

SAÚDE DA MULHER

INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Jomara Silva dos Santos Souza,
João Soares de Oliveira Neto
Clotilde Assis Oliveira





Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia

REITORA

Georgina Gonçalves dos Santos

VICE-REITOR

Fábio Josué Souza dos Santos

EDUFRB

Superintendência da
Editora

SUPERINTENDENTE

Rosineide Pereira Mubarack Garcia

CONSELHO EDITORIAL

Débora Alves Feitosa
Luciano Hocevar
Manuela Oliveira de Souza
Maurício Ferreira da Silva
Rosilda Arruda Ferreira
Rosineide Pereira Mubarack Garcia
(Presidente)
Sarah Roberta de Oliveira Carneiro
Simone Alves Silva
Urbanir Santana Rodrigues

Marcílio Delan Baliza Fernandes
Susana Couto Pimentel
Tatiana Polliana Pinto de Lima

EDITORA FILIADA À



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Copyright©2024 by Jomara Silva dos Santos Souza, João Soares de Oliveira Neto e Clotilde Assis Oliveira

Direitos para esta edição cedidos à EDUFRB

Capa

Jomara Silva dos Santos Souza

Editoração eletrônica

Antonio Vagno Santana Cardoso

Ilustrações

Canvas.com

Revisão e normatização técnica

Elaine Batista Sampaio e Thaís Souza dos Santos

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

S729i

Souza, Jomara Silva dos Santos.

Saúde da mulher: indicadores de humanização na atenção básica / Jomara Silva dos Santos Souza e João Soares de Oliveira Neto, Clotilde Assis Oliveira._ Cruz das Almas, BA, EDUFRB, 2024.

38p.; il.

Esta obra - Cartilha - faz parte do Edital no. 01/2023 - Edital de apoio à publicação de produtos tecnológicos.

ISBN: 978-65-6136-001-2

1.Mulheres – Vigilância em saúde pública. 2.Mulheres – Política de saúde. 3.Indicadores – Análise. I.Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. II.Souza, Jomara Silva dos Santos. III.Oliveira Neto, João Soares de. IV. Oliveira, Clotilde Assis.Título.

CDD: 614.542

Ficha elaborada pela Biblioteca Universitária de Cruz das Almas - UFRB. Responsável pela Elaboração Antonio Marcos Sarmento das Chagas (Bibliotecário - CRB5 / 1615).

Publicado em 19 de novembro de 2024.



Rua Rui Barbosa, 710 – Centro
44380-000 Cruz das Almas – Bahia/Brasil
Tel.: (75) 3621-7672
editora@reitoria.ufrb.edu.br
www.ufrb.edu.br/editora

Sumário

Apresentação	5
Política Nacional de Humanização	9
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	11
Política Nacional da Atenção Básica	15
Atenção à Saúde da Mulher	18
Atendimento Humanizado	20
Monitoramento	22
Indicadores da Saúde da Mulher	23
Proposta de Indicadores	25
Referências	34
Autores	35

Apresentação

As mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Considera-se, portanto, um segmento social fundamental para as ações das políticas de saúde, especialmente porque as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres resultam num forte impacto nas condições de saúde das mulheres.

Agregadas as questões referentes às relações sociais de gênero, outras variáveis como raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade, tornam mais grave as desigualdades vividas pelas mulheres, requisitando do SUS um olhar cuidadoso para esse segmento da população.

Conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada em 2014 pelo Ministério da Saúde (MS), para se oferecer um atendimento humanizado à mulher, deve-se levar em consideração os aspectos psicológicos, sociais, biológicos, sexuais, ambientais e culturais do gênero feminino.

No que concerne às políticas públicas nacionais de saúde, para além da PNAISM, o processo de incorporação da assistência integral à saúde da mulher na Atenção Básica (AB) resulta da ação direta de mais duas políticas: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Humanização (PNH).

Conceitualmente o atendimento humanizado à saúde da mulher, deve ser compreendido como um conjunto de ações, medidas e atitudes que reverberam na promoção do bem-estar físico e mental da usuária ao ser atendida na USF.

Para o Ministério da Saúde, educação em saúde é um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. É também um conjunto de práticas de um setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (Brasil, 2006).

Entende-se que os atores envolvidos no processo de promoção a saúde são os profissionais de saúde (atuando na promoção, prevenção e recuperação), os gestores (apoando as ações educativas e provendo os recursos necessários) e os usuários (demonstrando prontidão para construir conhecimento e conquistar sua autonomia nos cuidados).

Essa Cartilha é o produto final da pesquisa do Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia(UFRB). A pesquisa foi documental exploratória de natureza qualitativa, nas Políticas Públicas Nacionais da Atenção Básica, Humanização, Atenção Integral à Saúde da Mulher seus indicadores de monitoramento, suas diretrizes, suas dimensões e fundamentos bem como, nas publicações acadêmicas relacionadas ao tema.

