

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

MARCELA SILVESTRE

**ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA, CICLO 2012.**

PORTO ALEGRE

2014

MARCELA SILVESTRE

**ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA, CICLO 2012.**

Projeto de Pesquisa – Trabalho de Conclusão de Curso I, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva pelo Curso de Graduação em Análise de Políticas e Sistemas de Saúde – Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Professora Dra. Luciana Barcellos Teixeira.

PORTO ALEGRE

2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 REVISÃO DA LITERATURA	6
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral.....	12
3.2 Objetivos Específicos.....	12
4 METODOLOGIA.....	13
4.1 Tipo de estudo.....	13
4.2 Campo de estudo.....	13
4.3 População e amostra	14
4.4 Coleta dos dados	14
4.5 Análise dos dados	15
4.6 Aspectos éticos.....	15
5 CRONOGRAMA.....	16
6 ORÇAMENTO	16
REFERÊNCIAS	18
ANEXOS	21
ANEXO I – INDICADORES DO PMAQ	21
ANEXO II – QUESTIONÁRIO DO PMAQ.....	22

1 INTRODUÇÃO

A população brasileira é de 190.755.799 habitantes, sendo que as mulheres representam 51,03% desta população (IBGE, 2010). A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) vem promovendo importantes avanços no contexto geral de saúde das mulheres, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais. Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam forte impacto nas condições de saúde destas últimas, as questões de gênero, as quais se referem ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher as expõem a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2013).

O atendimento integral à saúde da mulher refere-se ao atendimento individualizado e singular, que deve ocorrer em todos os níveis de atenção à saúde. Nesse contexto, cabe destacar a Atenção Primária (ou Básica), que corresponde a porta de entrada da mulher nos serviços de assistência à saúde. A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a 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. Corresponde ao primeiro nível de atenção, utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido (BRASIL, 2012). Vale ressaltar que neste nível de atenção, a ideia de resolver não se restringe à elaboração de um diagnóstico de doença ou disfunção no corpo e

oferta dos tratamentos correspondentes. A AB visa também, além do manejo específico dos agravos, ações de prevenção e promoção de saúde, identificação de necessidades que devem ser respondidas por outros serviços que não os da rede de saúde, e a referência do usuário a níveis mais complexos do sistema. Para que o nível básico de atenção à saúde seja capaz de oferecer uma atenção integral é fundamental a interação ativa entre provedor e usuário (TEIXEIRA, 2005).

Dentro da AB, existe uma série de questões específicas à saúde da mulher, que corresponde ao atendimento adequado para esse grupo, incluindo a abordagem em todas as faixas etárias e também no ciclo gravídico-puerperal. No Brasil, a qualidade da AB tem sido questionada, pois uma avaliação permite a identificação de dificuldades e a proposta de melhorias. Nesse sentido, para avaliar a AB, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) - AB, um programa de âmbito nacional. O PMAQ-AB foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos, nos quais o Ministério da Saúde (MS) e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da AB em todo o Brasil (BRASIL, 2012).

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional. Contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família (SF) e de AB parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal. Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos. O programa está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e pactuação (BRASIL, 2012).

O PMAQ-AB se insere em um contexto no qual o governo federal, progressivamente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no

Sistema Único de Saúde (SUS) e se propõe a avaliar a qualidade da atenção à saúde da mulher, entre outros grupos específicos. A relevância de conhecer a qualidade da atenção à saúde da mulher na AB baseia-se na premissa de que a AB é considerada um dos principais pilares organizativos de qualquer sistema de saúde, configurando-se como o primeiro contato do usuário com o sistema. O nível básico de atenção à saúde tem um grande potencial de resolver parte significativa das queixas/demandas apresentadas pelos usuários (WHO, 2008), e se constitui também como um lugar privilegiado do ponto de vista da promoção e prevenção de agravos à saúde.

Este projeto se propõe a utilizar dados do módulo III do PMAQ-AB, para avaliar a qualidade da atenção à saúde da mulher no Brasil, a partir as entrevistas que foram conduzidas nas unidades de saúde que aderiram ao primeiro ciclo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A saúde da mulher no Brasil foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas décadas iniciais do século XX, nessa ocasião as demandas eram limitadas a gestação e parto. Os programas elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 eram materno-infantis, baseados na especificidade biológica de um olhar reduzido do papel da mulher, apenas como reprodutora responsável pela criação de filhos (BRASIL, 1984). Atualmente, as mulheres caracterizam, no âmbito das ações e serviços de saúde no Brasil, uma população prioritária, para a qual o planejamento e a concretização de ações é destino de numerosos recursos financeiros, humanos e intelectuais. Tal condição desenvolveu-se ao longo dos últimos trinta anos, sendo potencializada após a Reforma Sanitária brasileira e a implantação do Sistema Único de Saúde.

