

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORDESTE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FRANCISCO GLÉRISTON VIEIRA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS USUÁRIAS SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE  
DA MULHER NO RIO GRANDE DO NORTE**

Natal  
2014

FRANCISCO GLÉRISTON VIEIRA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS USUÁRIAS SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE  
DA MULHER NO RIO GRANDE DO NORTE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Medeiros Rocha.

Natal  
2014

Catálogo da Publicação na Fonte  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Vieira, Francisco Gleriston.

Avaliação da satisfação das usuárias sobre a atenção à saúde da mulher no Rio Grande do Norte / Francisco Gleriston Vieira. - Natal, 2014.

78f: il.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Medeiros Rocha.

Dissertação (Mestrado) - Mestrado Profissional em Saúde da Família. Pró-Reitoria de Pós-Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/RENASF.

1. Saúde da mulher - Dissertação. 2. Atenção primária à saúde - RN - Dissertação. 3. Satisfação dos usuários - Dissertação. I. Rocha, Paulo de Medeiros. II. Título.

RN/UF/BSA01

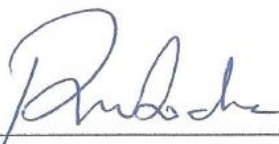
CDU 613.99

FRANCISCO GLÉRISTON VIEIRA

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS USUÁRIAS SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE  
DA MULHER NO RIO GRANDE DO NORTE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

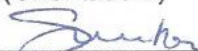
BANCA EXAMINADORA



---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Paulo Medeiros Rocha -UFRN

(Orientadora)



---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Severina Alice Da Costa Uchoa – UFRN

(Membro Interno)



---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Suzana Carneiro De Azevedo Fernandes - UERN

(Membro Externo à Instituição)

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Antônio de Medeiros Júnior – UFRN

(Membro Suplente)

Natal/RN, 27 de fevereiro de 2014.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ter iluminado os meus caminhos e encorajado nas dificuldades que ora enfrentei. E, de modo muito especial, a minha esposa Kalidiane Mayara e a minha filha Ráyra Gabrielle por terem direcionado a mim todo o amor, apoio e carinho.

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em especial a Deus, por tudo que me proporcionou no decorrer deste Mestrado, pois só consegui chegar até aqui por intermédio da sua luz e da fé que sempre permeou minha vida para enfrentar e ultrapassar todos os obstáculos que a vida nos colocou a frente.

Agradeço, de modo muito especial, à minha amada esposa Kalidiane Mayara, por todo amor, carinho, paciência e apoio, por ter sempre acreditado em mim, por estar presente em todos os momentos em que mais me senti frágil e pelas palavras de engrandecimento, em momentos da vida em que me senti pequeno diante de algumas dificuldades enfrentadas. Não posso deixar jamais de esquecer a minha pequena filha, Ráyra Gabrielle, que ao longo desses dois anos de Mestrado foi, por muitas vezes, minha companheira de estrada, em algumas vezes por motivo de doença, outras pelo fato de gostar muito de viajar para Natal e fazer companhia a seu pai. E o meu companheiro canino de todas as horas, Halley, que sempre ao ter a chance de andar pela casa vinha me acariciar e ser acariciado.

Aos meus pais, José Eudes e Maria Joaquina, e ao meu irmão, José Glebson, que sempre estiveram presentes, apoiando e encorajando para mais uma qualificação profissional.

Obrigado ao meu orientador Professor Dr. Paulo de Medeiros Rocha, por ter aceitado o desafio de trabalhar junto comigo na construção deste Estudo, por acreditar em mim, por sempre compreender as especificidades que ora vivencio no trabalho na gestão e na assistência, por todas as orientações claras e pertinentes e por todo o conhecimento que me repassou para concretização deste estudo.

Agradeço à Gestão do Município de José da Penha/RN em nome da Secretária Municipal de Saúde e Amiga de todas as horas, Maria Neuman de Azevedo, por ter, primeiramente, fornecido a carta de anuência para realização deste Mestrado e, posteriormente, motivado o meu crescimento intelectual e profissional.

Agradeço, em nome da Professora Dra. Geórgia Cibelle (Coordenadora do Curso), aos Docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família/UFRN todo o conhecimento que adquiri ao longo desta formação acadêmica. Além disso, agradecer a nossa ex-secretária e secretária atual do Mestrado, Edivânia Nogueira e Flávia Bezerra, respectivamente, pelo apoio e compreensão durante este momento de formação.

Com um carinho muito especial, agradeço aos membros da Banca de Qualificação do Projeto, Professores Dr. Antonio de Medeiros Júnior e Dra. Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes, pela disposição e contribuição para a construção da dissertação. Aos membros da

Banca de Defesa da Dissertação, professores supracitados e a Professora Dra. Alice Uchoa, que se dispuseram a estar presentes neste momento ímpar de qualificação profissional.

Agradeço às Doutorandas Profa. Marize Barros (UFRN), Larissa Grace e a Mestranda Renata Maroto pelas contribuições que direcionaram para o desenvolvimento deste trabalho dissertativo.

Por fim, a todos os meus amigos e colegas de trabalho na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, em nome de Marcelo Viana, Márcio Adriano, José Giovanni e Andrezza Karinne (minha companheira de viagem para Natal), por sempre me ouvirem nos momentos de angústias, por compreenderem os meus períodos de ausência em virtude dos estudos, e por me darem forças em todas as minhas decisões.

## RESUMO

Este trabalho discute a avaliação da satisfação das usuárias sobre a atenção à saúde da mulher em relação à qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Estado do Rio Grande do Norte (RN). O objetivo geral da pesquisa é avaliar a satisfação das usuárias acerca das ações empreendidas na área de Saúde da Mulher, no âmbito da Atenção Básica, no Estado do Rio Grande do Norte, a partir das informações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Tendo como objetivos específicos avaliar aspectos relacionados à Saúde da Mulher; avaliar as ações de acolhimento específicas às gestantes; e avaliar as informações sobre o pós-parto. Esta dissertação caracteriza-se enquanto pesquisa avaliativa realizada através de um estudo transversal e multicêntrico, com abordagem quantitativa, a qual faz parte da avaliação externa do PMAQ-AB no Estado do RN, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Foram utilizados dados secundários das entrevistas com usuárias presentes nas Unidades Básicas de Saúde durante a Avaliação Externa do PMAQ-AB no Estado do RN. A amostra se deu por conveniência a partir dos seguintes critérios: usuários que estavam presentes nas Unidades Básicas de Saúde para realizar qualquer tipo de procedimento, assim como terem frequentado o serviço há pelo menos 1 ano e se disponibilizarem a participar da pesquisa. Foram excluídos os que foram pela primeira vez na unidade de saúde e aqueles que não frequentaram a mais de 12 meses. Para a coleta de dados foi utilizado um quadro variáveis/indicadores contendo as seguintes dimensões de análises: Saúde da Mulher, Acolhimento Específico à Gestante e Informações sobre o Pós-parto. A análise descritiva dos dados foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas das variáveis, através do programa *Statistic Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 22.0.0. Os resultados desta pesquisa indicam um quadro positivo de satisfação das usuárias acerca da Atenção à Saúde da Mulher no Estado do Rio Grande do Norte perante as ações empreendidas pela APS. Outra análise importante é a integração da APS com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde na tentativa de reorientação do Modelo de Atenção à Saúde enquanto porta de entrada para a garantia do acesso e da qualidade dos serviços prestados aos usuários e como coordenadora deste conjunto de cuidado. Portanto, a avaliação da satisfação dos usuários nos serviços de saúde é fundamental entre todos os atores envolvidos no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a necessidade de se repensar as práticas profissionais, reorganizar os processos de trabalhos das equipes multiprofissionais de saúde, viabilizar recursos financeiros, insumos e materiais, planejar e sistematizar novas ações de atenção à saúde com o objetivo de garantir a atenção integral a saúde da população.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Satisfação dos Usuários; Saúde da Mulher.



## ABSTRACT

This work discusses the evaluation of the satisfaction of the users on the women health care focusing on the quality of the primary care in the State of Rio Grande do Norte-BR. The main objective of this research is evaluate the satisfaction of the users about the actions applied to women health in the primary health care in Rio Grande do Norte, observing the information available through the *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* (PMAQ-AB). The specific objectives are: the evaluation of aspects related to women health; the evaluation of the specific actions related to welcoming the pregnant and; the evaluation of the information related to the postpartum. This dissertation is characterized as an evaluative research made through a multicentric transversal study, using a quantitative approach, which is part of the External Evaluation of the PMAQ-AB in the State of Rio Grande do Norte, made by the Federal University of Rio Grande do Norte. Some secondary data of the interviews with the users who were in the Basic Health Units were used during the External Evaluation of the PMAQ-AB in Rio Grande do Norte. The sample was collected following these criteria: the users that were in the Basic Health Units to attend to any procedure; they must had used the services for at least one year; and they must had agreed to participate the research. The ones that were attending to the services for the first time and the ones that did not use the services for at least 12 months were excluded from the sample. To the data collection it was used a chart of variables/indicators with the following information to the analysis: Women Health Care, Specific Care of the Pregnant and Information about he postpartum. The descriptive analysis of the data were made through absolute and relative frequencies of the variables using the software Statistic Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, version 22.0.0. The results show a positive picture of the satisfaction of the users about the actions of the primary healthcare in women health in the State of the Rio Grande do Norte. Another important analysis is the integration of the primary health care with other points of the Healthcare System aiming to reorient the Model of Healthcare as a starter of the access and quality of the services given to the users. Therefore, the evaluation of the satisfaction of the users in health care is essential among all the agents involved in the process of consolidation of the Unified Health System – SUS. Also having the need of rethinking the professional practice, reorganizing the processes of work of the multiprofessional teams in health care, enabling financial resources, inputs and materials, planning and systematizing new actions of healthcare aiming to ensure a perfect health care to the people.

**Keywords:** Primary Health Care; Users Satisfaction; Women health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Atendimento a problema ginecológico sem consulta marcada, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.....	33
Gráfico 2 - Última realização do exame preventivo do câncer de colo do útero, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.....	35
Gráfico 3 - Problema ou urgência durante a gravidez, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	40
Gráfico 4 - Realização de consulta de revisão do parto (consulta de puerpério), segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.....	42

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Orientação sobre o cuidado na unidade de saúde, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	34
Tabela 2 - Motivo/Local de realização, em outra unidade de saúde, do exame preventivo do exame de câncer de colo do útero, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	36
Tabela 3 - Atenção ao cuidado de saúde das mamas pelo profissional durante a consulta na unidade de saúde, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	37
Tabela 4 - Tempo de espera para realização de procedimentos, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	38
Tabela 5 - Tempo de marcação de consulta de um problema ginecológico para o mesmo dia, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	39
Tabela 6 - Local de atendimento mediante a ocorrência de um problema/urgência durante a gravidez, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	40
Tabela 7 - Motivo de procurar outra unidade de saúde para o atendimento a urgência/problema durante a gravidez, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	41
Tabela 8 - Tempo de espera para atendimento a urgência/problema durante a gravidez na unidade de saúde, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	42
Tabela 9 - Local de realização da consulta de revisão do parto, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	43
Tabela 10 - Atividade da Equipe Multiprofissional mediante a consulta e visita puerperal, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	44
Tabela 11 - Tempo de espera para realização da consulta de revisão do parto, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	44
Tabela 12 - Orientações e intervenções para o cuidado no pós-parto, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c. ....	45

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	21
1.1 PRESSUPOSTOS DA AVALIAÇÃO NOS SISTEMAS DE SAÚDE .....	21
1.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROCESSO DE TRABALHO DA GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	23
1.3 O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) E A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS.....	26
2 METODOLOGIA.....	30
2.1 DESENHO DO ESTUDO .....	30
2.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	30
2.3 CONTEXTO DO ESTUDO .....	30
2.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	31
2.5 COLETAS DE DADOS .....	31
2.6 ANÁLISE DE DADOS .....	32
2.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR.....	32
3 RESULTADOS .....	33
3.1 OS SUJEITOS DA PESQUISA .....	33
3.2 SAÚDE DA MULHER .....	33
3.2.1 Avaliando o Acesso e às Orientações Sobre o Cuidado na Saúde da Mulher na Unidade de Saúde.....	33
3.2.2 Avaliando a Resolutividade das Ações na Saúde da Mulher na Unidade de Saúde .....	36
3.2.3 Avaliando o Tempo de Espera das Ações na Saúde da Mulher na Unidade de Saúde .....	38
3.3 ACOLHIMENTO ESPECÍFICO À GESTANTE .....	40
3.3.1 Avaliando o Acesso e a Resolutividade no Acolhimento à Gestante na Unidade de Saúde.....	40
3.3.2 Avaliando o Tempo de Espera no Acolhimento à Gestante na Unidade de Saúde .....	42
3.4 INFORMAÇÃO SOBRE O PÓS-PARTO.....	42
3.4.1 Avaliando o Acesso e Resolutividade das Ações no Pós-parto.....	42
3.4.2 Avaliando o Tempo de Espera das Ações no Pós-parto.....	44

3.4.3	Avaliando às Orientações Sobre o Cuidado no Pós-parto.....	45
4	DISCUSSÃO.....	46
4.1	OS SUJEITOS DA AVALIAÇÃO.....	46
4.2	SAÚDE DA MULHER.....	47
4.2.1	Avaliando o Acesso e às Orientações Sobre o Cuidado na Saúde da Mulher na Unidade de Saúde.....	47
4.2.2	Avaliando a Resolutividade das Ações na Saúde da Mulher na Unidade de Saúde.....	49
4.2.3	Avaliando o Tempo de Espera das Ações na Saúde da Mulher na Unidade de Saúde.....	51
4.3	ACOLHIMENTO ESPECÍFICO À GESTANTE.....	53
4.3.1	Avaliando o Acesso e a Resolutividade no Acolhimento à Gestante na Unidade de Saúde.....	53
4.3.2	Avaliando o Tempo de Espera no Acolhimento à Gestante na Unidade de Saúde.....	54
4.4	INFORMAÇÕES SOBRE O PÓS-PARTO.....	55
4.4.1	Avaliando o Acesso e Resolutividade das Ações no Pós-parto.....	55
4.4.2	Avaliando o Tempo de Espera das Ações no Pós-parto.....	57
4.4.3	Avaliando as Orientações Sobre o Cuidado no Pós-parto.....	58
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
	REFERÊNCIAS.....	64
	APÊNDICE.....	71
	APÊNDICE A – Quadro: Objeto, Dimensões de Análises, Indicadores/Variáveis e Frequências.....	72

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Cuidados de Saúde Primários (CSP) advém do entendimento de uma modalidade específica de atenção a partir de recursos técnicos e estratégicos de reorientação para os sistemas de saúde. Nesse contexto, têm-se mostrado como um campo fértil no desenvolvimento e incorporação de novas formas e estratégias para reorganizar os serviços de atenção à saúde, vencendo barreiras sociais e econômicas que historicamente impediam o acesso da população aos serviços de saúde.

Para a Organização Mundial de Saúde (2008), os CPS são conceituados como uma resposta às necessidades sociais e de saúde da população e que devem caminhar em direção a uma assistência universal, integral e equânime. Assim, os sistemas de saúde podem responder aos desafios de um momento em constante mudança e crescentes expectativas de melhor desempenho das ações e serviços de saúde prestados.

Nesse sentido, a APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individual e coletiva desenvolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, garantindo o seu desenvolvimento de forma integral de forma que impacte no nível de saúde, na autonomia das pessoas e nos seus determinantes sociais do processo saúde doença (BRASIL, 2011a).

No Brasil a APS tem o seu desenvolvimento delineado a partir da descentralização e capilaridade de suas ações desenvolvidas mais próximas da vida das pessoas. Como contato preferencial dos usuários, principal porta de entrada e de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, torna-se fundamental para a busca efetiva de atenção integral. Está alicerçada em princípios que reforçam uma maior autonomia dos sujeitos, através da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

É importante ressaltar que as perspectivas de mudanças do Modelo de Atenção à Saúde no Brasil surgem como uma necessidade de reforma no sistema de saúde nacional a partir dos ideários proclamados no Movimento de Reforma Sanitária. Este Movimento fundamentou-se na redemocratização do cenário político brasileiro, no qual apontou obstáculos que deveriam ser ultrapassados para consolidar, assim, uma nova proposta de um sistema único de saúde para o país, conseqüentemente, reorganizando um novo Modelo de Atenção à Saúde (PAIM, 1999).

Dessa forma, a APS fora desenvolvida a partir da noção de uma nova estratégia de Modelo de Atenção à Saúde, visando uma garantia de melhor acesso e resolutividade junto às demandas/necessidades de saúde da população brasileira.

O Ministério da Saúde, em 1994, cria o Programa de Saúde da Família (PSF) com o propósito de reorientar a organização da APS no país, no sentido de garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e equidade, priorizando grupos populacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos primeiros anos, recebeu a denominação de Programa e, posteriormente, em sua fase de consolidação, veio a ser chamada de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF tem tido a responsabilidade de buscar meios e instrumentos de gestão do cuidado no planejamento e avaliação com o objetivo de nortear os processos de trabalho das equipes de APS em seus territórios, na perspectiva de fortalecer cada vez mais os princípios discutidos e pactuados nos movimentos sociais de saúde brasileira. Para Gervas (2013, p. 223), “Atenção Primária forte é aquela com instrumentos que permitem medir a qualidade que oferece para melhorá-la continuamente”.

