser iniciada na primeira consulta de pré-natal e deverá ser revista a cada consulta. As gestantes em situa oes de alto risco exigirão cuidados de equipe de saúde especializada e multiprofissional, eventualmente até em serviço de referência secundário ou terciário com instala oes neonatais que ofereçam cuidados específicos. Porém   a coordena o do cuidado pela APS o que permite que a gestante se mantenha vinculada ao território de origem e sua equipe de referência da Unidade. A APS não deve deixar de assistir a gestante ainda que esta esteja sendo acompanhada em outro equipamento de saúde, pois   no território que as rela oes sociais e demandas ocorrem.

Com base no cálculo proposto pelo livro "Estatísticas de Saúde"⁶⁷, em 2022 a taxa de fecundidade total do município chegou a 1,88 (Tabela 48), expressando o dado de nascidos vivos tidos por uma mulher ao fim do seu período reprodutivo. De acordo com os dados da Funda o de Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)⁶⁸, a taxa de fecundidade total no Estado de São Paulo vem caindo de forma significativa nos últimos anos, chegando a 1,5 em 2022. Com base nos dados, pode-se dizer que em 2022 a taxa no município foi sugestiva para fecundidade insuficiente para assegurar a reposi o populacional, uma vez que encontrava-se abaixo de 2,1.

Tabela 49. Taxas de fecundidade específicas e total por faixa etária em residentes no município de Francisco Morato no intervalo de 2017 a 2022.

Idade (anos)	Número de nascidos vivos	Número de mulheres	Taxa de fecundidade específica
15-19a	308	6.354	0,048473
20-24a	722	7.000	0,103142
25-29a	678	7.020	0,096581

(Continuação)

Idade (anos)	Número de nascidos vivos	Número de mulheres	Taxa de fecundidade específica
30-34a	490	6.883	0,071189
35-39a	299	6.819	0,043848
40-44a	86	6.439	0,013356
45-49a	6	5.531	0,001084
Total	2589	46.046	0,377673 x 5 = 1,888365

Fonte: SINASC 01/06/2023; IBGE 2022; Laurenti, Mello, Lebrão, Gotlieb, 2005⁶⁶.

Importante destacar que o presente trabalho não teve como foco os dados de gravidez na adolescência, mas foi possível notar a alta taxa de fecundidade entre mulheres de 15 a 19 anos. Dados do Ministério da Saúde mostram que em 2022 houve uma redução de 18% no número de gestações na adolescência no país. Contudo, são 380 mil partos em que as mães são mulheres de até 19 anos, o que retrata 14% dos nascimentos no Brasil⁶⁹.

Segundo os dados do ICAB-IS, foi possível notar que no município não existia um padrão para o atendimento em relação a SSR de adolescentes, onde cada unidade de saúde determinava uma idade para a realização dos serviços. As unidades em questão apresentavam demandas de teste rápido e procura por métodos contraceptivos pelo grupo em questão, onde estes serviços muitas vezes eram negados por algumas unidades em razão do adolescente estar desacompanhado por um responsável.

Vale ressaltar que em 2015 o Ministério da Saúde publicou o documento de orientações básicas sobre a SSR de adolescentes⁷⁰. Neste documento, que tem como base também o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é afirmado que adolescentes de 10 a 19 anos de idade têm direitos a serem atendidos sem discriminação, de qualquer tipo, com garantia de consentimento informado e esclarecido, de privacidade e de sigilo. Na mesma faixa etária podem ser atendidos sem a presença dos pais, se assim preferirem. Desde que possuam discernimento e autonomia necessárias para tomar decisões. Mesmo assim, em casos que não seja este o perfil do adolescente, é preciso negociar a presença de pais ou responsáveis. O texto também refere-se à necessidade da elaboração de protocolos, rotinas e

fluxos para as ações relacionadas ao planejamento reprodutivo de adolescentes, trazendo as questões da escolha e distribuição dos métodos contraceptivos.

Alguns municípios em São Paulo e no Brasil já desenvolveram um protocolo para Planejamento Reprodutivo da população, voltado para a população feminina e masculina. Alguns exemplos são o de Belo Horizonte, Minas Gerais⁷¹; Chapadão do Sul, Mato Grosso do Sul⁷²; Presidente Prudente, São Paulo⁷³; entre outros. Nota-se a importância dos municípios desenvolverem um documento técnico para dar apoio a todos os colaboradores envolvidos no Planejamento Reprodutivo da população, mantendo fluxos definidos para a organização da atenção, para todas as ações voltadas às atividades educativas e ao aconselhamento à assistência à contracepção e pré concepção da população.