Em 1984, iniciou-se, no Brasil, uma ação coordenada entre governo federal, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, baseada nas condições sanitárias e epidemiológicas da população, tendo como um de seus resultados a elaboração do Programa “Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM). O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente

pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família (BRASIL, 1984).

Uma análise das ações de atenção à saúde da mulher realizada de 1998 a 2002 afirmou que apesar do discurso integralizador, ainda assim, as políticas públicas voltadas a essa área do cuidado, mantiveram a ênfase na resolução de problemas de ordem reprodutiva. Além disso, destaca-se a preocupação constante com os cânceres que atacam a saúde da mulher, que do ponto de vista epidemiológico, apresentam elevada incidência e taxa de mortalidade. Por outro lado, pôde ser observada a incorporação de um novo tema, a redução da violência sexual, demonstrando a preocupação dessas políticas em atender a mulher em seus aspectos mais gerais (BRASIL, 2004).

As mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do SUS. Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade. A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004).

As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde. Segundo Corral (2000), as dificuldades enfrentadas pelas mulheres podem ser demonstradas pela diferenciação dos salários entre elas e os homens, mesmo quando realizam trabalhos idênticos, e também pelo crescimento do número de famílias pobres chefiadas exclusivamente por mulheres. Para essa autora, muitos fatores devem ser analisados para se identificar as desigualdades existentes no Brasil.

Segundo Laurenti (2002), em pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, analisando óbitos em mulheres de 10 a 49 anos (ou seja, mulheres em idade fértil), as dez primeiras causas de morte encontradas foram as seguintes, em ordem decrescente:

acidente vascular cerebral, AIDS, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero. Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM). Este reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004). Apesar disso, cabe novamente destacar que o enfrentamento ao câncer de colo de útero e mama precisa ser reforçado na AB, destacando-se os exames preventivos, que podem rastrear essas doenças, representando oportunidades de tratamentos e cura, impactando assim nas taxas de mortalidade inclusive.

Mais especificamente sobre rastreamento de cânceres, cabe ressaltar algumas ações de extrema relevância, já citadas anteriormente, que são ofertadas para saúde da mulher na AB, como o exame Citopatológico (CP), o Exame Clínico das Mamas (ECM) e a mamografia, desde a implantação do PAISM, em 1984, que previa que os serviços básicos de saúde proporcionassem às mulheres atividades de prevenção do câncer. Logo após a criação do SUS, Constituição 1988, e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde, 1990, identificaram-se a necessidade da ampliação de atendimento na rede primária articulando com as redes de serviços de nível secundário e terciário para realizar o atendimento mais adequado as mulheres. Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005). A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006, por meio da inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios, para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (INCA, 2011). Baseados nos princípios do SUS, os serviços de níveis primários seguem as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) com orientação e encaminhando as usuárias para a realização do exame do colo do útero e de mama. Também se faz aconselhamento em saúde, onde se envolve desde orientações para uma vida sexual saudável e reprodutiva com planejamento adequado, bem como a adoção de uma alimentação mais saudável e prática regular de atividade física, atividades que podem auxiliar em menores chances de desenvolver a neoplasia.

Nos últimos anos, tem se pensado em estratégias para mensurar a qualidade da atenção primária, dentre essas estratégias está o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Lançado em 2011, o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011, tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. É produto de um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, Ministério da Saúde, gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). O processo de implementação foi organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização).

O PMAQ-AB trabalha com 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso: Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de avaliação externa e que serão utilizados para a classificação das Equipes de Atenção Básica (EAB), conforme o seu desempenho; Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às EAB no processo de avaliação externa. Os indicadores (**ANEXO I**) se referem a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis), assim como as iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência), buscando sinergia entre o PMAQ-AB e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo. Cumpre destacar, ainda, que os indicadores definidos para contratualização no PMAQ-AB guardam relação com os indicadores historicamente pactuados no âmbito do Pacto pela Saúde e com os indicadores utilizados para a construção do Indicador Nacional de Saúde, no âmbito do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS.