Nesse sentido, a avaliação como componente da gestão do cuidado em saúde tem um reconhecimento que se traduz, atualmente, na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua própria implementação. Para Hartz (2002), institucionalizar a avaliação é fazer com que ela possa servir como um elemento para a gestão das intervenções programáticas. Ao se investir em processos de monitoramento e avaliação, busca-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde e melhorar o desempenho dos serviços, consolidando uma maior qualidade e satisfação dos usuários com os serviços prestados na rede pública de saúde.

Nessa direção, Rocha et al. afirmam que

A política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica aponta para a necessidade de adoção de processos sustentáveis de mudanças, bem como de ferramentas permanentes e sensíveis, capazes de captá-las, identificando os avanços e as dificuldades nas diversas dimensões que compõem os sistemas municipais de saúde (ROCHA et al., 2006, p. 135).

Contandriopoulos (2006) reflete que, atualmente, existe uma forte necessidade da concepção e implantação de uma verdadeira cultura de avaliação nos sistemas de saúde, haja visto a dificuldade de superar a crescente tensão entre as expectativas de atendimentos da população em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e especialidades e, a necessidade de controlar os gastos públicos com saúde.

A avaliação deve ser pensada na necessidade para tomada de decisões com base em evidências cientificamente comprovadas, sendo incorporada à rotina das organizações de saúde, acompanhando os processos de planejamentos e gestão das políticas e programas de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Neste contexto, alguns esforços vêm sendo desenvolvidos no sentido de expansão da avaliação de práticas, programas e sistemas de saúde, considerando outras dimensões tais como: eficácia, efetividade, impacto, eficiência, qualidade, satisfação/percepção dos usuários, acessibilidade, cobertura, etc. (PAIM; SILVA, 2006).

Samico et al. (2010) dizem que a necessidade de informação sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida, sendo a avaliação uma alternativa necessária para a melhoria da qualidade das políticas e programas de saúde.

Dentro deste crescente espaço de planejamento, avaliação, monitoramento e implementação das ações executadas pelas EAB, temos os usuários como detentores de necessidades nas quais direcionam o foco das práticas de gestão e do cuidado.

Os estudos de satisfação dos usuários no âmbito da saúde se sobressaem na literatura na década de 1970 com destaque para os Estados Unidos e Inglaterra inseridos no paradigma de consumismo e da cultura da qualidade e tinham como objetivo conseguir melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento. No Brasil, estes estudos passam a ser mais difundidos na década de 1990, a partir da discussão do conceito de *accountability* (prestação de contas), juntamente com o fortalecimento da participação da comunidade nas decisões nos processos de avaliação e planejamento (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Assim, nos últimos anos, a satisfação dos usuários tem sido considerada como um instrumento de avaliação da qualidade do cuidado, bem como dos serviços oferecidos com objetivos de melhorá-los. Além disso, ela é fundamental para as práticas da ESF, pois os usuários estão inseridos nas comunidades e são detentores das nuances sociais dos seus territórios.

Partindo desta premissa, Donabedian (1966) sugere que o estudo da satisfação do usuário é o mais importante objetivo no estudo do cuidado médico, onde aproxima a qualidade do cuidado à saúde.

Nessa direção, Uchoa et al. dizem que



Os usuários avaliam a qualidade em relação à resolubilidade dos serviços, o que possibilita julgar aspectos descritos como eficácia, efetividade, eficiência, conformidade, equidade, adequação e legitimidade (UCHOA et al., 2011, p. 1064 apud DONABEDIAN, 1984).

Da mesma forma o Relatório Mundial da Saúde – 2008, *Agora Mais Que Nunca*, acredita que as “expectativas dos cidadãos sobre saúde e cuidados de saúde e a garantia que a sua voz e escolha influenciem decisivamente a forma como os serviços são designados e como operam” (OMS, 2008, p. 14).

A avaliação em saúde emerge no Brasil de forma sistemática no fim dos anos 90 e ganha relevância a partir do ano 2000, a partir do debate internacional em torno da metodologia de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, proposto pela Organização Mundial da Saúde. A partir de iniciativas recentes, o Ministério da Saúde busca, através da sistematização de processos avaliativos, compreender a institucionalização da avaliação como uma política alicerçante no âmbito do SUS, estruturada em torno de um conjunto de iniciativas voltadas para o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, gestão e pesquisas (BODSTEIN et al., 2006).

Materializando-se esta proposta de avaliação, tem-se a mais recente iniciativa político-institucional de avaliação dos serviços de saúde através do PMAQ-AB, instituído pela Portaria GM/MS Nº 1.654, de 19 de julho de 2011, no qual objetiva-se a indução da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da APS, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, proporcionando uma transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS em Saúde (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, o Programa é composto por quatro fases distintas que são: a fase da Adesão e Contratualização; do Desenvolvimento das Ações das EAB; Avaliação Externa; e a última fase a de Recontratualização. Compondo um ciclo periódico de execução das mesmas, tornando, ao mesmo tempo, um processo de busca e consolidação de melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados pela APS (BRASIL, 2011c).

Incorporando este Programa, a Portaria GM/MS Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo diretrizes e normas para o desenvolvimento dos processos de trabalhos das equipes da ESF e dos Agentes Comunitários de Saúde. Reflete o ideário de melhoria nas condições de acesso e na qualidade dos serviços prestados pelas equipes no espaço da APS. Cabe aos profissionais das equipes de saúde na APS realizar o planejamento local de saúde, assim como o monitoramento e a avaliação das ações na própria equipe, unidade e município, visando à readequação do

processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (BRASIL, 2011a).

Contudo, o forte mecanismo indutor deste Programa reside dos repasses dos recursos financeiros para as EAB, pois os mesmos estão atrelados ao desempenho obtido pelas equipes mediante a avaliação externa. Este formato de repasse pela avaliação do desempenho se configura como um componente fundamental da PNAB, que institui mudanças significativas no financiamento do Sistema de Saúde no Brasil (PINTO; KOERNER; FLORÊNCIO, 2012).

Ante ao exposto, Pinto, Koerner e Florêncio relatam que

O desenho do novo financiamento da PNAB, implantado em 2011, guarda coerência e é aderente ao que pretende ser implantado com o COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública) e seus instrumentos. Destacamos que o PMAQ responde justamente pelo componente do novo financiamento da AB que leva em conta a contratualização de compromissos, o monitoramento de indicadores e o alcance de resultados (PINTO; KOERNER; FLORÊNCIO, 2012, p. 04).

O Programa possui uma lógica fortemente vinculada ao aperfeiçoamento dos processos de gestão e do cuidado, demarcando um conjunto de elementos que devem ser tratados como prioritários, tanto por parte de gestores, quanto por parte dos profissionais de saúde. Além disso, promove a incorporação de mecanismos de gestão que garantam o esforço permanente de interpretação crítica sobre os resultados (PINTO; KOERNER; FLORÊNCIO, 2012).

Em consonância a isto o Decreto Nº 7.508/2011, que trata sobre a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/1990, expõe a necessidade de avaliar constantemente o desempenho da prestação das ações e dos serviços de saúde. Responsabilidades sanitárias são assumidas através dos gestores e das EAB, buscando-se o envolvimento e pactuação de indicadores e metas de saúde, como instrumentos norteadores de estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011c).

O PMAQ-AB, por sua vez, possui um caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da APS quanto pelos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade de seus atores envolvidos (BRASIL, 2011c). Nesse contexto, no Estado do Rio Grande do Norte, a adesão ao PMAQ-AB ocorreu no segundo semestre de 2011, onde 114 municípios fizeram a sua adesão ao Programa, correspondendo a um percentual de aproximadamente 68,26% de municípios aderidos, enquanto que 412 EAB aderiram ao Programa, o que equivale a 43,87% de adesão das EAB no estado (BRASIL, 2013c).

Cabe ressaltar que uma das dimensões de análise de avaliação do PMAQ-AB corresponde à satisfação dos usuários que, segundo Uchoa et al. (2011 apud FAVARO; FERRIS, 1991), compreende avaliar a satisfação dos usuários na medida em que sua participação implica num julgamento sobre as características dos serviços e, conseqüentemente, sobre sua qualidade, fornecendo informações essenciais para fomentar ações em prol de uma melhor qualidade da atenção.

No que concerne a Saúde da Mulher, a humanização e a qualidade da atenção em saúde, são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução das necessidades e condicionantes identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2004a).

Para Matamala (1995), a história das mulheres em busca dos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Conseqüentemente, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento e respeito aos seus direitos humanos. Dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar, tem implicações na superação do enfoque biomédico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde ampliado e de práticas que partam das necessidades sociais e de saúde das mulheres.

Estudos mostram que no ano de 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que representou 13% de todas as mortes. Nos Estados Unidos, no período de 2001 a 2005, essa taxa de mortalidade foi de 25.0/100 mil mulheres. Já na Europa, o país com maior incidência foi à Holanda, com uma taxa ajustada, por idade, de 90,2/100 mil. Taxas elevadas também são encontradas na Austrália, na Nova Zelândia e no sul da América do Sul, especialmente no Uruguai e na Argentina. As populações da África e da Ásia, em sua maioria, apresentam baixos valores de incidência (PEREIRA et al., 2011).

Dados epidemiológicos demonstram que, no Brasil, os índices de mortalidade materna e infantil encontram-se em um patamar bastante elevado, mostrando que os programas nacionais existentes não conseguiram de fato reorganizar os serviços, promovendo a qualificação da atenção obstétrica e ao recém-nascido e o planejamento familiar, bem como não comprometeram efetivamente a sociedade (BRASIL, 2004b). Entretanto as variáveis de morbimortalidade encontradas nas mulheres revelam um processo saúde-doença com peculiaridades e especificidades, nas quais estão entrelaçadas o desenvolvimento regional, além de distintas situações sociais.

O câncer foi responsável por mais de 20% dos óbitos de mulheres ocorridos no Brasil nos últimos 05 anos, sendo as regiões Sul e Sudeste com maior incidência de tal agravo. Entretanto, o estado do Rio Grande do Norte, neste mesmo período, apareceu na 11ª posição do total de óbitos por câncer em mulheres no Brasil (BRASIL, 2010).

Além disso, segundo dados do Brasil (2013a), houve um aumento no ano de 2011, no estado do Rio Grande do Norte, de óbitos em mulheres em idade fértil e morte materna totalizando o número de 999 óbitos acontecidos. Fato este refletido através da Avaliação do Pacto dos Indicadores do COAP no tocante à proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados onde resulta, no ano de 2012, em um quantitativo de 1.344 óbitos de mulheres em idade fértil e morte materna (BRASIL, 2013a).

Essa realidade norteou a promoção de melhorias das condições de vida e saúde das mulheres, por meio de ações e estratégias que garantissem acesso, autonomia, resolutividade e direito à cidadania. Políticas e programas na área de Saúde da Mulher, no âmbito do Ministério da Saúde, foram desenvolvidos, destacando-se a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, em 1983, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, no ano 2000, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004, e, mais recentemente, a Rede Cegonha em 2011.

A institucionalização da Rede Cegonha parte de alguns pressupostos: elevadas taxas de morbimortalidade materna e infantil, sobretudo a neonatal, bem como uma rede de atenção fragmentada e pouco resolutiva, além do modelo inadequado de atenção (não respeitando as evidências científicas, os princípios de humanização do cuidado e os direitos da mulher e da criança) (BRASIL, 2012). Assim, caberá à Saúde da Mulher, o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Como consequência, a Rede Cegonha busca fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e infantil com foco na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, ao crescimento e desenvolvimento da criança, organizando a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade (BRASIL, 2011e).

Nesse sentido, este Estudo tem como objetivo geral avaliar a satisfação das usuárias acerca das ações empreendidas na área de Saúde da Mulher no âmbito APS, no estado do Rio Grande do Norte, a partir das informações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). E como objetivos específicos, busca-se avaliar aspectos relacionados à Saúde da Mulher, as ações de acolhimento específicas às gestantes e as informações sobre o pós-parto.

Como profissional de saúde inserido na Gestão do Cuidado na APS/RN, surgiu o interesse de discutir a avaliação da satisfação das usuárias acerca das ações empreendidas na área de Saúde da Mulher no estado do Rio Grande do Norte. Além disso, estão os interesses por uma abordagem de atenção integral à Saúde da Mulher, pois se observam dificuldades na atenção à saúde derivadas de abordagens biomédicas reducionistas, que não contextualizam a mulher no campo das relações de gênero, bem como no domínio quase que exclusivo da heteronormatividade, além das questões estruturais que limitam o acesso à saúde, comprometendo a quantidade e a qualidade da prestação dos serviços de saúde.

O presente estudo traz como elemento norteador a seguinte questão de pesquisa: qual a satisfação das usuárias sobre a atenção à saúde da mulher no Rio Grande do Norte?

Assim, se constitui num recorte da pesquisa avaliativa multicêntrica do PMAQ-AB, a partir da Avaliação Externa, realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte nos Estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí. Portanto, abordará apenas o Módulo III (Usuários) da Avaliação Externa do PMAQ-AB, no que concerne a avaliação da satisfação dos usuários na área de Saúde da Mulher. Outras questões também foram objeto dessa avaliação: acesso das usuárias aos serviços de saúde; atenção ao cuidado; resolutividade das ações; e tempo de espera (BRASIL, 2012).

Diante disso, o presente trabalho está justificado por sua relevância epidemiológica no contexto da avaliação da satisfação das usuárias acerca da atenção à saúde da mulher nos serviços de saúde da APS do estado do Rio Grande do Norte. Além disso, tenta contribuir com a implantação do PMAQ-AB, buscando a identificação dos componentes de acesso, qualidade e resolutividade das ações empreendidas diariamente na rede pública de saúde.

É evidente que não há a intenção de esgotar toda a discussão. A pretensão é possibilitar um permanente espaço de debate para que o compromisso com a APS se consolide, de fato, na agenda de ações e estratégias dos atores envolvidos na produção dos serviços de saúde, tendo sempre em vista o fortalecimento do SUS e de seus princípios basilares.

Nesse sentido, esperamos que este estudo venha contribuir e influenciar as práticas no âmbito do fortalecimento da integralidade da atenção à saúde, lançando mão de estratégias para aproximar os serviços de saúde às necessidades dos cidadãos, de forma a ampliar os espaços democráticos, a participação social e a gestão local.

Portanto, propõe-se fornecer subsídios e informações necessárias para o desenvolvimento dos processos de trabalho das EAB, com conseqüente melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados à população no estado do Rio Grande do Norte.

# 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

## 1.1 PRESSUPOSTOS DA AVALIAÇÃO NOS SISTEMAS DE SAÚDE

A avaliação enquanto prática sistemática de diversos setores não surge de um momento para o outro, mas sim de um resultado do desenvolvimento de um processo de construção e reconstrução que envolve e interage inúmeras influências (SAMICO et al., 2010).

No campo das políticas, programas e serviços de saúde, a avaliação vem em crescente expansão, pois aponta para mudanças nos procedimentos legais do SUS, a exemplo da descentralização das responsabilidades, ações e recursos, bem como a grande diversidade dos perfis epidemiológicos do País com distintos problemas e necessidades requerendo novas abordagens e incorporando novas tecnologias assistenciais (SAMICO et al., 2010).

Contandriopoulos e Champagne et al. afirmam que

A avaliação apresenta objetivos de naturezas variadas e dicotômicas entre si, podendo ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceito por todos os atores envolvidos ou somente por alguns (CONTANDRIOPOULOS e CHAMPAGNE et al., 2008, p. 3).

Nesse sentido, a avaliação propõe-se utilizar de um processo no qual incentiva para a transformação de uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar coletivo. Além disso, ajuda no planejamento e elaboração de intervenções, fornecendo subsídios para o seu melhoramento (SAMICO et al., 2010).

Em se tratando da avaliação das intervenções, alguns autores propõem dois tipos de avaliação: a Avaliação Normativa e a Pesquisa Avaliativa. A Avaliação Normativa por sua vez “consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e a sua organização, bem como, os serviços ou bens produzidos e os resultados obtidos com critérios e normas existentes” (SAMICO et al., 2010, p. 10).

Já a Pesquisa Avaliativa é definida como uma pesquisa social aplicada que se apoia em um julgamento de intervenções utilizando métodos científicos substanciados ao processo de avaliação, pesquisa e tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2000; SAMICO et al., 2010).

Este tipo de avaliação em sua abordagem metodológica parte da avaliação da efetividade da intervenção, seguindo pelo enfoque qualitativo que subsidia a sistematização

da experiência e pelo enfoque quantitativo que é o registro e levantamento em busca do significado e importância das mudanças, finalizando com a evidência que propõe a associação, contribuição e atribuição das normas vigentes (SAMICO et al., 2010).

Para Hartz e Vieira-da-Silva (2005), o caráter formativo da avaliação é utilizado na implementação de um programa, apoiando-o no seu desenvolvimento, subsidiando-o através de informações para o enfrentamento das iniquidades durante o seu desenvolvimento.

A avaliação é definida por Minayo, Assis e Souza (2005) como sendo uma técnica e estratégia investigativa pautada em um processo sistemático de fazer questionamentos sobre determinado assunto ou programa. Um exemplo desta técnica de avaliação é a Triangulação de Métodos, a qual centra sua abordagem na avaliação de programas sociais.