Está direcionada aos Coordenadores e Gerentes de Atenção Básica com o objetivo de contribuir com o processo de monitoramento do atendimento humanizado à mulher, como estratégia de fortalecimento da saúde nos municípios, uma vez que toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários e assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas.

A compreensão da dinâmica do atendimento humanizado oferecido à mulher no município de Santo Antonio de Jesus/BA e das políticas públicas resultou na proposição de indicadores que auxiliem os Coordenadores e Gerentes, de outros municípios, no processo de monitoramen-

to, visando tornar as usuárias das Unidades de Saúde da Família (USF) protagonistas do cuidado com a sua própria saúde, bem como servir de estratégia da gestão municipal para o fortalecimento e melhoria dos cuidados com a saúde da população feminina.





Política Nacional de Humanização

Dimensões da PNH (2003)

Prevenir

Cuidar

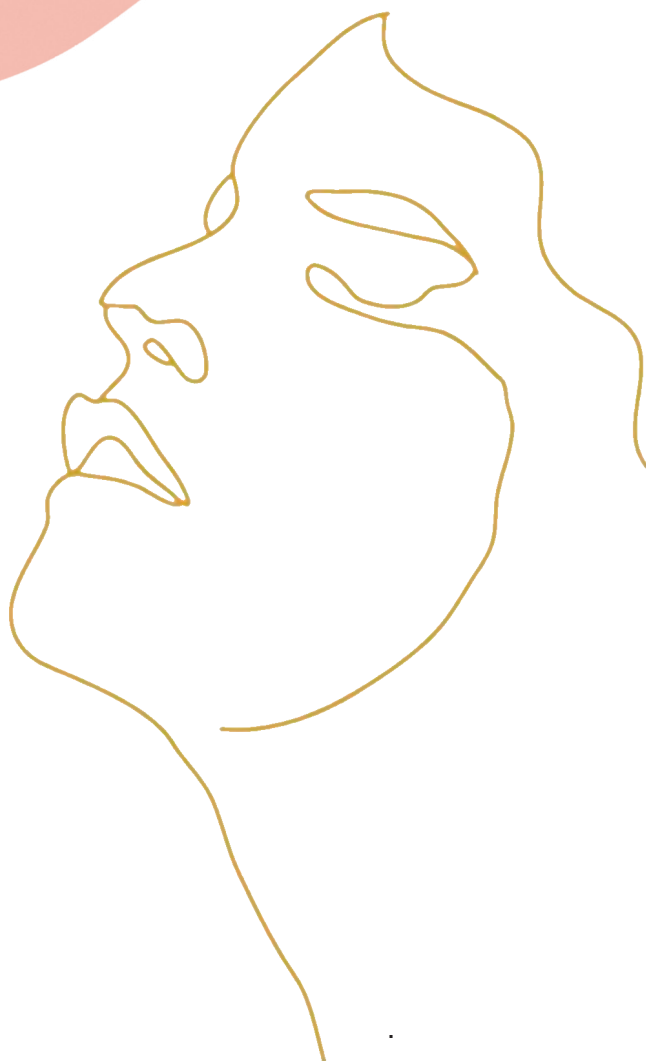
Proteger

Tratar

Recuperar

Promover

Produzir saúde



Diretrizes da PNH (2003):

“**Acolhimento:** Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. É construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva”;

“**Gestão Participativa e cogestão:** Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo”;

“**Ambiência:** Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas”;

“**Clínica ampliada e compartilhada:** A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia”;

“**Valorização do Trabalhador:** É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho”;

“**Defesa dos Direitos dos Usuários:** Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta”.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Dimensões da PNAISM (2014)