No Módulo III do PMAQ-AB, ao consistir em uma ação de avaliação externa das ações e serviços prestados pelas Equipes de Saúde da Família contratualizantes, inclui em seu

instrumento de coleta de dados um bloco específico de questões relacionadas à saúde da mulher, acompanhando o estabelecido ao longo de trinta anos no âmbito da Saúde Pública no país. Dentre as questões, utilizadas neste módulo, que fazem parte do bloco direcionado à saúde da mulher, cita-se o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e o exame preventivo de câncer de mama.

A importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população. Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País (BRASIL, 2013).

A AB tem, entre suas atribuições, o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde. Nesse sentido, ela acompanha os usuários longitudinalmente, mesmo quando ele demanda de um serviço especializado ou de uma internação, e é responsável pela coordenação das ações dos diversos serviços sobre os profissionais. Ela ainda é responsável pela articulação dos diversos serviços e unidades de saúde que compõem as redes, participando na definição de fluxos e elenco das necessidades de saúde de determinada população (BRASIL, 2013). Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2008, ocorreram 1.384.155 casos novos de câncer da mama em todo o mundo, o que torna o tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Nesse mesmo ano, foram registrados cerca de 530 mil casos novos de câncer do colo do útero (WHO, 2008).

As ações de promoção ocorrem sobremaneira na atenção básica, que está mais próxima do cotidiano das mulheres e as acompanha ao longo da sua vida. As abordagens educativas devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos, como grupos, atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE), outras abordagens

grupais da equipe, seja em momentos individuais de consulta. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem como dos sinais de alerta que podem significar câncer. O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção (BRASIL, 2013).

O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Tais alterações genéticas podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, levando ao surgimento do tumor. Considerado problema de saúde pública, o câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade do câncer de mama se manifesta pelas diferentes apresentações clínicas e morfológicas, variadas assinaturas genéticas e consequente variação nas respostas terapêuticas (BRASIL, 2013). O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458 mil óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (WHO, 2008). No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na Região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2011, foram estimados 49.240 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 49 casos por 100 mil mulheres (BRASIL, 2013). A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,28 óbitos por 100 mil mulheres em 2009. As regiões Sul e Sudeste são as que apresentam as maiores taxas, com 12,7 e 12,62 óbitos por 100 mil mulheres em 2009, respectivamente (INCA, 2012).

No contexto de Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde instituiu quatro compromissos prioritários (Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011), entre eles o fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2011a). Com o intuito de garantir esse compromisso foi lançado, em 2011, o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, que tem entre seus objetivos reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres.

Em conformidade com o objetivo do PMAQ-AB de avaliar qualidade, o PNAISM reforça a humanização da atenção à saúde à mulher, concebendo que humanização e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis. Nesse sentido, é imprescindível considerar que humanizar é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável, devendo ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contra referência, disponibilidade de informações e orientação da clientela e a sua participação na avaliação dos serviços. A mulher, a partir de então, é vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas, tendo em vista que à medida que a mulher é incluída nesse processo, há garantia do atendimento de suas reais necessidades aumentando a qualidade da assistência. Isso reforça a importância de se trabalhar com questões dirigidas às mulheres, para que elas possam ser sujeitos de pesquisa, quando a proposta inclui a avaliação da qualidade dos serviços ofertados.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a qualidade do atendimento à saúde da mulher na AB, a partir do PMAQ-AB, ciclo 2012, na perspectiva da mulher.

3.2 Objetivos Específicos

- (A) Descrever as variáveis relacionadas à qualidade do atendimento à saúde da mulher na AB, no que se refere ao atendimento voltado para prevenção de câncer de mama, de útero e problemas ginecológicos, nas cinco regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

- (B) Comparar os respectivos resultados de cada região brasileira.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, baseado na epidemiologia social, cujo delineamento consiste num estudo epidemiológico ecológico. A ciência é à busca da veracidade dos fatos de forma verificável, fundamental é para ela a pesquisa. Respalhando essa afirmativa, tem-se em Marconi e Lakatos que “a pesquisa tem importância fundamental no campo das ciências sociais, principalmente na obtenção de soluções para problemas coletivos” (p.18). A pesquisa social é definida por Gil (1999) como

(...) o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problema mediante o emprego de procedimentos científicos. A partir dessa conceituação, pode-se, portanto, definir pesquisa social como o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social”(p.42).