Importante destacar a preocupação das apoiadoras em relação à infecção por sífilis, com razão, uma vez que, mostrou-se que o município apresentava um número significativo de casos de sífilis congênita. A transmissão da Sífilis para o feto pode ocorrer em qualquer fase da gestação, porém depende do estado da infecção da gestante, isto é, quanto mais recente for a infecção e quanto mais precoce o período gestacional, mais gravemente o feto será atingido⁷⁴.

Como estratégia de prevenção da incidência de sífilis congênita, há quase duas décadas está em vigor a Portaria Nº 766 de 21 de dezembro de 2004⁷⁵, que regulamenta a expansão da realização do exame *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL^{VI}) para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, a serem realizados em todas as parturientes internadas, com registro obrigatório deste procedimento na Autorização de Internação Hospitalar de partos.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, traz os fluxogramas, linhas de cuidado, estratégias, etc., que se propõe a ser uma ferramenta de modo a facilitar o acesso às principais informações e recomendações para a prevenção da transmissão vertical de agravos e possibilitar a sua utilização pela equipe multiprofissional de saúde no cuidado integral às gestantes, suas parcerias sexuais e crianças expostas⁷⁶.

A Secretaria de Saúde do município de São Paulo, desenvolveu um Protocolo de prevenção da transmissão vertical da sífilis, que tem por objetivo facilitar o

^{VI} Em tradução literal para o português: Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas.

acesso às informações técnicas e procedimentos de diagnóstico e tratamento da gestante e recém-nascido em relação à sífilis. Nesse ponto é importante ressaltar que mesmo que as unidades de saúde realizem o teste rápido e a sorologia para sífilis, é imprescindível que o monitoramento seja constante. O mesmo documento do município de São Paulo afirma a necessidade da realização de testes rápidos para sífilis com a frequência necessária, diante de qualquer situação de vulnerabilidade que a paciente apresente. O mesmo se afirma sobre a realização da sorologia para sífilis, que deve ocorrer no primeiro e no segundo trimestres, tal como na 28ª semana de gestação e o teste rápido na 32ª semana, em todas as gestantes que apresentaram resultado não reagente nos exames iniciais⁷⁴.

Como medida mais efetiva para a prevenção da sífilis congênita é importante ressaltar o diagnóstico e o tratamento não só da gestante, mas também de sua parceria. Portanto, todas as parcerias devem ser testadas, além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, se houver exposição à pessoa com sífilis, recomenda-se oferta de tratamento presuntivo⁷⁶.

Um assunto pertinente sobre a sífilis na gravidez é que uma vez que mesmo submetendo-se a tratamentos repetidos não é incomum que aconteça a sífilis congênita e certa culpabilização da mulher. Isto é parte da discriminação de gênero que é nítida, uma vez que se sabe que todas as punições relativas a gestação e/ou aborto recaem sobre a mulher-mãe e a levam ao desgaste físico e psíquico⁷⁷.

Importante destacar a fala dos autores no trecho:

Nenhum homem é obrigado a utilizar preservativo nas relações sexuais; nenhum homem que teve relação sexual com parceira fixa, esporádica ou profissional tem obrigação ou responsabilidade de acompanhar o que ocorre a partir dessa relação; nenhum homem que abandona a parceira grávida ou o filho é punido por esta ação, uma vez que não há como exigir presença e afeto espontâneo (Bastos de Paula, Figueiredo, Bonfim, Andrade, Linard, 2018, pg. 177)⁷⁷.

É de extrema importância a participação da Atenção Básica na mobilização à adesão dos homens ao diagnóstico e ao tratamento de sífilis, uma vez que existe uma grande resistência destes.

Diante dessa questão, o Ministério da Saúde publicou o Guia do Pré-Natal do Parceiro⁷⁸, documento voltado para os profissionais de saúde. Neste guia é reforçado como a gestação também é um assunto que envolve os homens, seja ele o pai do bebê ou parceiro da gestante, e como estimular a sua participação durante

todo esse processo pode ser primordial para o bem estar biopsicossocial do binômio mãe-bebê e dele próprio.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada ao serviço e é a responsável por coordenar o acesso dos usuários às Redes de Atenção à Saúde que contam com a assistência especializada. É preciso destacar que a ocorrência da sífilis congênita pode indicar as fragilidades que o serviço apresenta na atenção pré-natal. Não só isso, como também pode indicar falhas no aproveitamento de oportunidades desde o planejamento reprodutivo, no período pré-gestacional até o momento do parto e puerpério.

Em 2016 foi instituído pela Sociedade de Pediatria de São Paulo o Outubro Verde⁷⁹ como o mês de Combate à Sífilis Congênita, junto também de outras sociedades e associações, para assim estimular o debate e propor ações conjuntas em busca da eliminação da sífilis congênita. Para isso, fica claro que para que a cadeia de transmissão da infecção seja interrompida, cada etapa do processo na linha de cuidado da gestante deve ser rigorosamente cumprida.