Aspectos psicológicos

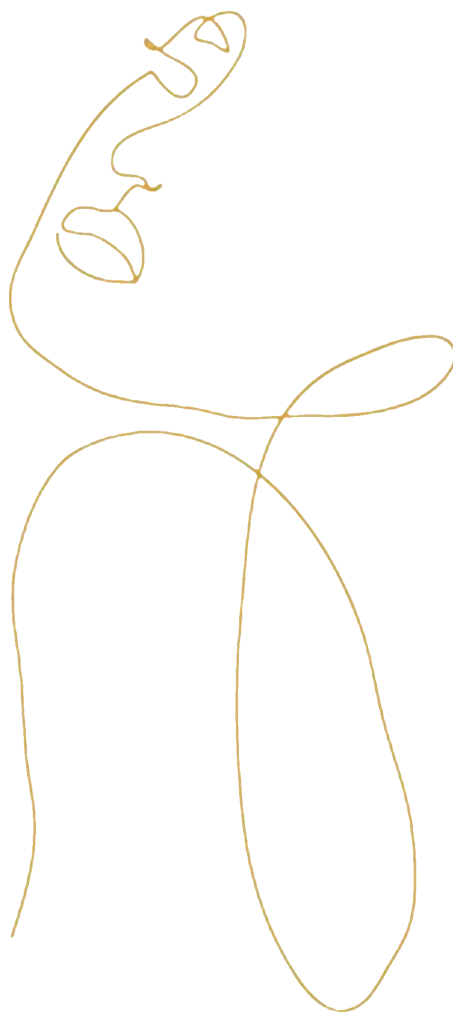
Aspectos sociais

Aspectos biológicos

Aspectos sexuais

Aspectos ambientais

Aspectos culturais



Diretrizes da PNAISM (2014):

“O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde”;

“A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras)”;

“A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher”;

“A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais”;

“As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação”;

“A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade”;

“O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher”;

“A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas”;

“A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde”;

“As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida;

que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares”;

“No processo de elaboração, execução e avaliação das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política- no campo dos direitos e da saúde da mulher”;

“Compreende-se que a participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, no âmbito federal, estadual e municipal requer – cabendo, portanto, às instâncias gestoras – melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS”;

“No âmbito do setor Saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o ajuste às diferentes realidades regionais”;

“As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados”.

Política Nacional da Atenção Básica

Fundamentos e Diretrizes da PNAB(2012):

“Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade”;

“Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede.

A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção”;

“Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos

usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado”;

“Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de a vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenado-o no conjunto da rede de atenção.

A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica”; e “Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na cons-

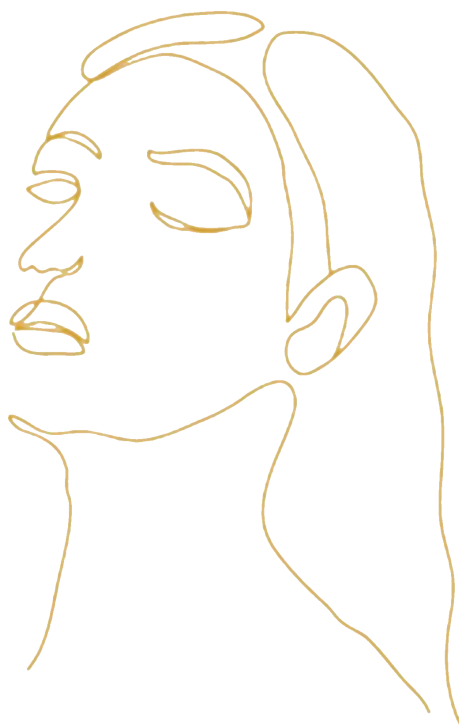
trução do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais”.

Atenção à Saúde da Mulher

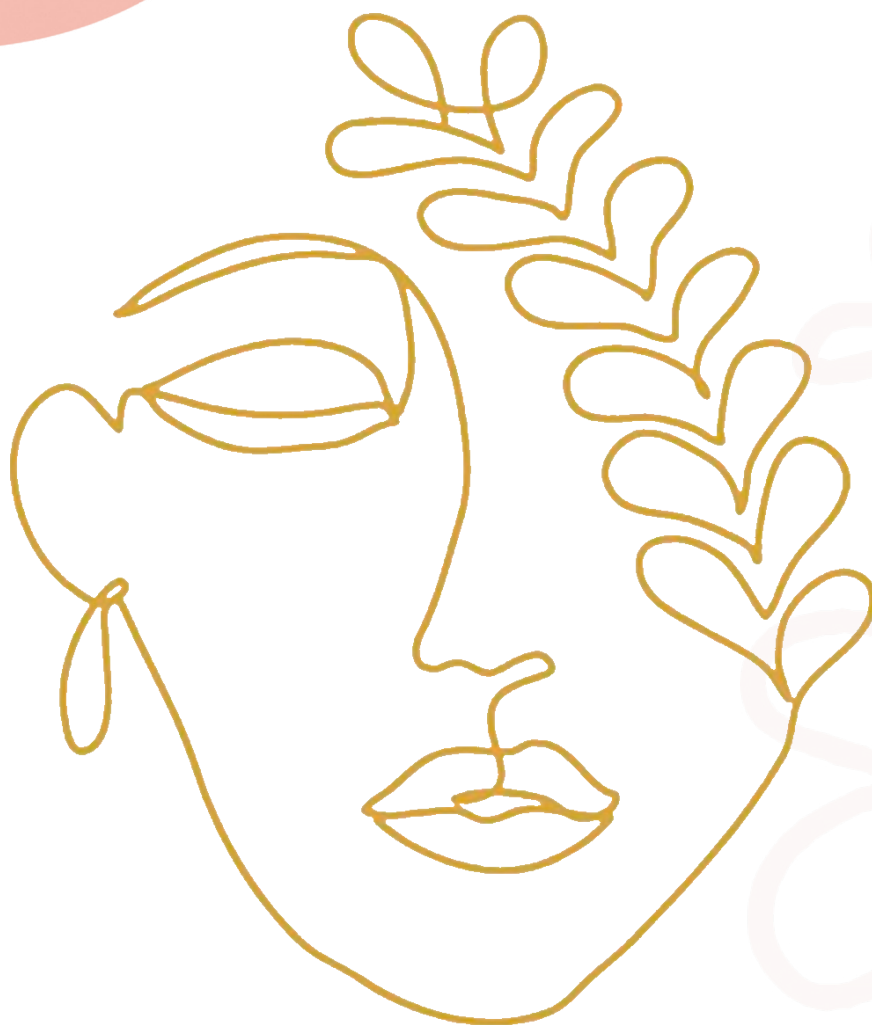
A qualidade da atenção à saúde das mulheres deve referir-se a um conjunto de aspectos que englobam suas questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica na superação do enfoque biologicista e medicalizador hegemônico dos serviços de saúde e na adoção do conceito de saúde integral e de práticas, que considerem as experiências das mulheres com sua saúde. Mantamala (1995).