Face ao exposto, a Avaliação por Triangulação de Métodos integraliza a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, bem como da compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores dos mais diferentes grupos constroem sobre todo o projeto e programa. Assim, nessa proposta de avaliação, os atores envolvidos nos projetos e programas são reconhecidos como sujeitos da avaliação e não apenas como objeto de análise (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Contudo, a Avaliação por Triangulação de Métodos, segundo Minayo, Assis e Souza é viabilizada através de passos para o seu desdobramento que são:

A formulação do objeto ou da pergunta referencial que vai guiar todo processo e planejamento geral da avaliação; elaboração dos indicadores; a escolha da bibliografia de referência e das fontes de informação; construção dos instrumentos para a coleta primária e secundária da informação; organização e a realização do trabalho de campo; análise das informações coletadas; elaboração do informe final; entrega, devolução e discussão com todos os atores interessados na avaliação, visando à implementação de mudanças (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 36-37).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, ao instituir o PMAQ-AB, conjuga a presença de um avaliador externo, incluindo enfoques qualitativos e quantitativos, assim como a análise do contexto, da história, das relações, das representações e da participação social no que concerne a avaliação do acesso e da qualidade dos serviços prestados aos usuários/família. Percebendo, assim, que a Avaliação por Triangulação de Métodos é base científica que norteia o desenvolvimento e análises desta Pesquisa Avaliativa Multicêntrica.

Assim, entender avaliação das práticas nos sistemas de saúde, é compreender as responsabilizações necessárias da gestão, dos profissionais de saúde e dos usuários no sentido



de fortalecer programas e políticas de saúde, consolidando as relações de vínculo, bem como suas responsabilidades na gestão do cuidado à saúde individual e coletiva.

## 1.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROCESSO DE TRABALHO DA GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

No âmbito da APS, os processos de trabalhos são orientados para o desenvolvimento das práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (GIL, 2006).

Ainda para Gil (2006), a APS utiliza-se de tecnologias de cuidado complexas e variadas nas quais devem auxiliar e orientar o manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida.

Assim, com o processo de consolidação e expansão do SUS no Brasil, as responsabilidades sanitárias municipais vêm se intensificando, haja visto um maior fortalecimento e discussões no campo da descentralização e reorganização dos serviços de saúde. Nesse sentido a ESF ganha forças, criando possibilidades com maior visibilidade às novas formas de se produzir saúde, particularmente na APS, reorganizando-a e tornando uma estratégia substitutiva do modelo hegemônico de atenção ao cuidado (ROCHA et al., 2008).

Entender os processos de trabalho das equipes da ESF é compreender a necessidade de mudança de um modelo assistencial hegemônico para uma nova concepção ampliada do modelo assistencial pautada na condução da gestão e do cuidado a saúde individual e coletiva. Desta forma, os processos de trabalho da ESF devem ser norteados a partir da concepção ampliada de saúde frente às práticas dos modelos assistenciais.

Paim define modelos assistenciais como

Combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais, etc.) (PAIM, 2003, p. 567-568).

Assim, os modelos assistenciais têm sido definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde da população com o intuito de responder aos problemas de saúde de indivíduos e populações (PAIM, 1999).

Desta forma, a conceituação de processo saúde-doença é subsídio fundamental para permitir o reconhecimento do que são problemas e necessidades de saúde aos quais os profissionais e serviços devem responder, norteando suas práticas e construindo saberes necessários para garantia de maior resolutividade da atenção. Cabe ressaltar que a forma como os serviços organizam as relações e o processo de trabalho é determinada por essa conceituação de processo saúde-doença (PAIM, 2003).

Neste cenário a ESF assume competências necessárias para desenvolver suas práticas e saberes necessários para a abordagem da atenção integral à saúde individual e coletiva, baseada nas diretrizes do trabalho em equipe, da equipe multiprofissional em saúde, na adscrição de clientela e território, na intersetorialidade, na visita domiciliar, nas atividades de grupos, dentre outros.

Corroborando com este dispositivo, Araújo e Rocha relatam

Para que a Estratégia de Saúde da Família desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 456).

Nesse sentido, a ESF alicerçada nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira, apropria-se enquanto campo da reorganização da APS para o fortalecimento dos princípios basilares da universalidade, integralidade e equidade do SUS em prol da gestão do cuidado, do planejamento e da avaliação com o objetivo de nortear os processos de trabalho das EAB em seus territórios adscritos.

Face ao exposto é pertinente destacar os avanços da ESF desde o seu processo de implantação até os dias atuais, pois, conforme informações do Ministério da Saúde no ano de 2010, dados demonstram uma redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil no País (BRASIL 2010).

Para Anversa et al. (2012), a expansão da ESF e a implementação da Política de Humanização do Parto e Nascimento estão entre as estratégias direcionadas e empregadas

para a redução da mortalidade materna no Brasil, de modo a atingir as necessidades enfrentadas no âmbito da saúde individual e coletiva.

A melhoria da saúde materna e o impedimento de mortes evitáveis é um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, nos quais se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tais objetivos. Entretanto, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem-estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos constituídos (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

No Brasil a atenção à mulher permanece como um forte desafio para a assistência à saúde, tanto no que se refere ao campo da qualidade da prestação do serviço quanto aos princípios da gestão do cuidado, ainda que centrados em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

A operacionalização da ideia de integralidade na atenção à saúde da mulher é um grande desafio, uma vez que exige dos gestores e profissionais de saúde uma postura que extrapole suas competências técnicas para responder isoladamente a cada um dos problemas femininos de saúde. Esta atitude requer que os profissionais se relacionem com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos, sendo compreendidas suas demandas reprodutivas e relativas à sexualidade (OSIS, 1998).

Deste modo, parte a necessidade de compreender a especificidade da condição feminina como determinante do processo saúde-doença, sendo pertinente aos profissionais de saúde formação e capacitação para incorporarem essa visão no intuito do estabelecimento novas práticas para a gestão do cuidado, sendo prerrogativa fundamental, para o planejamento e sistematização das ações, os determinantes e condicionantes sociais de saúde dos usuários (OSIS, 1998).

Os cuidados de saúde primários se apresentam como condição necessária para a redução dos índices epidemiológicos de morbimortalidade em mulheres, bem como para melhoria das condições de vida. Assim, o acompanhamento das mulheres feito no dia-a-dia nas unidades básicas de saúde, através das equipes da ESF, é fundamental para a redução dos indicadores de morbimortalidade nesta área, além disso, baseado no conceito ampliado de saúde, fortalecer os processos de trabalho das EAB para o planejamento, execução e avaliação das intervenções perante as necessidades sociais e de saúde das usuárias.

Portanto, a ESF assume o desafio do cuidado continuado, agregando acesso e resolutividade enquanto estruturantes para a garantia da atenção integral à saúde das usuárias. Neste sentido, a Estratégia incorpora, como aspectos para o seu planejamento e avaliação das

ações, o entendimento de saúde enquanto processo de determinação social galgado no vínculo com a comunidade, na adscrição de clientela, nos processos de trabalho e, fundamentalmente, nas condições de vida e de saúde.

### 1.3 O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) E A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

O processo de consolidação do SUS tem demonstrado um potencial de inclusão social à atenção à saúde de parcelas expressivas da população. Em que pese todos os avanços amplamente divulgados pela literatura especializada e pela avaliação de gestores, trabalhadores e usuários, ainda existem lacunas que permanecem como desafios para a sua consolidação (BRASIL, 2011c).

Contudo, um dos desafios mais importantes é o de construir e implementar uma proposta de monitoramento e avaliação que dê conta de expressar o presente, o passado e o futuro, visando à maior efetividade das ações das políticas de saúde e de gestão do cuidado. Estudos apontam que sistemas orientados pela APS apresentam resultados positivos em relação à provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações, tanto no que se refere ao alcance de maior equidade e eficiência, quanto em relação à continuidade da atenção e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011c).

Nos últimos anos a construção de indicadores sociais tem sido preconizado mediante a avaliação do acesso e qualidade dos serviços ofertados, especialmente no que se refere à efetivação das políticas públicas, nas diferentes esferas de governo (BRASIL, 2011c).

Corroborando com esta discussão Jannuzzi propõe a definição de indicadores sociais no âmbito das políticas públicas como sendo

Medidas usadas para permitir a operacionalização de um conceito abstrato ou de uma demanda de interesses programáticos. Os indicadores apontam, indicam, aproximam, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse definidas a partir de escolhas teóricas ou políticas. Prestam-se a subsidiar as atividades de planejamento público e a formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo (JANNUZZI, 2005, p. 138).

Nesse sentido, as avaliações de desempenho nos sistemas de saúde, com base na escolha de indicadores sociais, são avaliações pgressas, baseadas em análises transversais e realizadas em intervalos de tempo maiores, que, em especial, procuram verificar os resultados obtidos. Dessa forma, sinteticamente, pode-se afirmar que, na avaliação de desempenho dos

sistemas de saúde componentes do SUS, o resultado a ser verificado seria a medição dos graus de efetivação dos princípios e diretrizes doutrinários do SUS (BRASIL, 2011c).

Nesse ínterim, para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde se faz necessário avaliar os aspectos essenciais da gestão e da atenção na perspectiva da integralidade, nos quais levem em consideração a importância de serem avaliados os aspectos do acesso às ações e serviços, em todos os níveis da atenção, assim como a satisfação dos usuários.

Alicerçado a esta discussão e análise o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1.554, de 19 de julho de 2011, na qual instituiu nas três esferas de gestão o PMAQ-AB, com o objetivo de estabelecer de forma coerente e articulada uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS, na qual o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde passem a ser incorporados à cultura dos serviços, fortalecendo a reorganização da APS no Brasil (BRASIL, 2011f). Que segundo Pinto, Koerner e Florêncio (2012) a grande mudança neste Programa está no âmbito dos repasses dos recursos financeiros para as EAB, pois os mesmos estão agregados ao desempenho obtido pelas equipes mediante a Avaliação Externa.

Pensar na relevância do PMAQ-AB para o sistema de saúde, é visualizar a sua importância a partir dos resultados obtidos como forma de instrumentalização e de apoio para desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes de saúde. Esse mecanismo possibilita uma maior autonomia para a gestão municipal, superando a lógica do financiamento por procedimento, criando também a necessidade da institucionalização de outras formas de acompanhamento e avaliação do desempenho da APS nos municípios por parte do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, parte a importância de apresentar as quatro fases de composição do PMAQ-AB. Assim, temos a fase 01 que é a de Adesão e Contratualização, na qual se caracteriza, conforme a Portaria GM/MS Nº 1.654 de 19 de julho de 2011, que

§ 1º Na Fase 1, todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal, independente do modelo pelo qual se organizam, poderão aderir ao PMAQ-AB, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios a serem definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB (BRASIL, 2011c, p. 2).

Já a 2ª fase trata acerca do desenvolvimento das ações das Equipes de Saúde de Atenção Básica. Tendo como estratégias para este desenvolvimento a autoavaliação das equipes de saúde orientada através dos instrumentos ofertados pelo Programa, o monitoramento das ações realizadas pelas equipes, a educação permanente enquanto

instrumento fortalecedor dos processos de trabalho das equipes e, por último, o apoio institucional garantido através de estratégias de suporte às equipes (BRASIL, 2011c).

Na terceira fase temos o processo de Avaliação Externa que traduz a imagem real da atual situação das EAB. Conforme Pinto, Koerner e Florêncio (2012, p. 05), ela motiva “o protagonismo e o esforço de mudança das EAB e da gestão municipal”. Conforme a Portaria Ministerial que rege acerca deste Programa, a mesma descreve a sua composição como sendo

- I - certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados e também pelo Ministério da Saúde a partir do monitoramento de indicadores;
- II - avaliação não relacionada ao processo de certificação, cuja finalidade é apoiar a gestão local, que contemple:
  - a) avaliação da rede local de saúde pelas equipes da atenção básica;
  - b) *avaliação da satisfação do usuário*; e
  - c) estudo de base populacional sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011c, p. 2-3, grifo nosso).

Por fim, a quarta e última fase do PMAQ-AB denomina-se de Recontratualização, que se caracteriza por uma repactuação dos Municípios com aditivo de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados aferidos através das Fases 2 e 3 do Programa. (BRASIL, 2011c).

Cabe ressaltar que uma das dimensões de análise de avaliação do PMAQ-AB corresponde à satisfação dos usuários que, segundo Cotta (2005) em seu estudo acerca da avaliação da satisfação dos usuários na ESF, reflete que a satisfação dos usuários sobre as práticas da ESF são de extrema importância, tendo em vista que a comunidade é a base da existência da mesma, devendo ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde, bem como favorecendo a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adstrita.

Para Donabedian (1966), a avaliação de satisfação dos usuários está relacionada a aspectos importantes para se aferir resultados, bem como se torna imprescindível na avaliação da qualidade do serviço.

Corroborando a essa análise, Savassi (2010) diz que a satisfação dos usuários nos serviços de saúde interferirá na acessibilidade, na construção de vínculos e na coordenação do cuidado por parte da Equipe Multiprofissional de Saúde na APS.

Uchoa et al. afirmam que

Ao desenvolver o conceito de qualidade em saúde como a tríade clássica infraestrutura, processos e resultados, recolocou a avaliação da satisfação dos usuários como fundamental e complementar a visão do médico e da comunidade (UCHOA et al., 2011, p. 1064 apud DONABEDIAN, 1982).

Segundo Esperidião e Trad (2006), as pesquisas sobre satisfação dos usuários no Brasil tiveram um crescimento significativo a partir dos anos de 1990, com o fortalecimento do controle social e a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação.

Ainda segundo Brandão, Giovanella e Campos (2013), a satisfação dos usuários é um processo dinâmico que pode ser influenciado por uma série de fatores como satisfação do seu estado de saúde e da doença, crenças, características sócio-demográficas e envolvimento aos diversos aspectos de atenção. Por conta desse conceito multidimensional, a satisfação com a atenção à saúde pode ser caracterizada como uma avaliação individual de várias dimensões dos cuidados de saúde, tais como: acesso, infraestrutura, interação usuário-profissional e resultados em termos de saúde.

Assim, é importante avaliar a satisfação do usuário mediante a execução e condução das políticas e programas nos sistemas de saúde, tendo em vista que a avaliação deste sistema pelo usuário favorece a humanização das ações, bem como constitui uma abertura amplamente democrática de oportunizar o usuário em avaliar as ofertas dos serviços de saúde prestados no seu território, bem como aferir o desempenho da gestão do cuidado em contraponto às necessidades sociais e de saúde ora vivenciadas.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 DESENHO DO ESTUDO

Pesquisa avaliativa realizada através de um estudo transversal e multicêntrico com abordagem quantitativa. Os dados são referentes ao desdobramento da pesquisa de avaliação externa realizada através do 1º ciclo do PMAQ-AB no ano de 2012, realizada em 3977 municípios (71,4%), que foi conduzida por 6 instituições nucleadas que reuniram 45 instituições de ensino e/ou pesquisa com o apoio do Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos sobre a infraestrutura, o processo de trabalho das equipes e a satisfação dos usuários. Nesta pesquisa, serão analisados os dados do Estado do Rio Grande do Norte no que concerne à satisfação dos usuários.

### 2.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida nos 167 municípios do estado do Rio Grande do Norte. Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2013.

### 2.3 CONTEXTO DO ESTUDO

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização, o estado do Rio Grande do Norte possui, atualmente, oito Regiões de Saúde. O estado, por sua vez, é composto por 167 municípios com uma população, conforme Censo IBGE 2010, de 3.168.027, com uma área territorial de 52.811,047 Km<sup>2</sup> (RIO GRANDE DO NORTE, 2008).

O estado possui 1085 Unidades Básicas de Saúde em um total de 939 Equipes de Saúde da Família implantadas. Contabilizando um contingente populacional de 2.577.116 usuários cadastrados na APS, correspondendo a uma cobertura de 79,3% da população adscrita (BRASIL 2013).

Com relação ao PMAQ-AB, dos 167 municípios inseridos no estado, 114 fizeram a sua adesão ao Programa, correspondendo a um percentual de aproximadamente 68,26% de



municípios aderidos. Em se tratando de EAB, 412 Equipes aderiram ao Programa, o que equivale a 43,87% de adesão. (BRASIL, 2013c)

#### 2.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo teve como população alvo 1.370 (83,03%) mulheres entrevistadas nas Unidades Básicas de Saúde durante a Avaliação Externa do PMAQ-AB.

A amostra foi intencional, feita a partir da presença do usuário na unidade de saúde durante a Avaliação Externa, a previsão era de quatro usuários em cada EAB participante do PMAQ-AB. O critério de inclusão na pesquisa para os usuários foi o de estarem presente nas Unidades Básicas de Saúde no momento da pesquisa para buscar qualquer tipo de atendimento, assim como terem frequentado o serviço há pelo menos 1 ano e se disponibilizarem a participar da pesquisa. Foram excluídos os que tinham ido pela primeira vez na unidade de saúde e aqueles que não frequentaram a mais de 12 meses.

#### 2.5 COLETAS DE DADOS

Foram utilizados, como suporte de coleta dados, dados secundários pertencentes ao banco de dados do PMAQ-AB/UFRN, disponibilizado pelo Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde a partir dos questionários contidos no Módulo III da Avaliação Externa do Programa, que aborda entrevistas acerca da análise de satisfação com usuários na Unidade de Saúde.

Cabe ressaltar que o banco de dados do PMAQ-AB/UFRN fez parte da Pesquisa de Avaliação Externa do Programa, realizada no ano de 2012 no Estado do Rio Grande do Norte, pela UFRN, onde teve como técnica de coleta de dados um questionário informatizado (aplicativo) disponibilizado em *tablets* e enviados on-line ao servidor do DAB/MS. O questionário foi denominado de Instrumento de Avaliação Externa do Saúde mais Perto de Você – Acesso e Qualidade – PMAQ-AB. O mesmo foi elaborado coletivamente pelas equipes de coordenação da Avaliação Externa do PMAQ-AB das 6 Instituições de Ensino Superior e o Departamento de Atenção Básica em 5 oficinas no período de fevereiro a maio de 2012. Consta de 3 Módulos: Módulo I – Observação das Unidades de Saúde; Módulo II –

Entrevistas com profissional da EAB e Verificação Unidades de Documentos; e o Módulo III - Entrevista com Usuários na Unidade.

Para o Rio Grande do Norte, a equipe da pesquisa de Avaliação Externa do PMAQ-AB foi composta por 20 entrevistadores (avaliadores de qualidade) selecionados através de edital público e 4 supervisores.

Nesse contexto, os dados/informações coletados no Módulo III da Avaliação Externa, serão agrupados e divididos em dimensões de análises, indicadores/variáveis e frequências (Apêndice A).

## 2.6 ANÁLISE DE DADOS

Realizou-se uma análise descritiva mediante frequências absolutas e relativas das variáveis distribuídas em três dimensões de análises: Saúde da Mulher; Acolhimento Específico à Gestante; e Informações Sobre o Pós-parto.

Cabe ressaltar que estas dimensões de análises foram sistematizadas e divididas para melhor compreensão, a partir dos estudos dos indicadores/variáveis e de suas frequências, nos eixos de acesso aos serviços de saúde, resolutividade das ações, orientação sobre o cuidado e tempo de espera para realização de procedimentos.

Foi utilizado o programa *Statistic Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 22.0.0. Em um segundo momento, procedeu-se a interpretação dos resultados descritivos à luz da literatura, assim como das vivências empíricas dos autores.

## 2.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

O presente projeto de pesquisa não necessitou tramitar pelo Comitê de Ética e Pesquisa, tendo em vista o objeto deste trabalho já possuir todo trâmite legal a nível do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o Número de Registro 21.904 de 13 de março de 2012, em conformidade com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 OS SUJEITOS DA PESQUISA

O total de 1.650 usuários foi entrevistado durante a avaliação externa do PMAQ-AB nos municípios do estado do Rio Grande do Norte. Deste público, 1.370 entrevistas foram realizadas em pessoas do sexo feminino, conferindo um percentual de 83,03%, cuja faixa etária predominante foi de 20 a 39 anos (49%).

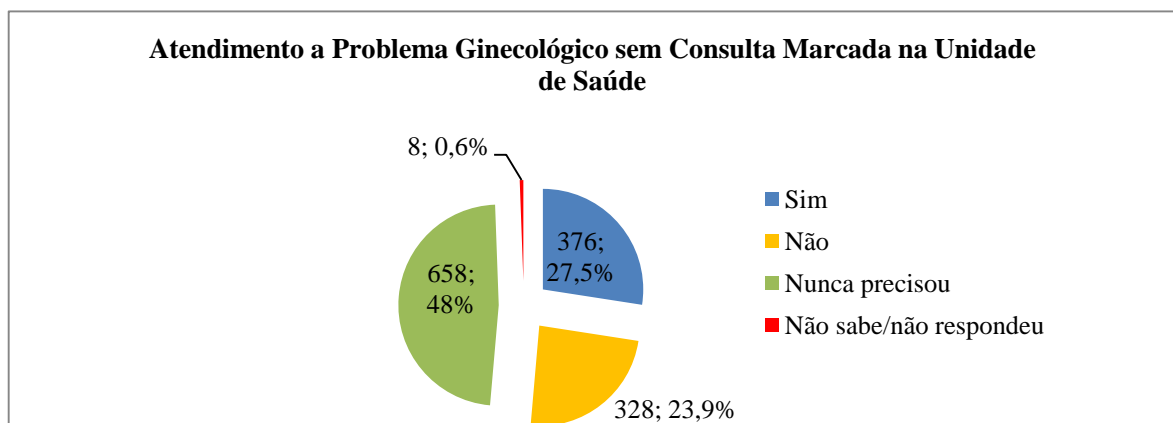
No tocante ao perfil sócio-demográfico das entrevistadas, 86,3% declararam residir com o companheiro, bem como 79,5% referiram conviver com 3 a 5 pessoas no domicílio. Na variável relativa ao índice de escolaridade, 92,1% declararam-se alfabetizadas.

Com relação às fontes de rendas, 96,3% declararam que a família possuía uma renda mensal, sendo esta advinda, em sua maior parte, de programas sociais do Governo Federal, onde 73,7% das entrevistadas afirmaram que possuem cadastro no Programa Bolsa Família. Distribuídos em renda mensal salarial obtêm-se que 44,7% das usuárias declaram receber de 1 a 3 salários mínimos, enquanto que 20% recebem abaixo de um salário mínimo, 3,7% acima de três salários mínimos e 30,5% não responderam.

#### 3.2 SAÚDE DA MULHER

##### 3.2.1 Avaliando o Acesso e às Orientações Sobre o Cuidado na Saúde da Mulher na Unidade de Saúde.

**Gráfico 1** - Atendimento a problema ginecológico sem consulta marcada, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.



FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

O gráfico 1 mostra que 48% das usuárias nunca precisaram ir à unidade de saúde devido a um problema ginecológico acometido. No entanto, pouco mais de 50% das entrevistadas procuraram a unidade de saúde com problemas ginecológicos sem estar com a consulta marcada. Ao analisar separadamente este dado, percebemos que há uma aproximação entre as usuárias que foram atendidas sem consulta marcada (27,5%) e as que não foram atendidas sem consultas marcadas (23,9%), fato de extrema relevância, haja visto que, ao retirar as usuárias que nunca precisaram ir a unidade acometidas por um problema ginecológico, resultou que cerca de 50% destas necessitaram ir, entretanto, quase metade não tiveram acesso ao serviço de saúde.

**Tabela 1** - Orientação sobre o cuidado na unidade de saúde, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.

Orientação sobre o Cuidado	Realização do exame Papanicolau na Unidade de Saúde		Orientação quanto à importância e o tempo de repetição do exame Papanicolau		Orientação quanto ao uso dos métodos contraceptivos		Agendamento da próxima consulta	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	1057	77,2	1059	84,6	845	61,6	264	19,3
Sim, algumas vezes	-	-	46	3,7	89	6,5		
Não	190	13,8	126	10,1	375	27,4	440	32,1
Nunca fez	119	8,7	-	-	-	-	-	-
Não sabe/não respondeu/não lembra	4	0,3	20	1,6	61	4,5	666	48,6
<b>TOTAL</b>	<b>1370</b>	<b>100</b>	<b>1251</b>	<b>100</b>	<b>1370</b>	<b>100</b>	<b>1370</b>	<b>100</b>

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

Em relação à realização de exame preventivo (exame Papanicolau) realizado pelas usuárias na unidade de saúde, a tabela 1 reflete uma grande procura das mulheres na realização do exame na unidade em que estão inseridas territorialmente (77,2%) em detrimento de 13,8% das usuárias entrevistadas que asseguram não ter realizado o exame no estabelecimento de saúde. É importante ressaltar o percentual 8,7% de mulheres que nunca realizaram o exame preventivo de câncer do colo do útero.

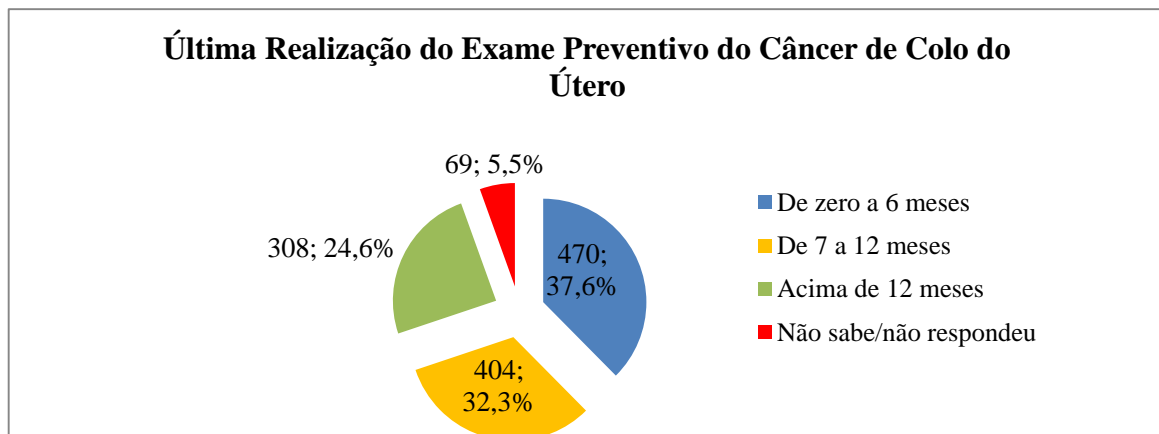
Em relação à orientação quanto a importância do exame preventivo de câncer do colo do útero, as usuárias foram perguntadas se no ato da consulta na unidade de saúde elas tiveram a orientação sobre a importância da realização de tal exame, bem como o tempo que deveria repeti-lo. Assim, a partir dos dados coletados/obtidos, observou-se que 1059 (84,6%)

usuárias referiram que haviam sido orientadas, 46 (3,7%) disseram que algumas vezes tiveram a orientação, 126 (10,1%) responderam não e 20 (1,6%) não sabe/não respondeu/não lembra.

A tabela acima reflete as informações das usuárias acerca das informações prestadas pelos profissionais de saúde no tocante ao uso dos métodos de proteção/prevenção para não engravidar. Nesse sentido, observa-se que 61,6% das usuárias entrevistadas afirmaram que foram informadas pelos profissionais de saúde quanto ao uso dos métodos contraceptivos, 6,5% colocam que algumas vezes tiveram essas informações, 27,4% referiram não ter tido informação alguma e 4,5% não souberam/não responderam/não lembram.

Ao serem questionadas acerca da marcação da próxima consulta após o seu atendimento, 32,1% das usuárias demonstraram que não possuíam agendamento seguinte para o seu atendimento e 19,3% referiram que tinham o agendamento da consulta subsequente assegurado. Entretanto, boa parte das usuárias entrevistadas (48,6%) relataram que não sabiam/não lembravam esta marcação de consulta.

**Gráfico 2 - Última realização do exame preventivo do câncer de colo do útero, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.**



FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

Ainda no âmbito da orientação sobre o cuidado à saúde da mulher, o gráfico acima reflete o tempo, em meses, que as usuárias realizaram o último exame preventivo do câncer de colo do útero. Nesse sentido, a data de realização do último exame preventivo do câncer de colo de útero, se ao somarmos os percentuais das usuárias que realizaram os exames preventivos do câncer de colo de útero antes dos doze meses, obteremos um resultado de 69,9%. No entanto, 24,6% das usuárias entrevistadas, elegíveis a este indicador, estão acima dos doze meses de realização do exame e 5,5% não souberam/não responderam.

### 3.2.2 Avaliando a Resolutividade das Ações na Saúde da Mulher na Unidade de Saúde

**Tabela 2** - Motivo/Local de realização, em outra unidade de saúde, do exame preventivo do exame de câncer de colo do útero, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.

A unidade de saúde fica longe de casa		Motivo de procurar outra unidade de saúde									
		A unidade não faz o exame		O atendimento é ruim na unidade		Outro		Não sabe/não respondeu		TOTAL	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2	1,1	12	6,2	12	6,2	164	84,5	4	2,1	194	100

Em outra unidade de saúde		Em que local realizou o exame Papanicolau									
		Hospital		Consultório Particular		Não faz o exame em nenhum local		Outro		TOTAL	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
67	34,5	19	9,8	70	36,1	31	16	7	3,6	194	100

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

No que concerne ao motivo da usuária em não procurar a unidade de saúde de seu território para realização do exame Papanicolau, percebe-se que, das 194 mulheres que não realizaram o exame no estabelecimento, um número de 164 (84,5%) mulheres responderam outros, 12 (6,2%) mulheres responderam que a unidade não faz o exame, 12 (6,2%) que o atendimento na unidade é ruim, 2 (1,1%) a unidade fica longe de casa e 4 (2,1%) não sabe/não respondeu.

Ademais, a busca por outra unidade de saúde e pelo consultório particular é predominante, contabilizando 70,6% da busca em outros estabelecimentos de atenção à saúde para a realização do exame preventivo de câncer do colo de útero. Fato em destaque nesta tabela é a não realização do exame em nenhum local, tendo um percentual de 16% do computo geral. Além disso, em plena consolidação da APS, usuárias ainda procuram a unidade hospitalar (8,8%) para a realização deste exame, haja visto que o mesmo deve ser realizado eminentemente na unidade de saúde.

**Tabela 3** - Atenção ao cuidado de saúde das mamas pelo profissional durante a consulta na unidade de saúde, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.

Atenção ao cuidado de saúde das mamas	O profissional realizou o exame das mamas		Precisou fazer o exame de mamografia		Conseguiu fazer o exame de mamografia	
	N	%	N	%	N	%
Sim	573	45,8	355	28,4	322	83,2
Sim, algumas vezes	88	7,1	25	2	11	2,8
Não	567	45,3	864	69,1	-	-
Não procurou fazer o exame	-	-	-	-	10	2,6
Não conseguiu	-	-	-	-	27	7
Não sabe/não respondeu/não lembra	23	1,8	7	0,5	17	4,4
<b>TOTAL</b>	<b>1251</b>	<b>100</b>	<b>1251</b>	<b>100</b>	<b>387</b>	<b>100</b>

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

Em relação à realização do exame das mamas por um profissional durante a consulta, 45,8% das usuárias entrevistadas referiram que havia sido realizado o exame das mamas, somando a isso, 7,1% disseram que em algumas vezes as mesmas foram examinadas. No entanto, com um percentual considerado alto, 45,3% das usuárias entrevistadas relataram que não tiveram suas mamas examinadas pelo profissional durante a sua consulta.

Ainda na tabela 3, observa-se um alto percentual (69,1%) de usuárias que referiram que não houve necessidade de realizar o exame de mamografia. Além disso, percebe-se que, das usuárias entrevistadas, 28,4% afirmaram que necessitaram fazer o exame de mamografia, bem como 2% referiram que em algumas vezes foi necessário realizar o exame e 0,5% não souberam/não responderam/não lembram.

Além disso, no tocante a realização do exame de mamografia, verifica-se que um bom percentual de mulheres conseguiu fazer o exame de mamografia (83,2%) e que somando as usuárias que referiram ter realizado o exame alguma vez (2,8%), este percentual se acresce para 86%. Cabe ressaltar que, 7% das usuárias entrevistadas não conseguiram realizar o exame de mamografia, 2,6% não procurou fazer e 4,4% não sabem/não responderam/não lembram.

### 3.2.3 Avaliando o Tempo de Espera das Ações na Saúde da Mulher na Unidade de Saúde

Mediante a entrevista com as usuárias na unidade de saúde, as mesmas foram indagadas acerca do tempo de marcação da consulta ginecológica, caso não fossem atendidas na hora que procuraram a unidade de saúde. No cômputo de uma amostra de 328 usuárias que procuraram o serviço de saúde, mas que não foram atendidas em virtude da não marcação da consulta, a grande maioria 287 (87,5%) só conseguiram marcar para *outro dia* e 41 (12,5%) referiram a marcação do atendimento para o mesmo dia.

Percebe-se na tabela 4 que, quando da marcação da consulta com problema ginecológico para outro dia, 80,1% das usuárias entrevistadas disseram que esperaram entre 1 e 15 dias para a realização da consulta. Já entre 16 e 30 dias, 16,6% usuárias referenciaram este tempo de espera para realização da consulta, 1,1% entre 31 e 60 dias e 1,1% acima de 60 dias.

No entanto, 24,5% das entrevistadas afirmaram que receberam os resultados dos seus exames preventivos do câncer de colo do útero entre 16 e 30 dias após sua realização. Além disso, 8,5% relataram que receberam entre 1 e 15 dias, 8,9% entre 31 e 60 dias e, apenas, 3,5% acima de 60 dias. É importante salientar que ao somar as entrevistadas que receberam os resultados dos seus exames antes dos trinta dias, contabilizamos um percentual de 33%, fato este de extrema importância, pois se pode entender como um indicador negativo para o padrão de resolutividade e o tempo de resposta dos usuários nos serviços de saúde.

**Tabela 4** - Tempo de Espera para realização de procedimentos, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.

Tempo de Espera	Marcação de consulta para problema ginecológico		Resultado de exame Papanicolau		Marcação de exame de mamografia		Marcação de exame de colposcopia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
De 1 a 15 dias	230	80,1	107	8,5	243	69,4	184	59,7
De 16 a 30 dias	48	16,6	306	24,5	15	4,3	86	27,9
De 31 a 60 dias	3	1,1	111	8,9	42	12	6	2
Acima de 60 dias	3	1,1	44	3,5	33	9,4	32	10,4
Não sabe/não respondeu	3	1,1	683	54,6	17	4,9	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>287</b>	<b>100</b>	<b>1251</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>	<b>308</b>	<b>100</b>

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.