É preciso, de acordo com Gunther (2006), que aquele que busca a construção do conhecimento, através da pesquisa, utilize formas complementares, e não isoladas, de utilização da pesquisa quantitativa e qualitativa, sem se prender a um ou outro método, adequando-os para solução do seu problema de pesquisa. Com efeito, a partir dessa visão, percebe-se que as duas abordagens, qualitativa e quantitativa, vistas até certo tempo como antagônicas, podem apresentar um resultado mais considerável e significativo, se utilizadas na pesquisa de um mesmo problema. Apesar desta descrição reconhecemos o foco específico de cada abordagem, portanto, compreendemos que a pesquisa quantitativa utilizada nesse estudo foi para a objetividade necessária para a construção de levantamento de dados aplicando um instrumento padronizado (questionário).

As variáveis aqui utilizadas relacionam-se ao campo dos determinantes e condicionantes da saúde para uma população específica, o que caracteriza o delineamento do estudo como epidemiológico (COSTA E BARRETO, 2003).

O termo ecológico refere-se ao agregado de informações que serão analisadas, cujo agrupamento de comparações consiste na divisão das cinco regiões brasileiras.

4.2 Campo de estudo

O presente estudo foi realizado em estabelecimentos de saúde da AB do Brasil que

aderiam ao primeiro ciclo do PMAQ-AB, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, e com a pactuação das três esferas de gestão do SUS. Neste primeiro ciclo, o PMAQ-AB foi conduzido em mais de trinta mil estabelecimentos de saúde em todo país.

4.3 População e amostra

De acordo com Oliveira (1999) a população é um conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum a ser estudada. E da população foi obtida uma amostra, onde conforme Marconi e Lakatos (1999, p.43), “é uma porção ou parcela do universo (população); é um subconjunto do universo”.

A população deste estudo são todas as mulheres que utilizam a AB em saúde. A amostra se constitui das respondentes dos estabelecimentos de AB em saúde que receberam o PMAQ-AB no primeiro ciclo. Para critério de exclusão utilizou-se: (a) usuárias que na ocasião da entrevista estavam comparecendo pela primeira vez no estabelecimento e (b) usuárias que haviam deixado de frequentar o estabelecimento por um período superior a doze meses.

Para viabilizar a pesquisa foram aplicados questionários aos usuários, durante o Módulo III do PMAQ, para obter informações sobre questões relacionadas à qualidade da atenção à saúde da mulher.

4.4 Coleta dos dados

Para coletar os dados de uma pesquisa utilizam-se dados primários e secundários. Para Mattar (1996, p.134), “dados primários são aqueles que não foram antes coletados, estando ainda em posse dos pesquisadores, e que são coletados com o propósito de atender às necessidades específicas da pesquisa em andamento”.

Neste trabalho foram utilizados dados secundários, oriundos de questionários aplicados in loco a cinco usuários de cada estabelecimento de saúde cujas equipes eram participantes do PMAQ-AB. A aplicação foi realizada por pesquisadores de campo vinculados à Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, associada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (ABRASCO, 2014), através da utilização de dispositivo eletrônico do tipo tablet. As perguntas de cada bloco foram direcionadas a perfis específicos de usuários, aplicadas de acordo com as características pessoais de cada entrevistado. O bloco de

perguntas encontrado no módulo III (**ANEXO II**) são as que dão origem a este trabalho inédito.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados ocorrerá com a utilização do software SPSS® versão 20.

Assim sendo, para alcançar os objetivos apresentados será utilizada a estatística descritiva. As variáveis qualitativas serão apresentadas com o uso de categorias, números absolutos e frequências. Para as variáveis contínuas será analisado o tipo de distribuição, se distribuição normal, a apresentação ocorrerá por média e desvio padrão, se distribuição não normal, a apresentação ocorrerá com uso de mediana e amplitude interquartílica.

Para as comparações será utilizado o teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson e nível de significância de 5%.

4.6 Aspectos éticos

As normas sobre ética em pesquisa com seres humanos sintetizam o que determinada sociedade considera correto e justo para guiar o comportamento dos pesquisadores, num dado momento histórico. Implicam, portanto, uma discussão sobre a ciência e sua inserção social. A produção científica é sempre parcial, provisória, e resulta de decisões sociais sobre o que e como pesquisar (SHUCH, 2010). Senso assim é necessário o estabelecimento de regras, princípios e procedimentos uniformes que sejam normatizados para que as infrações éticas sejam evitadas. A pesquisa com seres humanos no Brasil tem como marco regulatório a Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que, entre outros aspectos, estabeleceu a necessidade da avaliação dos estudos envolvendo seres humanos por um Comitê de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa atende as exigências éticas estabelecidas e preconizadas na resolução 466/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (número de aprovação CEP UFRGS: 21904) projeto de pesquisa de maior amplitude, que dá acesso a dados do PMAQ para fins de pesquisa, intitulado “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”.