A criação das Políticas Públicas de Humanização (PNH) e da Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) objetivou conseguir a satisfação das mulheres com relação a garantir seus direitos como cidadãs e também na promoção do autocuidado.

Portanto, é preciso haver por parte da gestão municipal um constante monitoramento das ações, objetivos e metas na promoção da saúde e atendimento da mulher. Cabe ao gestor de saúde pensar em dimensões de planejamento que reverberem em indicadores para o monitoramento das ações e atendimento humanizado, que levem a usuária da USF a sentir-se respeitada enquanto cidadã e estimulada ao autocuidado.



Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a
compartilhar saberes e a reconhecer direitos



5

Atendimento Humanizado

O conceito de atendimento humanizado à saúde da mulher deve ser compreendido como um conjunto de ações, medidas e atitudes que reverberam na promoção do bem-estar físico e mental.

Ao reconhecer os direitos das usuárias e a necessidade de inovar-se, a Gestão Pública é desafiada a realizar um novo modelo de gestão, objetivando, assim, dissipar as informações e atender às demandas, aos interesses e às expectativas da sociedade sobre o serviço prestado.

A qualidade no atendimento à mulher vai muito além do que realizar um certo procedimento, de agendar uma consulta ou simplesmente de orientar. Implica em demonstrar à usuária a disponibilidade e o interesse em ouvi-la, buscando encontrar alternativas para seus questionamentos. É ajudá-la a compreender o que está acontecendo com seu corpo.

Como os Coordenadores e Gerentes da Atenção Básica podem contribuir com a garantia da manutenção desses direitos?

- Através da realização do monitoramento das Políticas de Saúde da Mulher.



6

Monitoramento

Entende-se por monitoramento o processo que engloba o acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando como base o que um projeto estabelece como metas de sua implementação (planejamento). Refere-se ao acompanhamento de objetivos e metas alcançadas com uma intervenção.

O monitoramento deve ser realizado na rotina dos serviços, permitindo uma maior agilidade na correção de rumos do projeto.

Para realizar o monitoramento na AB, é importante enfatizar os modos de produção da informação analisando diariamente os serviços e chamando a atenção para o próprio processo de construção e apropriação da informação pelos diferentes atores envolvidos que são os gestores, os trabalhadores e os usuários.

Logo, para o alcance do sucesso do monitoramento, faz-se necessário serem propostos, elaborados, escolhidos e sugeridos indicadores que reflexionem a abrangência ou não das metas. Esses indicadores devem representar os processos instalados e/ou os produtos obtidos.



Indicadores da Saúde da Mulher

Os indicadores são como “medidas- sínteses”, as quais devem conter informações relevantes sobre as dimensões do estado de saúde da mulher, bem como do desempenho do sistema de saúde municipal quanto à eficácia e à efetividade.

A construção de indicadores para o monitoramento do atendimento humanizado à saúde da mulher na AB(Unidades de Saúde da Família) deve seguir as orientações estabelecidas na Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM), no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres(PNPM) e na Humanização na Atenção Básica.

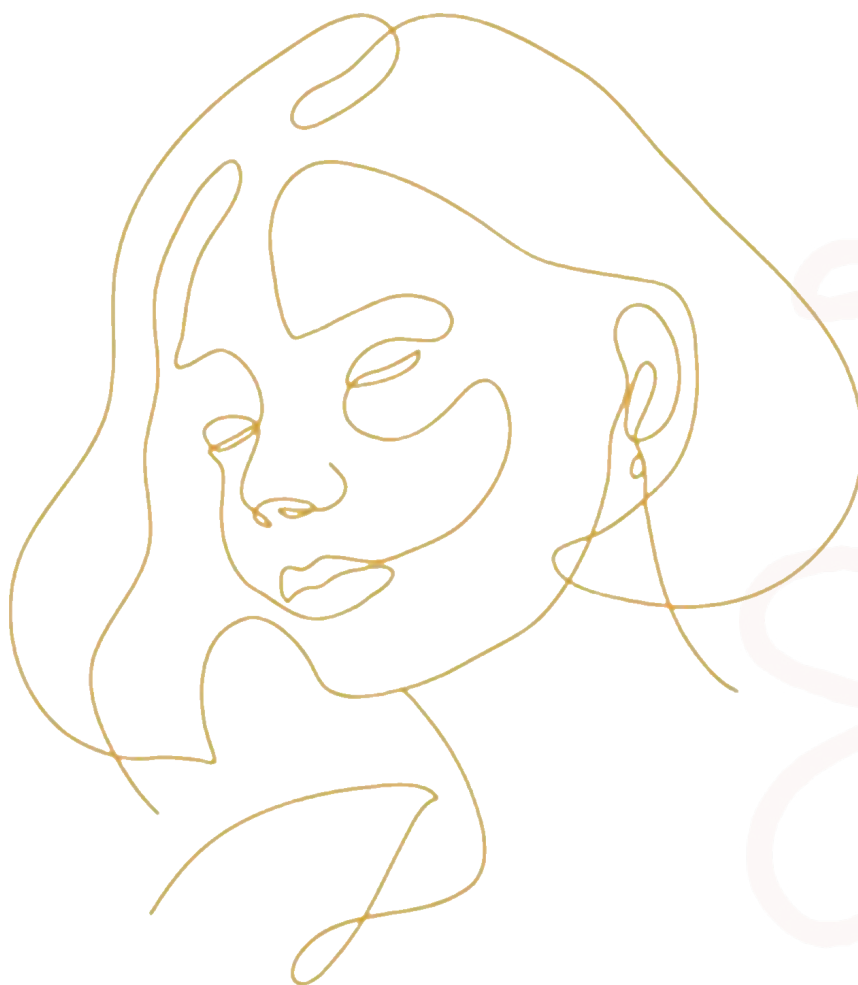
Deve-se entender que a finalidade do indicador não é a de confundir o processo de monitoramento. Sendo assim, sua aplicação deve acontecer de forma a não provocar grandes alterações na rotina local e fornecer, com brevidade aos gestores, a compreensão de como está a eficácia e efetividade do atendimento humanizado às mulheres nas Unidades de Saúde da Família (USF), auxiliando-os no processo de tomada de decisão.



Eficácia e Eficiência

Para o alcance da eficácia do monitoramento, é necessário ter ações produzidas para se chegar aos melhores resultados possíveis, principalmente em relação à cobertura (número de pessoas atendidas) e à concentração (número de ações oferecidas a cada pessoa).

Já a efetividade é alcançada através da obtenção de transformações concretas na situação de saúde e coerentes com os objetivos propostos pela gestão municipal. Os indicadores propostos devem trazer as situações mais pertinentes e prioritárias a serem abordadas no escopo da humanização.



8

Proposta de Indicadores

O estudo e a articulação entre os objetivos, descritores e indicadores do monitoramento das Políticas Públicas Nacional da Saúde da Mulher, Humanização e Atenção Básica e da Política Municipal de Humanização à Saúde da Mulher reverberou na proposição de 16 (dezesesseis) quadros, com 16 (dezesesseis) objetivos e 46 (quarenta e seis) indicadores.

Para além das dimensões de planejamento e dos quarenta e seis indicadores, os quadros contemplam as principais fontes onde os dados poderão ser obtidos, de modo a agilizar o monitoramento e acompanhamento. Portanto, cada quadro possui as seguintes características: uma linha com um objetivo específico e três colunas referentes as dimensões de planejamento, indicadores e fontes de dados.

Os quadros foram adaptados dos quadros do Manual dos Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência da Humanização na Atenção Básica, elaborado pelo Ministério da Saúde e do Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

As fontes de dados propostas foram pensadas de modo a não causarem grandes impactos e ou mudanças nas rotinas locais, uma vez que se compreende o dia a dia desafiador das USF.

Como estratégia para contribuir com a construção dos indicadores propostos, utilizou-se a abordagem das situações que se apresentam mais pertinentes e prioritárias de serem abordadas no escopo da humanização.

A proposta dos indicadores foi construída com base em estudos sobre pesquisa qualitativa, desse modo, não são apresentados por valor numérico.

A mensuração das questões trazidas pelos indicadores ocorrem da seguinte forma:

- “SIM” = Implantado, realizado.
- “NÃO” = Não implantado, não realizado.