Nesse ínterim, é importante contracenar esses dados com o tempo de espera para realização do exame de mamografia, tendo em vista que esta circunstância é fundamental para analisar a capacidade de ser atendida em tempo oportuno e perceber a integração entre a unidade de saúde com a rede de atenção. Assim, é percebido na tabela que 69,4% das usuárias realizaram o exame de mamografia entre zero e quinze dias, somando-se a isso, 4,3% das usuárias entrevistadas referiram ter realizado o exame entre 16 e 30 dias, 12% de 31 a 60 dias e 9,4% acima de 60 dias.

Em relação à indicação de realização do exame de colposcopia após o resultado alterado no exame Papanicolau, observou-se que 75,3% não tiveram seus exames de prevenção de câncer do colo do útero alterados, conseqüentemente, não necessitaram da realização do exame de colposcopia. Em contraponto a isso, 24,6% das usuárias entrevistadas tiveram a necessidade da realização deste exame. Face ao exposto, 59,7% das usuárias entrevistadas tiveram o seu exame de colposcopia realizado entre 0 e 15 dias, já entre 16 e 30 dias obteve-se 27,9% de usuárias que realizaram os seus exames, entre 31 e 60 dias teve 2% de exames realizados e, por fim, acima de 60 dias 27,9%. É importante ressaltar que ao somar os grupos de usuárias entre 0 e 15 dias e 16 a 30 dias, resultou em um percentual de 87,6%, fato preponderante, partindo do pressuposto de um bom poder de resolutividade na APS e uma garantia de referência em outro nível/ponto de atenção à saúde.

**Tabela 5** - Tempo de marcação de consulta de um problema ginecológico para o mesmo dia, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.

Tempo de Marcação de consulta	De zero a 60 minutos		De 60 a 120 minutos		Acima de 120 minutos		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	33	80,5	5	12,2	3	7,3	41	100

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

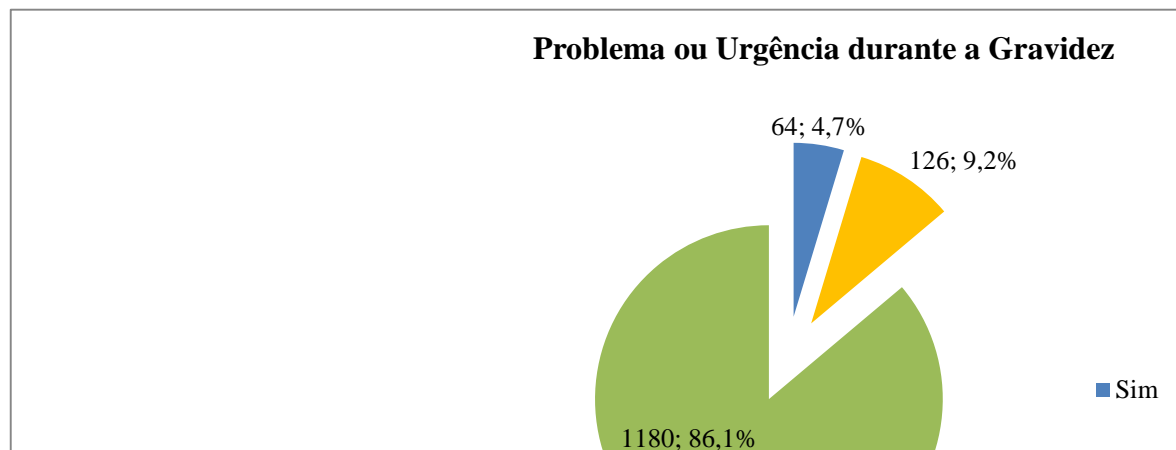
Assim, essa tabela traz uma apresentação quantitativa das respostas das usuárias, quando acometidas por um problema ginecológico, que conseguiram marcar a consulta na unidade de saúde para o mesmo dia. Nesse sentido, 80,5% das usuárias entrevistadas relataram que tiveram a sua consulta marcada entre zero e 60 minutos, já 12,2% das usuárias relataram que foram atendidas entre 60 e 120 minutos e 7,3% acima de 120 minutos.

### 3.3 ACOLHIMENTO ESPECÍFICO À GESTANTE

#### 3.3.1 Avaliando o Acesso e a Resolutividade no Acolhimento à Gestante na Unidade de Saúde

No que concerne a ocorrência de um problema ou urgência durante a gravidez, 4,7% das usuárias entrevistadas responderam que tiveram algum problema/urgência durante a gravidez. Em contraponto a isso, 9,2% relataram que não ocorreu nenhum problema/urgência durante este estado. Cabe ressaltar que 86,1% das usuárias entrevistadas não se aplicam a resposta deste indicador, tendo em vista que se pressupõe serem mulheres que não possuem história de gravidez anterior.

**Gráfico 3** - Problema ou urgência durante a gravidez, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.



FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

Ao compreender da necessidade de procurar um atendimento frente à ocorrência de um problema/urgência durante a gravidez, as mulheres relataram que buscaram diversos serviços de atenção à saúde para o seus atendimentos, conforme se demonstra na tabela abaixo:

**Tabela 6** - Local de atendimento mediante a ocorrência de um problema/urgência durante a gravidez, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.

Local de Atendimento	Nesta unidade de saúde		Em outra unidade de saúde		Hospital Público		Hospital Particular		PS 24 horas		Outro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	29	45,3	5	7,8	25	39,1	2	3,1	2	3,1	1	1,6	64	100

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

A Tabela 6 representa os locais que realizaram os atendimentos das mulheres que tiveram a ocorrência de um problema/urgência durante o estado gestacional. De um total de 64 usuárias entrevistadas que referiram ter sido acometidas por um problema/urgência durante a gravidez, 29 (45,35%) usuárias disseram que buscaram esta unidade de saúde para o seu atendimento, além disso, 5 (7,8%) usuárias relataram que procuraram atendimento em outra unidade de saúde, 25 (39,1%) usuárias em hospital público, 2 (3,1%) em hospital particular, 2 (3,1%) em pronto-socorro 24 horas e 1 (1,6%) em outros.

É importante colocar que a soma das usuárias entrevistadas que não buscaram a unidade de saúde de seu território contabiliza uma amostra de 35 (54,7%) usuárias. Assim, foram questionadas o porquê de não procurarem a unidade de saúde mediante a existência de um problema/urgência durante a gravidez. A tabela a seguir expõe o resultado da entrevista:

**Tabela 7** - Motivo de procurar outra unidade de saúde para o atendimento a urgência/problema durante a gravidez, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.

Motivo	Porque precisa pegar ficha		Porque não tem profissional na unidade		Porque não atende à urgência		Porque a unidade estava fechada no momento da urgência		Outro		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	1	2,9	5	14,3	11	31,4	12	34,3	6	17,1	35	100

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

Em relação ao motivo da gestante não procurar a unidade de saúde de seu território, 34,3% das usuárias entrevistadas disseram que não procuraram a unidade de saúde porque a mesma estava fechada no momento da urgência. No entanto, 31,4% das usuárias relataram que a sua unidade de saúde não atende à urgência, 14,3% não tem profissional na unidade, 17,1% responderam outro estabelecimento e 2,9% porque precisava pegar uma ficha para o atendimento.

Um dado importante nesta amostra de 29 usuárias que referiram ter sido atendidas nesta unidade de saúde se dá com relação a qual profissional de saúde foi o realizador do atendimento, sendo o médico com maior incidência de atendimentos (16; 55,17%), seguido pelo enfermeiro (11; 37,9%), auxiliar/técnico de enfermagem (01; 3,4%) e outros (01; 3,4%).

### 3.3.2 Avaliando o Tempo de Espera no Acolhimento à Gestante na Unidade de Saúde

No tocante as 29 usuárias que referiram ter sido atendidas nesta unidade de saúde, as mesmas foram indagadas se haviam conseguido ser atendidas na unidade na mesma hora e sem consulta marcada. No entanto, 28 usuárias referiram que havia conseguido o atendimento na unidade de saúde e, apenas, uma não conseguiu.

**Tabela 8** - Tempo de espera para atendimento a urgência/problema durante a gravidez na unidade de saúde, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.

Tempo de Espera	De zero a 15 minutos		De 16 a 30 minutos		De 31 a 60 minutos		Não sabe/não respondeu		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	22	75	2	7,1	2	7,1	3	10,8	29	100

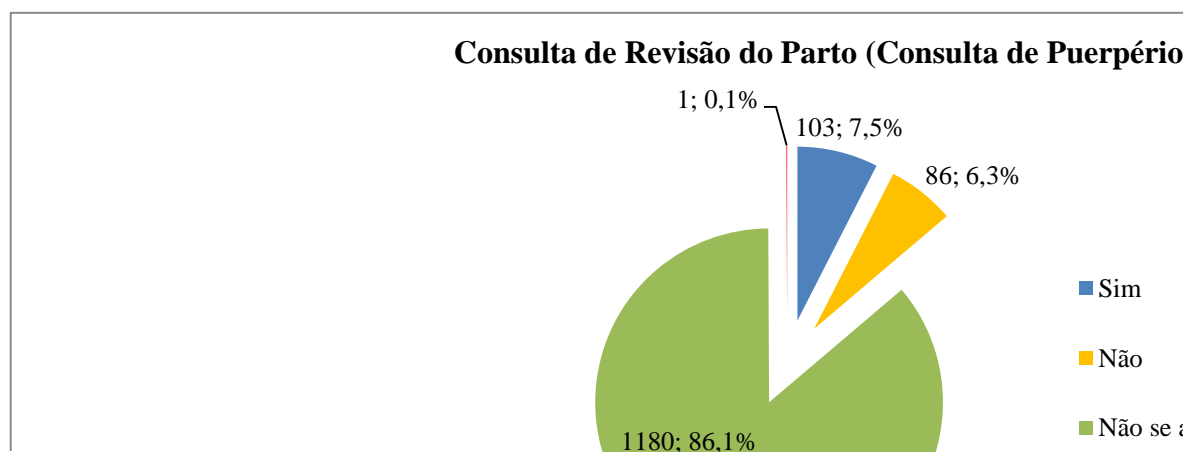
FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

A tabela acima demonstra que 75% das usuárias entrevistadas conseguiram ser atendidas na unidade de saúde mediante a ocorrência de um problema/urgência durante a gravidez no tempo entre zero e 15 minutos. Além disso, 7,1% das entrevistadas referiram ter sido atendidas entre 15 e 30 minutos, com igual percentual entre 30 a 60 minutos. Por fim, 10,8% referiram não saber o tempo que esperaram para serem atendidas na unidade de saúde.

## 3.4 INFORMAÇÃO SOBRE O PÓS-PARTO

### 3.4.1 Avaliando o Acesso e Resolutividade das Ações no Pós-parto

**Gráfico 4** - Realização de consulta de revisão do parto (consulta de puerpério), segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.



FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

Ao ser perguntado se a usuária havia realizado a consulta de revisão ao parto (consulta de puerpério), 7,5% responderam que haviam realizado a consulta de revisão do parto. Já 6,3% referiram que não realizaram tal procedimento. Cabe ressaltar que o percentual de 86,1% do indicador não se aplica. pressupõe-se que as usuárias são nulíparas ou, até mesmo, podem ter tido abortamento fetal durante a gestação.

No que concerne ao local de realização da consulta de puerpério, a tabela abaixo demonstra o resultado das entrevistas às usuárias na unidade de saúde:

**Tabela 9** - Local de realização da consulta de revisão do parto, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.

Local de realização da consulta puerperal	Nesta UBS		Em outra UBS		Hosp. do Parto		Consultório e Hospital Particular		Em casa com profissional desta UBS		Outros		Não sabe/não respondeu		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	51	49,5	4	3,9	7	6,9	6	5,8	32	31,2	2	1,8	1	1	103	100

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

Em relação ao local da realização da consulta de revisão do parto, percebe-se que há uma predominância na efetivação deste procedimento no âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS) com 49,5% e em casa com profissional de saúde da UBS com 31,2%. Em detrimento a estes resultados, 2,9% das usuárias entrevistadas referiram ter realizado a consulta em outra UBS, 6,9% no hospital que realizou o parto, 5,8% em consultório e hospital particulares, 1,8% responderam em outros estabelecimentos e 1% não souberam/não responderam.

No tocante ao desenvolvimento das atividades das equipes multiprofissionais na APS, a tabela 10 traz a frequência de atendimentos durante o período de puerpério por categoria profissional. Nesse sentido, 62,1% dos atendimentos foram realizados pelo enfermeiro, bem como 36,9% das usuárias entrevistadas relataram que a sua consulta de revisão do parto foi feita pelo Médico. No entanto, com relação à realização da visita domiciliar feita pelo Agente Comunitário de Saúde no puerpério, 32,1% das usuárias referiram que receberam a visita domiciliar deste profissional, 12,6% disseram que haviam recebido a visita domiciliar e, em um percentual considerável, 55,3% expuseram que não sabia/não respondeu/não lembrava.

**Tabela 10** - Atividade da Equipe Multiprofissional mediante a consulta e visita puerperal, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.

		Profissional realizador da consulta de puerpério						TOTAL	
Médico		Enfermeiro		Outro					
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
38	36,9	64	62,1	1	1			103	100

Realização da visita domiciliar de puerpério do Agente Comunitário de Saúde									
Sim		Não		Não sabe/não respondeu/não lembra		TOTAL			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
33	32,1	13	12,6	57	55,3			103	100

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

### 3.4.2 Avaliando o Tempo de Espera das Ações no Pós-parto

**Tabela 11** - Tempo de espera para realização da consulta de revisão do parto, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.

Tempo de espera	De 1 a 7 dias		De 8 a 14 dias		De 15 a 42 dias		Não sabe/não respondeu		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	26	25,2	21	20,4	44	42,8	12	11,6	103	100

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

Averigua-se, na tabela acima, que 42,8% das usuárias realizaram a consulta de puerpério no intervalo de 15 a 42 dias após o parto. No entanto, um dado importante é que ao somarmos os percentuais das consultas de puerpério no intervalo de 1 a 14 dias, contabiliza-se um percentual de 45,7%, fato este de extrema importância, haja vista a necessidade da realização da consulta de revisão do parto o mais precocemente possível.

### 3.4.3 Avaliando às Orientações Sobre o Cuidado no Pós-parto

**Tabela 12** - Orientações e intervenções para o cuidado no pós-parto, segundo usuárias. Rio Grande do Norte, 2013c.

Orientações e Intervenções para o cuidado nos pós-parto	Apresenta-se com algum problema de desânimo, tristeza, depressão		Foram ofertadas formas para não engravidar		Foi realizado exame ginecológico		Foram examinadas as mamas		Foi falado sobre dar de mamar no peito e a importância da amamentação	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	92	48,4	122	64,2	70	36,8	77	40,5	149	78,4
Não	67	35,3	36	19	87	45,8	82	43,2	10	5,3
Não sabe/não respondeu/não lembra	31	16,3	32	16,8	33	17,4	31	16,3	31	16,3
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100</b>	<b>190</b>	<b>100</b>	<b>190</b>	<b>100</b>	<b>190</b>	<b>100</b>	<b>190</b>	<b>100</b>

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

Em relação às orientações e intervenções para o cuidado mediante a consulta de revisão do parto, foram analisadas diversas variáveis/indicadores, tendo em vista uma correlação entre as mesmas, bem como a importância dessas intervenções durante a consulta do puerpério para o cuidado. No geral, podemos observar que em boa parte das variáveis/indicadores abordados, houve uma predominância da existência de informações e intervenções entre as usuárias entrevistadas. Em consonância a isto, 48,4% disseram que, durante a consulta de revisão do parto, perguntou-se se a mesma apresentava/estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão. Ao mesmo tempo, 64,2% referiram que foram ofertadas formas/métodos para não engravidar, bem como 78,4% disseram que o profissional de saúde que a atendeu orientou acerca de dar de mamar no peito a criança e da importância da amamentação.

Em contraponto a essa realidade, foi predominante entre as usuárias entrevistadas a não realização dos exames das mamas durante a consulta de revisão do parto (43,2%) e a não realização do exame ginecológico (45,8%).

## 4 DISCUSSÃO

### 4.1 OS SUJEITOS DA AVALIAÇÃO

Partindo de uma análise sistemática acerca da avaliação da satisfação das usuárias sobre a atenção à saúde da mulher no estado do Rio Grande do Norte, esse estudo envolveu usuárias entrevistadas que estavam no serviço de saúde à procura de atendimento durante a avaliação externa do PMAQ-AB, percebendo-se que sua grande maioria pertencia ao sexo feminino. Esta realidade de predomínio das mulheres como usuárias dos serviços de saúde também é observada em estudos sobre a relação entre as variáveis sexo e o uso dos serviços de saúde, fato que pressupõe a influência de fatores que interferem na necessidade social e de saúde, bem como na predisposição e na decisão de busca pelos serviços (BRASIL, 2006).

Além disso, ambos os sexos apresentam características biológicas, fatores de exposição ao risco de adoecimento, relações de gênero, tipos de trabalhos, hábitos de vida e de consumo e funções socioculturais diferenciadas. Permeado a isso, possibilitam explicações acerca da variação na resistência e incidência de determinadas doenças e agravos entre homens e mulheres. Acrescenta-se, ainda, uma demanda feminina pelos serviços de saúde, por questões obstétricas e ginecológicas durante a idade fértil (BRASIL, 2006).

Maia reforça que essa busca das mulheres pelos serviços de saúde está orientada por

Problemas abordados em estudos incluem imperícia e negligência médica, deficiências nas condições estruturais referentes à organização dos serviços de saúde que atendem à mulher, pouca atenção recebida no pré-natal, descaso com os familiares das pacientes, falta de humanização no atendimento e de apoio às mulheres após o parto e ausência de integração na rede de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal (MAIA, 2011, p. 2569).

Nesse sentido, segundo Trad et al. (2002) em seu estudo etnográfico sobre a satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família na Bahia, traduz que as mulheres, enquanto avaliadoras dos serviços de saúde, caracterizam-se por um conhecimento ímpar do cotidiano e pelo fato de serem as principais agentes de saúde no contexto doméstico. Além disso, se percebe que as mesmas são capazes de identificar com clareza indicadores de qualidade de vida e de melhoria de vida.

Com relação à renda, um estudo nos Estados Unidos no ano de 2003 mostrou que crianças e adultos de baixa renda com cobertura de plano de saúde têm maiores riscos de



utilização dos serviços médicos e hospitalares (HADLEY; HOLAHAN, 2004). Assim, em relação aos achados no tocante às questões de renda mensal salarial, observa-se uma consonância entre as usuárias entrevistadas nos serviços e estudos na área discutida.

Segundo Sawyer, Leite e Alexandrino (2002), essas características são importantes, por terem efeito tanto sobre o perfil epidemiológico e de necessidade social e de saúde, como sobre as preferências, avaliações, decisões e capacidades dos indivíduos para buscar serviços de saúde.

## 4.2 SAÚDE DA MULHER

### 4.2.1 **Avaliando o Acesso e às Orientações Sobre o Cuidado na Saúde da Mulher na Unidade de Saúde**

Consegue-se visualizar um quantitativo equiparado no tocante à garantia do acesso/atendimento nos serviços de saúde mediante a existência de um problema ginecológico com ou sem consultas previamente marcadas. Nessa discussão Bastos (2007) atribui esses resultados ao trabalho incessante das unidades de saúde em marcação prévia de consultas, o que proporciona atitudes de mudanças na estratégia de marcação de consultas por parte dos usuários. Eles tentam viabilizar estas marcações através dos agentes comunitários de saúde por estarem mais próximos da comunidade, tornando-se rotina esta prática nas unidades de saúde.

Além disto, a ida das mulheres às unidades de saúde em busca de resolução para os seus problemas, contrapõe com a necessidade de estruturação dos serviços para atendimento ao público. Muitas vezes as agendas programadas dos atendimentos nas unidades de saúde são fixas, sem possibilidades de acolher intercorrências que não estejam presentes no cronograma das equipes. As dicotomias e rivalidades entre a demanda espontânea e a agenda programada nos serviços de saúde remete a APS para a necessidade potencial de ser resolutiva e ter legitimidade. Embora, dada a sua importância, não pode ser um lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo, nem muito menos de se restringir a realizar consultas e procedimentos (BRASIL, 2011d).

A organização das demandas espontânea e programada na APS, por meio de um acolhimento organizado, resolutivo e humanizado, tem sido um desafio não só para as equipes

da ESF, bem como para gestores e usuários, remetendo à necessidade de reorganização dos processos de acolhimento e direcionamento das demandas com efetividade e garantia de acesso qualificado (VELLOSO, 2012).

No campo da orientação sobre o cuidado executado pela APS, a realização do exame de prevenção de câncer do colo do útero, conjuntamente com as orientações acerca da importância e do tempo de sua realização são preponderantes na atenção empreendida à saúde da mulher no âmbito da unidade de saúde por parte dos profissionais da ESF. Consequente a isto, há uma forte tendência das mulheres a investirem na realização deste exame anualmente.

O Pacto dos Indicadores do COAP 2013-2015, no que concerne ao indicador da *razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária*, mostram que o Rio Grande do Norte, de uma meta Nacional de 0,67, obteve como resultado no ano de 2012 o valor de 0,70. Logo, é notória uma resposta positiva das práticas das ações desenvolvidas na APS nos serviços de saúde por parte das equipes da ESF (BRASIL, 2013a).

Em relação à existência de orientação das usuárias assistidas nas unidades de saúde pelas equipes da ESF acerca do uso de métodos contraceptivos, percebe-se que há uma predominância desta ação por parte da equipe, indicando a satisfação das usuárias nesta variável abordada.

Em consonância a isso, um estudo feito por Lemos et al. (2011) que discute o uso de métodos anticoncepcionais por mulheres assistidas em área distrital e seus fatores determinantes, onde se destaca que o uso da pílula parte da necessidade de se incrementar diariamente as orientações médicas e de enfermagem acerca do seu uso, pois quando o método é usado com ajuda de um profissional de saúde, as chances de abandono, de falha e de interferências na saúde da usuária são menores. Em contraponto, quando o serviço de saúde deixa lacuna nesse campo do cuidado, espera-se que o usuário busque ajuda de outras pessoas, podendo gerar orientações inadequadas ao uso do anticoncepcional.

Entretanto, no campo do agendamento da próxima consulta, há um predomínio da não realização da mesma. Essa situação nos remete a compreender que o agendamento das consultas nos serviços de saúde deixou de ser um compromisso profissional de saúde – usuário, passando a ser muito mais um compromisso instituição – usuário (MORI, 1999). É importante ressaltar a falta de informação das usuárias acerca da realização deste procedimento, pois esta informação nos leva a refletir acerca de como se consolida a efetividade das práticas assistenciais, bem como nas atitudes dos usuários em busca dos seus direitos e deveres.

Nesse sentido, observa-se que o formato das marcações de consultas vivenciados nas unidades de saúde, na maioria das vezes, tem sido considerado um indicador de dificuldades que o usuário encontra para o seu atendimento. Ademais, o ato de enfrentar filas, ir à unidade de saúde antes do seu horário de abertura para garantir sua consulta, fragiliza os critérios clínicos pré-estabelecidos para a garantia do acesso, conseqüentemente sendo a ordem de chegada à unidade o critério elegível para o atendimento ao usuário.

#### 4.2.2 **Avaliando a Resolutividade das Ações na Saúde da Mulher na Unidade de Saúde**

Avaliar e discutir a resolutividade das ações nos serviços de saúde é algo bastante complexo, pois envolve a necessidade de reorganização dos serviços mediante a avaliação dos processos/práticas de acolhimento ao usuário, bem como o direcionamento das ações às suas necessidades e educá-lo no sentido de reconhecer o real papel da ESF ao longo do cuidado longitudinal na produção dos serviços de saúde (VELLOSO, 2012).

Corroborando a ideia do motivo e do local da realização do exame preventivo do câncer de colo de útero em outra unidade de saúde, Starfield (2002), traz a acessibilidade como um dos quatro elementos estruturais à atenção primária para o oferecimento do atendimento ao usuário. Além disso, a acessibilidade envolve, enquanto mecanismos de fortalecimento das práticas, a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.

Ao discutir e avaliar esta acessibilidade, Starfield traduz que existe diversos tipos de acessibilidade, dentre eles destacamos:

Acessibilidade em relação ao tempo (ou seja, o horário de disponibilidade), acessibilidade geográfica (adequação de transporte e distância a ser percorrida) e acessibilidade psicossocial (existem barreiras de linguagem ou culturais à comunicação entre os funcionários, nas instalações, e os pacientes) (STARFIELD, 2002, p. 57).

É importante discutir as diferenças entre acesso e acessibilidade aos serviços de saúde. Para Donabedian (1973), delimita o escopo do seu conceito de acessibilidade ao excluir deste as etapas de percepção de problemas/necessidades de saúde e o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos. Por outro lado, avança na abrangência do

conceito de acesso para além da entrada nos serviços, pois, para ele, acessibilidade indica também o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos usuários e os serviços e recursos utilizados. Cabe ressaltar que a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos usuários do serviço.

Nesse ínterim, averiguou-se que uma pequena parte das usuárias entrevistadas preferiu buscar outros serviços/estabelecimentos de saúde para realização de procedimentos no campo da ginecologia, dado as possibilidades e ofertas de acesso e acessibilidade oferecidas pelas unidades de saúde de seu território de adscrição.

No tocante a atenção ao cuidado de saúde das mamas pelos profissionais de saúde durante a consulta na unidade de saúde, resultados demonstraram que ainda há uma grande dificuldade do profissional de saúde realizar o exame das mamas nas usuárias, seja pelo fato da usuária não permitir a realização do exame ou seja pelo fato do profissional não executar o procedimento durante a consulta. Frente ao exposto, inicia-se uma grande preocupação no tocante à detecção precoce do câncer de mama, tendo em vista que o câncer de mama e o de colo do útero no Brasil são os mais incidentes no sexo feminino, bem como sua incidência é duas vezes maior em países menos desenvolvidos com crescimento significativo de mortalidade, porém com alto potencial de prevenção (FERREIRA, 2009).

Torna-se imprescindível fazer uma aproximação nas discussões dos indicadores/variáveis relativos ao cuidado de saúde das mamas no que concerne às usuárias que tiveram suas mamas examinadas pelos profissionais de saúde durante a consulta na unidade de saúde, bem como as que precisaram fazer o exame de mamografia e que conseguiram fazê-lo. Nesses cenários, visualiza-se um papel fundamental dos profissionais de saúde na realização dos exames das mamas nas usuárias, tendo em vista uma forte relação entre as usuárias que tiveram as mamas examinadas e a necessidade de realização do exame de mamografia, ficando bem próximo os quantitativos de respostas perante as entrevistadas. Consoante a isto, Ferreira (2009) reflete a necessária atuação diferenciada dos profissionais de saúde com as mulheres em relação aos exames de prevenção do câncer de mama e de colo de útero, proporcionando uma atuação de envolvimento, com respeito à sua intimidade, à sua privacidade, ao seu direito de conhecer e poder conversar sobre as possibilidades de existência de neoplasias, bem como as ações necessárias para a sua prevenção.

Em contraponto a esta realidade, um percentual considerável de usuárias entrevistadas referiram que não tiveram as suas mamas examinadas pelos profissionais de saúde durante a realização da consulta na unidade de saúde. Face ao exposto, invoca-nos uma grande

preocupação no campo da saúde da mulher, pois em se tratando da realização dos exames das mamas, é prerrogativa da APS a realização deste procedimento no ato da consulta de realização do exame Papanicolau. Esta situação contribui para fragilização das ações de prevenção em relação à saúde da mulher, impedindo o estabelecimento de ações eficazes e a redução dos casos de câncer em mulheres.

Pensar na longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado na saúde da mulher, é compreender o poder de resolutividade desde a unidade de saúde a seus pontos de atenção na rede assistencial. Além disso, é compreender na medida em que a APS não consiga dar as respostas necessárias aos usuários, que a mesma possa referenciar para uma rede de atenção à saúde na qual aponte para uma maior eficácia na produção dos serviços de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço locorregional, contribuindo, assim, para o avanço efetivo no processo de consolidação do SUS.

Nesse sentido, resultados apontam uma relação diretamente proporcional entre as mulheres que necessitaram fazer o exame de mamografia e que, conseqüentemente, conseguiram a realização do mesmo. Ratificando esta análise, no Pacto dos Indicadores do COAP 2013-2015, no tocante ao indicador da *razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária*, mostram que o estado do Rio Grande do Norte, de uma meta Nacional de 0,27, obteve como resultado no ano de 2012 o valor de 0,29 (BRASIL, 2013a). Portanto, é positiva a ideia retratada acerca da realização do exame de mamografia em mulheres perante a efetivação das práticas das ações desenvolvidas desde a APS aos pontos de atenção da rede.

#### **4.2.3 Avaliando o Tempo de Espera das Ações na Saúde da Mulher na Unidade de Saúde**

No estudo de satisfação dos usuários no PMAQ-AB, o tempo de espera é uma variável de extrema relevância, haja visto ser uma instância que delega ao serviço de saúde e ao usuário o significado de acesso, de cuidado e de resolutividade dos serviços prestados pela equipe da ESF.

Nessa perspectiva, Henriques (2012) reflete que a duração média do tempo de espera, desde a recepção da unidade de saúde à resolução dos problemas nos pontos de atenção da rede assistencial, é uma intensidade da APS no campo da disponibilidade de promover o acesso aos cuidados de forma independente das condições socioeconômicas dos indivíduos,

garantindo igual utilização dos serviços de saúde públicos para iguais necessidades sociais e de saúde, de acordo com os princípios da equidade e com o preconizado na legislação.

Em relação ao trabalho realizado, entender a efetivação de algumas práticas na área de saúde da mulher, é compreender que o tempo de espera é um dos fundamentos para uma análise da satisfação dos usuários pelo serviço. Contudo, esta APS, enquanto coordenadora do cuidado, fundamentalmente necessita de investimentos nos campos dos recursos humanos, materiais e estruturais para que possa torna-se cada vez mais resolutiva com conseqüente diminuição dos tempos de espera em torno da execução dos procedimentos no âmbito da APS.

Paim et al. traduzem que

Os investimentos na atenção básica trouxeram alguns resultados positivos. Em 2008, 57% dos brasileiros referiram a atenção básica como seu serviço de saúde de uso habitual (em 1998 essa porcentagem era de 42%), enquanto a proporção de pessoas que descreveram os ambulatórios hospitalares como sua fonte habitual de cuidados diminuiu de 21% para 12% no mesmo período (PAIM et al., 2011, p. 23).

Essa reflexão aproxima-se dos resultados obtidos neste trabalho referentes aos tempos de espera para realização de uma consulta para um problema ginecológico, para marcação do exame de mamografia, para o resultado do exame Papanicolau e para a realização do exame de colposcopia, onde em ambas as situações se conotam a execução de tais procedimentos antes dos 30 dias. Fato bastante favorável no campo da coordenação do cuidado, pois com este perfil de resolutividade e efetivação das práticas de saúde, amplia-se e consolida-se as responsabilidades municipais na garantia de acesso aos serviços de saúde com base na sua descentralização, reorganização funcional e co-responsabilização do cuidado (ROCHA et al., 2008).

Nessa ótica, estudos evidenciam que alguns usuários das unidades de saúde da família afirmam que os encaminhamentos a outros níveis de atenção à saúde são mais efetivos quando feitos pela equipe da ESF e que o tempo de espera é mais curto que nos casos de encaminhamentos feitos por outros estabelecimentos de saúde. Entretanto, um quantitativo significativo de usuários ainda buscam os serviços especializados sem utilizar-se do encaminhamento da APS (PAIM et al., 2011).

### 4.3 ACOLHIMENTO ESPECÍFICO À GESTANTE

#### 4.3.1 **Avaliando o Acesso e a Resolutividade no Acolhimento à Gestante na Unidade de Saúde**

O acolhimento à gestante na unidade de saúde é peça fundamental para concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal. Nesse sentido, parte-se uma necessidade de dotação de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e puericultura. Cabe ressaltar que a APS, enquanto porta de entrada na coordenação do cuidado da rede de atenção à saúde, tem a responsabilidade de acolher as demandas oriundas a esta etapa de vida das usuárias e promover resposta necessária às necessidades de saúde ora apresentadas.

Brasil aponta que

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2013b, p. 40).

Portanto, o acolhimento à gestante na unidade de saúde implica na responsabilização da equipe multiprofissional em promover a longitudinalidade do cuidado favorecendo a efetividade do vínculo, bem como garantindo escuta qualificada e avaliando às vulnerabilidades sociais existentes.

Nesse íterim, o PMAQ-AB traz em um dos seus indicadores a descrição da ocorrência de um problema ou urgência durante a gravidez. Para tanto, buscou fazer uma relação entre a ocorrência de um problema/urgência na gravidez com o local de atendimento da usuária mediante esta situação existente.

Assim, percebeu-se que das usuárias entrevistadas que se aplicaram a esta variável, uma maior parte procurou o atendimento em outros estabelecimentos de saúde, não buscando a unidade de saúde de seu território para execução de tal procedimento. Este fato, traduz um pouco da realidade vivenciada pelas unidades básicas de saúde no tocante ao atendimento às urgências/problemas das gestantes, pois, como o próprio resultado demonstra, mais de 60%

das usuárias no Rio Grande do Norte relataram que procuraram outros serviços de saúde devido ao fato da unidade de saúde não atender às urgências e por estarem fechadas no momento da urgência.

Ratificando a esta realidade encontrada, na maioria das vezes a ocorrência de problemas/urgências maternas são, culturalmente, referenciados para os serviços de pronto-atendimentos, muitas vezes sem a avaliação precisa do quadro clínico da gestante, bem como sem eliminar todas as alternativas de suporte disponíveis no serviço básico de saúde. Entretanto, as atitudes de desvalorização da queixa da usuária e a ansiedade de encaminhamento para os hospitais de referência são, sem dúvida, fatores que fragilizam a condução de resolutividade de tais necessidades apresentadas (BRASIL, 2002).

Ademais, entender como se dá a dinâmica de funcionamento das unidades básicas de saúde é fundamental para esclarecer, também, mais um fator que permeia a busca por outros serviços de acolhimento aos problemas e urgências durante a gravidez. Para Starfield (2002), as funções das unidades de saúde são cruciais, tendo em vista que muitas tarefas que fazem parte da APS, tais como a prevenção, a atenção emergencial, a proteção do paciente, a educação em saúde e atenção reabilitadora) são tarefas que também fazem parte de outros níveis de atenção e assim podem, ser assumidas por outros níveis de atenção ao invés de serem oferecidas nas unidades básicas de saúde.