Quanto a realização desordenada do exame citopatológico por mulheres do território, é importante ressaltar as recomendações dadas pelas Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero⁸⁰, que descreve que o início da coleta deve ser a partir dos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou tem atividade sexual e, portanto, o rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos, não sendo necessário a prática rotineira do exame. Da mesma forma que o exame deve ser realizado por mulheres com até 64 anos de idade que não apresentaram alterações em pelo menos dois exames consecutivos nos últimos cinco anos.

O documento⁸⁰ também traz sobre a adequabilidade da amostra, assunto abordado pelas apoiadoras, que citam um descarte de 50% em razão da qualidade da amostra ser insatisfatória. É importante observar se essas alterações ocorrem por natureza técnica ou por amostragem celular. Quando ocorrer, o exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção do problema.

Francisco Morato apresentava tanto no ICAB-IS quanto nas falas das apoiadoras uma variedade de condutas que muitas vezes destoavam das recomendações e evidências científicas, deixando um vazio em relação aos

protocolos bastante evidentes. Visto isso, quão importante é um município possuir o seu protocolo de atendimento, baseado nas melhores evidências científicas, guiando-se pela demanda do seu território, vendo as necessidades em saúde da sua população e sabendo como aproveitar-se dos melhores métodos e técnicas para a atuação multiprofissional que favorece a integralidade do cuidado aos seus usuários.

Em relação a realização do exame de mamografia para a detecção precoce do câncer de mama, com apresentado nas Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil, o Ministério da Saúde não aconselha a realização do exame em mulheres com idade inferior a 50 anos. A população feminina de cada país apresenta um determinado risco padrão (ou populacional) de desenvolver um câncer de mama. No Brasil, o risco cumulativo de uma mulher, com idade de 74 anos, ter apresentado esse tipo de câncer durante a vida é de 6,33%⁸¹.

7 CONCLUSÃO

De forma geral, este trabalho teve como objetivo analisar a situação da oferta de serviços voltados à SSR das mulheres em Francisco Morato. Importante destacar que a análise e a caracterização é um dos pilares para a construção de uma linha de base, sendo importante para produzir informação e conhecimento útil para orientar as ações em saúde coletiva. Os resultados dessa pesquisa seriam oportunos para apresentação aos gestores com vistas a identificação do que foi realizado e dos avanços que possam ter acontecido no ano seguinte.

Os dados coletados junto ao município apresentaram certa limitação, principalmente em relação à declaração, pelo SAME, de inconsistência nos dados anteriores ao ano de 2020. Com base nos dados do ICAB-IS e nos relatos dos entrevistados, foi possível descrever, ainda que de forma sucinta, como estava a organização dos serviços de saúde voltadas à SSR das mulheres no município no ano de 2022. Mas de certa forma foi possível levantar dados pertinentes referentes à SSR das mulheres, onde se torna importante dar ênfase em questões como a sífilis adquirida por gestantes e a alta prevalência de casos de sífilis congênita no município. Foi considerado um trabalho norteador relevante para a organização das ações voltadas à SSR o trabalho de Mandú⁵⁹, onde os indicadores de qualidade assistencial (Anexo 1) e os indicadores de qualidade gerencial (Anexo 2) podem servir de base para trabalhos futuros sobre o tema.

Importante destacar a relevância de estudar de forma mais assertiva o assunto da sífilis adquirida e sífilis congênita, a inserção dos homens no pré-natal e no planejamento reprodutivo e a saúde de mulheres imigrantes. Assim como a SSR de adolescentes, principalmente do sexo feminino, onde foi possível identificar certa inconsistência nas práticas de saúde voltadas as orientações preconizadas pelo ECA.

Foi possível identificar que o município apresenta fragmentação dos cuidados em SSR, onde o mesmo deveria ser objeto de elaboração de uma Linha de Cuidado com integralidade e com base nos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Percebe-se também a demanda por formulação de protocolos de atendimento com base em recomendações e evidências científicas.

Registrou-se de forma transversal o estágio de desenvolvimento e organização da rede naquele ano, que foi seguido em 2023 por novos esforços de aperfeiçoamento dessa rede. Torna-se necessário que a partir de 2024 sejam realizadas novas investigações para acompanhamento do que foi implementado para melhoria e quais os pontos que representam fragilidades e fortalezas para esse processo.

REFERÊNCIAS

1. São Paulo (Estado). Decreto nº 52.182, de 16 de julho de 1969. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 16 jul 1969.
2. São Paulo (Estado). Decreto nº 55.004, de 9 de novembro de 2009. Integra, na estrutura básica da Secretaria da Saúde, o Instituto de Saúde, da Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde - CCTIES, dispõe sobre sua subordinação e reorganização e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 9 nov. 2009.
3. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Instituto de Saúde. Quem Somos: Missão. São Paulo, [s.d.]. [cited 2023 Sept 20] Available from: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/quem-somos/missao>
4. São Paulo (Estado). Decreto nº 13.919 de 11 de setembro de 1979. Institui o Programa de Bolsas para aprimoramento de médicos e outros profissionais de nível superior que atuam na área da saúde. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 11 set. 1979.
5. Escuder MML, Martins MCFN, Venâncio SI, Bogus CM. Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões. Temas em Saúde Coletiva 1. Instituto de Saúde - São Paulo, 2000. [cited 2023 Sept 20] Available from: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/temas_sc1.pdf
6. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Instituto de Saúde. Formação: Especialização em Saúde Coletiva. São Paulo, [s.d.]. [cited 2023 Sept 20] Available from: <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/formacao/especializacao>
7. Heimann LS, Derbli, M, Rodrigues, AN. Educação para o SUS. Bis. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 139-152, 1 dez. 2017. Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. [cited 2023 Sept 20] Available from: <http://dx.doi.org/10.52753/bis.v18i2.34787>.
8. Câmara Municipal de Francisco Morato. Poder Legislativo. História da cidade de Francisco Morato. [cited 2023 Sept 20] Available from: <http://www.camarafranciscomorato.sp.gov.br/site/index/historico>
9. IBGE. Panorama Municipal: Francisco Morato. [cited 2023 Sept 20] Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/francisco-morato/panorama>
10. Vidali A. A História do Município de Francisco Morato: muito além da cidade dormitório. São Paulo: Gilberto Araújo Rosa; 2019. [cited 2023 Sept 20] Available from: <https://www.agnaldovidali.com.br/wp-content/uploads/2019/04/HistoriaDeMoratoAgnaldoVidali.pdf>

11. Francisco Morato (Município). Lei nº 3.041, de 11 de março de 2019. Adota a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU) como diretriz de políticas públicas em âmbito municipal. [cited 2023 Sept 20] Available from: <https://www.legislacaodigital.com.br/FranciscoMorato-SP/LeisOrdinarias/3041>
12. Republicanos. Plano de Governo 2021/2024: Renata Sene. Francisco Morato/SP, 2020.
13. Bohn, TF. Escassez de profissionais na Atenção Básica: uma análise do município de Francisco Morato [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023. [cited 2023 Sept 21] Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1419073/tcc-thais-ferminiano-bohn.pdf>
14. Silva, JC. Evolução da associação entre padrões de empoderamento e autonomia das mulheres (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP. 137p. 2021. [cited 2023 Sept 20] Available from: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-02022022-201356/publico/SilvaJC_DR_O.pdf
15. Kishor S; Subaiya L. Understanding women's empowerment: a comparative analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) data. Calverton, Maryland: Macro International Inc. 2008.
16. Leiroz FP, D'Abreu PC. Feminismos como pontos de partilha: comunicação e saúde contra os silêncios. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. 2021 Jun 30;15(2). Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2419/2442>
17. Costa LBL, De Tilio R. Revisão integrativa da literatura feminista sobre família. PsiRev [Internet]. 24º de outubro de 2022; 31(1):90-113. [cited 2023 Sept 21] Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/47837>
18. Silva, JPA, Carmo, VM, Ramos, GBJR. As quatro ondas do feminismo: lutas e conquistas. Revista de Direitos Humanos em Perspectiva, v. 7, n. 1, p. 101, 18 ago. 2021. Available from: <https://www.indexlaw.org/index.php/direitoshumanos/article/view/7948>
19. Shai A, Koffler S, Hashiloni-Dolev Y. Feminism, gender medicine and beyond: a feminist analysis of "gender medicine". International Journal for Equity in Health [Internet]. 2021 3 de agosto;20(1). Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01511-5> .
20. Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Cartilha). Mato Grosso do Sul, MS. 2018. Available from: <https://www.tce.ms.gov.br/portal-modernizacao/assets/downloads/cartilha-ods/cartilha-ods-15-09-18.pdf>

21. Nações Unidas Brasil. Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Brasil. s.d. [cited 2023 Oct 2] Available from: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
22. Costa, REAR DA; Mendes, CM DE M. Reframing culture in the context of women's healthcare: how does Anthropology support medical science? *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 31, 2021. Available from: https://www.researchgate.net/publication/354489503_Reframing_culture_in_the_context_of_women's_healthcare_how_does_Anthropology_support_medical_science
23. Silveira PS, Paim JS, Adrião KG. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *Saúde em Debate*. 2019;43(spe8):276–291. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7xXBBQJzhD5jffSPN6fhJZh/>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
25. Fonseca RMGS da. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2005 Dec 1 [cited 2023 Oct 2];39:450–9. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/C3YMvmDJGFXcyxn7LPV4Vjq/?lang=pt>
26. Mandú ENT, Dióz M, Reiners AO, Tomiyoshi JT. Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 33, n. 1, p. 31–38, mar. 1999. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VPmVKzhYgQGBWTj7yfJst4p/>
27. Dieguez RSM, Alzuguir F de CV, Nucci MF. “Descolonizar o nosso corpo”: ginecologia natural e a produção de conhecimento sobre corpo, sexualidade e processos reprodutivos femininos no Brasil. *Sex, Salud Soc (Rio J)* [Internet]. 2021;(37):e21211. Available from: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21211a>
28. Machado JS de A, Penna CM de M. As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2022;32(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320221>
29. Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde. Coletivo Feminista. Quem Somos. São Paulo, [S. d.] Available from: <https://www.mulheres.org.br/coletivo-feminista/> Acesso: 04/10/2023
30. Sala NC. La ginecología natural en América Latina: Un movimiento sociocultural del presente. *Sex, Salud Soc (Rio J)* [Internet]. 2019Sep;(33):59–78. Available from: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.04.a>
31. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. [cited 2023 Sept 19]
Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

32. Coelho E de AC, Silva CTO, Oliveira JF de, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Esc Anna Nery [Internet]. 2009 Jan;13(1):154–60. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100021>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf
34. Souto, KM. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: SER Social, v. 10, n. 22, p. 161–182, 14 ago. 2009. Available from: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12950
35. Souto K, Moreira MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. Saúde debate [Internet]. 2021 Jul;45(130):832–46. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>
36. Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):424-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>
37. Oliveira, GC; Campos, C. Saúde reprodutiva das mulheres: direitos, desafios e políticas públicas. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 2009. Available from: http://bibliotecadigital.abong.org.br/xmlui/bitstream/handle/11465/270/CFEMEA_saude_reprodutiva_das_mulheres.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Lemos, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. Saúde em Debate, v. 38, n. 101, p. 244–253, abr. 2014. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MwhZy3WFgBgxnr9g7rdSqdH/?format=pdf&lang=pt>
39. Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento , 1994, Cairo, Egito. Relatório final. [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português.
40. Villela, WV; Arilha, M. “Sexualidade, gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos”. In: BERQUÓ (org.) Sexo & Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora UNICAMP, 2003.
41. Dios-Vallejo, DS. Equidad de género y embarazo. Perinatología y reproducción humana, v. 28, n. 2, p. 71–78, 2014. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

42. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Planalto.gov.br. 1988. [cited 2023 Oct 3] Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
43. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. [cited 2023 Oct 3] Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm
44. Brasil. Ministério da Saúde. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf
45. Higgins JA; Smith NK. The Sexual Acceptability of Contraception: Reviewing the Literature and Building a New Concept, *The Journal of Sex Research*, 53:4-5, 417-456, 2016. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00224499.2015.1134425>
46. Silva RM da, Araújo KNC de, Bastos LAC, Moura ERF. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciência saúde coletiva* [Internet]. 2011May;16(5):2415–24. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500010>
47. UNFPA. *Mundos Distantes: saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade. Situação da População Mundial em 2017* [Internet]. New York: UNFPA; 2017 [cited 2023 Oct 04]. Available from: https://popdesenvolvimento.org/images/noticias/ReportUNFPA2017_SaudeDireitosReprodutivosDesigualdade.pdf
48. Rodrigues MAF. Os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres em pauta: brave retrospectiva. [Internet]. 18º de abril de 2021 [citado 3º de outubro de 2023];6(16):58-6. Available from: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/292>
49. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2012Jan;16(40):107–20. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>
50. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
51. Motta CT, Moreira MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021Oct;26(10):4397–409. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>

52. World Health Organization. HIV/Aids [Internet]. Geneva: WHO; 2023. [cited 2023 Jan 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/hiv-aids>
53. World Health Organization. Syphilis [Internet]. Geneva: WHO; 2023. [cited 2023 Jan 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/syphilis>
54. Kobel JS. Você conhece o que faz o Apoiador em Saúde? [Dissertação] Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019. Available from: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/564826/4/Voc%C3%AA%20conhece%20o%20que%20faz%20o%20apoiador%20em%20sa%C3%BAde.pdf>
55. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores de Saúde: elementos conceituais e práticos. [S. l.], [S. d.]. [cited 2024 Jan 22] Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45251-indicadores-saude-elementos-conceituais-e-praticos-251&Itemid=270&lang=en
56. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf> . Acesso: 22/01/24
57. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. [cited 2024 Jan 22] Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>
58. Brasil. Ministério da Saúde. Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2015. [cited 2024 Jan 23] Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf
59. Mandú ENT. Critérios e indicadores de qualidade da atenção à saúde da mulher. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 abr;26(1):11-9. Available from: <https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/download/4536/2466/0>
60. Santos, Franklin Alexandre dos. Acessibilidade organizacional e geográfica das Unidades de Saúde da Família no município de Francisco Morato – SP. Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva; 2023.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde,

2009. Available from:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf

62. Brasil. Ministério da Saúde. Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde [Internet]. [cited 2023 Dec 19] Available from: <http://plataforma.saude.gov.br/>

63. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. TabNet Win32 3.0: 6 - Taxa Bruta de Natalidade. São Paulo, 2023. [cited 2024 Jan 10] Available from: https://tabnet.saude.sp.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/ind6_matriz.def

64. Portela B, Carneiro Junior N, Bastos S. Análise comparativa do acesso à atenção pré-natal das mulheres migrantes internacionais e brasileiras: o caso de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. PERIPLOS. Revista de Investigação sobre Migrações, 7(2), 231-256. Available from: https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/48546/39052

65. Brasil. Ministério da Saúde, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para a Organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério. São Paulo, 2019. 56 p.: il. Available from: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

66. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf

67. Laurenti R, Mello Jorge MHP de, Lebrão ML, Gotlieb SLD. Estatísticas de saúde. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.

68. Fundação Seade. Nascimentos e idade das mães paulistas, 2000 a 2022. [S.l.], 2023. Available from: <https://informa.seade.gov.br/nascimentos-e-idade-das-maes-paulistas-2000-a-2022/>

69. Sociedade Goiana de Pediatria. Apesar da redução, gravidez na adolescência representa 14% dos partos no Brasil. Goiânia (GO), 2023 Feb 01. [cited 2024 Jan 11] Available from: <https://www.sbp.com.br/filiada/goias/noticias/noticia/nid/apesar-da-reducao-gravidez-na-adolescencia-representa-14-dos-partos-no-brasil/>

70. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidando de Adolescentes : orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [cited 2024 Jan 22] Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva.pdf

71. Prefeitura de Belo Horizonte (município). Protocolo: planejamento sexual e reprodutivo. Belo Horizonte (MG), 2022. Available from: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/Protocolo_%20PlanejamentoSexualReprodutivo_01-07-22.pdf
72. Prefeitura de Chapadão do Sul (município). Protocolo Municipal do planejamento familiar: programa saúde da mulher e saúde do homem. Chapadão do Sul (MS), 2020. Available from: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Protocolo-Municipal-Planejamento-Familiar.pdf>
73. Secretaria Municipal da Saúde “Dr Ennio Botelho Perrone”. Protocolo sobre planejamento reprodutivo. 2. vol. Presidente Prudente (SP), 2022. Available from: <https://www.saudepp.sp.gov.br/farmacia/documentos/planejamentoreprodutivo.pdf>
74. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Protocolo de prevenção da transmissão vertical da sífilis e da sífilis congênita. São Paulo (SP), 2021. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Protocolo%20TV%20s%C3%ADfilis%20e%20SC_SMS_revis%C3%A3o_23jul-site.pdf
75. Brasil. Portaria Nº 766, de 21 de dezembro de 2004. Expandir para todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, a realização do exame VDRL para todas as parturientes internadas, com registro obrigatório deste procedimento nas AIH de partos. [cited 2024 Jan 9] Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0766_21_12_2004.html
76. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 224 p. : il. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf
77. Bastos de Paula SH ; Figueiredo R. ; Bonfim JRA ; Andrade L ; Linard CFBM . Interfaces entre aborto e legislação em direito e saúde sexual e reprodutiva no Brasil: situação atual e tentativas de retrocesso. In: Ana maria Catrib July Branco *et al.* (Org.). Interfaces entre saúde mental, gênero e violência. 1ed.Fortaleza: Eduece, 2018, v. 1, p. 159-181. Available from: https://www.researchgate.net/publication/325742734_Interfaces_entre_aborto_e_legislacao_em_direito_e_saude_sexual_e_reprodutiva_no_Brasil_situacao_atual_e_tentativas_de_retrocesso_In_Brilhante_AV_M_et_alOrgs_Interfaces_entre_saude_mental_genero_e_viol
78. Brasil. Ministério da Saúde. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude.pdf
79. Secretaria de Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP. Outubro Verde: juntos podemos eliminar a sífilis congênita. São

Paulo, [s.d.]. [cited 2024 Jan 9] Available from: <https://saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dst aids-sp/homepage/destaques/outubro-verde-juntos-podemos-eliminar-a-sifilis-congenita>

80. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 114p. : il. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf

81. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. CRITÉRIOS E INDICADORES DE QUALIDADE ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E SUA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

CRITÉRIOS DE QUALIDADE ASSISTENCIAL	INDICADORES
ACOLHIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço dado à clientela (mulheres e homens) para expressão de necessidades e problemas vividos no campo da reprodução e sexualidade (triagem, contato, atendimento individual ou coletivo) - Reconhecimento de necessidades e problemas sociais, subjetivos e orgânicos da clientela, manifestos e não manifestos espontaneamente - Comprometimento do serviço com respostas a essas necessidades e problemas (medidas intersetoriais, ações educativas e assistenciais) - Presença de mecanismos que assegurem a continuidade das ações assistenciais (registros dos atendimentos, disponibilidade e preenchimento do cartão da gestante e/ou puérpera, acesso ao serviço, ações e aos encaminhamentos) - Modos de absorção e manejo das necessidades - Intercomunicação (personalização; privacidade – respeito à individualidade e sigilo; escuta profissional – atenção, sensibilidade, aceitação; trocas, decisões compartilhadas; estímulo ao enfrentamento das causas das situações adversas)
ACESSO	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de captação precoce de gestantes - Estratégias de captação e inclusão de homens e famílias nas ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva - Estratégias de vinculação ao serviço básico para práticas de prevenção e tratamento em saúde sexual e reprodutiva - Agilidade na marcação e garantia de consultas - Flexibilidade da triagem para inclusão de situações de urgência - Registro sistemático de inscrições e abertura de prontuário - Agendamentos subsequentes - Calendário preconizado de atividades pré-natais e puerperais - Realização de busca ativa de faltosos e clientes com necessidades - Flexibilidade e disponibilidade dos horários de atendimento - Acesso geográfico

Continua...

Continuação	
ASSISTÊNCIA INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta pré-natal à mulher e ao companheiro - Consulta pós-parto à mulher, ao companheiro e ao RN - Ações de atenção à família em situação reprodutiva - Consulta à saúde sexual, extensiva à mulher, ao companheiro e família (ênfase no climatério, em situações de violência, planejamento familiar, educação sexual, prevenção do câncer genital, controle de outros agravos) - Inclusão de tecnologias de avaliação nos atendimentos (avaliação de vulnerabilidades e riscos, acompanhamento nutricional, avaliação psico-emocional, geral, ginecológica e de mamas) - Realização de exames básicos preconizados no acompanhamento pré-natal, planejamento familiar, climatério, controle das DSTs e AIDS, prevenção de câncer uterino e mamário, e outros - Realização da imunização preconizada na gravidez, no pós-parto e a adolescentes, adultos e idosos - Ações domiciliares sistemáticas - Ações educativas individualizadas por ocasião do atendimento - Encaminhamentos orientados
INFORMAÇÃO À CLIENTELA	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade e acesso a informações sobre ações, locais, normas e rotinas de atenção (referências, fluxo, acesso, atendimento, horários, etc.) - Pertinência das informações – verbais e visuais
EDUCAÇÃO COLETIVA EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade de atividades educativas (a grupos, famílias, comunidade) - Ênfase das ações (promoção da cidadania, autonomia, saúde sexual e reprodutiva) - Ações educativas integradas a outros setores e serviços comunitários
AÇÕES DE VIGILÂNCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Atuação do Comitê de Mortalidade Materna (CMM) (vigilância epidemiológica da mortalidade materna e perinatal) - Ações integradas a outros setores e práticas comunitárias – ênfase em qualidade de vida e saúde sexual e reprodutiva - Controle social sistemático - Investigação, análises, registros e divulgação sistemáticos de doenças, irregularidades, ações, vulnerabilidades, etc.

Quadro 1 - Critérios e indicadores de qualidade assistencial da atenção à saúde da mulher e sua saúde sexual e reprodutiva.

ANEXO 2. CRITÉRIOS E INDICADORES DE QUALIDADE GERENCIAL DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E SUA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

CRITÉRIOS DE QUALIDADE GERENCIAL	INDICADORES
PADRÕES DE ESPECIFICAÇÃO E REGISTRO	<ul style="list-style-type: none"> - Padrões de especificação de necessidades e diagnósticos, procedimentos e ações, resultados esperados - Preconização de padrões de registro - Registros sistemáticos de históricos e dados, necessidades e diagnósticos, consultas, procedimentos e ações, resultados, notificações
PADRÕES DE ATENDIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento, divulgação, conhecimento e aplicação de padrões de acesso e acolhimento - Estabelecimento, enfoque, divulgação, conhecimento e uso de protocolos de ações assistenciais

Continua...