Proposta de indicadores mínimos para monitoramento do atendimento humanizado à mulher na atenção básica (USF).

Quadro 1

Objetivo 1: Implementar Gestão Descentralizada e Participativa.			
Dimensões de Planejamento	Indicador	Informação Obtida	Sugestões de Fontes de Dados
Condução de políticas de forma participativa.	1. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados.	Sim	- Secretaria Municipal de Saúde/AB
		Não	- Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 2

Objetivo 2: Ampliar e qualificar o acesso e o cuidado integrais resolutivos.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fontes de Dados
Ampliação de Acesso	2. Horário e agenda de atendimentos expandidos e flexibilizados, incluindo horários de almoço e outros.	Sim	- Ouvidoria do SUS - Secretaria Municipal de Saúde/AB - Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	
Acolhimento com avaliação de risco.	3. Projeto de acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitações iniciais, definição e implementação de rotinas e fluxos.	Sim	
Atenção Integral e resolutiva	4. Projeto de Integração com os demais níveis de organização da rede, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis por acompanhamento: atenção especializada e hospitalar, maternidades, serviços de referência, apoio diagnóstico e terapêutico.	Não	
		Sim	
Saúde e direitos sexuais	5. Reconhecimento, por profissionais de unidades de saúde, da saúde sexual como um direito universal.	Sim	
		Não	
Orientação sexual	6. Ações de combates ao preconceito e discriminação por orientação sexual.	Sim	
Identidade de gênero	7. Ações de combate ao preconceito e discriminação por identidade de gênero.	Sim	
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 3

Objetivo 3: Organizar a atenção e a oferta de cuidado a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do Trabalho.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fontes de Dados
Implementação de equipes multiprofissionais, com definição de métodos de atuação e como referência para a usuária	8. Equipes de atenção básica/saúde da família constituídas como equipes multiprofissionais, com metodologia e plano de atuação.	Sim	- Ouvidoria do SUS - Secretaria Municipal de Saúde/AB - Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	
Condução do tratamento e abordagem da usuária/ (projetos terapêuticos individuais e projetos de saúde coletiva) e prontuários integrados.	9. Projetos terapêuticos singulares elaborados por equipes multiprofissionais, para usuárias e suas famílias.	Sim	
		Não	
Protocolos de condução dos trabalhos e abordagem das usuárias.	10. Protocolos clínicos elaborados e/ou validados com participação da equipe para problemas selecionados, conforme necessidades e demandas prevalentes.	Sim	
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 4

Objetivo 4: Assegurar direitos das usuárias, controle social e implementar ações no âmbito da promoção a saúde.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fontes de Dados
Estratégias de informação sobre funcionamento dos serviços e direitos dos usuáries.	11. Informações afixadas em locais e com acessibilidade sobre : (i) vinculação do Serviço ao SUS; (ii) identificação dos setores, nome dos trabalhadores e responsáveis e horário de atendimento; (iii) serviços a serem procurados em casos agudos e de urgência nos momentos em que a unidade estiver fechada; (iv) direitos dos usuáries; (v) horários pré- agendados para comunicação com familiares;(vi) ausências temporárias e férias de profissionais; (vii) critérios e fluxos do acolhimento e seguimento na rede.	Sim	- Ouvidoria do SUS - Secretaria Municipal de Saúde/AB - Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	
	12. s (ou equivalentes) sobre o funcionamento do acolhimento e boletins informativos (e equivalentes) com acessibilidade e disponibilizadas em locais de circulação.	Sim	
		Não	
Serviços de escuta e avaliação de satisfação das usuáries	13. Serviço implementado para escuta dos usuáries, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações.	Sim	
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 5

Objetivo 5 : Adequar áreas físicas (segundo o conceito de ambiência e acessibilidade nos projetos arquitetônicos).			
Dimensões de Planejamento	Indicador	Informação Obtida	Sugestões de Fontes de Dados
Adequação de áreas físicas, seguindo o conceito de ambiência e acessibilidade.	14. Projeto arquitetônico elaborado e executado com adequações nos ambientes, atendendo a legislação de acessibilidade.	Sim	- Secretaria Municipal de Saúde/AB - Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 6

Objetivo 6: Promover a atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fontes de Dados
Rede de atenção às mulheres em situação de violência	15. Existência de rede integrada de atenção às mulheres em situação de violência.	Sim	- Banco de dados do SUS - Secretaria Municipal de Saúde/AB
		Não	
Formação continuada	16. Existência de programas de capacitação de profissionais atuando na rede de atenção às mulheres vítimas de violência, incluindo programas de capacitação à distância.	Sim	- Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 7

