



Integralidade e longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde da mulher: uma análise de três municípios amazônicos

Integrity and Longitudinality of Primary Care for Women's Health: An Analysis of Three Amazonian Municipalities

Rosana Pimentel Correia Moysés,¹ Vanessa Cristina Lina Teixeira,² Ricardo Gonçalves Martins,³ Celsa da Silva Moura Souza,⁴ Themis da Costa Abensur,⁵ Maria Graça Pereira⁶

RESUMO

O estado do Amazonas abrange municípios ribeirinhos que, devido a suas peculiaridades, são um desafio para organização da Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo objetivou avaliar os atributos essenciais de integralidade e longitudinalidade da APS da mulher em idade reprodutiva em três municípios amazônicos, pois doenças preveníveis pela APS apresentam alta incidência nessa população. Esta é uma pesquisa transversal, de caráter exploratório e abordagem quantitativa, que utilizou o instrumento Avaliação da Atenção Primária (PCATool) Versão Adulto para entrevistar 857 mulheres. Os resultados foram insatisfatórios na avaliação dos dois atributos, longitudinalidade e integralidade, com diferenças significativas entre os municípios. Na avaliação da APS sobre questões de relevância epidemiológica para saúde da mulher amazônica os resultados demonstraram que os serviços de assistência pré-natal e a realização de exame preventivo para o

¹ Dentista, professora-assistente de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Atualmente doutoranda em Psicologia Aplicada na Universidade do Minho, Portugal. E-mail: rosanapcsmsdc@gmail.com.

² Médica pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

³ Médica pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

⁴ Nutricionista, professora-assistente de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Atualmente doutoranda em Medicina Interna e Terapêutica na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁵ Estatística, professora-assistente da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Atualmente doutoranda em Estatística no Programa Interinstitucional de Pós-graduação em Estatística pela Universidade Federal de São Carlos e Universidade de São Paulo (UFSCar/USP).

⁶ Professora-associada com agregação na Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal. Doutorado em Psicologia Clínica (U. Minho). Agregação em Investigação Clínica e Serviços de Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

câncer de colo de útero estavam disponíveis para cerca de 90% das mulheres. O aconselhamento para testagem de HIV foi relatado por mais de 60% das mulheres entrevistadas. Assim, este estudo identificou limites e desafios da Atenção Primária a Saúde da mulher nesses municípios, reforçando a importância de processos avaliativos como instrumentos de melhor gerenciamento das políticas públicas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Saúde da mulher.

ABSTRACT

The State of Amazonas has riparian municipalities that, due to their peculiarities, are a challenge for the organization of Primary Health Care (PHC). This study aimed to evaluate the integral attributes and longitudinality of PHC to Women's Health in reproductive age in three municipalities of the state, because diseases preventable by PHC are present at high incidence in this population. This is a cross-sectional, exploratory and quantitative study that used the Primary Care Assessment Tool (PCATool) instrument - Adult version - to interview 857 women. The results were unsatisfactory in the evaluation of the two attributes, longitudinality and Integrality, with significant differences between the municipalities. In the PHC evaluation on issues of epidemiological relevance for the health of Amazonian women, the results showed that prenatal care and preventive examination for cervical cancer were available for about 90% of the women. Counseling for HIV testing was reported by more than 60% of the women interviewed. Therefore, this study identified the limits and challenges of Primary Health Care for Women in these municipalities, reinforcing the importance of evaluation processes as tools for better management of public health policies.

KEYWORDS: Primary health care. Health evaluation. Women's health.

INTRODUÇÃO

Atualmente a população feminina do Brasil é de 105 milhões de pessoas, representando 51% da população do país. A expectativa de vida das mulheres é de 78 anos e 37,5 % das famílias brasileiras são sustentadas financeiramente por mulheres, que exercem ainda os papéis de *esposas, mães, educadoras e cuidadoras*, todos esses panoramas reforçam a necessidade de novas discussões sobre políticas públicas para essa população.¹

Ao abordar a saúde da mulher brasileira, encontramos características peculiares, como alta mortalidade materna e indicadores alarmantes de doenças como AIDS e câncer de colo de útero. Esse panorama epidemiológico revela um sistema de saúde que não consegue dar resposta a situações e doenças preveníveis, e deixa clara a

necessidade de pesquisas no campo da saúde da mulher que discutam estratégias para o aumento da eficácia do sistema de saúde.²