Além disso, Starfield (2002) reflete, ainda, que a acessibilidade além da localização da unidade de saúde onde se atende a população, os horários e dias em que está aberta para atender o público, o grau de tolerância para as consultas programadas e para a demanda espontânea e o quanto a população visualiza a conveniência dessas situações pertinentes à acessibilidade.

#### **4.3.2 Avaliando o Tempo de Espera no Acolhimento à Gestante na Unidade de Saúde**

O tempo de espera no acolhimento à gestante na unidade de saúde é fator fundamental para se avaliar o nível de satisfação da gestante/família no serviço de saúde, pois é a partir do tempo de utilização e de espera desse tipo de serviço e da possibilidade de ver suas necessidades mais imediatas serem atendidas que proporcionam um maior grau de satisfação dos usuários com o serviço de saúde, bem como para o seu cuidado longitudinal assegurado (IBÁÑEZ et al., 2006).



Nesse sentido, foi avaliado o tempo de espera para atendimento na unidade saúde frente a uma urgência ou problema durante a gestação que entre todas as usuárias que procuraram ser atendidas na unidade de saúde de seu território, percebeu-se que, grande parte das entrevistadas, concretizou os seus atendimentos em menos de 15 minutos. Situação esta que merece destaque positivo no que concerne a ideia de consolidação da corresponsabilidade da EAB na garantia do acesso aos usuários nos serviços de saúde, bem como na longitudinalidade do cuidado e no fortalecimento de promoção da resolutividade das ações.

Contracenando com esta discussão, um estudo mostra que esta realidade vivenciada no Rio Grande do Norte aproxima-se do Sistema de Saúde Pública de Portugal que, por se tratar de um sistema de saúde essencialmente público, “o tempo de espera é uma das formas mais equitativas de moderação deste acesso porque não depende das condições socioeconômicas dos indivíduos” (HENRIQUES, 2012, p. 5).

De certa forma, pode ser observado que o tempo de espera na dimensão de análise do acolhimento específico à gestante envolveu uma atenção ao cuidado em tempo oportuno mediante as demandas apresentadas pelas gestantes. Além disso, se concebe a ideia de que a efetividade dos processos de trabalho das EAB é fundamental nas mudanças de paradigmas de atenção à saúde, fortalecendo o nível de satisfação dos usuários que buscam os serviços de saúde e, conseqüentemente, o potencial de acesso e resolutividade das ações na Atenção Básica, cabendo à equipe de saúde compreender os múltiplos significados que a gestação possui para a mulher e sua família, bem como conhecer e entender sua história de vida e suas condicionantes e determinantes sociais e de saúde.

#### 4.4 INFORMAÇÕES SOBRE O PÓS-PARTO

##### 4.4.1 **Avaliando o Acesso e Resolutividade das Ações no Pós-parto**

A atenção à saúde da mulher e a do recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para o fortalecimento da saúde materna e neonatal, uma vez que boa parte das situações de morbimortalidade materna e neonatal acontece neste período, devendo a puérpera e o recém-nascido buscarem o serviço de saúde logo na primeira semana após o parto. Para tanto, os profissionais de saúde e o serviço de saúde devem estar preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e com

o recém-nascido na primeira semana após o parto, a fim de instituir todo o cuidado necessário programado para a Primeira Semana de Saúde Integral.

### Segundo Brasil

Na atenção integral à saúde da mulher, a atenção pré-natal e puerperal deve ser organizada de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e o puerpério, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso, num contexto de humanização da assistência (BRASIL, 2006, p. 143).

Nesse sentido, este estudo avaliou as informações sobre o pós-parto em usuárias do Rio Grande do Norte, nas quais se aplicaram as entrevistas às mulheres que já haviam tido um ou mais filhos. Assim, observou-se que a maior parte das usuárias entrevistadas realizou a consulta de revisão do parto (consulta puerperal), cujos locais com maiores frequências foram a UBS do seu território e no domicílio com o profissional da UBS.

Esse resultado encontrado em usuárias entrevistadas no estado, a partir da pesquisa de avaliação externa do PMAQ-AB, faz refletir sobre a aproximação do que é preconizado pelo “Manual Técnico – Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada” do Ministério da Saúde, onde a atenção à mulher e ao recém-nascido deve ser dada na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto (BRASIL, 2006).

Entretanto, Coutinho (2010) em seu trabalho que discute acerca do monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do SUS em município do sudeste brasileiro, fez uma avaliação das fragilidades do Programa de Humanização do Pré-natal que, dentre outros fatores que influenciaram para esta situação, traduziu a escassez da realização da consulta de puerpério através da APS nas unidades de saúde como um dos maiores empecilhos para a longitudinalidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido.

Contudo, verificou-se na realidade apresentada neste estudo no Rio Grande do Norte, que a consulta de revisão do parto é feita com grande frequência na APS, aferindo aos médicos e aos enfermeiros os executores deste procedimento. Cabe ressaltar que a consulta puerperal realizada pelo enfermeiro ocorre em maior frequência. Este fato chama atenção, haja visto ser um procedimento pertinente à Equipe Multiprofissional de Saúde, porém com uma maior concentração para realização da consulta puerperal apenas para um profissional de saúde.

Cabe ressaltar que segundo Figueiredo e Rossoni (2008), a atenção ao pré-natal e ao puerpério deve ser oferecida por toda Equipe Multiprofissional de Saúde, não concentrando apenas na figura do médico e do enfermeiro, necessitando outros profissionais de saúde estarem inseridos na longitudinalidade do cuidado perante o binômio mãe-filho.

Para Ravelli (2008), a consulta de puerpério realizada pelo enfermeiro é diferente da consulta médica, sendo que tem o poder maior de fortalecer o estabelecimento de uma relação mais próxima e individual com o binômio mãe-filho, marcadas pela informalidade e flexibilidade, proporcionando trocas de informações e experiências, haja visto que, neste período a maioria das puérperas, sentem-se inseguras no tocante ao cuidado com o bebê, necessitando, assim de informações sobre o cuidado no puerpério.

É importante ressaltar acerca da importância da visita domiciliar no pós-parto realizada pelo agente comunitário de saúde, que tem como objetivo avaliar o binômio mãe-filho, vinculando-os as equipes da ESF e ao seu território adscrito, bem como acompanhando as famílias em seus domicílios, (re)conhecendo suas necessidades, realizando promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva no domicílio, tirando dúvidas e realizando orientações quanto ao autocuidado da puérpera e aos cuidados para com o recém-nascido, estimulando o aleitamento materno exclusivo (CIAMPO et al., 2006).

Nesse sentido, o presente estudo avaliou a frequência da realização da visita domiciliar no puerpério realizada pelo agente comunitário de saúde, onde, curiosamente, pouco mais da metade das usuárias entrevistadas referiram que não sabiam/não responderam/não lembravam a realização de tal procedimento. Essa realidade traduz uma necessidade de maior atenção por parte das usuárias no que concerne a atenção ao cuidado no pós-parto junto ao binômio mãe-filho. Além disso, se faz necessário promover com ações práticas a percepção das usuárias acerca da importância da visita domiciliar feita através não apenas pelo agente comunitário de saúde durante o puerpério, mas como também pelos outros atores integrantes da Equipe Multiprofissional de Saúde, os quais têm a responsabilidade de incluir medidas de prevenção e promoção da saúde, ao invés da assistência estritamente biológica e curativa.

#### **4.4.2 Avaliando o Tempo de Espera das Ações no Pós-parto**

O atendimento humanizado e de qualidade no puerpério é fundamental para diminuir os agravos e complicações mais comuns neste período. Nessa concepção, o tempo de espera

para realização da consulta de revisão do parto é uma das prerrogativas para avaliação da satisfação das usuárias mediante a longitudinalidade do cuidado no pós-parto.

Nesse sentido, a Rede Cegonha instituída no âmbito do SUS, através da Portaria GM/MS Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, vem assegurar o fortalecimento das ações de proteção à saúde materna-infantil, conseqüentemente reduzir a morbimortalidade materna-infantil com ênfase no componente neonatal. Com isso, a Rede Cegonha foi organizada em quatro componentes, destacando-se, neste momento, o componente três definido como Puerpério e Assistência à Criança de até dois anos de idade. Assim, neste componente de puerpério, a Rede Cegonha assegura a mulher três diretrizes fundamentais para o cuidado puerperal por parte do serviço de saúde, que sejam: a visita/consulta puerperal domiciliar em tempo hábil, o incentivo ao aleitamento materno exclusivo e o planejamento familiar (BRASIL, 2011e).

Baseado nesta Política foi avaliado o tempo de espera para realização da consulta de revisão do parto, sendo percebido que, cerca de 90% das usuárias entrevistadas aptas a esta variável, conseguiram realizar a consulta puerperal antes dos 42 dias após o parto. Tal fato merece destaque no que concerne à ideia de consolidação da Rede Materna-Infantil no Rio Grande do Norte, tendo em vista que o mesmo é um dos estados brasileiros prioritários para a implantação da Rede Cegonha no âmbito do SUS (RIO GRANDE DO NORTE, 2011).

Portanto, avaliar o tempo de espera para realização da consulta de revisão do parto é garantir ao binômio mãe-filho, dentre outras coisas,

A responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados (BRASIL, 2013b, p. 39).

#### **4.4.3 Avaliando as Orientações Sobre o Cuidado no Pós-parto**

O puerpério é uma fase que requer alguns cuidados especiais, visando a prevenção de riscos e a promoção da saúde do binômio mãe-filho (MONTENEGRO; RESENDE FILHO, 2008). Nesse ínterim, as orientações transmitidas no pós-parto são fundamentais para a saúde materna, bem como para proporcionar o crescimento e desenvolvimento da criança de forma satisfatória.

O papel da Equipe Multiprofissional de Saúde nesse momento é primordial, pois ao entrar em contato com uma puérpera, seja na unidade de saúde ou na comunidade, necessita compreender os múltiplos significados da gestação para ela e sua família. Tal contextualização tem implicância em mudanças nas relações estabelecidas entre a puérpera e a criança, gerando mudanças na relação ao entendimento do autocuidado, bem como modificações em como ela percebe as mudanças corporais, o que interfere muitas vezes no processo de amamentação (BRASIL, 2013b).

Nessa concepção, aferiu-se perante as usuárias entrevistadas acerca da existência de orientações e informações prestadas pelos profissionais de saúde para o cuidado da puérpera e do recém-nascido durante o puerpério. Assim, percebeu-se que em sua grande parte, as usuárias receberam informações necessárias acerca das formas contraceptivas ofertadas, bem como da importância da amamentação e da existência de algum problema de desânimo, tristeza e depressão.

Em se tratando das formas contraceptivas a serem, possivelmente, utilizadas pela puérpera, muitos são os métodos contraceptivos disponíveis para uso no puerpério, quando se deve ter cuidado em especial com a lactação do recém-nascido. Entretanto, o acesso a essas formas contraceptivas, a orientação quanto ao planejamento familiar e a ativação do método contraceptivo são essenciais para agregar às necessidades da usuária a longitudinalidade do cuidado e ao poder de resolutividade na unidade de saúde. Portanto, é perceptível nesta análise/avaliação que, com relação acerca das informações sobre as formas contraceptivas às puérperas, as usuárias entrevistadas tiveram esse instrumento de informações para o seu planejamento familiar.

Com relação acerca da importância da amamentação, “a promoção do aleitamento materno deve ser vista como uma ação prioritária para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e de suas famílias” (GIUGLIANNI, 1994, p.1). Nesse caminho, é perceptível que uma das ações mais praticadas pelos profissionais de saúde da APS é a orientação quanto ao aleitamento materno para menores de seis meses de idade. Conseqüentemente a essa realidade, a promoção do aleitamento materno para crianças é bastante discutida no campo do cuidado e benefícios para o binômio mãe-filho, sendo enfatizados os seus impactos na redução da morbimortalidade infantil, no estado nutricional das crianças, no fortalecimento do sistema imunológico da criança, na prevenção de neoplasias e na contracepção natural na mãe.

Referenciando as informações atribuídas aos aspectos emocionais do puerpério, muitas são as discussões e necessidades de habilidades fundamentais para os profissionais de saúde

que atuam na Atenção Básica. Para tanto, os mesmos devem permitir que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, garantindo a atenção resolutiva para a continuidade do cuidado e, quando necessário, possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe de saúde (BRASIL, 2013b). Enfim, trabalhando nesses moldes sem dúvidas promoverá o alívio de ansiedades, a superação de dúvidas e de temores, ampliando o nível de segurança no pós-parto.

Estudos evidenciam que,

Pôde-se perceber que o suporte emocional e informativo proporcionado pela enfermeira à mulher durante o trabalho de parto e o parto reduziu o medo, a ansiedade e o sofrimento, proporcionando a aquisição de autoconfiança, resposta comportamental adaptativa relevante para a evolução do trabalho de parto e para a eclosão de um parto com tranquilidade (RODRIGUES et al., 2006, p. 278).

Portanto, mais uma vez, este estudo traduz que, as práticas vividas pelas equipes da ESF no Rio Grande do Norte fomentam o ideário de transmissão de informações necessárias mediante a consulta de revisão do parto, enquanto processo de cuidado longitudinal e inferência à qualidade da saúde materna-infantil.

Outrossim, se faz necessário discutir as variáveis/indicadores de realização de exame ginecológico e exame das mamas no puerpério. Variáveis estas que obtiveram mediante a pesquisa avaliativa, índices altos no tocante a não realização dos mesmos durante a consulta de revisão do parto. Esta realidade transparece em um forte indício de um ciclo vicioso, por parte dos profissionais de saúde, na rotina da consulta puerperal, onde nesta consulta predominam as ideias hegemônicas de amamentação, aspectos emocionais e oferta de métodos contraceptivos.

O “Manual Técnico – Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada” expõe os passos para organização da consulta puerperal, dentre eles destacamos a realização da “avaliação clínico-ginecológica, incluindo exame das mamas” (BRASIL, 2006, p. 84), entretanto, percebemos que este passo é divergente ao resultado obtido neste estudo, contrariando o que diz a literatura pertinente, haja visto um percentual de baixa execução durante as práticas das EAB ao longo da consulta puerperal no Rio Grande do Norte.

Portanto, compreender a importância das orientações sobre o cuidado na fase puerperal é fundamental para a efetivação e consolidação da satisfação das usuárias/família perante os serviços de saúde pública. Pois, para fortalecer a APS pautada na Saúde da Família, torna-se necessário reorganizar a gestão dos sistemas de saúde, bem como os

processos de trabalho das Equipes Multiprofissionais de Saúde com consequente implementação da qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo amplo pode-se afirmar que os resultados indicam um quadro positivo de satisfação das usuárias acerca da Atenção à Saúde da Mulher no estado do Rio Grande do Norte perante as ações empreendidas pela APS. Esse quadro de satisfação das usuárias é reflexo da intensificação de várias políticas e programas instituídos pela gestão no âmbito da Saúde da Mulher no estado.

Outra análise importante que se extrai do presente trabalho é a integração da APS com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Na tentativa de reorientação do Modelo de Atenção à Saúde, ao mesmo tempo, uma porta de entrada para garantia do acesso e da qualidade dos serviços prestados aos usuários e coordenadora deste conjunto de cuidado.

Se faz necessário discutir diariamente com a gestão e com a assistência a perspectiva de se ter a resolutividade das ações nos serviços de saúde não enquanto teoria, mas sim como prática efetiva de avaliação, planejamento e reorganização dos serviços direcionadas para os processos/práticas de acolhimento ao usuário, tendo a ESF papel fundamental para promoção do cuidado longitudinal na produção dos serviços de saúde.

Percebe-se como ponto negativo à coordenação do cuidado refletido na satisfação das usuárias, as marcações de consultas subsequentes, tendo em vista que boa parte das mulheres entrevistadas referiram que este agendamento não existe. Ao mesmo tempo, percebe-se como grande prioridade no planejamento do cuidado nos serviços de saúde o acolhimento à demanda espontânea tendo em vista que agregá-la a agenda programada nos serviços de saúde no âmbito da APS é romper com modelos de cuidado tradicionais hegemônicos, bem como com a própria cultura dos usuários em buscar os serviços de saúde quando da doença já instalada.

Ademais, é perceptível que há uma concentração da realização de intervenções da APS no campo da Enfermagem, fato este que implica nas fragilidades das competências e concepções dos processos de trabalho das Equipes Multiprofissionais de Saúde. Consequente a isso, pressupõe-se que a ida dos usuários a outros estabelecimentos de saúde, que não sejam a UBS do seu território, em busca de assistência, seja um dos fatores determinantes para a insatisfação das usuárias em obter a atenção integral à saúde individual e coletiva.

Assim, é consenso que na área da atenção à saúde da mulher existem grandes desafios a serem vencidos na melhoria da qualidade da assistência, no impedimento de mortes evitáveis e nos seus direitos reprodutivos. Neste sentido, cabe reforçar a necessária



conjugação de esforços que devem dirigir-se à implementação e avanços no âmbito das políticas e das práticas profissionais em saúde.

Os resultados obtidos neste Estudo apontam para fatores que devem ser discutidos entre os gestores estadual e municipais, bem como as Equipes da ESF implantadas no estado.

Fatores estes destacados a seguir:

1. Investir no fortalecimento dos processos de trabalho das Equipes Multiprofissionais de Saúde da APS, com vista à garantia do acesso, resolutividade e longitudinalidade do cuidado;
2. Traçar estratégias que venham proporcionar melhorias nas condições de vida e saúde da população;
3. A necessidade em se estabelecer ações de gestão do cuidado na APS, proporcionando autonomia dos sujeitos envolvidos e otimizando os fluxos de referências entre os pontos de atenção à saúde;
4. Trabalhar a promoção da saúde em seu sentido amplo, ou seja, que além de proporcionar o empoderamento dos sujeitos, consiga atingir seus determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença.

Nesse sentido, é fundamental colocar a formação de parceiras público-institucionais e não-governamentais para o fortalecimento e busca da consolidação da APS enquanto modelo (re)orientador da Atenção à Saúde individual e coletiva, com também envolver os usuários nas discussões que priorizem a melhoria da prestação dos serviços de saúde.

Portanto, a avaliação da satisfação dos usuários nos serviços de saúde é fundamental entre todos os atores envolvidos no processo de consolidação do SUS. Assim, repensar as práticas profissionais, reorganizar os processos de trabalhos das Equipes Multiprofissionais de Saúde, viabilizar recursos financeiros, insumos e materiais, planejar e sistematizar novas ações de atenção à saúde, são requisitos necessários para a garantia de atenção integral à saúde da população, conseqüentemente, consolidar os princípios basilares da Universalidade, Equidade e Integralidade do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ANVERSA, E. T. R. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- BASTOS, P. F. Saúde Pública e Meio Ambiente: o programa de saúde da família como estratégia para a reorientação do modelo de atenção à saúde. **Revista de Geografia – UFPE**, Recife, v. 24, n. 2, p. 24-35, maio/ago. 2007.
- BODSTEIN, R., et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/PROESF): considerações sobre o seu comportamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 725 - 731, 2006.
- BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.
- BRASIL. (2011a). Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília/DF: 2011.
- \_\_\_\_\_. (2011b). Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília/DF: 2011.
- \_\_\_\_\_. (2008). Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica. **Análise dos Indicadores da Política Nacional da Atenção Básica no Brasil.** 1. ed. Brasília/DF: 2008. 132p.
- \_\_\_\_\_. (2011c). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília/DF: 2011. 62 p.

\_\_\_\_\_. (2012). Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília/DF: 2012.

\_\_\_\_\_. (2011d). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília/DF: 2011, vol 1, 60 p.

\_\_\_\_\_. (2013a). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 - 2015**. Brasília/DF: 2013. 157 p.

\_\_\_\_\_. (2013b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atendimento a Demanda Espontânea**. Brasília/DF: 2011. Vol 1. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica).

\_\_\_\_\_. (2013c). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Banco de Dados da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília/DF: 2013.

\_\_\_\_\_. (2002). Ministério da Saúde. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. 2.ed. Brasília/DF: 2002, 122p.

\_\_\_\_\_. (2006) – Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada – Manual Técnico**. Brasília/DF: 2006. 65 p.

\_\_\_\_\_. (2011e). Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília/DF: 2011.

\_\_\_\_\_. (2004a). Ministério da Saúde. **Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**.

\_\_\_\_\_. (2004b). Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Redução da Mortalidade Materna-Infantil**. Brasília/DF: 2004.

\_\_\_\_\_. (2010). Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer (INCA)**. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acesso em: 05 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. (2011f). Ministério da Saúde. **Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília/DF: 2011, 26p.

CIAMPO, L. A. del, et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 739 -743, jul./set. 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul/sept 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017). Acesso em: 12 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos**. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000, p. 29-48.

CONTANDRIOPOULOS, A. P; CHAMPAGNE, F. et al. **L'évaluation dans le domaine de la santé Concepts et methods**. Disponível em: [http://www.pol.ulaval.ca/perfeval/upload/publication\\_202.pdf](http://www.pol.ulaval.ca/perfeval/upload/publication_202.pdf). Acesso em: 10 jan. 2014.

COTTA, R. M. M. A Satisfação dos Usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, PUCRS, v. 15, n. 4, Out./dez. 2005.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, nov. 2010.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the Quality of Medical Care**. Milbank Mem. Fund. Q. 44:166, Part 2, 1966.

\_\_\_\_\_. **Aspects of Medical Care Administration**. Boston: Havard University Press, 1973.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de Satisfação de Usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2014.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos Que Influenciam A Não-Realização do Exame de Papanicolau segundo a Percepção de Mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2. 7 p, abr./jun. 2009.

FIGUEIREDO, P. R.; ROSSONI, E. O Acesso a Assistência Pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a Ótica das Gestantes. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 29, n. 2. p. 238 – 45, 2008.

GERVAS, J. Atención Primaria fuerte es aquella que dispone de instrumentos que le permiten medir la calidad que ofrece (para su continuo mejoramiento). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, out./dez. 2013.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1171-1181, jun. 2006.

GIUGLIANNI, E. R. J. **Amamentação: como e por que promover**. 1994. Disponível em [http://www.jped.com.br/conteudo/94-70-03-138/port\\_print.htm#autor1](http://www.jped.com.br/conteudo/94-70-03-138/port_print.htm#autor1). Acesso em: 01 fev. 2014.

HADLEY, J.; HOLAHAN J. Is health care spending higher under medicaid or private insurance? **Inquiry**, v.40, n.4, p.323-342, 2004.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 419-421, 2002.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005, 275p.

HENRIQUES, T. G. P. **Tempo de espera no acesso a consultas médicas: influência do gradiente socioeconômico**. Coimbra/Portugal: p. 5 – 17, 2012. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde.

IBÃNEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 137-160, abr./jun. 2005.

LEMOS, E. R. et al. Uso de métodos anticoncepcionais por mulheres assistidas em área distrital e fatores determinantes. **Rev APS**, Juiz de Fora/MG, v. 14, n. 4, p. 417-423, out-dez 2011.

MAIA, C. S. et al. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2567-2574, 2011.

MATAMALA, M. I. et al. **Calidad de la atención, género: salud reproductiva de las mujeres**. Santiago: Ed. do autor; COMUSAMS; ACHNU, 1995.

MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org). **Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244p.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 607 p. ISBN 9788527713603.

MORI, D. S. B. C. Experiência: Consultas Médicas - Oferta, Demanda, Mudança Cultural e o Fim das Filas. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 78 - 87, abr./jun. 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008**. Cuidados Primários de Saúde: Agora Mais Que Nunca. 2008. 156p.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14(Supl. 1), p. 25-32, 1998.

PAIM, J. S. As Reformas Sanitárias e os Modelos Assistenciais. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 5. ed, p. 473 – 488, 1999.

\_\_\_\_\_. Modelos de Atenção à Vigilância em Saúde. *In*: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA, N. (Orgs.) **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 6.ed, 2003.

\_\_\_\_\_. (2011). **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

PAIM, J.S.; SILVA, L. M. V. **Desafios e Possibilidades de Práticas Avaliativas de Sistemas Universais e Integrais de Saúde**. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Org. Gestão

em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PEREIRA, M. S. L. C. et al. Evolução da mortalidade e dos anos potenciais e produtivos de vida perdidos por câncer de mama, em mulheres, no Rio Grande do Norte, entre 1988 e 2007. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde do SUS**. v. 20, n. 2, p. 161 – 172, abr./jun. 2011.

PINTO, H. A.; KOERNER, A.; FLORÊNCIO, A. R. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação**. Disponível em: [http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Artigo\\_PMAQ\\_Revista\\_02-07.-Final-docx1.pdf](http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Artigo_PMAQ_Revista_02-07.-Final-docx1.pdf). Acesso em: 02 dez. 2012.

RAVELLI, A. P. X. Consulta Puerperal de Enfermagem: Uma Realidade na Cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 29, n. 1, p. 54 – 59, mar 2008.

RIO GRANDE DO NORTE. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA. **Plano Diretor de Regionalização – PDR**. 2008.

\_\_\_\_\_. **Estado prioritário para implantação da Rede Cegonha**. Disponível em: <http://saude.rn.gov.br>. Acesso em: 01 fev. 2014.

ROCHA, P.M. et al. **Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro**: velhos e novos desafios. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S69-S78, 2008.

SAMICO, I. et al. Org. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, 196p.

SAVASSI, L. C. M. A Satisfação do Usuário e a Autopercepção da Saúde em Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 3-5, jan./dez. 2010. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/135/0>. Acesso em: 20 jan. 2014.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciências & Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.757-776, 2002.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. di G. do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

TRAD, L. A. B. et al. O. Estudo Etnográfico da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva** [on line], Rio de Janeiro, vol. 7, n.3, p. 581-589, 2002. ISSN 1413-8123.

UCHOA, S. A. C. et. al. Avaliação da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1061-1076, 2011. *In: DONABEDIAN, A. La calidad de la atención medica: definición, método e evaluación. Mexico: La Prensa Medica Mexicana, 1984.*

\_\_\_\_\_. Avaliação da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1061-1076, 2011. *In: FAVARO, P.; FERRIS, L.E. Program evaluation with limited fiscal and human resources. In: LOVE, A. J. (Ed.). Evaluation methods sourcebook. Ottawa: Societe Canadienne d'Evaluation, 1991.*

\_\_\_\_\_. Avaliação da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1061-1076, 2011. *In: DONA BED IAN , A. Explorations in Quality Assesment and Monitoring. Ann Arbor. Michigan: Health Administration Press. 1982.*

VELLOSO, V. B. **Organização de demanda espontânea e programada e acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: um relato de experiência**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2012. 32p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).



**APÊNDICE**

APÊNDICE A – Quadro: Objeto, Dimensões de Análises, Indicadores/Variáveis e Frequências

<b>OBJETO: Saúde da Mulher</b>		
<b>DIMENSÃO DE ANÁLISE</b>	<b>INDICADOR/VARIÁVEL (USUÁRIAS)</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
<b>Saúde da Mulher</b>	<b>III.10.1</b> - Quando a Senhora tem um problema ginecológico, consegue ser atendida na hora mesmo sem estar com a consulta marcada?	Sim Não Nunca precisou Não sabe/não respondeu
	<b>III.10.2</b> - Se não é atendida na hora, indique para quando a marcação da consulta é feita?	Mesmo dia Outro dia
	<b>III.10.3</b> - Se for para o mesmo dia, indique quanto tempo demora normalmente	De zero a 60 minutos De 60 a 120 minutos Acima de 120 minutos
	<b>III.10.4</b> - Se for para outro dia, indique quantos dias demora normalmente	De 1 a 15 dias De 16 a 30 dias De 31 a 60 dias Acima de 60 dias Não sabe/não respondeu/não lembra
	<b>III.10.5</b> - Após ser atendida, a senhora sai com a próxima consulta já marcada?	Sim Não Não sabe/não respondeu/não lembra
	<b>III.10.6</b> - A Senhora faz o exame preventivo do câncer do colo do útero (exame Papanicolau) nesta Unidade de Saúde?	Sim Não Nunca fez o exame Não sabe/não respondeu
	<b>III.10.7</b> - Porque a senhora não faz o exame preventivo nesta Unidade de Saúde?	A unidade fica longe de casa A unidade não faz o

		exame O atendimento é ruim na unidade Outro Não sabe/não respondeu
	<b>III.10.8</b> - Em qual outro local a Senhora faz o exame preventivo do câncer do colo de útero (exame Papanicolau)?	Em outra Unidade de Saúde Hospital Consultório particular Outro Não faz o exame em nenhum local
	<b>III.10.9</b> - Quando foi a última vez que a Senhora fez o exame preventivo do câncer do colo de útero (exame Papanicolau)?	De 0 a 6 meses De 7 a 12 meses Acima de 12 meses Não sabe/não respondeu
	<b>III.10.10</b> - Na (s) consulta (s) que a Senhora já fez exonesta Unidade de Saúde, foi orientada quanto à importância do exame preventivo de câncer de colo de útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer outro?	Sim Sim, algumas vezes Não Não sabe/não respondeu/não lembra
	<b>III.10.11</b> - Normalmente, quanto tempo depois a Senhora recebe o resultado do exame preventivo do câncer do colo de útero (exame Papanicolau)?	De 1 a 15 dias De 16 a 30 dias De 31 a 60 dias Acima de 60 dias Não sabe/não respondeu/não lembra
	<b>III.10.12</b> - Se já foi indicado, quanto tempo a Senhora esperou para fazer uma colposcopia (exame feito depois de algum resultado alterado no exame Papanicolau)?	De 0 a 15 dias De 16 a 30 dias De 31 a 60 dias Acima de 60 dias Não sabe/não respondeu/não lembra
	<b>III.10.13</b> - Na(s) consulta(s) o(s) profissional(ais) realiza(m)	Sim

	exames nas mamas da Senhora?	Sim, algumas vezes Não Não sabe/não respondeu/não lembra
	<b>III.10.14</b> - A Senhora precisou fazer o exame de mamografia?	Sim Sim, algumas vezes Não Não sabe/não respondeu/não lembra
	<b>III.10.15</b> - Quando precisou, a Senhora conseguiu fazer o exame de mamografia?	Sim Sim, algumas vezes Não procurou fazer o exame Não conseguiu Não sabe/não respondeu/não lembra
	<b>III.10.16</b> - Quanto tempo a Senhora esperou para fazer um exame de mamografia (indicada pelo (a) médico (a) por alterações do exame das mamas)?	De 0 a 15 dias De 16 a 30 dias De 31 a 60 dias Acima de 60 dias Não sabe/não respondeu/não lembra
	<b>III.10.18</b> - Os profissionais de saúde que atendem à senhora nesta unidade informam sobre métodos contraceptivos para a Senhora não engravidar? (Ex.: camisinha, anticoncepcional)	Sim Sim, algumas vezes Não Não sabe/não respondeu/não lembra

<b>OBJETO: Saúde da Mulher</b>		
<b>DIMENSÃO DE ANÁLISE</b>	<b>INDICADOR/VARIÁVEL (USUÁRIAS)</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
<b>Acolhimento Específico à Gestante</b>	<b>III.12.1</b> - A senhora teve algum problema ou urgência durante a gravidez? (ex: se sentiu mal, dor)	Sim Não Não se aplica

	<p><b>III.12.2</b> – Se sim, onde procurou atendimento?</p>	<p>Nesta Unidade de saúde</p> <p>Em outra Unidade de Saúde</p> <p>Hospital público</p> <p>Hospital particular</p> <p>Pronto-socorro 24 horas</p> <p>Outros</p>
	<p><b>III.12.3</b> - Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?</p>	<p>Porque precisa pegar ficha</p> <p>Porque não tem profissional na unidade</p> <p>Porque não atende à urgência</p> <p>Porque a unidade estava fechada no momento da urgência</p> <p>Outros</p>
	<p><b>III.12.4</b> - A senhora conseguiu ser atendida nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?</p>	<p>Sim</p> <p>Não</p> <p>Não sabe/não respondeu/ não lembra</p>
	<p><b>III.12.5</b> - Quanto tempo esperou para ser atendida?</p>	<p>De zero e 15 minutos</p> <p>De 16 a 30 minutos</p> <p>De 31 a 60 minutos</p> <p>Não sabe/não respondeu</p>
	<p><b>III.12.6</b> - Qual o profissional que atendeu a senhora?</p>	<p>Médico</p> <p>Enfermeiro</p> <p>Auxiliar/técnico de enfermagem</p> <p>Outro</p>

<b>OBJETO: Saúde da Mulher</b>		
<b>DIMENSÃO DE ANÁLISE</b>	<b>INDICADOR/VARIÁVEL (USUÁRIAS)</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
<b>Informações sobre o Pós-Parto</b>	<b>III. 13.1</b> – A senhora fez consulta de revisão do parto (consulta de puerpério)?	Sim Não Não se aplica Não sabe/Não respondeu/não lembra
	<b>III. 13.2</b> - A consulta revisão de parto (consulta de puerpério) foi feita quantos dias depois do parto?	De 1 a 7 dias De 8 a 14 dias De 15 a 40 dias Não sabe/não respondeu
	<b>III.13.3</b> - A Senhora fez a consulta de revisão do parto em que local?	Nesta Unidade Básica de Saúde Em outra Unidade Básica de Saúde Hospital do parto Consultório particular Hospital particular Em casa com profissional desta unidade Outro Não sabe /não respondeu
	<b>III.13.4</b> - Com qual profissional a Senhora fez a consulta de revisão do parto (consulta de puerpério)?	Médico Enfermeiro Outro
	<b>III.13.5</b> - A Senhora recebeu, na sua casa, a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto?	Sim Não Não sabe/não respondeu/ não lembra
	<b>III.13.6</b> - Foi perguntado sobre como a Senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão?	Sim Não Não sabe/não respondeu/ não

		lembra
	<b>III.13.7</b> - Foram ofertadas formas para a Senhora não engravidar? (métodos contraceptivos. Ex.: camisinha, anticoncepcional)	Sim Não Não sabe/não respondeu/ lembra não
	<b>III.13.8</b> - Foi realizado exame ginecológico na Senhora?	Sim Não Não sabe/não respondeu/ lembra não
	<b>III.13.9</b> - Foram examinadas as mamas da Senhora?	Sim Não Não sabe/não respondeu/ lembra não
	<b>III.13.10</b> - Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação?	Sim Não Não sabe/não respondeu/ lembra não