Objetivo 7: Promover, com o Departamento de DST, Aids e hepatites virais, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fontes de Dados
Educação em saúde	17. Existência de atividades de educação em saúde sobre Aids.	Sim	- Secretaria Municipal de Saúde/AB
		Não	
	18. Existência e distribuição de materiais de informação para usuárias.	Sim	- Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 8

Objetivo 8: Promover a atenção à morbidade por câncer.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fontes de Dados
Câncer de Mama, colo do útero e pulmão	19. Existência de serviços de acompanhamento das mulheres que realizaram tratamento de câncer.	Sim	- Secretaria Municipal de Saúde/AB - Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	
Apoio psicológico	20. Existência de serviços de apoio psicológico para mulheres com câncer.	Sim	
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 9

Objetivo 9: Implantar um modelo de atenção à saúde mental sob o enfoque de gênero.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fontes de Dados
Serviços de atenção à saúde mental das mulheres	21. Existem serviços de atenção à saúde mental das mulheres.	Sim	- Secretaria Municipal de Saúde/AB - Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	
Depressão	22. Existência de serviços de atenção às mulheres com depressão.	Sim	
		Não	
Suicídio	23. Percentual de mulheres atendidas nos Centros de Apoio Psicossocial/ álcool e drogas (CAPSad) por uso dessas substâncias.	%	
Atividades coletivas	24. Existência de serviços com grupos de reflexão sobre mulher, gênero e saúde mental.	Sim	
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 10

Objetivo 10: Implementar a atenção à saúde no climatério.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fontes de Dados
Acesso à informação sobre saúde no climatério	25. Existência de programas de capacitação para qualificação da atenção às mulheres no climatério e respectivos conteúdos	Sim	-Secretaria Municipal de Saúde/AB - Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	
	26. Existência de grupos de informação sobre a temática nas unidades de saúde	Sim	
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 11

Objetivo 11: Promover a atenção à saúde das mulheres idosas.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fonte de Dados
Acesso a serviços	27. Existência de ações educativas e de promoção da saúde, direcionadas a mulheres idosas	Sim	- Secretaria Municipal de Saúde/AB - Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	
Suporte social	28. Existência de programas de apoio familiar e social com foco na mulher cuidadora	Sim	
		Não	
Formações	29. Existência de programas de formação para qualificação da atenção às mulheres idosas	Sim	
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 12

Objetivo 12: Promover a atenção à saúde das mulheres negras.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fonte de Dados
Ações de saúde da mulher com recorte racial/de cor e étnico	30. Existência de ações de saúde para as mulheres quilombolas.	Sim	- Secretaria Municipal de Saúde/AB - Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	
Acesso à informação sobre saúde das mulheres negras	31. Existência de programas de capacitação para qualificação da atenção às mulheres negras e respectivos conteúdos.	Sim	
		Não	
	32. Existência de grupos de informação sobre a temática nas unidades de saúde.	Sim	
		Não	
Formação continuada	33. Existência de programas de formação de profissionais sobre saúde das mulheres negras.	Sim	
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 13

Objetivo 13: Promover a atenção à saúde das mulheres Lésbicas, Bissexuais e Trans.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fonte de Dados
Ações de saúde da mulher com recorte racial/de cor e étnico	34. Existência de ações de saúde para as mulheres lésbicas, bissexuais e Trans.	Sim	- Secretaria Municipal de Saúde/AB - Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	
Acesso à informação sobre saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e Trans	35. Existência de programas de capacitação para qualificação da atenção às mulheres lésbicas, bissexuais e Trans e respectivos conteúdos.	Sim	
		Não	
	36. Existência de grupos de informação sobre a temática nas unidades de saúde.	Sim	
		Não	
Formação continuada	37. Existência de programas de formação de profissionais sobre saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e Trans.	Sim	
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 14

Objetivo 14: Promover a atenção à saúde das mulheres trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fonte de Dados
Ações de saúde da mulher com recorte racial/de cor e étnico	38. Existência de ações de saúde para as mulheres trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos.	Sim	- Secretaria Municipal de Saúde/AB - Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	
Acesso à informação sobre saúde das mulheres trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos	39. Existência de programas de capacitação para qualificação da atenção às mulheres trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos.	Sim	
		Não	
	40. Existência de grupos de informação sobre a temática nas unidades de saúde.	Sim	
		Não	
Formação continuada	41. Existência de programas de formação de profissionais sobresaúde das mulheres trabalhadoras do campo	Sim	
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).
Quadro 15

Objetivo 14: Promover a atenção à saúde das mulheres trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos.			
Dimensões de Planejamento	Indicadores	Informação Obtida	Sugestões de Fonte de Dados
Ações de saúde da mulher com recorte racial/de cor e étnico	38. Existência de ações de saúde para as mulheres trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos.	Sim	- Secretaria Municipal de Saúde/AB - Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF
		Não	
Acesso à informação sobre saúde das mulheres trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos	39. Existência de programas de capacitação para qualificação da atenção às mulheres trabalhadoras do campo, da cidade e de assentamentos.	Sim	
		Não	
	40. Existência de grupos de informação sobre a temática nas unidades de saúde.	Sim	
		Não	
Formação continuada	41. Existência de programas de formação de profissionais sobresaúde das mulheres trabalhadoras do campo	Sim	
		Não	