Ademais, o Brasil é um país continental, com pluralidades de arranjos geográficos, sociais e culturais, o que torna a análise do sistema de saúde algo ainda mais complexo. Um exemplo são os chamados “municípios ribeirinhos” do estado do Amazonas que apresentam desafios ao acesso à saúde devido a características peculiares como: o trânsito de pessoas e bens de consumo ser prioritariamente pela via fluvial, a baixa renda per capita, a baixa densidade demográfica, os graves problemas de ordem socioeconômica, a baixa disponibilidade de profissionais de saúde e a precária infraestrutura dos serviços de saúde. Nesses municípios ribeirinhos encontramos quase exclusivamente serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), por isso a importância de pesquisas que avaliem esse nível de atenção para identificação dos entraves, na tentativa de qualificação e fortalecimento das ações em saúde.^{3,4,5}

Avaliar os atributos da APS é uma importante estratégia para buscar melhorias desse nível de atenção, já que é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo aborda dois atributos da APS, a longitudinalidade e a integralidade. A *longitudinalidade* analisa como é realizado o acompanhamento dos distintos problemas de saúde por profissionais da equipe de APS, de maneira que a equipe seja reconhecida como “a fonte regular dos cuidados, através de vínculo terapêutico e continuidade informacional”. A *integralidade* analisa como o conjunto de serviços disponíveis e prestados para determinada população “garante cuidado resolutivo e acesso oportuno”.^{6,7}

Desse modo, sabendo-se que a saúde da mulher deve ser uma prioridade das políticas de saúde e que os municípios ribeirinhos têm seus sistemas de saúde fundados na APS, este artigo apresenta a avaliação de dois atributos da APS com objetivo de que os resultados contribuam para discussões de propostas mais adequadas para atenção à saúde da mulher em municípios ribeirinhos amazônicos.

MATERIAL E MÉTODOS

Os três municípios deste estudo faziam parte do Programa Saúde e Cidadania: Construindo uma Rede Social de Promoção da Saúde, da Universidade Federal do

Amazonas (UFAM, Edital nº 04/2011 – MEC/SESu), que atuava realizando projetos de pesquisa e de promoção da saúde em municípios de pequeno porte (até 50 mil habitantes) e com características econômicas, sociais e culturais comuns. Os três municípios estavam entre as cidades com os piores indicadores de pobreza e desigualdade social do estado do Amazonas.¹ Este artigo é parte do projeto de pesquisa deste programa.

Tratou-se de um estudo transversal, de caráter exploratório quantitativo, que incluiu entrevistas a mulheres usuárias da APS de três municípios amazônicos, no período fevereiro de 2013 a fevereiro de 2015. O instrumento de coleta de dados foi o Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool, PCA-Tool) Versão Adulto, instrumento desenvolvido por Barbara Starfield na Universidade de John Hopkins e validado para o Brasil. A versão adulta do instrumento tem 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS. Este estudo analisa 49 questões relacionadas a integralidade e a longitudinalidade através de três componentes do instrumento: Longitudinalidade; Integralidade/Serviços Disponíveis e Integralidade/Serviços Prestados. O instrumento utiliza uma escala em que o entrevistado pode atribuir um valor de 1 a 6 (nunca = 1; quase nunca = 2; algumas vezes = 3; muitas vezes = 4; quase sempre = 5; sempre = 6), e a partir das normas do manual é definido um escore para cada atributo.⁸

Para determinação da amostra de mulheres, considerou-se a população total de mulheres de cada município separadamente, com base nos dados do Censo IBGE 2010, e o número de mulheres em idade reprodutiva (15 a 44 anos) como estimativa de prevalência (π). Os critérios de inclusão do estudo foram: mulheres de 15 a 44 anos moradoras dos municípios, usuárias dos serviços de Atenção Primária à Saúde e que aceitassem responder ao instrumento.¹

A aleatorização da amostra foi feita a partir do cadastro dos usuários nas unidades de atenção primária dos municípios, tendo sido sorteadas as ruas dos bairros e os números das casas pelos pesquisadores. Quando a coleta de dados ocorria em comunidades ribeirinhas, o líder comunitário auxiliava a equipe no processo de sorteio das casas. As entrevistas ocorreram em domicílio e nunca nos espaços dos serviços de saúde.