Nesse estudo não foi necessário o emprego de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados utilizados são secundários e oriundos da quarta fase do PMAQ-AB (Avaliação Externa), estando de acordo com a Resolução n. 466/12. Esse estudo também possui finalidade secundária acadêmica, sendo de responsabilidade da Coordenação do PMAQ disponibilizar a permissão aos dados do bloco sobre saúde da mulher no módulo III, através do preenchimento e envio do termo de referência para a coordenação, esses dados ficam disponibilizados para a acadêmica. Esses dados são disponibilizados aos docentes vinculados a universidades que aderiram ao programa e são ligadas a rede de pesquisa em AB.

5 CRONOGRAMA

Quadro 1 – Cronograma do projeto de pesquisa.

Atividades	Dez 2014	Jan 2015	Fev 2015	Mar 2015	Abr 2015	Mai 2015	Jun 2015	Jul 2015
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X			
Análise dos dados					X	X		
Elaboração do Artigo						X	X	
Divulgação e Entrega do Estudo para o Acervo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul								X

Fonte: a autora

6 ORÇAMENTO

Os custos para realização desse trabalho de conclusão de curso são de responsabilidade da autora.

A análise dos dados será realizada utilizando-se o software SPSS® versão 20, cuja aquisição é desnecessária, pois serão utilizados, para confecção do presente estudo, os computadores do Laboratório de Informática da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que contam com licença para uso e estão disponíveis ao acesso da comunidade acadêmica.

Quadro 2 – Orçamento do projeto de pesquisa.

Material	Quantidade	Preço unitário	Total
Papel A4 (Em. 500 Un.)	1	R\$ 14,00	R\$ 14,00
Pasta e Embalagem	5	R\$ 5,00	R\$ 25,00
Caneta esferográfica	2	R\$ 2,00	R\$ 4,00
Impressão	3	R\$ 20,00	R\$ 60,00
Subtotal		R\$ 41,00	R\$ 103,00
Total			R\$ 103,00

Fonte: A autora (2014).

REFERÊNCIAS

ABRASCO. PMAQ: **Comunicado aos gestores e profissionais de saúde da Atenção Básica**. 2014. Disponível em <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/2014/07/28/pmaq-comunicado-aos-gestores-e-profissionais-de-saude-da-atencao-basica>>. Acesso em 02 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; 2004. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em 01 nov. 2014.

BRASIL. 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/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <> Acesso em 21 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf> Acesso em 18 fev. 2015.

CORRAL, T. **Agenda social. In: Agenda de desenvolvimento humano e sustentável para o Brasil do Século XXI**. Programa Regional de Estratégias e Desenvolvimento Local. Brasília: Instituto de Política; PNUD, 2000.

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil**. Brasília: NESP; CEAM; UnB, 1999. Mimeo.

COSTA, Ana Maria. **Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil Ciênc. saúde coletiva** vol.14 no.4 Rio de Janeiro Jul/Ago. 2009 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014> Acesso em 21 fev. 2015.

FREITAS G, L; VASCONCELOS C,T,M; MOURA E,R,F; PINHEIRO A,K,B. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**. Rev. Eletr. Enf. 2009. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a26.htm> Acesso em 15 nov. 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GÜNTHER, Hartmut. **Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a questão?** Disponível em. <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>> Acesso em 15 nov. 2014.

HEALTH EMPOWERMENT, RIGHTS AND ACCOUNTABILITY – HERA. **Direitos sexuais e reprodutivos: idéias para ação.** [S.l.: s.n.], [19- -]. Folder elaborado com base nos conceitos e acordos da CIPD, 1994 e da Conferência Mundial da Mulher, 1995. Hera Secretariat, web site. Disponível em: <<http://www.eldis.org/go/home&id=20450&type=Document#.VSxJbHrF-Ws>> Acesso em 30 jan. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA) **Atlas da mortalidade.** Brasília, 2012.

LIMA-COSTA, MF; BARRETO, S, M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(4):189–201. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003> Acesso em 02 nov. 2014.