Continuação

FLUXOGRAMA E INTEGRAÇÃO DE AÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Definição, divulgação, conhecimento, flexibilidade nas rotinas e oferta de ações - Integração de ações no próprio serviço - Integração de ações com serviços externos - Vinculação à maternidade e outros serviços de atenção à saúde sexual
ESPAÇO FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação, conservação e segurança (tamanho, distribuição dos espaços, infraestrutura)
INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos, vacinas e contraceptivos (previsão e suficiência) - Equipamentos e recursos materiais para as atividades desenvolvidas (previsão, suficiência, segurança e conservação) - Instrumentos à consulta e registro (fichas de inscrição e de consulta, gráficos de avaliação, registros de atendimento, fichas de notificação, etc.) - Cartão de referência e contra-referência (da gestante, da mulher, outros)
BIOSSEGURANÇA	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de limpeza e desinfecção do ambiente - Limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos - Guarda e manuseio de material estéril, limpo e séptico - Medidas de autoproteção do trabalhador - Lavagem sistemática e adequada de mãos - Conservação adequada das vacinas, medicamentos e recursos contraceptivos - Destino do lixo e de materiais perfuro-cortantes
QUALIDADE TÉCNICA E USO RACIONAL DAS TECNOLOGIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Uso adequado de tecnologias (de avaliação, diagnóstico, tratamento, manuseio de equipamentos e materiais, etc.) - Conservação de ambientes, equipamentos e materiais - Uso do tempo, equipamentos, recursos materiais e potencial humano
POTENCIAL HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> - Composição da equipe, número, disponibilidade e qualificação dos trabalhadores que atuam em saúde da mulher, saúde sexual e reprodutiva - Realização de trabalho coletivo articulado (planejamento e avaliação conjuntos, tomada de decisão compartilhada, discussões coletivas de situações de saúde-doença e ações assistenciais) - Capacitação específica em saúde da mulher (considerados os protocolos assistenciais, os investimentos em ações domiciliares e comunitárias, a participação no sistema de informações, etc.) - Condições de trabalho (satisfação dos trabalhadores) - Inserção do trabalhador e envolvimento no trabalho - Apoio político e técnico aos projetos de trabalho definidos
REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Definição ampla dos serviços e ações de referência - Garantia de acesso aos exames preconizados na atenção à saúde sexual e reprodutiva, a consultas de médio e alto-risco, internação - Tempo médio de entrega dos exames básicos preconizados - Ações de contra-referência
LIDERANÇA E QUALIFICAÇÃO GERENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de mobilizar, desenvolver potencialidades, coordenar, agregar forças - Formação e capacitação específica em gerenciamento - Capacidade de analisar situações e problemas, de formular propostas e implementar medidas
PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento, monitoramento e avaliação sistemáticos do trabalho em saúde da mulher - Participação de trabalhadores, comunidade, equipe de gerência nessas ações

Continua...

Continuação

	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento e avaliação baseados em informações específicas - Estratégias de enfrentamento das demandas, necessidades e problemas - Controle de custos - Estratégias de integração (da equipe com a comunidade, com o próprio setor e outros setores) - Ações de supervisão (sistematicidade, apoio, avaliação, reprogramação, qualificação da atenção e do gerenciamento)
GERAÇÃO DE DADOS E INFORMAÇÕES (EQUIPES DE GERÊNCIA)	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de critérios, indicadores, padrões e fontes de dados qualitativos e quantitativos - Uso de ferramentas de identificação de necessidades, riscos, vulnerabilidades, impactos (dados) - Consolidação dos dados, análise de dados e indicadores quantitativos e qualitativos - Divulgação de dados – para os serviços, trabalhadores, órgãos de controle social, comunidade - Uso sistemático no planejamento e qualificação da atenção
QUALIFICAÇÃO DE FONTES DE DADOS E INFORMAÇÕES NAS UNIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Registro adequado dos dados - Sistema de vigilância (Mortalidade materna e perinatal/SIM; Doenças de notificação/SINAN; Ficha de cadastramento de gestantes/SISPRENATAL; registro diário de atendimento/SINASC) - Adequação do instrumento e coleta de dados para supervisão e avaliação - Possibilidade de avaliação da adequação da trajetória e do manejo dos problemas pelo serviço via prontuário
CONTEÚDO DOS DADOS E INFORMAÇÕES ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - População de referência definida - Reconhecimento das características demográficas básicas da população de referência e alvos de ações em saúde sexual e reprodutiva - Identificação e registro de necessidades e problemas das comunidades, dos grupos, dos indivíduos e de seus determinantes - Sistema de localização da clientela específica - Monitoramento dos perfis de atenção - Reconhecimento dos recursos e potenciais da comunidade relacionados à saúde sexual e reprodutiva

Quadro 2 - Critérios e indicadores de qualidade gerencial da atenção à saúde da mulher e sua saúde sexual e reprodutiva.