Todas as participantes da pesquisa foram esclarecidas sobre os objetivos e a

relevância social do estudo, e todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); para as mulheres com menos de 18 anos foi obtido o termo de consentimento dos pais e/ou responsável. Este projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da UFAM segundo o parecer nº 88.975/2012, respeitando o disposto na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Análise dos dados

Após as entrevistas, os dados das usuárias foram consolidados e processados no Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 22.0. A análise de dados respeitou as determinações do Manual do PCATool Versão Adulto, em que define a atribuição de escores para os três componentes de análise, a partir do cálculo da média dos valores das respostas dos seus itens. Após este cálculo são transformados em uma escala de 0 a 10 pela fórmula: $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$. Estudos classificam que valores altos são de escores $\geq 6,6$ e que valores baixos são os menores que 6,6.^{8,9}

Posteriormente realizou-se o teste ANOVA para comparação das médias dos escores entre os três municípios, sendo consideradas diferenças estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$. Em seguida, foi feito o teste de comparação múltipla (Teste Post-Hoc Gabriel), para apontar as diferenças entre os municípios. Foram realizadas ainda análises descritivas (frequências) das respostas “com certeza sim” de questões sobre temas de importância epidemiológica para realidade amazônica.¹⁰

Para análise da consistência interna do instrumento para os dois atributos longitudinalidade e integralidade utilizou-se o coeficiente alpha de Cronbach, considerando-se que valores entre 0,8 e 1 significam uma boa consistência interna.¹⁰

RESULTADOS

Em relação aos serviços de saúde, os três municípios apresentavam 100% de cobertura de APS no período de execução do estudo. No município 1 tínhamos quatro estabelecimentos de APS; no município 2 eram seis estabelecimentos e o município 3 tinha cinco estabelecimentos. Todos os municípios contavam com uma unidade de

saúde chamada de Unidade Mista, que era um serviço de atendimento de emergência com leitos para internação e que realizava procedimentos cirúrgicos. Nenhum dos municípios tinha atendimento especializado, por isso os usuários eram encaminhados para outros municípios de referência e principalmente para capital do estado, Manaus.^{11,12}

Foram entrevistadas 857 mulheres, sendo 271 do município 1; 246 do município 2; e 340 do município 3. A média de idade das mulheres foi de 28 anos no município 1 (DP \pm 8,5); para o município 2 foi de 27 anos (DP \pm 8,3); e para o município 3 foi de 28 (DP \pm 8,8).

A consistência interna da escala completa com 49 itens dos atributos longitudinalidade e integralidade (Serviços Prestados/Serviços Disponíveis) foi avaliada através do alpha de Cronbach, com resultado de 0,89, confirmando a validade interna e a fiabilidade do constructo.¹⁰

O Quadro 1 apresenta os escores dos atributos longitudinalidade e integralidade (Serviços Prestados/Serviços Disponíveis) avaliados a partir da percepção das mulheres usuárias da APS nos três municípios. Nenhum dos três municípios registraram valores satisfatórios para os atributos, isto é, escores \geq 6,6, que representa respostas maiores ou iguais a 3 na escala do questionário para o cálculo dos escores.⁹

No Quadro 1 estão os resultados da ANOVA, os quais revelaram que a escala de avaliação se encontra viável para ser utilizada como instrumento de avaliação da qualidade da APS prestada às mulheres amazônicas, nos atributos longitudinalidade e integralidade e que existem diferenças significativas entre os três municípios, $p < 0,05$.¹⁰

Quadro 1 – Avaliação das usuárias da Atenção Primária a Saúde sobre os atributos longitudinalidade e integralidade nos três municípios (escores satisfatórios \geq 6,6)

Atributo da APS	Município 1 (Média/DP)	Município 2 (Média/DP)	Município 3 (Média/DP)	<i>t</i> p- valor
Longitudinalidade	5,98 \pm 1,92	5,12 \pm 1,53	5,11 \pm 1,84	\leq 0,00
Integralidade/Serviços Prestados	5,56 \pm 2,10	5,02 \pm 1,65	4,34 \pm 2,07	\leq 0,00
Integralidade/Serviços Disponíveis	4,5 \pm 2,83	4,07 \pm 2,59	3,64 \pm 2,49	\leq 0,00

Legenda: DP = desvio-padrão; † = Teste ANOVA

Fonte: elaborada pelos autores - 2018

O Quadro 2 apresenta o Teste Post-Hoc Gabriel, que permitiu averiguar quais são as diferenças significativas entre os municípios. Os municípios 2 e 3 não apresentaram diferenças significativas na avaliação das usuárias do atributo longitudinalidade. Os municípios 1 e 2 não apresentaram diferenças na avaliação da integralidade com relação aos serviços prestados; e somente os municípios 3 e 1 são diferentes na avaliação das usuárias no atributo Integralidade/Serviços Disponíveis.

Quadro 2 – Análise das diferenças entre municípios pelo Teste Post-Hoc Gabriel

	Longitudinalidade <i>†p- valor</i>	Integralidade/Serv. Prest. <i>†p- valor</i>	Integralidade/Serv. Disp. <i>†p- valor</i>
M.1 M.2	≤ 0,00	≤ 0,27	≤ 0,12
M.2 M.3	≤ 0,362	≤ 0,00	≤ 0,05
M.3 M.1	≤ 0,00	≤ 0,00	≤ 0,00

Legenda: † = Teste ANOVA

Fonte: elaborada pelos autores – 2018

O Quadro 3 apresenta os percentuais de respostas “com certeza sim” a questões do atributo integralidade sobre temas de relevância epidemiológica para o estado do Amazonas. Os resultados demonstram a frequência de mulheres que afirmaram que esses serviços e/ou orientações estavam disponíveis na Unidade de Saúde de APS.

Quadro 3 – Questões do atributo Integralidade/Serviços Disponíveis: porcentagem de respostas “com certeza sim” por município

	Questão G11: Está disponível no serviço de saúde cuidados pré-natais?	Questão G16: Está disponível no serviço de saúde aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV?	Questão G18: Está disponível no serviço de saúde exame preventivo de colo de útero (teste Papanicolaou)?
Município 1	94,1%	63%	93,7%
Município 2	93,9%	81%	89,8%
Município 3	91,8 %	66,8%	94,1%

Fonte: elaborada pelos autores - 2018

DISCUSSÃO

Quando se aborda questões do sistema de saúde de municípios ribeirinhos amazônicos devem ser consideradas as dificuldades impostas pelas peculiaridades geográficas da região. Isso é retratado por Scherer (2004)¹³ como o “mosaico terra-água”, que caracteriza uma lógica temporal e de relações sociais determinadas pela cheia e pelas vazantes dos rios, pela cultura e pelas tradições. Esses fatores resultam em preocupações e análises da vida cotidiana e da saúde em outra perspectiva, e por isso serviços de saúde e seus profissionais têm maiores desafios em prover o cuidado a esta população.

A avaliação do atributo Integralidade/Serviços Prestados nos três municípios foi insatisfatória na percepção das mulheres, isso reitera a literatura que, na análise do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Amazonas, demonstrou diferentes entendimentos dos usuários sobre os serviços prestados e a baixa pontuação na avaliação desses serviços.^{14,15}

No entanto, outros estudos que relatam uma boa avaliação do atributo Integralidade/Serviços Prestados afirmam que isso reflete o bom desempenho e a qualidade da APS dos municípios avaliados. Esse atributo também é referido como uma importante estratégia de monitoramento dos resultados da organização do serviço, com relação à provisão de ações e programas de saúde.^{16,17}

O atributo Integralidade/Serviços Disponíveis é o que apresenta os piores escores nos três municípios. Isso pode ser explicado pela carência de serviços e/ou orientações disponíveis na percepção das usuárias. Reforça-se que os municípios 2 e 3 diferem nesses atributos e realmente o município 3 apresenta uma infraestrutura de saúde com mais unidades de APS do que o município 2. Porém a avaliação das usuárias do município 2 nesse atributo são melhores que a do município 3, o que reitera o achado de outros estudos que comprova que o fato de haver mais unidades de saúde não se traduz em diversidade de serviços ofertados para população.^{11,18}

O estudo de Prates et al. (2018),¹⁹ que realiza uma revisão sistemática sobre estudos avaliativos da APS que utilizaram o instrumento PCATool demonstrou que a avaliação do atributo essencial integralidade (Serviços Prestados/Serviços Disponíveis) na maioria dos estudos apresentaram baixo desempenho. Ainda assim, os serviços

prestados são sempre melhor avaliados que os serviços disponíveis, como demonstrado pelo nosso estudo. Os autores afirmam que esses resultados “evidenciam uma maior capacidade das unidades em oferecerem bem os serviços prestados do que uma variedade maior”. Para melhorar o desempenho desse atributo, os municípios deveriam investir na infraestrutura dos serviços de APS e na organização dos recursos humanos.

Na avaliação do atributo longitudinalidade, apesar de os escores dos três municípios não serem satisfatórios, nesse atributo foi onde se obteve os maiores escores na avaliação das usuárias. O município 1 teve o melhor escore de avaliação e apresentou diferenças significativas quando comparado aos outros municípios, o que pode nos levar a aferir uma melhor organização e continuidade do cuidado, talvez justificada pela proximidade do município da capital Manaus e por este ser o único município do estudo com acesso por via terrestre.¹

O atributo longitudinalidade está intimamente relacionado à continuidade de cuidado, que é dividida em três tipos: a continuidade informacional, que diz respeito à referência e à contrarreferência, e não está apenas vinculada à condição clínica do paciente como também refere-se às suas preferências e aos seus valores; a continuidade gerencial, que é fundamental para doenças complexas ou crônicas que exigirão diferentes atores e serviços no processo de cuidar; e a continuidade relacional, que corresponde às relações terapêuticas entre usuário e profissionais da saúde que lhe oferecem a segurança de garantia de continuidade de cuidado ao longo do tempo.^{20,21}

Desse modo, esse atributo envolve questões complexas que podem sofrer as consequências da dificuldade de fixação de profissionais e de sua alta rotatividade, o que conseqüentemente pode afetar o vínculo das equipes com a população. A literatura relata que essa rotatividade não é um fator que afeta somente municípios ribeirinhos amazônicos, é uma realidade nacional, e que a região Norte do país é a que apresenta menor rotatividade de médicos. No entanto, quando se analisa municípios de pequeno porte e com baixos índices de desenvolvimento econômico e social, a alta rotatividade de profissionais é um importante fator de diminuição da qualidade da APS, o qual pode ter refletido na baixa avaliação pelas usuárias.²²

Os resultados do atributo longitudinalidade neste estudo reforçam a importância da comunicação entre o profissional de saúde e a mulher de maneira a lhe proporcionar a autonomia de decisão nos tratamentos e nos processos de cura. Reflete ainda a

percepção dessas mulheres com relação à humanização do cuidado e à empatia com o profissional de saúde. Essa percepção do cuidado é influenciada por vários fatores que não só a relação direta profissional de saúde-paciente; pode ser resultado também da desorganização do serviço de saúde, a qual pode resultar em longa espera para atendimento, falta de medicamentos e exames e rotatividade profissional.^{23,24}

A análise das respostas referentes a aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV demonstraram que esse tipo de orientação tem uma boa frequência na percepção das usuárias, pois é um instrumento importante de prevenção, principalmente no estado Amazonas, que é o segundo estado do Brasil em transmissão de HIV/AIDS entre jovens de 15 e 24 anos e tem a maior mortalidade do país.²⁵

Este panorama epidemiológico da AIDS no Amazonas é resultado de vários fatores, entre eles a dificuldade de acesso aos métodos que permitem o diagnóstico precoce. Por isso, o Ministério da Saúde implantou, desde 2004, o teste rápido para o diagnóstico do HIV nos serviços de saúde no estado do Amazonas. No entanto, como descrito no estudo de Humar (2017)²⁶ o fato de ampliar o acesso ao diagnóstico não se refletiu em redução da mortalidade, pois devido à realidade geográfica do estado e à carência de atendimento especializado nos municípios ribeirinhos (interior do Amazonas) existe uma demora para o agendamento da consulta médica e o consequente início do tratamento. Esse fator espelha as dificuldades no processo de regionalização e descentralização do estado.^{27,28}

No que se refere a informações e realização do exame preventivo para câncer de colo de útero, foram relatadas nos três municípios por cerca de 90% das mulheres. Esse resultado reforça que os profissionais de saúde da APS podem ser um importante instrumento para fortalecer as medidas preventivas para o câncer de colo de útero, em especial no estado do Amazonas, que apresenta a maior incidência da doença no país.²⁹

Mesmo com esse resultado positivo para prevenção do câncer de colo de útero, estudos descrevem baixa cobertura do exame preventivo na região Norte do país e no estado do Amazonas, com parâmetros de 75% de cobertura, abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde. Segundo Navarro et al. (2015),³⁰ dentre os principais motivos para não realização do exame, as mulheres relatam medo ou vergonha, não acharem necessário e dificuldade na marcação da consulta. As que realizavam o exame afirmaram em sua grande maioria ser rotina periódica, o que confirma a importância das

orientações e da disponibilidade de acesso através da APS ao sistema de saúde.³¹

Estudos sobre a alta mortalidade materna demonstram que esse indicador pode estar associado à baixa cobertura pré-natal, à qualidade desse acompanhamento e ao número de consultas pré-natais serem abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde. No nosso estudo, ao analisar as questões sobre os cuidados pré-natais, mais de 90% das mulheres responderam que tinham acesso a esse atendimento nos serviços de APS, um resultado positivo, pois o estado do Amazonas apresenta indicadores elevados de mortalidade materna que podem ser minorados através de um acompanhamento pré-natal qualificado.^{11,32}

Apesar disso, a qualificação do acompanhamento pré-natal é uma das dificuldades do estado do Amazonas na Atenção Primária à Saúde da mulher, como demonstrado no estudo de Guimaraes et al. (2018)³³ que, ao avaliar o acesso e a qualidade do cuidado pré-natal na Estratégia Saúde da Família na região Norte, comprovaram que a qualidade no acompanhamento pré-natal no estado do Amazonas é inadequada, e é um dos estados com o pior desempenho no país, ao lado do Pará.

Por fim, ressalta-se que os relatórios desta pesquisa foram apresentados e discutidos com os gestores de saúde dos três municípios e que foi instituído, com o apoio da universidade, um programa de agentes promotores de saúde com representantes da comunidade nos três municípios. Esses agentes participaram de oficinas de educação em saúde construídas dentro dos indicadores de saúde dos municípios e das necessidades que emergiram das experiências do Programa Saúde e Cidadania. O objetivo do programa de agentes promotores de saúde era a capacitação dos comunitários como multiplicadores de informações sobre os temas de saúde em um programa semanal de rádio (principal meio de comunicação nessas cidades), que teve dentre suas pautas abordagens sobre a saúde da mulher. A literatura comprova que essas estratégias de promoção de saúde favorecem a qualificação da APS nos municípios e, principalmente, impulsiona o controle social e o empoderamento da população sobre a saúde.^{34,35}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apresentam as características típicas dos municípios

ribeirinhos amazônicos, que é a carência de serviços disponíveis apesar da alta cobertura da atenção primária. Isso reflete as dificuldades impostas pelo baixo investimento em infraestrutura e em recursos humanos. A perspectiva da mulher amazônica sobre a atenção primária à saúde, em relação aos atributos longitudinalidade e integralidade pode ser uma ferramenta avaliativa para a construção de processos de cuidado mais qualificados e efetivos. Por fim, este estudo reforça a necessidade de um olhar diferenciado dos gestores para a organização da Atenção Primária à Saúde da mulher amazônica, e a oportunidade de execução de propostas em parceria com a universidade que colaborem para melhorias nos quadros epidemiológicos de doenças preveníveis na APS.

Financiamento

Este trabalho teve financiamento da Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal do Amazonas (UFAM, Edital nº 04/2011 – MEC/SESu) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), pelo Programa de Apoio à Iniciação Científica do Amazonas da Universidade Federal do Amazonas (PAIC/UFAM, Edital PAIC/2013).

REFERÊNCIAS

1. Cidades IBGE. Dados do estado do Amazonas-Censo 2010. Disponível em:
2. < www.ibge.gov.br >. Acesso em: 20 mai 2018.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde; 2004.
4. Oliveira HM, Gonçalves MJ, Pires RO. Caracterização da Estratégia Saúde da Família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. Cadernos de Saúde Pública. 2011 Jan;27(1):35-45.
5. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Revista Panamericana de Salud Pública. 2012; 31:260-8.
6. Monteiro RA. Representações sociais de ribeirinhos sobre o acesso aos serviços de saúde, Comunidade Rural Vila de Urucurituba, Autazes-Amazonas. [dissertação]. Amazonas. Pós-graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013. 76p.

7. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:1029-42
8. Quevedo AL, Rossoni E, Pilotto LM, Pedroso MR, Pacheco PM. Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma Unidade Saúde da Família. *Revista de APS: Atenção Primária à Saúde*. Juiz de Fora. Vol. 19, n. 1 (jan./mar. 2016), p. 47-57. 2016.
9. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MM, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. 2010.
10. Oliveira MM. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada. [dissertação]. Porto Alegre. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2007.118p.
11. Pestana MH, Gageiro JN. (2008). Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS, 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 527-528.
12. Costa MJ, Silva S, Lima A, Costa L. Relatório da coordenação estadual Amazonas. 2015.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família. Brasília. 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: 30 maio. 2018.
14. Scherer E. Mosaico terra-água: a vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia, Brasil. Resumos. In: VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra. 2004 (p. 16-18).
15. Garnelo L, Vieira JR, Souza ML, Rocha E, Gonçalves MJ. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadores. Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes Editora. 2014:60-87.
16. Medeiros MS, Augusto LG, Barca S, Sacramento DS, Neta IS, Gonçalves IC, Costa AM. A saúde no contexto de uma reserva de desenvolvimento sustentável: o caso de Mamirauá, na Amazônia Brasileira. *Saúde e Sociedade*. 2018; 27:128-48.
17. Nicola T, Pelegrini AH. Avaliação em saúde nos serviços de Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Journal of Nursing and Health*. 2018 May 14;8(1).
18. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 May;21(5):1399-408.
19. Campos CE, Brandão AL, de Paiva MB. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família pela perspectiva dos usuários. *Revista de APS*. 2014 Nov 3;17(1).
20. Prates ML, Machado JC, da Silva LS, Avelar PS, Prates LL, de Mendonça ET, da Costa GD, Cotta RM. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o

instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 Jan 1;22(6):1881-93.

21. Landsberg GD, de Souza Neto AI, de Souza RA. Avaliando os atributos da Atenção Primária: uma revisão. *Revista Avaliação de Políticas Públicas-AVAL*. 2015 Aug 23;2(6).
22. de Paula CC, da Silva CB, Nazário EG, Ferreira T, Schimith MD, de Mello Padoin SM. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2015;17(4).
23. Pierantoni CR, Vianna CM, França T, Magnago C, Rodrigues MP. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde em Debate*. 2015;39:637-47.
24. da Cunha EM; Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciê Saude Colet*. 2011 Mar;16(sSupl. 1).
25. de Amorim Gomes AM, Caprara A, Oliveira Paes Landim L, Gomes Ferreira Vasconcelos M. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*. 2012;22(3).
26. Ministério da Saúde. (Brasil). Plano Interinstitucional das DST e Aids no Estado do Amazonas. 2003. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 01 jun. 2018.
27. Humar RC. Análise da política para o HIV/AIDS no estado do Amazonas e as relações federativas no âmbito do SUS. [dissertação]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2017. 78f.
28. Garnelo L, Sousa AB, Silva CD. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22:1225-34.
29. Facina T. Estimativa 2014 – Incidência de câncer no Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2014;60(1):63-4.
30. Navarro C, da Fonseca AJ, Sibajev A, de Andrade Souza CI, Araújo DS, de Freitas Teles DA, de Carvalho SG, Cavalcante KW, Rabelo WL. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. *Revista de Saúde Pública*. 2015;49:1-8.
31. de Araújo Nobre JCA, Neto DL (2009). Avaliação de indicadores de rastreamento do câncer do colo do útero no Amazonas, Norte do Brasil, de 2001 a 2005. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(3), 213-220.
32. Ministério da Saúde (Brasil). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 160p.
33. Guimarães WS, Parente RC, Guimarães TL, Garnelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018 May 10;34.
34. Preslei AK, Lima TM, Martins RG, Souza CD, Moysés RP, de Souza Lima RT. Tecnologia social e prática educativa sobre osteoporose para um grupo de agentes promotores de saúde segundo a abordagem dialógica [social and educational

technology practice on osteoporosis to health promoters dialogic]. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*. 2012 Oct 22;3(4):25.

35. Leite Gomes da Silva KV, Araújo Gonçalves GA, Bezerra dos Santos S, de Fatima Antero Sousa Machado M, Brasil de Almeida Rebouças C, Martins da Silva V, Barbosa Ximenes L. Formação de adolescentes multiplicadores na perspectiva das competências da promoção da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018 Jan 1;71(1).
36. Heidemann IT, Wosny AD, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19:3553-9

Submissão: junho de 2018.

Aprovação: outubro de 2018.