LAURENTI, Ruy; JORGE, M. H. de M.; GOTLIEB, S. L. D. (Org.). **Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna.** [Brasília]: Ministério da Saúde; OPAS; USP, 2002.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa.** 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

OLIVEIRA, P. R. Djalma. **Sistemas, Organização e Métodos: Uma abordagem gerencial.** 15.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

SHUCH, P. Multiplicando perspectivas e construindo verdades parciais. In: FLEISCHER, S.; SHUCH, P. (Orgs.). **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica.** Brasília: Letras Vivas, 2010. p. 91-98.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer Control: knowledge into action: who guide for effective programmes: early detection.** Switzerland: WHO, 2008. Disponível em <<http://www.who.int/cancer/modules/en/>> Acesso em 02 abr. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. Disponível em <http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/> Acesso em 31 mar. 2015.

ANEXOS

ANEXO I – INDICADORES DO PMAQ

Quadro 1 – Síntese dos indicadores selecionados

Área Estratégica	Natureza do Uso		Total
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da mulher	6	1	7
2. Saúde da criança	6	3	9
3. Controle de <i>Diabetes mellitus</i> e hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
4. Saúde bucal	4	3	7
5. Produção geral	4	8	12
6. Tuberculose e hanseníase	0	2	2
7. Saúde mental	0	4	4
Total	24	23	47

ANEXO II – QUESTIONÁRIO DO PMAQ

III.10	Saúde da mulher	
III.10.1	Quando a senhora tem um problema ginecológico, consegue ser atendida na hora mesmo sem estar com a consulta marcada? (Se SIM, passar para a questão III.10.5. Se NUNCA PRECISOU, passar para a questão III.10.6.)	Sim
		Não
		Nunca precisou
		Não sabe/não respondeu
III.10.2	Se NÃO é atendida na hora, indique para quando a marcação da consulta é feita:	Mesmo dia
		Outro dia
III.10.3	Se for para o mesmo dia, indique quanto tempo demora normalmente:	Minutos
		Não sabe/não respondeu
III.10.4	Se for para outro dia, indique quantos dias demora normalmente:	Dias
		Não sabe/não respondeu
III.10.5	Após ser atendida, a senhora sai com a próxima consulta já marcada?	Sim
		Não
III.10.6	A senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) nesta unidade de saúde? (Se SIM, passar para a questão III.10.9. Se NUNCA FEZ O EXAME, passar para a questão III.10.14.)	Sim
		Não
		Nunca fez o exame
		Não sabe/não respondeu
III.10.7	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(s)
III.10.8	Em qual outro local a senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau)?	Em outra unidade de saúde
		Hospital
		Consultório particular
		Não faz o exame em nenhum local
		Outro(s)
III.10.9	Quando foi a última vez que a senhora fez o exame preventivo de câncer do colo de útero (exame Papanicolau)?	Meses
		Não sabe/não respondeu

III.10.10	Na(s) consulta(s) que a senhora já fez nesta unidade de saúde, foi orientada quanto à importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer outro?	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.11	Normalmente, quanto tempo depois a senhora recebe o resultado do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau)?	Dias
		Não sabe/não respondeu
III.10.12	Já foi indicado para a senhora fazer uma colposcopia (exame feito depois de algum resultado alterado no exame Papanicolau)?	Sim
		Não
		Nunca precisou
III.10.12/1	Quanto tempo a senhora esperou para fazer?	Dias
III.10.13	Na(s) consulta(s), o(s) profissional(ais) realiza(m) exames nas mamas da senhora?	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.14	A senhora precisou fazer o exame de mamografia? (Se NÃO, passar para a questão III.10.17.)	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.15	Quando precisou, a senhora conseguiu fazer o exame de mamografia? (Se NÃO, NÃO PROCUROU FAZER O EXAME ou NÃO CONSEGUIU passar para a questão III.10.17.)	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não procurou fazer o exame
		Não conseguiu
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.16	Quanto tempo a senhora esperou para fazer um exame de mamografia (indicada pelo(a) médico(a) por alterações do exame das mamas)?	Dias
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.17	A senhora já foi encaminhada para fazer uma consulta com o(a) médico(a) ginecologista, em outra unidade de saúde?	Dias
		Nunca foi encaminhada
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.18	Os profissionais de saúde que atendem a senhora nesta unidade informam sobre métodos de proteção/prevenção para a senhora não engravidar? (ex.: caminha, anticoncepcional)	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra