

Análise e Aplicação do Modelo REHUWA para Avaliação de Resultados dos Serviços de Saúde no Município de Ituiutaba/MG: Um Estudo do Programa de Planejamento Familiar

Aluna
Elisama Elda Sunamita da Silva (FACES-UFU)
elisama_elda@yahoo.com.br

Prof. Orientador
Dr. Victor Manuel Barbosa Vicente (FACES-UFU)
victorvicente.unb@gmail.com

Resumo

O presente artigo tem por objetivo avaliar os resultados do Programa de Planejamento Familiar no município de Ituiutaba/MG a partir da aplicação do modelo REHUWA. O estudo é de caráter descritivo e a abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas com servidores e aplicação de questionários a 205 usuários do programa. Os principais achados apontam que a) o programa possui uma razoável cobertura ofertando um número importante de atendimentos; b) o programa não tem foco nos cuidados e atenção à concepção; c) há a oferta diária dos métodos contraceptivos; d) existe dificuldade na oferta de contracepção cirúrgica devido a problemas de orçamento do município e; e) quanto ao atendimento, houve apontamento para a cordialidade da equipe com os usuários, os quais o avaliaram como sendo positivo. Conclui-se, ao analisar os processos e resultados, que apesar de algumas dificuldades apontadas pelos servidores e usuários, no geral, o programa atende positivamente aos objetivos institucionais, legais e de política pública.

Palavras-Chave: Avaliação de Resultados, Planejamento Familiar, Programa de Saúde Pública.

1. Introdução

O tema “políticas públicas” é tido como relevante em diversos contextos, seja econômico, administrativo, social, político ou ambiental, dentre outros, visto que a partir dessas políticas é que se define o ritmo do funcionamento de um município, estado e país; assim como os ritos da gestão pública no geral. Neste contexto, Wu *et al.* (2014), afirmam que os gestores envolvidos com políticas públicas têm uma grande responsabilidade, visto que esse processo vai além da tomada de decisão, pois o desenho das políticas públicas é mais abrangente e envolve atividades como definição de agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação.

No contexto das políticas públicas, a avaliação, é vista como uma etapa importante do processo que, sendo bem realizada, permite ao gestor executar melhorias no processo decisório quanto a política, programa e/ou projetos avaliados, admitindo mantê-los caso se mostrem eficientes, aprimorá-los quando apresentarem algumas falhas e até mesmo descontinuar-los ou decidir pela não implantação caso estes não produzam os resultados desejados ou não provoquem impactos esperados. Portanto, a compreensão do sucesso e do fracasso das políticas públicas é fundamental para o melhor desempenho da administração pública.

Para Wu *et al.* (2014), a atividade de avaliação é fundamental por medir o grau em que uma política pública está atingindo os seus objetivos e, caso contrário, indicar o que pode ser feito para otimizá-la. Serpa (2014) corrobora que a avaliação deve servir para a tomada de decisão, aprendizado ou promoção da *accountability*, afim de alcançar seus devidos fins; o que é reforçado por Trevisan e Bellen (2008) que afirmam que, para que as experiências advindas desse processo sejam incorporadas no processo de decisão, a avaliação deve proporcionar informação que seja crível e útil.

Vale ressaltar que o termo *accountability*, segundo Rocha (2008), citado por Rocha (2011), é a responsabilização permanente dos gestores públicos no que diz respeito aos atos que praticam utilizando do poder que a sociedade lhes concede, sendo que a *accountability* é realizada a partir de ações que representem alguma forma de sanção (legal ou moral) que gere embaraço ou constranja de forma efetiva a atividade desenvolvida pelo agente.

Para fins desta pesquisa será utilizado o modelo de avaliação e monitoramento de serviço de atenção primária à saúde aqui denominado por REHUWA em referência às iniciais dos autores Reeve, Humphreys e Wakerman (2015) que o desenvolveram e validaram através de métodos mistos, entrevistas e revisão bibliográfica. Serão feitas, algumas adaptações desse framework aos objetivos desta pesquisa onde alguns dos indicadores serão utilizados para avaliar o Programa de Planejamento Familiar desenvolvido no Centro de Saúde da Mulher Ituiutabana “Irmã Savina” no município de Ituiutaba/MG.

O Programa de Planejamento Familiar consiste em ações que direcionam e auxiliam pessoas planejam ter filhos ou adiar a vinda destes e é um direito assegurado a todos pela Constituição Federal e, também pela Lei nº 9.263 de 1996 que garante a oferta gratuita de todas as técnicas e métodos de concepção e contracepção seguros e que não coloquem a vida e saúde das pessoas em risco (Governo do Brasil, 2011).

O Centro de Saúde da Mulher (CSM) também oferece todos os métodos contraceptivos, dentre os quais: pílulas, injeção mensal e trimestral, Dispositivo Intra-Uterino (DIU), vasectomia e laqueadura; e os tipos de tratamento oferecidos são exame de colo do útero, exame de mama, consulta ginecológica, biópsia de colo e mama, colposcopia, retirada pólipos, cauterização, punção de mama, além de atendimento para planejamento familiar, ação educativa, atendimento de enfermagem e as entregas/aplicação de métodos anticoncepcionais. O programa desenvolvido no CSM atende mulheres desde a idade de 13 anos (nos casos em que a família ou conselho tutelar encaminha) até 40 anos.

Apesar da importância social deste programa, pouco se tem conhecimento de suas avaliações pelo Centro de Saúde da Mulher ou pela Secretaria Municipal de Saúde, em relação aos resultados alcançados. Assim, como anteriormente exposto, a pergunta da pesquisa será: Quais foram os resultados do Programa de Planejamento Familiar no município de Ituiutaba?

Dado o contexto e a pergunta anteriormente apresentados, a presente pesquisa tem como objetivo geral: Avaliar os resultados do programa de Planejamento Familiar no município de Ituiutaba a partir da aplicação do modelo REHUWA.

Como metas intermediárias para se atingir o objetivo geral, propomos os seguintes objetivos específicos: (a) avaliar a eficiência e a eficácia dos processos, (b) avaliar os resultados do Programa de Planejamento Familiar do município de Ituiutaba/MG e (c) avaliar a qualidade no atendimento a partir da percepção da equipe e dos usuários.

Nesse sentido, enseja-se contribuir para o aperfeiçoamento do programa, haja vista, que a utilização das informações avaliativas gera o aprendizado necessário para o processo de melhoria das políticas públicas (PATTON, 2008; SERPA, 2014).

2. Referencial teórico

2.1 Avaliação de políticas e programas públicos

A avaliação de políticas públicas diz respeito ao conjunto de atividades realizadas pelos atores estatais e sociais objetivando determinar o desempenho atual de uma política assim como seu desempenho futuro, como afirma Wu *et al.* (2014). Neste contexto, é destacado que a avaliação analisa os meios e os objetivos que uma política pública alcança e, a partir de então, os resultados e recomendações obtidos a partir dela são utilizados para o aprimoramento e desenvolvimento de novas políticas ou até mesmo sua revogação; essa ideia também é defendida por Cunha (2006).

Quanto à realização da avaliação de políticas públicas, Wu *et al.* (2014), dizem que há o envolvimento de atores governamentais e não governamentais, sendo os governamentais os gestores de departamentos públicos e os não governamentais pesquisadores em universidades, usinas de ideias e empresas de consultoria que oferecem avaliações gratuitas ou pagas, solicitadas ou não. As usinas de ideias (*think tanks*), de acordo com Secchi e Ito (2016) são organizações de análise de que possuem por especialização a produção de análise de políticas públicas e a defesa de causas ou políticas que possuem relevância coletiva.

Wu *et al.* (2014) trazem uma importante informação a respeito do processo de avaliação que é a falta de esforço dos gestores públicos para realizá-lo, mesmo que esta seja fator chave na identificação de deficiências e realização de medidas corretivas e essa falta de esforço acarreta na continuidade de políticas ineficazes e prejudiciais que estão aquém das expectativas de alcance de seus resultados. Diante disso, a falta de esforço se dá pelo receio que esses gestores têm, dado que a avaliação é desafiadora, pois requer conhecimento prévio e levantamento de dados detalhados, além de que pode prejudicar a reputação, base de recursos e carreira destes gestores (WU *et al.*, 2014)

Sobre a avaliação no Brasil, Serpa (2014), pondera que, como observado em outros países, essa prática tem sido difundida de forma ampla nas organizações públicas, entretanto não são muitos os estudos que se propõem a investigar o grau de institucionalização dessa prática nos órgãos governamentais, o nível de desenvolvimento de sua capacidade avaliativa e se há utilização e os fins a que se destina a avaliação praticada. No contexto da avaliação, a pesquisadora, disserta sobre a abordagem avaliativa e afirma ser a necessidade de se observar um conjunto de princípios e procedimentos metodológicos que possibilitem a realização dos fins da mesma e que tragam uma orientação e instrumentalização para o avaliador, assim como assegurar a confiabilidade e legitimidade desse processo e resultados (SERPA, 2014).

As políticas e programas governamentais em suas funções de planejamento e gestão, obtiveram grande relevância nas últimas décadas, segundo Cunha (2006) que ainda afirma que o interesse pela avaliação aumentou devido a modernização da administração pública e que após esse movimento houve a transformação da relação Estado-sociedade assim como a adoção dos princípios da gestão pública empreendedora. A autora pondera que, também, a avaliação não é uma atividade autossuficiente ou isolada: ela faz parte do todo no processo de planejamento de políticas e programas públicos e gera informações que permitem que novas escolhas sejam feitas e faz a análise de resultados que levem a mudanças na tomada de decisão para que o alcance dos objetivos traçados seja possível (CUNHA, 2006).

Ainda, destaca-se que existem duas maneiras distintas de realizar a avaliação. De acordo com Cunha (2006), uma ocorre no decorrer da implementação das políticas e programas com intuito de analisar sua eficácia e eficiência e a outra é a avaliação acadêmica que estuda a efetividade das políticas, seus impactos e benefícios, que se pode chamar avaliação *ex-post* ou de resultados.

Cohen e Franco (2008) abordam que existem alguns tipos distintos de avaliação:

- a) **Avaliação *ex-ante***: é aquela que é feita antes do projeto ser iniciado. Ela tem por finalidade a racionalização da decisão quanto ao projeto, ou seja, se ele deve ser ou não implementado.
- b) **Avaliação *ex-post***: ocorre no decorrer do projeto ou quando este já está finalizado. Nesse tipo de avaliação o foco é os resultados obtidos pelo projeto em questão, os quais servirão de base

na decisão de dar continuidade ou cancelá-lo. A avaliação *ex-post* pode ser subdividida em avaliação de processos, que é aquela que olha pra frente - realizada no decorrer do processo e busca detectar falhas de gestão, processos, controle etc, para futurar adequações ou correções e; avaliação de impacto, que é aquela que olha pra trás, pois é realizada durante ou ao final do projeto a fim de determinar se esse atingiu seus objetivos e quais as causas.

c) **Avaliação externa:** é realizada por pessoas fora da organização onde o projeto está sendo desenvolvido e, dada a experiência do avaliador, existe a possibilidade de se propor soluções mais eficazes e eficientes para o problema detectado. Uma crítica a esse tipo de avaliação é que tendem a dar mais importância ao método em detrimento do conhecimento da área de desenvolvimento do projeto.

d) **Avaliação interna:** é realizada por uma pessoa da própria organização onde o projeto está sendo desenvolvido, entretanto, existe o porém de que haveria alto grau de subjetividade, dado o interesse da organização e a possibilidade de seus membros terem ideias preconcebidas do projeto, seja por interesse ou por valor.

e) **Avaliação mista:** essa avaliação procura combinar as avaliações interna e externa visando superar as barreiras e aproveitar as vantagens de ambas

f) **Avaliação participativa:** é mais utilizada em pequenos projetos e procura aproximar o avaliador dos beneficiários.

A avaliação de políticas públicas pode ser melhor entendida a partir de sua aplicação prática através de pesquisas e os produtos advindos daí. Assim sendo, pode-se demonstrar sua aplicação partir de um apanhado de obras de pesquisadores tais quais, Ferrão e Mourato (2010) que, em uma contribuição à discussão acerca do papel que desempenha a avaliação de políticas públicas como fator de mudança cultural em um contexto em que a visão moderna e racionalista do Estado está sob constante contestação, fazem uma análise da trajetória da avaliação em Portugal em busca de identificar as principais mudanças desde a sua consagração legislativa em 1998, assim como os contextos institucionais que as condicionaram, as relações de poder, tensões, perspectivas e ilações a retirar deste processo de evolução no que se refere à mudança cultural. Os autores concluíram que estímulos coercitivos não podem fazer da evolução da avaliação da política do ordenamento do território sua refém exclusiva e que os decisores políticos, a população e membros das comunidades profissionais envolvidas no ordenamento do território devem ter como prioridade o entendimento das situações que justificam os exercícios de avaliação assim como os modos de sua concretização e os efeitos advindos das alterações de políticas ou instrumentos de avaliação. Além disso, foi verificado que a avaliação do domínio do ordenamento do território é decisiva para tornar essa política do ordenamento mais valiosa e útil no sentido social.

Ao discorrer sobre algumas concepções de avaliação adotadas na literatura especializada e suas tendências, comentar o percurso histórico da avaliação de políticas sociais, apresentar alguns dos principais teóricos e metodólogos da avaliação de política social e ilustrar o assunto com uma experiência concreta de avaliação de política pública, Prestes (2012), desenvolveu uma abordagem qualitativa e pesquisa bibliográfica e, a partir daí, concluiu que os modelos de avaliação tradicionais ainda se sobressaem às inovações e as alternativas dos procedimentos avaliativos e também que, mesmo que milhões de pessoas estejam excluídas das benesses sociais e tecnológicas, a sociedade da informação e da comunicação moderna, através de distintas mídias, permite a comunicação direta de populações com autoridades e que estas sejam mais informadas. Em suma, esse contato possibilita que a população tenha maior liberdade e autonomia de expressar ideias, fazer protestos e avaliar políticas do governo em diversos meios de comunicação, dentre os quais estão rádios, telefones, jornais, sites, dentre outros, sem autorização prévia de terceiros.

Na intenção de avaliar a execução da Medida Agroambiental Proteção Integrada (MAA/PI), aplicada ao setor vitivinícola, na região do Alentejo, em Portugal, de forma

econômica, Bazilio e Neto (2009) fizeram um levantamento de dados e pesquisa bibliográfica onde puderam identificar a existência de crescente preocupação com o aumento da eficácia ambiental da política, em especial no que diz respeito a conservação do espaço rural e da natureza, através de como estão sendo definidos os objetivos da política nos documentos preparatórios. Entretanto, há poucos referenciais territoriais de eficácia ambiental por parte da política, o que impossibilitou que os autores definissem referências que possibilitassem a avaliação quantificada da eficácia e eficiência. A partir da impossibilidade de se detectar orientações genéricas de política que fizesse uma consideração direta e específica de cada território, na pesquisa concluiu-se que não há uma correspondência da especialização produtiva e da diversidade de território a objetivos que dizem respeito a otimização do desenvolvimento rural e da competitividade territorial.

Em uma pesquisa bibliométrica sobre a temática avaliação de políticas públicas com vistas a estudar o grau em que a pesquisa foi estabelecida no Brasil e nos Estados Unidos, Crumpton *et al.* (2016), alcançaram resultados que mostraram que ambos países têm desenvolvido suas pesquisas e feito publicações nas mesmas áreas - saúde, educação e bem-estar social -, além de utilizar métodos similares de investigação. Os resultados evidenciaram que, no Brasil, a pesquisa em avaliação obteve uma evolução e caminha para sua consolidação como um campo de estudo e prática, apesar de que não esteja estabelecida como uma área de pesquisa, como o é nos Estados Unidos. Os autores também abordam que há uma parceria dos pesquisadores de ambos os países com as universidades, instituições de pesquisa e organizações públicas, que é o que Wu *et al.* (2014) afirmam em sua obra, onde chamam esses pesquisadores de atores sociais.

Ainda sobre essa abordagem, Serpa (2014), corrobora que as práticas avaliativas obtiveram um fortalecimento e maior disseminação no governo brasileiro a partir da CF/88 e da reforma da administração pública ocorrida na década de 1990, que foram pressionadas por demandas externas. Nessa mesma linha de pensamento, Cunha (2006) vai além ao afirmar que a modernização da administração pública precedeu a transformação da relação Estado-sociedade.

Cavalcante e Ribeiro (2012), utilizaram de pesquisas sobre o Perfil dos Municípios Brasileiros do IBGE nos anos 2005 e 2009 e aplicaram a metodologia de desenho quase experimental, análise exploratória de dados e regressão múltipla, com objetivo de desenvolver uma avaliação de resultados da implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para saber seu impacto na melhoria da administração municipal, se seus resultados foram positivos e quais determinantes de aumentos da sua execução local. Cavalcante e Ribeiro (2012) puderam concluir que o SUAS foi produtivo no que diz respeito ao desenvolvimento da política, diminuição redução da desigualdade entre os municípios e que fatores relativos à dinâmica política eleitoral afetaram o processo e, também, que, houve aumento das condições de operação das prefeituras para prestação de serviços assistenciais, resultado do modelo de gestão descentralizada.

Ao propor analisar as metodologias de avaliação de projetos e programas sociais, dando ênfase a uma modalidade avaliativa peculiar e às análises de resultados e de impacto, Cotta (1998), apresentou conceitos sobre avaliação e noções de projeto, programa e plano, assim como uma breve abordagem das mais importantes tipologias de avaliação. Em sua pesquisa concluiu-se sobre a existência de fortes críticas quanto às metodologias de avaliação de programas devido a incapacidade de as avaliações subsidiarem o processo decisório dada a importância e irrelevância de seus resultados, que também são inconclusivos. A autora afirma ainda que a discussão de metodologias de avaliação de programas e projetos sociais ainda é uma discussão que demanda longo prazo.

Na busca por enfatizar a necessidade de avaliação de programas públicos mediante a evolução da crise fiscal, escassez de recursos do setor público e da intervenção do governo na

atenção à população carente, Costa e Castanhar (2003), aplicaram a abordagem de avaliação de metas, avaliação de impacto e avaliação de processos em seu estudo e chegaram à conclusão de que encontrar maneiras práticas de mensuração do desempenho e o fornecimento de informações úteis para a avaliação dos efeitos, necessidades de correções e inviabilidade do programa são o grande desafio da disseminação da prática da avaliação de projetos públicos, que pode levar os gestores de programas públicos a considerar erroneamente os processos de aferição, em especial os de produção, como um fim em si mesmo. Diante disso, Costa e Castanhar (2003, p. 987) dizem ser a avaliação “um conjunto de técnicas que adota conceitos diferenciados para se referir muitas vezes aos mesmos procedimentos” e que a condição para que ela seja algo possível é a existência de um planejamento consistente.

Realizando um apanhado teórico da literatura sobre avaliação de políticas públicas, Trevisan e Bellen (2008), fazem uma explanação sobre o tema, suas dimensões e origem e discutem a temática no contexto brasileiro em especial nos anos mais recentes e trazem um destaque de três fases da avaliação a partir de 1960. Além disso, os autores também apresentam metodologias de avaliação e suas classificações, *timing*, posição do avaliador, critérios e estruturação, além da possibilidade de aplicação de meta-avaliações, e surgimento de novas *issues* aplicadas ao contexto democrático-participativo brasileiro. Os resultados alcançados mostraram que ocorreram deslocamentos teórico-discursivos na função de avaliação a partir dos anos 1960; nos anos 1980 a avaliação se voltou para a função de (re)alocação, pois a busca da eficiência na alocação de recursos eram baseadas em critérios racionais do processo orçamentário; já em 1990 entra a última fase onde o questionamento do papel de Estado juntamente com a influência da nova administração pública marcam o deslocamento teórico-discursivo do tema, onde a avaliação assume a função de legitimação ao mesmo tempo em que há a exigência por resultados da administração e políticas públicas.

No intuito de entender o impacto de treinamentos no desempenho dos trabalhadores no que diz respeito a quantidade de oficinas de formação profissional oferecidas pelas APAEs e na geração de emprego para as pessoas com deficiência mental, Mourão e Borges-Andrade (2005) realizaram a avaliação de um programa público de capacitação, levando em conta a análise do impacto de treinamentos realizados no âmbito do Plano Nacional de Qualificação de Trabalhadores/Planfor do Ministério do Trabalho e Emprego/MTE. Nesse processo utilizaram o modelo de Hamblin (1978), em que a variável dependente foi o impacto do treinamento no trabalho que foi subdividido em comportamento no cargo, na mudança organizacional e no valor final. O resultado que obtiveram a partir daí foi a confirmação do impacto no comportamento e no cargo, que os grupos experimentais pesquisados obtiveram maior mudança organizacional e valor final que o grupo de controle e, também, as variáveis alternativas analisadas apontaram que os resultados alcançados seriam opostos caso não houvesse o treinamento.

Um estudo significativo foi desenvolvido por Cunha (2006) que, a partir da realização de uma pesquisa qualitativa no intuito de discutir se as avaliações praticadas pelos Planos Plurianuais do Brasil e do Rio Grande do Sul podem ter alguma contribuição para o processo de tomada de decisões na implementação de políticas e programas governamentais, analisou as avaliações de programas feitas pelo Governo Federal no período de 2000 a 2004 e a experiência do Estado do Rio Grande do Sul em sua primeira avaliação dos programas do Plano Plurianual 2004-2007. A partir da investigação, Cunha (2006), concluiu que o interesse do governo na avaliação das políticas e os programas públicos se dá pela sua preocupação com a eficácia, a eficiência, a efetividade e a *accountability* de suas ações; que a contribuição da avaliação no processo de tomada de decisão no decorrer da execução de políticas e programas está relacionada a resultados, alocação racional de orçamentos e reorganização de programas com fins a atingir objetivos.

Em seu estudo, Cunha (2006) identificou que a avaliação metódica de programas é uma prática nova na administração pública brasileira e que há uma tendência do governo brasileiro em seguir tendências internacionais no que diz respeito às pressões sociais com vistas a melhoria da qualidade dos serviços e redução de despesas públicas. Neste estudo, concluiu-se que há uma crítica a avaliações *ex-post*, acadêmicas e externas realizadas posteriormente a execução do programa pelo fato de não atentarem para as necessidades práticas dos responsáveis pela execução e que os críticos defendem a necessidade de a avaliação estar integrada às organizações e ao processo real de tomada de decisão para que seja uma ferramenta de utilidade para a administração pública. Por último, foi evidenciado que a análise realizada mostrou que ainda se fazem necessários alguns avanços no sistema de avaliação do estado e do país, o que pode ser justificado por ser um processo de implantação recente.

Os resultados e conclusões obtidos na pesquisa de Cunha (2006) atuam em consonância com os obtidos na pesquisa de Lopes (2014), que ao analisar o desenvolvimento das práticas avaliativas de políticas públicas portuguesas assim como seu atual cenário, desenvolveu uma pesquisa de revisão bibliográfica e análise documental, através da qual concluiu-se que a avaliação de ações públicas relevantes ainda possui uma curta história em Portugal e se aprimora sob influência de fatores externos e, mesmo que o exercício das avaliações no âmbito de políticas públicas tenham se multiplicado no país no decorrer da última década, há uma insuficiência de mecanismos de avaliação instituídos, sendo estes também incompletos, o que pode ser pela fraca institucionalização da função de avaliação na administração pública portuguesa. A conclusão de Lopes (2014) agrega-se a pesquisa de Serpa (2014) que, assim como Cunha (2006), mostra que, no Brasil, a avaliação, apesar da importância, ainda não tem sua prática institucionalizada, e fica evidenciado que ambos países possuem as mesmas carências no que tange a avaliação de políticas públicas.

2.2 Avaliação de serviços de saúde

Avaliação de serviços de saúde, de acordo com Donabedian (1980b) e Reis (1995), citados por Portela (2000, p. 259), “envolve a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologias, serviços ou programas de saúde; esses critérios constituem-se em indicadores de qualidade em saúde”. Portela (2000) também ressalta que a avaliação em saúde gera informações sobre adequação, efeitos e custos advindos do uso programas, tecnologias ou serviços de saúde e, dessa forma, pode auxiliar o processo de tomada de decisão.

Estudos feitos sobre avaliação de serviços de saúde têm demonstrado a importância desse tipo de avaliação através dos resultados alcançados. Esse é o caso de Ross e Mauldin (1996) que, buscando avaliar a força dos mais importantes elementos dos programas nacionais de planejamento familiar de 77 países em desenvolvimento, constataram que nos cinco anos que antecederam a pesquisa, houve um modesto aumento nos esforços dos programas de planejamento familiar para o mundo em desenvolvimento. Os pesquisadores abordam que as mudanças de ideologia no mundo desenvolvido e em desenvolvimento fragilizaram o esforço inicial no planejamento familiar e que, também, a instabilidade interna e crescentes pressões orçamentárias de outros setores afetaram alguns governos levando-os à redução do ritmo dos seus esforços após anos de apoio à causa. Ainda, em conclusão, dissertam que há a necessidade de melhorias significativas nas influências ideacionais ou melhorias de programas e condições socioeconômicas para que os índices positivos do planejamento familiar não diminuam ou cessem.

Um importante estudo foi realizado por Bourgeois, Simmons e Buetti (2018), que ao buscar identificar estratégias efetivas que resultassem no aumento da capacidade de avaliação em 10 unidades de saúde pública do Ontário, utilizando de uma pesquisa qualitativa de

múltiplos casos para projetar estratégias personalizadas de capacitação em avaliação (ECB - *Evolution Capacity Building*) baseado no contexto e necessidades específicas de cada unidade, puderam concluir que a maioria das estratégias utilizadas para aumentar a capacidade de avaliação em unidades públicas de saúde é propícia, em especial as que se voltam para o desenvolvimento do conhecimento, habilidades e atitudes dos profissionais e gestores da unidade de saúde. Ainda, os autores ponderam que os avaliadores devem estudar de forma metódica as forças e necessidades da organização; que é importante o envolvimento do público-alvo no desenvolvimento e na implementação da estratégia no nível individual e no organizacional e; por a melhoria da capacidade de avaliação levar algum tempo, recursos e experiência, é importante que as unidades de saúde sejam realistas, mas, dado o impacto que esta gera nos programas e serviços de saúde, o esforço é bastante válido.

Outro estudo sobre a avaliação dos serviços de saúde foi a Medição, Aprendizagem e Avaliação (EML) da Iniciativa de Saúde Reprodutiva Urbana no Quênia onde foram identificados os fatores associados ao aumento do uso de métodos contraceptivos modernos. Benson *et al.* (2017), em 2010 e 2014, entrevistaram mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos de cinco cidades do Quênia onde o programa *Tupange* foi implementado. Os resultados obtidos foi a constatação de um aumento de 45% para 52% na proporção de mulheres que faziam o uso de métodos contraceptivos modernos no período analisado e aumento de 6% para 19% na proporção de métodos de ação prolongada ou permanentes. Quanto a isso o modelo de avaliação utilizado indicou que o uso moderno de métodos estava associado às informações obtidas do programa de rádio local e em partes à discussão de planejamento familiar com um agente comunitário de saúde. Ainda, os pesquisadores concluem que há a necessidade de os programas de saúde reprodutiva e saúde familiar do Quênia e África Subsaariana considerarem as abordagens com agentes de saúde, programas de rádio e melhorias ao acesso.

Em um estudo que objetivou fazer a avaliação e sugestão da forma mais eficaz para realização das demandas de saúde pública pelos Centros Comunitários de Saúde Mental na Polônia, Furtak-Niczyporuk e Filipek (2016) aplicaram um questionário aos funcionários das unidades do governo local e formularam as recomendações para eficácia no desempenho dos deveres de saúde nesses centros. Os resultados da pesquisa apontaram que a maior parte do apoio aos portadores de transtornos mentais é feito através de pagamentos de benefícios, que 47% dos entrevistados não possuem conhecimento sobre a prevenção desses transtornos e cerca de 80% desconhecem qualquer programa dedicado à saúde mental desenvolvido na unidade em que trabalham, o que levaram os pesquisadores a inferir que existe a falta de tais programas ou existem somente no papel. Os autores concluem que há a necessidade de se contribuir para a promoção de cuidados de saúde mental da comunidade de forma eficaz e eficiente e, também, a necessidade de definir quais as ações mais eficazes para ajudar às pessoas afetadas. Ainda, Furtak-Niczyporuk e Filipek (2016), oferecem sugestões de soluções para o problema enfrentado pelos centros que visam a redução e até eliminação de doenças, dentre elas os transtornos mentais.

Com o objetivo de desenvolver uma estrutura de avaliação e monitoramento do serviço de atenção primária à saúde e promover a integração de serviços comunitários e hospitalares, Reeve, Humphreys e Wakerman (2015), lançaram mão de métodos mistos de pesquisa para desenvolvimento desse modelo, com suporte nas entrevistas e revisão bibliográfica sobre o tema. Os pesquisadores observaram a partir daí que os dados que os serviços de saúde coletam de forma rotineira podem ser utilizados para operacionalizar a estrutura proposta de avaliação de serviço de saúde, a qual auxiliaria na melhoria contínua da qualidade desse serviço. Também concluíram que a utilização de uma estrutura de avaliação integrada possibilita a tomada de decisão com foco na alteração da prestação de serviços para atender às demandas comunitárias.

A partir da utilização de um estudo de caso em uma pequena comunidade rural com o objetivo de desenvolver uma estrutura conceitual que permita o monitoramento da relação entre

os serviços e resultados de saúde na área rural da Austrália, Tham *et al.* (2010), obtiveram resultados que apontam que os serviços de saúde são inadequados quando há a limitação ao acesso aos cuidados de saúde e, por outro lado, a distribuição e maximização do acesso aos cuidados de saúde são essenciais para a prestação eficaz de serviços de saúde. Os autores ainda concluem que apesar de haver uma variação da natureza dos modelos de serviços de saúde em relação às comunidades para possibilitar o atendimento às diferentes demandas geográficas, há uma finalidade a considerar na utilização de evidências obtidas a partir de modelos de serviços de saúde sustentáveis, responsivos e capazes de fornecer qualidade aos cuidados de saúde local. Também apontam que o modelo abrangente de avaliação do serviço de saúde rural possibilita melhor entendimento do impacto que desse serviço na comunidade e oferece meios de orientação às políticas de saúde rurais.

Wakerman e Humphreys (2011), em sua pesquisa, buscaram sintetizar evidências de inovações em serviços de atenção primária à saúde em locais remotos e rurais da Austrália a fim de dar um destaque como esse tipo de estudo pode auxiliar na reforma do sistema de saúde global para fins de desenvolvimento de serviços adequados para comunidades peculiares. Os resultados que alcançaram indicaram que os serviços de atenção primária requerem soluções sistêmicas, que agregam fatores interligados tais quais governança, liderança e gerenciamento, financiamento adequado, infraestrutura, vínculos de serviços e força de trabalho. Ainda, os pesquisadores explicam que a eficácia da abordagem sistêmica depende de mudanças no nível de serviço de saúde alinhadas às mudanças que ocorrem no ambiente de políticas externas. Em conclusão, afirmam que apesar das lacunas, há o conhecimento sobre o que funciona, onde e porquê nos serviços de atenção primária e, também, que em tempos de reforma global desses serviços a aplicação desse conhecimento auxilia de forma significativa para o desenvolvimento de serviços sustentáveis, apropriados e, também para a melhoria do acesso.

Um estudo que objetivou avaliar a implementação das ações de assistência ao planejamento reprodutivo (PR) em três municípios do estado do Rio de Janeiro, assim como os aspectos contextuais, foi desenvolvido por Bonan *et al.* (2010), onde os autores realizaram uma pesquisa avaliativa no período de 2005-2007 através de entrevistas com gestores e profissionais de saúde, observação dos serviços e análise documental. Para realizar a análise do grau de implementação do programa, Bonan *et al.* (2010) desenvolveram uma matriz de avaliação configurada por “assistência”, “educação” e “gerenciamento”. Dos resultados que obtiveram, destaca-se o fato de que a implementação do PR ou Planejamento Familiar no município metropolitano está avançada enquanto nos municípios do interior ela é rudimentar; também identificaram a fragilidade de aspectos tais quais a falta de atenção à infertilidade e à saúde reprodutiva masculina, problemas na oferta de contracepção cirúrgica e irregularidade de métodos contraceptivos.

Nascimento e Galvanese (2009), estudaram 21 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo entre 2007 e 2008 e coletaram informações sobre recursos humanos disponíveis, instalações e procedimentos de tratamento ao paciente e, dentre os resultados, constaram que nenhum dos serviços prestava atendimento 24 horas, 50% dos imóveis eram alugados e suas instalações eram inadequadas, os CAPS valorizavam as atividades grupais e havia menor integração com outros equipamentos de saúde psicossocial, os quais estavam em estado precário devido falta de pessoal com formação em saúde mental e inexistência de fluxo de recebimento e encaminhamento dos usuários, que segundo os autores, gera a dificuldade no acompanhamento dos usuários fora dos CAPS.

Por outro lado, na intenção de apresentar os resultados da relação da percepção dos usuários do Programa de Saúde da Família (PSF), na Unidade Mista de Felipe Camarão, Distrito Oeste de Natal, Rio Grande do Norte quanto sua contribuição e evolução dos indicadores de atenção à saúde de menores de 5 anos entre os anos 2000 e 2004, Oliveira e Borges (2008) realizaram um levantamento de dados sobre a política de saúde implementada e seus usuários,

consulta de documentos oficiais e aplicação de questionário a uma amostra de famílias com crianças menores de cinco anos cadastradas em tal unidade mista. Os autores puderam comprovar que as ações de atenção à saúde da criança desenvolvidas no órgão alvo da pesquisa foram agentes de transformação de atitudes e mudanças sociais.

Ao desenvolver uma pesquisa aplicada, de caráter descritivo, por meio de observação e entrevistas com gestores da Secretaria de Estado da Fazenda (SC) e com o objetivo de apresentar uma “proposição metodológica de monitoramento físico e financeiro dos programas e ações governamentais delineados nos Planos Plurianuais (PPA) do Governo do Estado de Santa Catarina (SC)”, Santos e Raupp (2015, p. 1429) concluíram que o interesse do governo nesse processo está relacionado à sua preocupação com a eficácia, eficiência, efetividade e *accountability* de suas ações; e também que o monitoramento e a avaliação, além de revelar à sociedade e ao Legislativo os resultados do programa, ainda informam aos gestores a qualidade de seu trabalho.

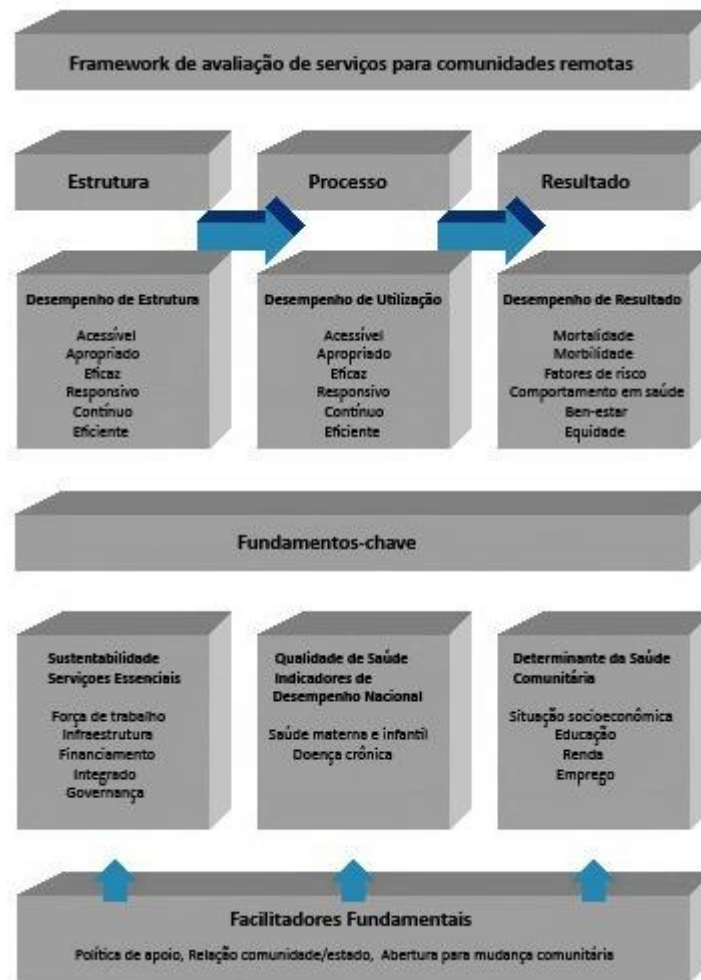
2.3 O modelo de avaliação e monitoramento dos serviços de saúde: O REHUWA

Com o objetivo de desenvolver um modelo de avaliação e monitoramento do serviço de atenção primária à saúde e promover a integração de serviços comunitários e hospitalares em comunidades remotas da Austrália, Reeve, Humphreys e Wakerman (2015), usaram métodos mistos de pesquisa para desenvolvimento e validação de um modelo de avaliação e monitoramento dos serviços de saúde, utilizando-se de princípios que fundamentam a avaliação do serviço de atenção primária que se relacionassem aos serviços de saúde oferecidos em lugares remotos e também desenvolvendo indicadores que se encaixassem com características demográficas e às necessidades de saúde da população. Os pesquisadores observaram a partir daí que os dados que os serviços de saúde coletam de forma rotineira podem ser utilizados para operacionalizar a estrutura proposta de avaliação de serviço de saúde, a qual auxiliaria na melhoria contínua da qualidade desse serviço. Também concluíram que a utilização de uma estrutura de avaliação integrada possibilita a tomada de decisão com foco na modificação da prestação de serviços para atender às demandas comunitárias.

Reeve, Humphreys e Wakerman (2015) utilizaram de princípios-chave da avaliação da atenção primária à saúde para construir o modelo com seus indicadores em uma comunidade remota no noroeste da Austrália, utilizaram, também a *Elmore Framework* que é uma estrutura de avaliação desenvolvida por Tham *et al.* (2010), como base para a sua pesquisa, devido à escassez de literatura sobre avaliação da atenção primária em comunidades remotas. Também foram consultados outros autores cujas obras dissertam sobre avaliação, qualidade e indicadores do serviço primário de saúde, dos quais, Donabedian (1988), Starfield, Shi e Macinko (2005), Sibthorpe (2004) e Wakerman e Humphreys (2011), assim como dados de desempenho de saúde e indicadores do Instituto Australiano de Saúde e Bem-Estar.

O *framework* desenvolvido por Reeve, Humphreys e Wakerman (2015), consta da Figura 1.

Figura 1. Framework de avaliação de serviços de saúde



Fonte: Reeve, Humphreys e Wakerman (2015)

Na Figura 1, Reeve, Humphreys e Wakerman (2015) colocam à disposição um modelo que possibilita avaliar os serviços de saúde a partir da **Estrutura**, **Processo** e **Resultado**. As dimensões **Estrutura** e **Processo** são formadas por cinco categorias, a saber: **Acessível**, através da qual busca analisar se a estrutura e os processos utilizados são de fácil acesso a população; **Adequado**, que busca analisar se as instalações, força de trabalho, serviços básicos de saúde são adequados a atender as demandas da comunidade; **Eficaz**, que avalia se a estrutura e os processos estão atingindo os objetivos propostos, tais quais disponibilidade de serviço preventivo e redução de mortalidade; **Responsivo**, que avalia o envolvimento da comunidade com o serviço e o respectivo dispendido a ela; **Contínuo**, que avalia o cuidado em todas as etapas da vida do paciente e; **Eficiente**, que avalia o uso racional de recursos no desenvolvimento de atividades e alcance de resultados. A dimensão **Resultado** abrange as categorias **Mortalidade**, que avalia a taxa de mortalidade entre os pacientes; **Morbilidade**, que avalia a prevalência e incidência de doenças; **Fatores de risco**, que avalia os fatores de risco a saúde tais quais o fumo e uso de álcool; **Comportamento em saúde**, que avalia os comportamentos que afetam os resultados de saúde; **Bem-estar**, que avalia o nível de sofrimento psíquico, o quanto a população se sente confortável em sua condição de saúde; e **Equidade**, que avalia a igualdade ou imparcialidade da saúde oferecida a comunidade pesquisada.

Ainda, Reeve, Humphreys e Wakerman (2015), apresentam na figura o que chamam de ***Fundamentos-chave***, que compreende dimensões como Sustentabilidade/Serviços Essenciais que trabalham como categorias a força de trabalho, infraestrutura, financiamento, integrado e governança; Qualidade de saúde/Indicadores de desempenho nacional cujas categorias são saúde materna e infantil e doença crônica e; por fim, Determinantes da saúde comunitária, que abrange situação socioeconômica, educação, renda e emprego.

No intuito de ampliar o alcance do modelo de avaliação REWUHA os autores ainda apresentaram outros indicadores como a política de apoio, relação comunidade/estado e a abertura para mudança comunitária como sendo facilitadores fundamentais para avaliação de serviços de saúde.

A partir desse modelo, Reeve, Humphreys e Wakerman (2015) criaram cinco tabelas para avaliação e monitoramento de serviços de saúde de forma mais completa, onde na primeira e quarta tabelas, os autores visaram avaliar o desempenho e sustentabilidade do serviço de saúde analisando a sua estrutura que, segundo Portela (2000, p. 262), “abrange os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos”. Na segunda e quinta tabela, Reeve, Humphreys e Wakerman (2015) oferecem a possibilidade de avaliação do serviço de saúde no que se refere ao domínio dos processos que, segundo Portela (2000, p. 262) “refere-se às atividades que constituem a atenção à saúde, e envolvem a interação de profissionais de saúde e população assistida”. E a terceira tabela, o objeto de avaliação abrange os resultados de desempenho do serviço de saúde; resultados estes que segundo Donabedian, 1980a e Vuori, 1991, citados por Portela (2000, p. 262), “diz respeito às mudanças, no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos”.

Na primeira tabela, as categorias e indicadores utilizados são: *acessível*, que trata da disponibilidade de clínicas por serviço e horas de trabalho; *apropriado*, que busca entender se a atenção primária é apropriada às demandas da população e tem por indicador o programa de doenças crônicas; *eficaz*, que abrange o número e localização do pessoal para promoção de saúde primária e prevenção de doenças; *responsivo*, trabalha a satisfação dos pacientes com os serviços de saúde; *contínuo*, que abrange o plano de atendimento da equipe médica; e *eficiente*, que tem por indicador a quantidade anual de pedidos de atividade de serviços de saúde. (REEVE, HUMPHREYS e WAKERMAN, 2015).

Na segunda tabela, as categorias trabalhadas e seus respectivos indicadores são *acessível*, que é pode ser medido pelo número de visitas de profissionais de saúde às comunidades; *apropriado*, que abrange o número de atendimentos aos programas de atenção básica; *eficaz*, medido pelo número de pessoas atendidas pelo menos uma vez ao ano; *responsivo*, que é mensurado pela porcentagem de presença em compromissos rotineiros agendados; *contínuo*, abrange o número de planos de tratamento de doenças crônicas e; *eficiente*, que pode ser avaliada através do número de visitas de emergência.(REEVE, HUMPHREYS e WAKERMAN, 2015).

Na terceira tabela, quanto aos resultados Reeve, Humphreys e Wakerman (2015) também utilizaram as categorias *mortalidade* - taxa de mortalidade anual da população; *morbilidade* - incidência de cânceres selecionados anualmente; *fatores de risco* - fumo e uso de álcool para maiores de 15 anos; *comportamento de saúde* - proporção de moradores da comunidade clientes regulares que visitam o serviço de saúde 3 ou mais vezes ao ano; *bem-estar* - sofrimento psicológico (baixo, moderado, alto, muito alto), e *equidade* - indicadores-chave comparativos de desempenho da atenção primária da saúde indígena.(REEVE, HUMPHREYS e WAKERMAN, 2015)

Na quarta tabela as categorias trabalhadas são *força de trabalho* - *apropriada*, que busca saber se perfil da equipe atende às necessidades da comunidade e o tipo de inscrição profissional; *força de trabalho* - *sustentabilidade*, que aborda a porcentagem de pessoal retido

em um ano financeiro; *integrações/vias de referência*, que busca a avaliação através do número de consultas especializadas; *a infraestrutura*, que tem por indicador acesso à internet por localização e velocidade de conexão; *financiamento*, que abrange a proporção de financiamento da atenção primária; e *governança, gestão e liderança*, que abrange a quantidade de reuniões por ano. (REEVE, HUMPHREYS e WAKERMAN, 2015).

Na quinta tabela é avaliada a qualidade de atendimento e suas categorias e indicadores são *cuidado pré-natal* - número de consulta pré-natal no primeiro trimestre antes de 12 semanas; *diabetes (tipo 2) em pessoas envelhecidas maior mais de 15 anos* - proporção de pacientes elegíveis com plano de tratamento de doenças crônicas; *doença renal* - número de pacientes com pressão arterial 130/80; *doença cardiovascular* - número e proporção de pacientes diagnosticados com doença renal no registro; e, por fim, *doença de obstrução pulmonar crônica* - número de pacientes no registro por ano. (REEVE, HUMPHREYS e WAKERMAN, 2015).

Ainda, Reeve, Humphreys e Wakerman (2015), abordam que em momento onde ocorrem aumento de doenças somadas a restrições financeiras, a maximização de recursos e serviços em saúde que atendam às necessidades da comunidade é primordial. Assim, a tomada racional de decisões com vistas a mudança na prestação de serviços para melhorias que favoreçam a comunidade será possível a partir de uma estrutura integrada de avaliação.

Para desenvolvimento dessa pesquisa foi utilizado o modelo de avaliação e monitoramento de serviços de saúde *REHUWA*, onde foram feitas adaptações para sua aplicação no Programa de Planejamento Familiar desenvolvido pelo Centro de Saúde da Mulher Ituiutabana “Irmã Savina” do município de Ituiutaba/MG. Além desse modelo, também foram utilizadas a Lei nº 9.263, de 1996, a pesquisa de Tham *et al.* (2010), Moura e Da Silva (2006) e Bonan *et al.* (2010) para embasamento, adaptação e criação de indicadores.

3. Procedimentos metodológicos

3.1 Caracterização da pesquisa

O estudo caracteriza-se, quanto ao nível de investigação empírica, como estudo descritivo, pois pretendeu avaliar os resultados de um programa municipal de saúde, isto é, os resultados da qualidade dos serviços de planejamento familiar ofertados pelo município de Ituiutaba em Minas Gerais.

A abordagem utilizada para o desenvolvimento da pesquisa foi a abordagem qualitativa, que envolve a coleta, análise e interpretação de dados feita pelo pesquisador a partir de seu significado. Classifica-se, portanto, a pesquisa como um estudo horizontal, que engloba o período de abril a junho de 2019, sendo seu enfoque o Programa de Planejamento Familiar executado pelo Poder Executivo municipal brasileiro.

A pesquisa foi realizada conforme as seguintes etapas, com a utilização dos métodos e técnicas que adiante serão mais bem detalhados:

- Pesquisa Bibliográfica: pois utilizou-se de estudos nacionais e internacionais, com ênfase em livros, periódicos, teses dissertações sobre o tema e em artigos científicos publicados em periódicos qualificados a área;
- Pesquisa Documental: foram consultados os Mapas de Atendimento de 2018 cedidos pelo Centro de Saúde da Mulher e a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996;
- Pesquisa de Campo: foram realizadas visitas ao Centro de Saúde da Mulher em Ituiutaba/MG para entrevistas com a coordenadora e servidores(as) desse órgão e aplicação de questionários aos usuários do programa;

- *Ex-post facto*: a pesquisa se caracteriza como *ex-post facto* por ser uma avaliação realizada após a implementação do Programa de Saúde Familiar no município de Ituiutaba;
- Observação de portais: foram feitas consultas nos portais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Emerald Insight*, JSTOR e *Directory of Open Access Journals* (DOAJ) para obtenção de dados e artigos de revistas científicas classificadas no QUALIS.

3.2 Modelos de análise da pesquisa

Para desenvolvimento da pesquisa em questão, o modelo de avaliação e monitoramento de serviço de atenção primária à saúde aqui denominado por REHUWA foi adotado. Também, foram feitas algumas adaptações nas dimensões e indicadores afim de adequá-los ao Programa de Planejamento Familiar desenvolvidos no Centro de Saúde da Mulher no município de Ituiutaba/MG e assim possibilitar uma avaliação adequada.

As dimensões da análise e respectivos indicadores utilizados nesta pesquisa são apresentados nos Modelos 1, 2.

No Modelo 1, a dimensão trabalhada é o ***Domínio de Processo***, que compreende as categorias *abrangência do programa e facilidades no acesso*, que busca analisar o alcance do programa em relação ao sexo, faixa etária, quantidade e tipos de procedimentos realizados, através dos indicadores número de pessoas atendidas de 13 a 17, de 18 a 30 e de 30 a 40 anos, número de procedimentos realizados, pré-natal e cobertura anual; *eficácia*, que trabalha o alcance do programa analisado e serviços de planejamento familiar melhorados para diminuir a taxa de natalidade evitável, partir dos indicadores controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), controle e prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e pênis; *contínuo*, que abrange a prestação de cuidados coordenados em todas as etapas a partir dos indicadores assistência à concepção e contracepção, atendimento pré-natal e assistência ao parto, puerpério e neonato; e *eficiente*, que busca demonstrar o uso econômico de recursos para alcançar os resultados desejados, a proporção de financiamento usado para o programa de planejamento familiar através dos indicadores quantidade de campanhas realizadas e vistas feitas a participantes do programa.

Modelo 1. Estrutura de Desempenho Anual da Atividade do Programa de Planejamento Familiar - Processo

Dimensão	Categorias	Foco de Análise	Indicadores	Fontes
Domínio de Processo	Abrangência do programa e facilidades no acesso	Alcance do programa em relação ao sexo	Número de atendimentos (homens e mulheres)	Reeve, Humphreys e Wakerman (2015) Tham <i>et al.</i> (2010) Brasil (1996)
		Alcance em relação a faixa etária	Número de pessoas atendidas de 13 a 17 anos	
		Alcance em relação à quantidade de procedimentos	Número de pessoas atendidas de 18 a 30 anos	
		Alcance em relação os tipos de procedimentos	Número de pessoas atendidas de 30 a 40 anos	
		Facilidades de os interessados acessarem o programa	Número de procedimentos realizados Pré-natal Procedimentos padrão que permitem o acesso ao programa	

Eficácia	Alcance do Programa de Planejamento Familiar Serviços de planejamento familiar melhorados para diminuir a taxa de natalidade evitável	Controle de ISTs Controle e prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e pênis Adoção de serviços melhorados que possibilitam a redução da taxa de natalidade
Contínuo	Prestação de cuidados coordenados em todas as etapas	Assistência à concepção e contracepção Atendimento pré-natal Assistência ao parto, puerpério e neonato
Eficiente	Uso econômico de recursos para alcançar os resultados desejados Proporção de financiamento usado para o programa de planejamento familiar	Quantidade de campanhas realizadas Quantidade de visitas a participantes do programa Financiamento destinado ao programa

Fonte: Elaboração da autora a partir de revisão de literatura, 2019.

No Modelo 2, a dimensão trabalhada é o ***Domínio dos Resultados***, que compreende as categorias *natalidade*, que busca analisar a taxa de natalidade entre pacientes que planejam ter filhos através dos indicadores taxa de natalidade anual entre pacientes que planejam ter filhos e quantidade de casos de gravidez anual; *gravidez indesejada*, que busca analisar a incidência de natalidade através do indicador incidência de natalidade entre pacientes que queiram evitar a gravidez; *fatores de risco*, que trabalha comportamentos que levam a um planejamento malsucedido e utiliza como indicador o não uso ou uso inadequado de métodos contraceptivos; e *atendimento*, que objetiva avaliar como é o atendimento feito no âmbito do programa .

Modelo 2. Estrutura de Desempenho Anual da Atividade do Programa de Planejamento Familiar - Resultados

Dimensão	Categorias	Foco de Análise	Indicadores	Fontes
Domínio dos Resultados	Natalidade	Natalidade entre pacientes que planejam ter filhos	Taxa de natalidade anual entre pacientes que planejam ter filhos Quantidade de casos de gravidez anual	Reeve, Humphreys e Wakerman (2015) Tham <i>et al.</i> (2010) Brasil (1996) Moura e Da Silva (2006) Bonan, <i>et al.</i> (2010)
	Gravidez Indesejada	Incidência de natalidade	Incidência de natalidade entre pacientes que queiram prevenir a gravidez	
	Fatores de risco	Comportamentos que levam a um planejamento malsucedido	Oferta regular dos anticoncepcionais; Problemas na oferta de contracepção cirúrgica Uso Adequado/Inadequado de métodos contraceptivos	
	Atendimento	Atendimento aos pacientes	Atendimento cordial; Vínculo com a equipes do Programa Saúde da Família (PSF).	

Fonte: Elaboração da autora a partir de revisão de literatura, 2019.

3.3 Coleta e análise de dados

Os dados para o desenvolvimento da pesquisa foram coletados de fontes primárias e secundárias através de pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas com a coordenadora e servidores(as) do programa utilizando o modelo de análise apresentado anteriormente com seus respectivos indicadores e através de aplicação de questionários aos usuários do programa.

As entrevistas e aplicação dos questionários foram realizadas no período de abril a junho de 2019, sendo a seleção dos entrevistados feita a partir da análise das atribuições de seus cargos na gerência municipal que atuam, em seus distintos papéis com relação ao tema “planejamento familiar”.

3.3.1 Para dados qualitativos

Para a realização da coleta de dados, com o objetivo de constituição do *corpus* da pesquisa, foram utilizados roteiros de entrevistas semiestruturadas para um único respondente por vez – entrevistas em profundidade, com perguntas abertas que permitiram aos entrevistados respondê-las com seus próprios termos - cujos roteiros foram aplicados a 5 informantes-chave nos meses de abril e maio.

As gravações das entrevistas foram feitas em formato digital, transcritas e analisadas com a utilização de um processador de textos.

3.3.2 Para dados quantitativos

Foi realizada a aplicação de questionários a 205 usuários, com o objetivo de avaliar o atendimento realizados pela equipe do CSM e também confrontá-lo os resultados obtidos sobre o tema a partir das entrevistas. A aplicação foi realizada nos meses de maio e junho, período qual foram realizados 871 atendimentos médicos de acordo com os mapas de atendimento; dessa forma o quantitativo/amostra de questionários aplicados corresponde a aproximadamente 24% do total de atendimentos.

Os questionários foram tratados com o auxílio do Excel, permitindo extrair gráficos para melhor apresentação dos dados.

4. Discussão de resultados

Nessa sessão foram discutidos os resultados alcançados para cada dimensão, a saber Domínio do Processo e Domínio dos Resultados.

4.1 Domínio do processo

4.1.1 Abrangência do programa e facilidades no acesso

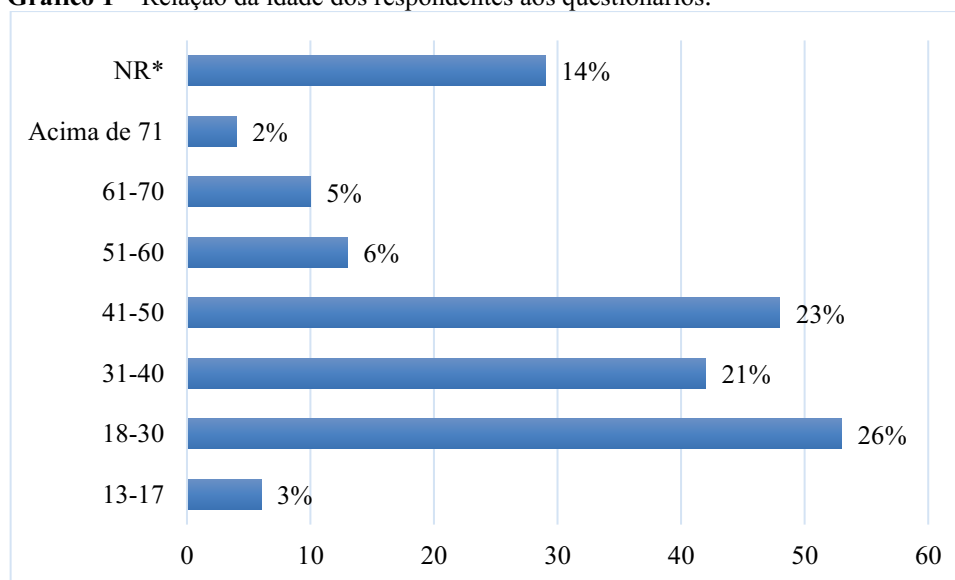
Anualmente são realizados mais de 8500 atendimentos, sendo a maioria de mulheres, pois há pouca procura por vasectomia, segundo a Entrevistada 1 (2019). Essa informação pôde ser comprovada durante a aplicação dos questionários aos usuários, onde 95% dos respondentes eram do sexo feminino. A iniciativa para o primeiro atendimento vem da mulher que procura o

CMS para tirar dúvidas. Essa informação também é corroborada pela Entrevistada 5 (2019) que, apesar de não poder informar o número exato, diz que “(...) são muitas mulheres; homens quase nada, muito pouco. Porque homem, às vezes, quando vem é só pra fazer o exame de toque de mama, sabe? Mas tem o atendimento com a psicóloga também, que é a vasectomia”.

A fala das entrevistadas é corroborada por Santos e Freitas (2011) que abordam em sua pesquisa que há a centralização do planejamento familiar na figura feminina, visto que a mulher sempre participa sozinha das reuniões de orientação sobre o planejamento familiar e também é ela quem opta pelo método contraceptivo e toma frente na decisão sobre a quantidade de filhos que terá. A pesquisa de Silva e Nunes (2017) também chegou a esse denominador comum onde foi constatado que a procura por meios de prevenção fica quase que exclusivamente a cargo da mulher; dado isso as pesquisadoras enfatizam a necessidade de intensificação da participação masculina no planejamento familiar. Silva *et al.* (2011, p. 2416) também observaram a baixa presença masculina no serviço de planejamento familiar, tanto que não puderam entrevistar um homem sequer durante sua pesquisa.

Dados coletados por meio da aplicação dos questionários permitiram quantificar os usuários de acordo com sua faixa etária, sendo, 26% de 18 a 30 anos, 23% de 41 a 50 anos, 21% de 31 a 40 anos e somente 3% de 13 a 17 anos. A relação é mostrada pelo Gráfico 1:

Gráfico 1 – Relação da idade dos respondentes aos questionários.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

(*) Não Respondentes

Os procedimentos realizados pelo CSM referente a “preventivo e planejamento” foram contabilizados em aproximadamente 1000 ao mês, pela Entrevistada 4. Sobre os procedimentos no geral, a Entrevistada 1 (2019) fala sobre a quantidade:

A gente tem, de procedimentos durante o mês...são vários procedimentos, porque a gente divide, por exemplo, exames de colo, mama, ginecologia, resultados de exames, biópsias, colposcopias, retirada de pólipo por cauterização, punção de mama, inserção e revisão de DIU. Isso tudo são procedimentos médicos, então a gente teria que somar isso tudo num todo. O ano passado (2018), por exemplo, nós fizemos 2161 exames de colo, que é a prevenção do câncer de colo de útero; exames de mama que é para a prevenção de câncer de mama, foram 3148; consultas ginecológicas, no geral, sendo intercorrência, qualquer no âmbito de desconforto, foram 4481 consultas; os médicos olharam resultados de exames, mais de 2889 exames; biópsias foram realizadas 36 no ano passado; colposcopias que também é um procedimento médico, 61; e cauterizações do colo do útero, 84. O que são essas cauterizações? É quando o colo

do útero dá uma lesão, e é como se - a gente fala, assim, de forma leiga – queimar o colo do útero para prevenir pra não virar o câncer (ENTREVISTADA 1, 2019).

Valendo ressaltar que a coordenação do CSM cedeu os Mapas de Atendimento, que são documentos que trazem os registros mensais dos números de atendimento médicos e procedimentos realizados de forma detalhada. Esses mapas mostram que no ano de 2018 os médicos realizaram 7816 atendimentos e, além dos procedimentos acima citados pela entrevistada, ocorreram 7 retirada de pólipos, 3 punções de mama, 209 procedimentos de inserção/revisão/retirada de DIU, 1618 ações educativas de planejamento familiar, 2810 atendimento de enfermagem/entrega de resultados, 8826 distribuições de preservativos, 1135 aplicação de injetável mensal, 416 aplicação de injetável trimestral e 759 distribuição de pílula anticoncepcional. E, para retificar os dados informados pela Entrevistada 1 (2019), de acordo com os Mapas de Atendimento o número total das consultas ginecológicas foi de 4481 e resultados de exames foi de 2579.

Questionadas sobre a quantidades de exames pré-natal realizados ao ano, as entrevistadas informaram que o CSM não os realiza e a Entrevistada 1 (2019) complementa que no município de Ituiutaba existem os locais próprios que ofertam esses exames que são os 11 PSFs e a Unidade Mista de Saúde II; a mesma ainda ressalta que o objetivo do CSM é a prevenção de câncer de colo e mama, consultas ginecológicas e planejamento familiar.

Uma observação importante a ser feita é que, em sua fala, a Entrevistada 1(2019) desvincula os exames pré-natal do planejamento familiar, e essa desvinculação pôde ser notada também no decorrer da conversa com as demais pessoas entrevistadas. Esse fenômeno pode ser explicado por Santos e Freitas (2011) que verificaram, através de consulta a literatura, que planejamento familiar é focado especificamente no controle da natalidade e, recentemente, o uso de contraceptivos e na saúde da mulher. Entretanto, a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, determina como atividades básicas (dentre outras) do planejamento familiar a assistência a concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, puerpério e neonato, o controle de ISTs e controle e prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. (BRASIL, 1996)

Sobre os procedimentos-padrão que permitem o acesso ao Programa de Planejamento Familiar, as entrevistadas foram unânimes ao informar que a pessoa interessada precisa somente fazer a busca ativa, sem necessidade de agendamento de horário. A Entrevistada 2 (2019) afirma que a pessoa será encaminhada à psicóloga que dará as orientações sobre os métodos contraceptivos para que essa faça sua escolha para posteriormente passar pela consulta e fazer avaliação clínica,

(...) depois da avaliação clínica ela vai sair com a receita do método que ela escolheu e ela tem disponibilidade, a gente disponibiliza aqui a maioria dos métodos que vem no kit do programa do Ministério da Saúde, que é pílula, pílula do dia seguinte, comprimidos, injetável, o DIU, a gente oferece aqui, camisinhas masculina e feminina. Então o procedimento é esse: passa pela orientação, depois ela é encaminhada pro médico e da consulta ela já sai com a receita e ela já sai com o método daqui que ela optou (ENTREVISTADA 2, 2019).

No caso, é só buscar. É uma busca ativa, que qualquer pessoa pode vir ao balcão pedir informações. A gente orienta pra procurar nossa psicóloga. Não precisa marcar horário, tá? (..) Então ela orienta sobre o tipo de planejamento que a pessoa busca, qual é o mais adequado. Ela tira dúvidas e depois ela encaminha essa pessoa pra consulta médica (ENTREVISTADA 1, 2019).

(...) ela pode vir a qualquer momento ao CSM pra poder tirar essas informações (ENTREVISTADA 3, 2019).

Só vir, passar pela palestra, passar pelo planejamento e aí ela já tem esse acesso livre (ENTREVISTADA 4, 2019)

Que eu sei, a pessoa tem que vir aqui falar com a (...) psicóloga. Ela que monta todo o processo pra vasectomia, laqueadura. Só passar pela psicóloga, ela que monta o processo, dá as informações (ENTREVISTADA 5, 2019)

As excertos das entrevistas reforçam que existe um certo nível de cumprimento das determinações legais relacionadas a ofertas de todos os métodos e técnicas cientificamente aceitos de concepção e contracepção para o exercício do direito do planejamento familiar, sendo garantida a liberdade de opção e sua prescrição deverá ser feita mediante avaliação e acompanhamento clínico, além da informação a respeito de riscos, vantagens, desvantagens e eficácia. Silva e Nunes (2017) abordam a esse respeito que o método escolhido e seu uso correto implica não só em resultados benéficos, mas na satisfação do usuário e na qualidade do atendimento.

Os resultados desta pesquisa evidenciam que a categoria *abrangência do programa e facilidades no acesso*, mostrou-se satisfatória, porém com ressalvas. Satisfatória, pois cumpre, em certa medida, as suas finalidades ao ofertar um número considerável de atendimento tanto para mulheres quanto para homens, apresentar pouca burocracia no acesso ao Programa de Planejamento Familiar, além do cumprimento fiel do protocolo exigido por lei para aqueles que desejam acesso aos métodos contraceptivos.

Entretanto o programa fica a dever por não abranger cuidados referentes a concepção. Entende-se, portanto, que a oferta desses cuidados demandaria uma equipe e estrutura maiores, além de maior dispêndio de recursos públicos.

4.1.2 Eficácia

Houve unanimidade quanto a contribuição do Programa de Planejamento Familiar para o controle efetivo de ISTs no município, com ênfase na questão do uso do preservativo que também é ofertado pelo CSM, pois, como abordado pela Entrevistada 5 (2019), além de contraceptivo, ele previne doenças. A Entrevistada 2 afirma que, apesar de não ter números exatos, acredita que há uma contribuição do programa para esse controle devido a disponibilização de preservativos que é feita para qualquer pessoa que procure, independente de sexo e idade.

Sim, acreditamos que sim. Porque mesmo as pessoas buscando o planejamento, no caso a pílula, a injeção, o DIU, sempre a psicóloga, ela mostra as imagens das doenças sexualmente transmissíveis, ela reforça – e muito - a importância do uso dos preservativos; não só a questão da prevenção da gravidez. Então a gente percebe que, mesmo o número de doenças ter aumentado em alguns grupos, mas teve um retorno, no caso das pessoas que vêm procurar nossos serviços, porque quem tá no nosso serviço a gente tem o controle se tá infectado com alguma doença ou não (ENTREVISTADA 1, 2019).

Embora nós não tenhamos aqui o programa de prevenção de IST, que pertence a outra unidade, acaba que, indiretamente a gente também faz essa orientação quanto a isso, porque, mesmo tendo o planejamento familiar, que é feito por outra colega, ela, também ao apresentar todos os métodos contraceptivos, acaba que também ela faz uma orientação sobre essa questão das ISTs (ENTREVISTADA 3, 2019).

Houve a contribuição do programa para o controle e prevenção dos cânceres cérvico-uterino e de mama, mas não no que tange a prevenção dos cânceres de próstata e pênis, pois

não é feito atendimento ao público masculino nesse quesito. Excertos de entrevistas reforçam este entendimento:

O foco aqui é o câncer de colo e o de mama. Sim, tem as pacientes que já saem daqui encaminhadas para ir para Barretos. A gente tem acesso a isso daqui, tem os prontuários que comprovam isso, né, essa evidencia (ENTREVISTADA 4, 2019).

(...) a gente tem a prevenção do colo e de mama. É o uso do preservativo e também o estímulo que a gente faz às meninas e também, agora, os meninos a vacinarem, a usarem a vacina do Papilomavírus Humano (HPV) com 9, 13 anos, porque o HPV ele é o vírus que causa – já foi comprovado – o câncer de colo de útero. Então usando o preservativo e também se vacinando, a gente tem o controle disso (ENTREVISTADA 1, 2019).

Olha, eu acredito que sim (...). Quando a mulher toma pílula ela não ovula, então a pílula anticoncepcional, ela evita alguns tipos de câncer – de endométrio, endometriose, miomas, ela ajuda a prevenir também. O uso de preservativo eu acho que controla também, porque se a pessoa não tem doença sexualmente transmissível ela também, ela vai tá prevenindo de HPV, que é uma doença que é transmitida por relação sexual, tanto pode acometer o homem, como pode acometer a mulher; então eu acho que é uma forma de prevenção sim, né? (ENTREVISTADA 2, 2019).

Sim, de colo de útero e de mama, né? Porque as vêm e fazem os exames preventivos, então através disso que elas sabem se está tudo normal, ou se tem alteração e tem que passar pelo médico de novo (ENTREVISTADA 5, 2019).

Ainda sobre a contribuição do programa para o controle e prevenção desses cânceres, houve discordância da Entrevistada 3 (2019) que disse não acreditar que o Programa de Planejamento Familiar tenha contribuído.

O município vem adotando serviços melhorados que possibilitam a redução da taxa de natalidade.

(...) desde que eu trabalho aqui (...) já vinha fazendo a vasectomia, que diminui. Se o homem é vasectomizado, ele não vai ter filhos. E a laqueadura, agora...a partir do ano passado, a gente tá disponibilizando. Passou a ser oferecida pra mulheres que estão em período gestacional. Se a mulher tiver da terceira cesariana em diante ela tem a disponibilidade, acima de 25 anos, desde que ela guarde o prazo mínimo de 60 dias que é exigido por lei (...). Então eu acho que isso foi, de algum tempo pra cá, isso foi adotado porque ajuda a reduzir sim essa taxa (ENTREVISTADA 2, 2019).

O aumento da atuação do CSM tem sido uma contribuição para a redução da taxa de natalidade em Ituiutaba.

A gente tem aumentado muito a atuação. Igual, a gente fez uma escala esse ano, para 2019, que é um projeto novo que a gente tem, uma parceria junto com os CRAS, que são os Centro de Referência à Assistência Social, pra gente justamente levar a psicóloga até os grupos de gestante e os grupos de adolescentes pra falar sobre o planejamento familiar e pra falar sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Então, acho que vai ter muito resultado. E todas as pontas, no caso os CRAS, PSFs, algumas escolas também sempre nos procuram e demonstram grande interesse (ENTREVISTADA 1, 2019).

A categoria *eficácia* atendeu as expectativas quanto a sua finalidade pois, além da livre distribuição de preservativos sem distinção de idade, há o empenho da equipe em orientar os usuários sobre a importância de seu uso não só para fins contraceptivos, mas também para prevenção das doenças. O programa também cumpre sua função no controle e prevenção dos

cânceres cérvico-uterino e de mama, pois, existe oferta das consultas e exames para esse fim; entretanto fica em falta na oferta de cuidados relativos aos cânceres de próstata e pênis, que não são foco do CSM.

Um outro ponto importante que ressalta a eficácia do Programa de Planejamento Familiar do CSM é a oferta da laqueadura e vasectomia como serviços melhorados para a redução da natalidade, além dos projetos junto aos CRAS, PSFs e escolas com o intuito de discutir o planejamento familiar com grupos de gestantes e adolescentes.

4.1.3 Contínuo

A respeito da assistência contínua à concepção e contracepção, todas as pessoas entrevistadas responderam positivamente, e a Entrevistada 1 (2019) explica que no CSM o Programa de Planejamento Familiar contempla somente a contracepção. A Entrevistada 2 (2019) também afirma a assistência contínua à contracepção e complementa;

sim, acho que a mulher usa aqui de forma continuada...ela passou pelo médico, pegou a receita, ela vai tá usando sempre. a gente sempre orienta que o que faz a eficácia dos métodos contraceptivos é a continuidade, né, o uso contínuo e correto; essa é o que dá maior eficácia no uso. Então a maioria das mulheres que se cadastram aqui a gente percebe que elas ficam por anos. A gente tem o controle, lá na frente onde é disponibilizado...tem mulher que faz 10 anos que está usando, por exemplo, a pílula. às vezes elas até migram de um método pra outro, passam pela pílula, pela injetável, mas elas usam por forma contínua sim, porque senão não vai (ter) efetividade nenhuma. o uso dos métodos contraceptivos é a forma continuada que dá eficácia; usar um mês, dois meses, e abandonar, não tem nenhum tipo de eficácia (ENTREVISTADA 2, 2019).

Sobre a oferta de atendimento pré-natal, as entrevistadas informaram que o CSM não o oferece. De acordo com a Entrevistada 1 (2019), esse atendimento é ofertado somente nos PSFs e na unidade Mista de Saúde II.

Quanto a assistência ao parto, puerpério e neonato, novamente foi informado que o CSM não trabalha nessa área, entretanto a Entrevistada 2 (2019) afirma que de alguma forma o CSM contribui para a assistência ao puerpério, pois a mulher pode escolher algum método contraceptivo para tomar durante a amamentação, tal qual pílula ou injeção.

A categoria *contínuo* atende em parte as métricas dos seus indicadores, pois há assistência contínua à contracepção através do acompanhamento dos usuários, desde sua manifestação de interesse pelo planejamento familiar, com orientações e consultas até enquanto houver interesse por parte da pessoa. Porém o CSM não oferece atendimento pré-natal ou assistência ao parto, puerpério e neonato, dado o fato de não oferecer atendimentos relacionados à concepção.

4.1.4 Eficiente

Os dados coletados apontam que no ano de 2018, a quantidade média de campanhas de saúde realizadas foi de 3,5 ao mês e a equipe do CSM ainda estaria fazendo um planejamento para aumentar esse número em 2019 com foco no planejamento familiar; porém, atualmente essas campanhas não estão sendo realizadas de forma apropriada, pois dependem de recursos financeiro e a Prefeitura e o Estado estão com problemas nessa área. Esses problemas econômicos refletem negativamente na prestação de serviços públicos, pois, existe a dificuldade de se divulgar algo que não se pode oferecer.

Fiuza *et al.* (2015) em sua pesquisa para avaliar a qualidade da assistência do planejamento familiar nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Montes

Claros/MG, traz uma importante discussão que embasa o que acima é afirmado. Os autores expõem a ideia de que a compatibilidade entre informação e disponibilidade de tecnologia contraceptiva é um aspecto crítico no que tange as ações educativas de planejamento familiar, pois para haver uma real livre-escolha do método, faz-se necessário o acesso aos métodos dos quais são passadas informações, que também é uma ideia defendida por Silva *et al.* (2011).

Fiuza *et al.* (2015) ainda ressaltam que é comum que os serviços disponham somente de algumas opções de métodos contraceptivos, fazendo com que o acesso não seja uma realidade, mesmo que a ação educativa refira-se a todos os métodos. Para os autores, a indisponibilidade de insumos contraceptivos limita o Programa de Planejamento Familiar e impede a liberdade de escolha dos usuários.

Não são feitas visitas anuais aos participantes do programa, segundo as entrevistadas. O que existe é uma busca ativa por telefone em caso de exames alterados, como aparecem na fala dos entrevistados.

Dados não permitem avaliar o financiamento recebido pelo CSM que é destinado ao programa, e sobre o uso adequado desses recursos a entrevistada disserta:

Não sei te falar se há alguma destinação de verba. Aqui, pra gente, não tem verba, o que tem é o Setor da Secretaria da Saúde que a gente entra em contato, faz o pedido de medicamento, quando é liberado eles mandam a informação (...) Então, em média, vamos supor, 30 injeções por mês...então eles mandam um pouquinho a mais, pouca coisa, porque, às vezes aparece alguém de outra área, por exemplo, de um PSF que às vezes acabou. Mas não tem o desperdício (ENTREVISTADA 1, 2019).

A categoria *eficiente*, apesar dos desdobramentos, provou ser satisfatória em suas finalidades, pois a atuação do CSM dentro dessa categoria depende estritamente da situação econômica do país/estado/município que reflete diretamente na saúde. Não existe a destinação direta de verbas ao CSM, ficando ao encargo da Secretaria Municipal de Saúde o envio dos medicamentos necessários e, por sua vez, o CSM faz a gestão correta desses recursos, o que permite que sejam feitos pedidos ideais de forma que não falte ou não haja perdas.

No tocante a dimensão *domínio do processo*, pode-se inferir que o Programa de Planejamento Familiar desenvolvido pelo CSM em Ituiutaba atende, em certa medida, aos objetivos institucionais e legais; também e mostrou-se abrangente, eficaz e eficiente em suas atividades e; apesar de trabalhar somente a parte da contracepção, oferece continuidade nesse quesito.

4.2 Domínio dos resultados

4.2.1 Natalidade

As entrevistadas não souberam informar qual a taxa de natalidade anual do município entre pacientes que planejam ter filhos, pois no CSM não se trabalha com a concepção.

Também não puderam informar a quantidade de casos de gravidez anual total por não terem esses dados disponibilizados.

Também não tem porque a gravidez é lá na UMS II, né? Aqui a gente...a partir do momento que a mulher ficou grávida, a gente já encaminha pra Unidade II. Vamos supor: ela tá usando algum método, ela engravidou, fez o teste de gravidez, ela é encaminhada pra lá (ENTREVISTADA 2, 2019).

Não foi possível aferir a categoria *natalidade* pois, o CSM não é o responsável pela construção estatística destes dados, e fornecê-los ao público interessado, mas sim a Secretaria Regional de Saúde.

4.2.2 Gravidez indesejada

Não houve a possibilidade de informar a incidência de natalidade entre pacientes que queiram prevenir a gravidez, por não terem acesso aos dados, entretanto a incidência entre as pacientes que frequentam o CSM, segundo a Entrevistada 1 (2019), é muito baixa. Segundo a mesma, desde sua chegada ao CSM, presenciou somente dois casos de gravidez por uso inadequado do método contraceptivo, que era o DIU, onde as pacientes não seguiram as orientações passadas.

Essa categoria, *gravidez indesejada*, também se mostrou difícil de ser avaliada pelo fato de não haver uma pesquisa que mostre dados numéricos sobre a incidência de natalidade no município. Sobre isso, Nagahama (2009) corrobora que há pouca frequência de estudos sobre contracepção no sistema de serviços municipais de saúde e que são poucas pesquisas de avaliação nos serviços públicos de saúde que têm enfoque nas estratégias e grau de implantação dos programas de planejamento familiar.

4.2.3 Fatores de risco

Quanto a frequência com que os anticoncepcionais são ofertados, houve unanimidade das entrevistadas ao dizerem que são ofertados todos os dias.

Todos os dias. Todos os dias livre demanda. Tendo a consulta médica, tendo a receita...inclusive, os nossos médicos, eles têm clínica particular, eles trazem pra gente remédios que são contraceptivos de alto custo, que não são ofertados pelo SUS, porque têm dosagem diferenciada. As indústrias farmacêuticas, elas dão pra eles amostras grátis e eles trazem pra gente porque eles também prescrevem, todo mundo usa, cada corpo é corpo, então o corpo da gente não vê classe social. Então eu acho muito interessante. É só a paciente nos apresentar e ela recebe a amostra grátis, só apresentar a receita (ENTREVISTADA 1, 2019).

A fala da Entrevistada 1 (2019) é corroborada pela Entrevistada 2 (2019) que faz a seguinte afirmativa em determinado momento da entrevista:

Além disso, por exemplo, quando falta método aqui, os médicos que trabalham conosco, eles sempre trazem do consultório pílula, injetável, o que eles têm lá, porque os laboratórios fornecem. Então, assim, nunca fica sem falar que a gente ficou aqui sem nenhum tipo de oferta, nunca ficou. Sempre tem, né? Então, por exemplo, a pílula, às vezes ela é nome diferente, porque é o nome fictício, mas a composição da pílula é a mesma, então a gente sempre procura pra mulher não perder, porque a gente sabe que tem mulher que se não for aqui, gratuito, ela não vai tomar, porque às vezes ela não tem 50 centavos. Tem a pílula pelo plano do Governo baratinho, mas às vezes ela não tem, ela não tem 50 centavos. Então os médicos também nos ajudam muito ofertando esses medicamentos que vêm de amostra pro consultório, eles trazem e repassam aqui pra gente. Eu acho que isso também é um diferencial. Essas pílulas mais caras, que são de baixa dosagem, que são bem mais caras, eles trazem, então a gente distribui também. Então aqui ficar sem nadinha, nunca ficou não. Então a gente sempre procura um jeito de tá atendendo a população (ENTREVISTADA 2, 2019).

Os dados mostram a preocupação e esforço da equipe em manter o bom atendimento das demandas do Programa de Planejamento Familiar e de evitar que as usuárias sofram as crises enfrentadas pela área da saúde, mesmo que de forma momentânea.

A respeito da contracepção cirúrgica, existe sim problema e/ou limitação na oferta. O hospital São José, que é referência nessa área, não está oferecendo a ligadura para mulheres que procurem espontaneamente, mesmo que se enquadrem no que a Lei prevê, devido à falta de

repassa de verba do Estado e Município. A cirurgia somente é oferecida para parturientes em caso de emergência; no caso das cirurgias eletivas, que são aquelas que não são urgência nem emergência, não existe a oferta, mesmo que a Secretaria de Saúde libere o procedimento.

A fala de uma entrevistada corrobora com o que foi explanado anteriormente:

Sim, quando ela é eletiva, ou seja, não é de emergência ou a mulher não está gestante ou grávida. Nós temos só o Hospital São José aqui em Ituiutaba, hoje, que atende o SUS, e ele não está realizando cirurgias eletivas, ou seja, aquelas que não são de emergência. Mesmo assim, a gente continua fazendo o processo de planejamento familiar que é a laqueadura que dura 60 dias. A gente faz, porque é o direito da mulher que tá em planejamento familiar. Então ela tem o direito de requerer depois, na justiça, alguma coisa. Então a nossa parte, ela vem com o laudo médico, passa pela assistente social, passa por aqui, depois dos 60 dias, se ela quiser levar pra Defensoria Pública ou pra um advogado, e ela recorrer isso na justiça é um direito dela (ENTREVISTADA 1, 2019).

Estudo feito por Nagahama (2009) ao avaliar a implantação da assistência em contracepção em serviços de saúde em 23 UBSs em Maringá no Paraná, apontam um grau de implantação considerado “incipiente” em 74% das unidades devido à falta de mecanismo formal de encaminhamento para contracepção cirúrgica definitiva, e “intermediária” para 26% dessas unidades devido ao fato de o encaminhamento ter sido realizado por ações individualizadas dos profissionais de saúde.

Dados mostram o uso inadequado de métodos contraceptivos. Uma das pesquisadas explica que há essa detecção todos os dias, mas não acredita que seja por falta de orientação, pois no CSM ela é oferecida e, além disso, há muitos meios para a mulher se orientar como a internet e a televisão. Outras falas citam que foi identificado um caso em que a usuária pensou que o gel lubrificante fosse um novo tipo de preservativo, outra usuária tomava a pílula anticoncepcional em um dia e o marido em outro e casos em que a usuária deixa de fazer a revisão do DIU ou não toma as injeções no períodos certos.

Na categoria, *fatores de risco*, pôde-se concluir que o Programa de Planejamento Familiar cumpre sua finalidade principalmente na oferta de anticoncepcionais e na oferta de contracepção cirúrgica a qual, mesmo tendo a dificuldade de orçamento enfrentada pelo hospital que suporta essas demandas, a equipe se esforça para possibilitar o acesso das usuárias a esse serviço ou ao menos requerer por vias legais seu direito.

Quanto ao uso dos métodos contraceptivos, o programa também cumpre seu papel no que diz respeito a orientação, entretanto o uso inadequado detectado pela equipe pode ser justificado pela falta de atenção dos usuários ou dificuldade de entendimento nas orientações passadas.

4.2.4 Atendimento

4.2.4.1 Atendimento recebido no CSM.

Indagadas sobre o atendimento aos pacientes, todas as entrevistadas afirmaram ser cordial. Infere-se que na gestão atual houve uma melhoria no treinamento dos funcionários, cujo atendimento tem sido muito elogiado. Dados reforçam que a Ouvidoria do SUS na Secretaria de Saúde tem sido um bom termômetro para medir o desempenho que o CSM tem no quesito atendimento, pois não há nenhuma reclamação.

Uma das entrevistadas afirma acreditar que o CSM seja um lugar onde o atendimento é diferenciado, pois as pessoas são empenhadas e que, desde a recepção até a limpeza, os funcionários procuram ser cordiais e fazer um atendimento “humanizado”. Uma das entrevistadas afirma que os usuários são bem tratados e complementa:

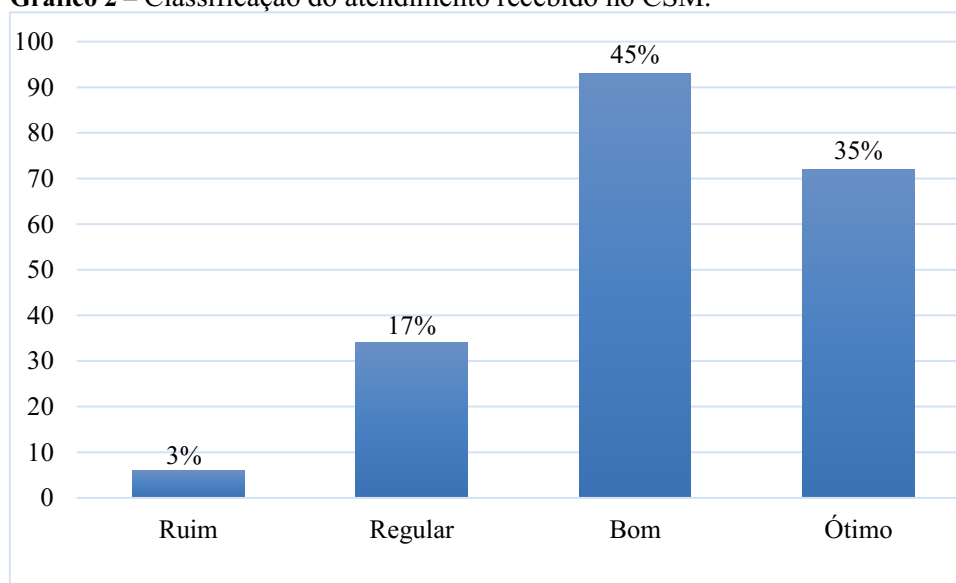
Eu acho que as pessoas têm um atendimento diferenciado. Os médicos, a equipe médica é uma equipe muito bem treinada, que já está trabalhando muitos anos aqui, né, então eu acho que todo mundo que tá aqui tem conhecimento, sabe o que tá fazendo; é uma equipe que trabalha bem unida e procura fazer o melhor sempre (ENTREVISTADA 2, 2019).

O CSM procura oferecer atendimento de qualidade, segundo a Entrevistada 3 (2019) e a mesma ainda afirma que oferecer um atendimento de qualidade é primordial para a equipe.

(...) Eu costumo falar que o CSM é a mãe de todo mundo. A gente procura atender da melhor forma possível todas, sem exceção. A gente procura entender mesmo o que realmente elas estão precisando. Então, assim, é sempre bom melhorar, mas o que depende da gente eu acho que a gente tá fazendo o nosso melhor (ENTREVISTADA 4, 2019).

O Gráfico 2, reforça a fala das entrevistadas mostrando que 45% dos respondentes avaliaram o atendimento como sendo bom, 35% como ótimo, 17% como regular e somente 3% como ruim. Esse resultado mostra que, no geral, os usuários estão satisfeitos com o atendimento recebido no CSM.

Gráfico 2 – Classificação do atendimento recebido no CSM.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

4.2.4.2. Relação entre o CSM e os PSFs.

Dados evidenciam a colaboração entre equipes da CSM e dos PSFs. Em uma das falas a Entrevistada 1 (2019) afirma que possui contato de todas as enfermeiras, que são as coordenadoras dos PSFs, o que agiliza o atendimento de pacientes que precisam de atendimento urgente como as que o exame preventivo deu alguma alteração. Outra inquirida também afirma que existe esse vínculo e que os PSFs encaminham as pacientes para o CSM quando há alterações no preventivo ou mamografia para que tenham o atendimento necessário.

Já a Entrevistada 2 (2019) afirma que o CSM e PSFs já tiveram maior vínculo:

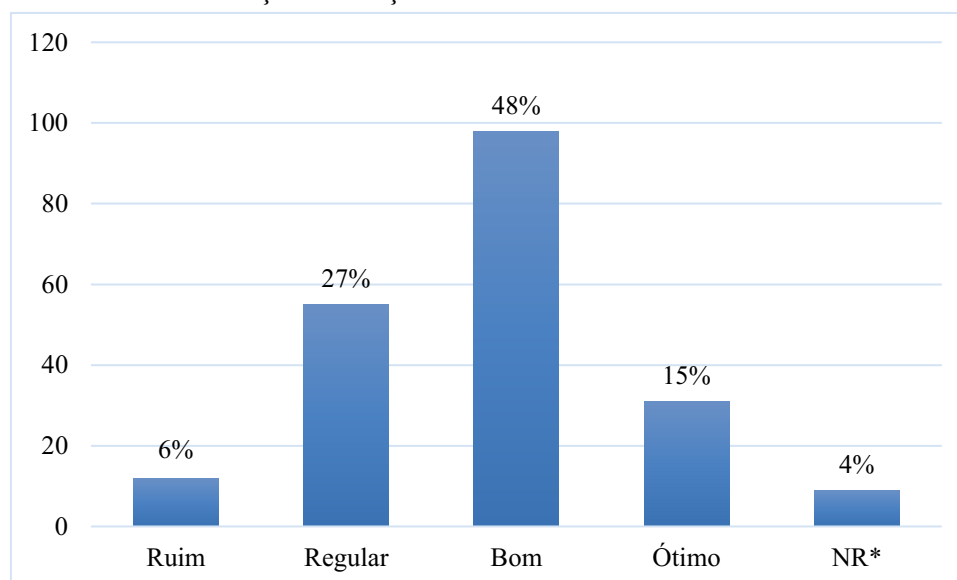
Olha, nós já tivemos mais. Até em questão do planejamento familiar, sabe, a gente sempre trabalhava bem junto, mas vai mudando os gestores, muda a equipe, os enfermeiros que são os responsáveis pelos PSFs são cargos comissionados, então essa

equipe sempre troca. Então às vezes tem uma dificuldade por conta disso. Às vezes é uma equipe numa gestão, troca de gestores troca tudo de novo. Eu sinto uma dificuldade, às vezes entra um pessoal que às vezes não tem uma capacitação, que eu acho que falta muito capacitação, né, pra tá trabalhando. Então eu sinto o PSF meio distante nesse momento, nós já tivemos mais unidos em outras situações, né? Dependendo do gestor, tem gestor que dá mais abertura pra gente trabalhar em união. Agora eu sinto que o PSF faz umas ações, assim, bem longe do CSM. A gente não tem trabalhado muito em união não (ENTREVISTADA 2, 2019)

A Entrevistada 3 (2019) afirma que não existe esse vínculo diretamente e que na realidade o CSM está bem afastado dos PSFs, mas que mesmo assim, ela procura manter contato, “mas não é um vínculo assim, definitivo”. E a Entrevistada 5 (2019) nega a existência desse vínculo e explica que o que existe é um encaminhamento dos pacientes que vão até os PSFs para o CSM.

Em sua percepção sobre a relação entre o CSM e os PSFs, 48% dos usuários a classificaram como boa, 27% como regular, 15% como ótima, 6% como ruim e 4% não souberam opinar; como é mostrado no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Classificação da relação entre o CSM e os PSFs.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

(*) Não Respondentes

4.2.4.3 Atendimento diferenciado às mulheres com risco reprodutivo no CSM

Quanto ao cuidado diferenciado às mulheres com risco reprodutivo, as pesquisadas disseram que no CSM não é trabalhada essa parte. Assim, o cuidado oferecido pelo CSM se dá quando as mulheres têm sentido sintomas de menopausa precoce, onde são feitos exames e elas são encaminhadas para o tratamento.

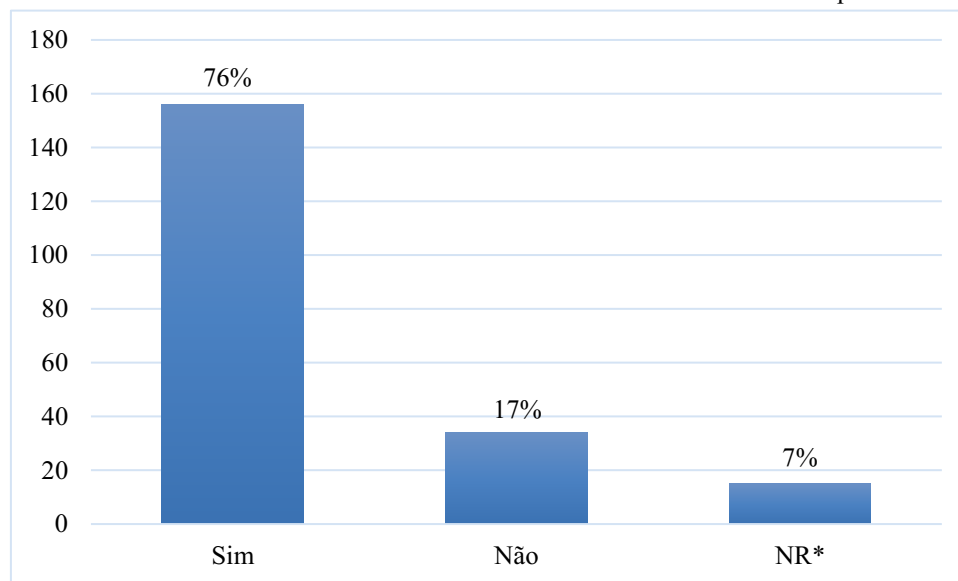
E não é feito, por exemplo, tratamento de reposição hormonal pelo SUS. Alguns médicos ainda atendem. Agora, quando essa mulher, no caso, ela tá grávida e tem o risco de uma gravidez de risco, aí o médico do PSF ou da Unidade Mista já passa ela pra Uberlândia. Aqui é Uberlândia. Durante a gravidez, aí ela fica sendo acompanhada aqui e em Uberlândia todo mês, porque se o bebê...qualquer probleminha que ela tenha durante a gestação, é só ela entrar e ela já tá em Uberlândia a qualquer momento.

Então no primeiro ultrassom, se já for detectado alguma coisa com a mãe ou com o bebê, a gente leva pra Uberlândia (ENTREVISTADA 1, 2019).

Não, elas são encaminhadas pra Uberlândia. Mulher, foi detectado gravidez de alto risco, ela é encaminhada pra Uberlândia, porque aqui nós não possuímos UTI neonatal. Pode correr o risco de ter esse bebê aqui e o bebê vir a óbito. Então eu tenho mulheres aqui que estão passando pelo processo de laqueadura e a partir do momento que é detectado gravidez de alto risco, ela passa a fazer o pré-natal em Uberlândia, porque aqui não oferece o atendimento para o bebê (ENTREVISTADA 2, 2019).

Como demonstrado pelo Gráfico 4, 76% dos usuários acreditam que exista esse cuidado diferenciado às mulheres com risco reprodutivo, 17% acreditam que não há e 7% não souberam responder.

Gráfico 4 – Existência de atendimento diferenciado às mulheres com risco reprodutivo no CSM.

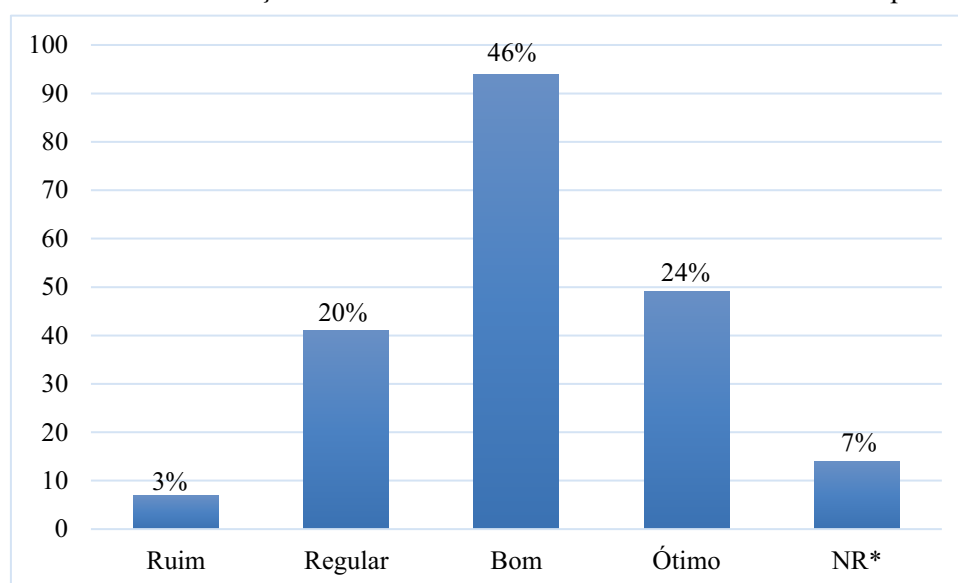


Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

(*) Não Respondentes

Ainda, sobre o cuidado diferenciado às mulheres com risco reprodutivo, o Gráfico 5 aponta que 46% dos respondentes avaliaram como bom, 24% como ótimo, 20% como regular, 3% como ruim e 7% não souberam responder.

Gráfico 5 – Classificação do cuidado diferenciado às mulheres com risco reprodutivo no CSM.



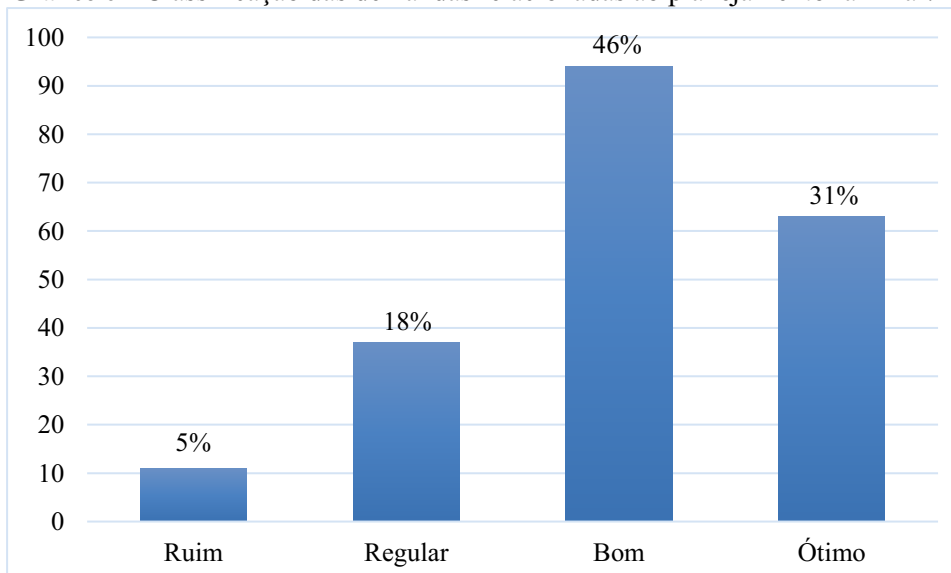
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

(*) Não Respondentes

4.2.4.4 Demandas relacionadas ao planejamento familiar

Nos questionários foi acrescentada uma pergunta para avaliar a percepção dos usuários no que se refere ao atendimento de suas demandas relacionadas ao planejamento familiar, que, como mostra o Gráfico 6, foi classificado como bom por 46% dos respondentes, ótimo por 31%, regular por 18% e ruim por 5% somente.

Gráfico 6 – Classificação das demandas relacionadas ao planejamento familiar.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019

A categoria *atendimento* é satisfatória em sua proposta dado que, como defendido pelas entrevistadas e corroborado pela maioria dos respondentes dos questionários, existe uma cordialidade e qualidade no atendimento aos usuários; quanto ao vínculo com os PSFs, ainda que não tão forte, existe a preocupação em encaminhar as demandas por atendimento não

ofertado pelo CSM de forma ágil e fácil para os PSFs e isso pode ter sido refletido na percepção desses usuários. Apesar de o CSM não tratar integralmente mulheres com risco reprodutivo, curiosamente os usuários acreditam que, de alguma forma exista esse cuidado e o classifica de forma positiva.

Assim sendo, a dimensão *domínio dos resultados* permite avaliar e concluir que o Programa de Planejamento Familiar realizado pelo CSM de Ituiutaba possui resultados positivos em sua proposta de atuação no que tange a oferta de métodos contraceptivos, contracepção cirúrgica, orientação aos usuários e atendimento. Ficou evidente que há grande esforço por parte da equipe para oferecer cuidados com excelência aos usuários e isso foi refletido nos resultados positivos alcançados a partir da avaliação do atendimento por parte dos usuários.

Entretanto a falta de pesquisas e dados sobre a taxa e incidência de natalidade é um fator que impede a visão clara do quão eficazes esses resultados têm sido, pois sabe-se que a atuação do CSM tem sido positiva, mas não se sabe o quanto.

5. Considerações finais

A pesquisa em questão objetivou avaliar os resultados do Programa de Planejamento Familiar no município de Ituiutaba a partir da aplicação do modelo REHUWA e para isso foram feitas entrevistas e aplicação de questionários com parte da equipe e usuários do CSM, que é a referência municipal no planejamento familiar.

Dado isso, conclui-se que, quanto a sua abrangência, o Programa de Planejamento Familiar do CSM possui um alcance maior do público feminino em relação ao masculino. Ainda, sobre abrangência, o Programa de Planejamento Familiar possui alcance considerável dos procedimentos realizados, destacando-se a distribuição de preservativos que ultrapassou 8826 unidades no ano de 2018. Notou-se que há grande facilidade no acesso ao programa, visto que não há muita burocracia, pois, como comprovado em entrevista, a pessoa interessada pode ir ao CSM sem necessidade de agendamento de horário e informar seu interesse em participar do programa, que imediatamente será encaminhada para a psicóloga que dará as instruções adequadas.

Há a ausência de pesquisas anteriores desenvolvidas pelo CSM ou Secretaria de Saúde sobre a eficácia do Programa de Planejamento Familiar em Ituiutaba e, por isso, essa eficácia pode ser inferida pelas fala e vivências das pessoas que trabalham com o programa e acreditam que este contribuiu para o controle de ISTs no município devido a distribuição de preservativos e pela orientação que é dada pela psicóloga do CSM aos pacientes sobre as ISTs.

Os achados demonstraram que não existe a assistência contínua a concepção, atendimento pré-natal ou assistência ao parto, puerpério e neonato; mas a prestação de cuidados coordenados em todas as etapas da contracepção é evidente, pois há o acompanhamento do paciente desde sua demonstração de interesse em participar do programa e enquanto este demonstrar interesse em permanecer.

No que se refere aos fatores de risco, ou seja, aqueles que podem levar a um planejamento malsucedido, os achados mostram que a oferta de métodos contraceptivos é diária e, mesmo quando há falta da pílula, os médicos receitam as amostras que recebem de laboratórios em seus consultórios particulares. Há limitação na oferta de contracepção cirúrgica devido à falta de repasse de verba para o hospital que atende a essas demandas.

Em relação ao atendimento, constatou-se que a equipe do CSM busca tratar os usuários com cordialidade e atendimento diferenciado, portanto, na visão de usuários e técnicos pesquisados a avaliação da qualidade no atendimento é positiva.

Apesar de o CSM não prestar atendimento relacionado a concepção, o ideal seria que se incorporasse em suas atividades procedimentos referentes a concepção de forma a complementar o Programa de Planejamento Familiar que vem sendo desenvolvido no local.

Pode-se concluir, ao analisar os processos e os resultados do Programa de Planejamento Familiar no município de Ituiutaba, que este atingiu seus objetivos no tocante às demandas dos usuários que a ele recorrem, visto que o atendimento nesse quesito foi avaliado por maior parte dos usuários como sendo positivo e uma parte considerável como regular.

Por fim, os resultados mostram que ações da equipe do CSM influenciaram positivamente os processos e os resultados de planejamento familiar no município, e as pessoas que procuram por esse serviço dependem do desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde no processo de planejamento familiar na perspectiva do exercício do trabalho em equipe e interdisciplinar e do acolhimento humanizado aos usuários. De modo geral, os profissionais participantes deste estudo explicitam que o Programa de Planejamento Familiar atende eficazmente e eficientemente aos seus propósitos legais e de política pública

Urge a gestão local entender que a assistência ao planejamento familiar na atenção básica compreende organizar e redirecionar os serviços para ações que auxiliam homens e mulheres a planejar a chegada dos filhos e também a prevenir gravidez não planejada. O intuito deve ser orientar e conscientizar a respeito da gravidez e da instituição familiar, ampliar o acesso aos métodos contraceptivos; culminando em ações educativas sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva.

Todas as pessoas possuem o direito de decidir se terão ou não filhos, e o Estado tem o dever de oferecer acesso a recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem a prática do planejamento familiar.

6. Estudos futuros

Com vistas a realização de pesquisas mais abrangentes, recomenda-se que sejam realizados estudos que avaliem não somente os *processos* e *resultados* do Programa de Planejamento Familiar, como também sua *estrutura*, pois a avaliação dessas três dimensões permitiria entender melhor os resultados obtidos, dado que a estrutura pode ter influência direta nas demais. Isso pode ser justificado pelo fato de que, no decorrer da pesquisa e obtenção de respostas a questionamentos, percebeu-se algumas impossibilidades do processo e resultados poderiam estar associadas a estrutura do CSM no que diz respeito a número de profissionais e estrutura física.

7. Referências

- BAZILIO, F. J. N.; NETO, P. A. N. M. Território e Políticas Públicas: o caso da avaliação econômica intercalar da execução da medida agroambiental proteção integrada, aplicada ao setor vitivinícola na região do Alentejo, em Portugal. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 33, p. 9-44, 2009.
- BENSON, A.; CALHOUN, L. M.; CORROON, M.; LANÇA, P.; O'HARA, R.; OTSOLA, J.; SPEIZER, I. S.; WINSTON, J. Longitudinal Evaluation of the Tupange Urban Family Planning Program in Kenya. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 43, n. 2, p. 75-87, jun. 2017.
- BONAN, C.; SILVA, K. S.; SEQUEIRA, A. L. T.; FAUSTO, M. C. R. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.10, 2010.

BOURGEOIS, I.; SIMMONS, L.; BUETTI, D. Building evaluation capacity in Ontario's public health units: promising practices and strategies. **Public Health**, v. 159, p.89-94, jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Brasília, 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm> Acesso em: 24 de ago. 2018

CAVALCANTE, P.; RIBEIRO, B. B. O Sistema Único de Assistência Social: resultados da implementação da política nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 6, p. 1459-77, nov./dez. 2012.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. 8ª ed., Petrópolis: Editora Vozes, 2008. 312 p.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, v.37, n. 5, p. 969-92, set./out. 2003.

COSTA, M. A. F.; COSTA, M. F. B. **Projeto de pesquisa: entenda e faça**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

COTTA, T. C. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. **Revista do Serviço Público**, v. 49, n. 2, p.103-124, abr./jun. 1998.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos quantitativo, qualitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUMPTON, C. D.; MEDEIROS, J. J.; FERREIRA, V. R. S.; SOUSA, M. M.; NAJBERG, E. Avaliação de políticas públicas no Brasil e nos Estados Unidos: análise da pesquisa nos últimos 10 anos. **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 6, p. 981-100, nov./dez. 2016.

CUNHA, C. G. S. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil**. Secretaria de Coordenação e Planejamento/RS, 2006. Disponível em: <www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper29.pdf>. Acesso em: 22 de abr. 2018.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n. 12, p.1743–1748, set.1988.

DONABEDIAN, A., 1980a. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. I).

DONABEDIAN, A., 1980b. **The Criteria and Standards of Quality**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. II).

FERRÃO, J.; MOURATO, J. M. A avaliação de políticas públicas como factor de aprendizagem, inovação Institucional e cidadania: o caso da política do ordenamento do território em Portugal. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 12, n. 1, p. 9-28, mai. 2010.

FIUZA, E. S. S.; ROCHA, J. F. D.; CARNEIRO, J. A.; COSTA, F. M. Planejamento familiar: avaliação da qualidade nas dimensões da estrutura, organização e assistência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, pp. 3227-3238, out./dez. 2015.

FURTAK-NICZYPORUK, M.; FILIPEK, M. Community Mental Health Center in the context of public health care. **Journal of Education, Health and Sport**, v. 6, n. 11, p. 430-443, 2016.

GOVERNO DO BRASIL. **Planejamento familiar**: Conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também quem prefere adiar o crescimento da família. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2011/09/planejamento-familiar> >. Acesso em: 19 de ago. 2018.

HAMBLIN, A.C. **Avaliação e controle do treinamento**. São Paulo: McGraw-Hill, 1978.

IBGE. **Biblioteca**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2972/momun_se_mg_ituiutaba.pdf>. Acesso em: 24 de ago. 2018.

IBGE. **Ituiutaba**. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ituiutaba/panorama>>. Acesso em: 03 de mai. 2018.

IBGE/BRASIL EM SÍNTESE. **Taxa Bruta de Natalidade por mil habitantes – Brasil – 2000 a 2015**. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-natalidade.html>>. Acesso em: 19 de ago. 2018.

LOPES, M. C. A. A avaliação de políticas públicas em Portugal: marcos de um desenvolvimento incipiente. **Universidade de Coimbra**, p. 1-11, 2014.

MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A Criação do Programa Nacional de DST e Aids como Marco para a Inclusão da Idéia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira. **Psicologia Política**, v. 9, n. 17. p. 25-45. jan./jun. 2009.

MOURA, E. R. F.; Da SILVA, R. M. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.2, 2006.

MOURÃO, L.; BORGES-ANDRADE, J. E. Avaliação de Programas Públicos de Treinamento: um estudo sobre o impacto no trabalho e na geração de emprego. **Organizações e Sociedade**, v.12, n.33, p. 13-38, abr./jun. 2005.

NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 279-290, 2009.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 8-15, 2009.

OLIVEIRA, A. K. P.; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 369-89, mar./abr. 2008.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. 25-32, 1998.

PATTON, M. Q. **Utilization-Focused Evaluation**. 4. ed. California: Sage Publications, Inc., 2008.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 259-269.

PRESTES, E. M. T. A avaliação de políticas sociais: questões teóricas, metodológicas e políticas. **Revista Lusófona de Educação**, v. 22, p. 85-101, 2012.

REEVE, C.; HUMPHREYS, J.; WAKERMAN, J. A comprehensive health service evaluation and monitoring framework. **Evaluation and Program Planning**, v. 53, p. 91-98, dez. 2015.

REIS, L.G.C., 1995. Introdução à Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde. In: **Avaliação da Qualidade do Uso da Ocitocina no Trabalho de Parto em Maternidades Públicas do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. (Tese de Mestrado).

ROCHA, A. C. (2008, setembro). O Processo Orçamentário Brasileiro como Instrumento de Accountability. **Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração**. São Paulo, SP, Brasil, 14 p.

ROCHA, A. C. Accountability na administração pública: modelos teóricos e abordagens. **Contabilidade, Gestão e Governança**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 82-97, 2011.

ROSS, J. A.; MAULDIN, W. P. Family Planning Programs: Efforts and Results, 1972-94. **Studies in Family Planning**, v. 27, n. 3, p. 137-147, mai./jun. 1996.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANTOS, G. K.; RAUPP, F. M. Monitoramento e avaliação de resultados dos programas governamentais delineados no PPA. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 6, p.1429-1451, nov./dez. 2015.

SANTOS, J. C. S.; FREITAS, P. M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.3, p. 1813-1820, 2011.

SECCHI, L.; ITO, L. E. Think Tanks e Universidades no Brasil: Análise das relações na produção de conhecimento em política pública. In: **Planejamento e Políticas Públicas - PPP**, N. 46, jan./jun. 2016. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea, 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/observatorio/images/ppp_n46_art12.pdf. Acesso em: 1 de jan. 2019.

SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. **Sociologia**, v. 31, p. 59-80, 2016.

SERPA, S. M. H. C. (2014). **Uma leitura dos usos da avaliação na administração pública no Brasil a partir da caracterização dos sistemas de avaliação de programas governamentais**. (Tese (Doutorado)). Universidade de Brasília, UnB, Brasília, DF.

SIBTHORPE, B. (2004). **A Proposed Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care: A Tool for Policy and Practice**. Canberra: Australian Primary Health Care Research Institute, Australian National University.

SIBTHORPE, B. Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care: A Tool for Policy and Practice. **Australian Journal of Primary Health**, v. 13, n. 2, p. 96-103, jan. 2007.

SILVA, J. M. B.; NUNES, M. A. Planejamento familiar: uma base de dados. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 510-519, abr./jun. 2017.

SILVA, R. M.; ARAÚJO, K. N. C.; BASTOS, L. A. C.; MOURA, E. R. F. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, 2011.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribuição da Atenção Básica aos Sistemas de Saúde e Saúde. **The Milbank Quarterly**, v. 83, 3 ed., p. 457-502, set. 2005.

THAM, R.; HUMPHREYS, J.; PARENTE, L.; BUYKX, P.; ASAD, A.; TUOHEY, K.; RILEY, K. Evaluating the impact of sustainable comprehensive primary health care on rural health. **Australian Journal of Rural Health**, v. 18, n. 4, p.166-172, ago. 2010.

TORRES, F. R. **Aprendizagem e institucionalização de práticas de controle externo: o papel de visitas técnicas do Tribunal de Contas da União**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília: 2016.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 529-550, 2008.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

VUORI, H., 1991. A Qualidade da Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**.

WAKERMAN, J.; HUMPHREYS, J. S. Serviços de atenção primária à saúde sustentáveis em áreas rurais e remotas: Inovação e evidência. **The Australian Journal of Rural Health**, v. 19, 3 ed., p. 118-124, jun. 2011.

WU, X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M.; FRITZEN, S. **Guia de Políticas Públicas: gerenciando processos**. Traduzido por Ricardo Avelar de Souza. – Brasília: Enap, 2014. 160 p.

APÊNDICE

Roteiro para entrevistas

Apresentação	
1. Nome:	
2. Sexo: () Feminino	() Masculino
3. Cargo Ocupando:	
4. Tempo de serviço no cargo:	

Processo	
Abrangência do programa	1. Qual o número de atendimentos (homens e mulheres)?
	2. Qual o número de pessoas atendidas de 13 a 17 anos?
	3. Qual o número de pessoas atendidas de 18 a 30 anos
	4. Número de pessoas atendidas de 30 a 40 anos?
	5. Qual o número de procedimentos realizados?
	6. Qual a quantidade de exames Pré-natal realizados ao ano?
	7. Quais os procedimentos-padrão que permitem o acesso ao programa?
Eficácia	8. O programa contribuiu para o controle efetivo de infecções sexualmente transmissíveis no município? Se sim, por quê?
	9. O programa contribuiu para o controle e prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e pênis? Se sim quais as evidencias provam isso?
	10. Houve a adoção de serviços melhorados que possibilitam a redução da taxa de natalidade?
Contínuo	11. Existe assistência contínua à concepção e contracepção?
	12. O CSM oferece atendimento pré-natal?
	13. O CSM oferece assistência ao parto, puerpério e neonato?
Eficiente	14. Qual a quantidade de campanhas de saúde realizadas?
	15. Qual a quantidade anual de visitas a participantes do programa?

16. Qual a porcentagem do financiamento recebido pelo CSM é destinada ao programa? Esses recursos têm sido gastos de forma correta para o programa?

Resultados	
Natalidade	1. Qual a taxa de natalidade anual do município entre pacientes que planejam ter filhos? 2. Qual a quantidade de casos de gravidez anual total?
Gravidez Indesejada	3. Qual a incidência de natalidade entre pacientes que queiram prevenir a gravidez?
Fatores de risco	4. Com que frequência os anticoncepcionais são ofertados? 5. Há algum problema ou limitação na oferta de contracepção cirúrgica? 6. O uso inadequado de métodos contraceptivos já foi detectado? Exemplifique.
Atendimento	7. Como é o atendimento aos pacientes? (cordialidade) 8. Há algum vínculo com a equipe dos PSFs? 9. Existe o cuidado diferenciado às mulheres com risco reprodutivo?

Questionário

Apresentação

1. **Nome:**
2. **Sexo:** () Feminino () Masculino
3. **Idade:**
4. **Profissão:**

Atendimento

1. Como você classifica o atendimento recebido no CSM?
 Ruim
 Regular
 Bom
 Ótimo
2. Como você classifica a relação entre o CSM e os PSFs?
 Ruim
 Regular
 Bom
 Ótimo
3. Existe o cuidado diferenciado às mulheres com risco reprodutivo?
 Sim () Não
4. Como você classificaria esse cuidado?
 Ruim
 Regular
 Bom
 Ótimo
5. Como tem sido o atendimento de suas demandas relacionadas ao planejamento familiar?
 Ruim
 Regular
 Bom
 Ótimo