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Quadro 16

Objetivo 16: Promover a atenção à saúde das mulheres com deficiência.			
Dimensões de Planejamento	Indicador	Informação Obtida	Sugestões de Fontes de Dados
Ações de saúde para mulheres com deficiência	46. Existência de ações de atenção agravos à saúde das mulheres com deficiência.	Sim	- Secretaria Municipal de Saúde/AB
		Não	- Entrevistas com Usuárias e trabalhadores da USF.

Fonte: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência (2006).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2011, 24 out.(2014).

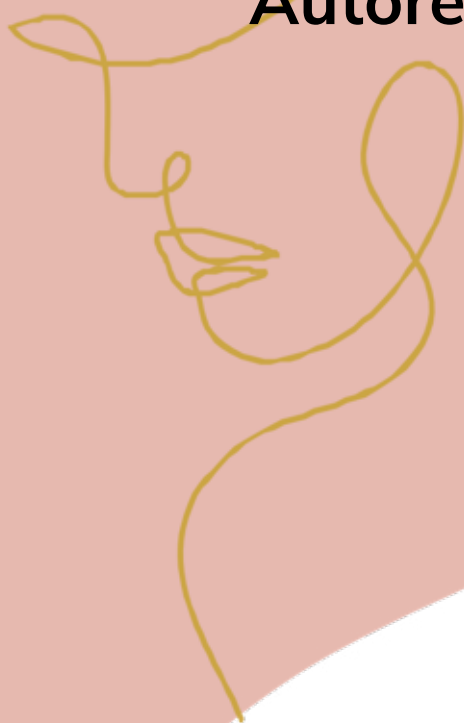
BRASIL. **Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS**: Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência. Brasília, DF: Editora MS, 2006. 46 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

GIORDANI, A. T.; PIRES, P. A. B. F. **Normas editoriais, orientação aos autores**: cartilhas. Cornélio Procópio, PR: Editora UENP, 2020.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 23. ed. **revista e atualizada**. São Paulo, SP: Cortez, 2012.

Autores



Jomara Silva dos Santos Souza

Graduada em Secretariado Executivo pela Universidade Federal da Bahia, Especialista em Gestão de Pessoas pela Faculdade de Ciências e Tecnologia - FTC. Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. Foi Secretária Executiva, Gerente Administrativo/Financeiro e bolsista do Grupo de Pesquisa em Recursos Hídricos da UFBA. É servidora pública da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia desde 2007, onde atuou na gestão do Centro de Formação de Professor como Secretária Executiva da Direção e Chefe do Núcleo Acadêmico. Em 2010 passou a ser a Secretária Executiva da Direção do Centro de Ciências da Saúde - CCS e em 2014 assumiu a função de Gestão como Gerente Técnico- Administrativo deste Centro até janeiro de 2024. Atualmente é pesquisadora do Observatório da Inclusão e Diversidade na Educação Brasileira - DIVERSIFICA/UFRB.



João Soares de Oliveira Neto

Doutor em Engenharia Elétrica pela Universidade de São Paulo e em Computação pela Université Paris-Saclay (duplo diploma). cursou mestrado em Ciência da Computação pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003), especialização em TV Digital pela Universidade Mackenzie, São Paulo (2008) e graduação em Ciência da Computação pela Universidade Federal do Maranhão (1999). Atualmente, é professor adjunto IV da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Tem experiência na área de Ciência da Computação, com ênfase em Interação Humano-Computador, acessibilidade, Engenharia de Software, Computação Ubíqua e desenvolvimento de Tecnologia Assistiva digital para o espaço urbano (combinando assuntos como Cidades Inteligentes, Internet das Coisas, Cloud Computing, e Computação Vestível). Orienta, coordena e participa de projetos que utilizam as tecnologias da comunicação e da informação nas áreas de saúde, educação, e inclusão.



Clotilde Assis Oliveira

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia (2004), especialização em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (2009), especialização em preceptoria no SUS pela Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês (2017), mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (2007) e doutorado em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem (USP). É professora adjunta III da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) da UFRB. Coordenadora e tutora do Programa de Residência em Nutrição Clínica com ênfase em Pediatria e Terapia Intensiva. Foi coordenadora do Curso de Bacharelado em Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da UFRB (2017-2019). Tem experiência na área de Nutrição Clínica Hospitalar, atuando principalmente nos seguintes temas: dimensionamento de nutricionistas clínicos, cuidado alimentar e nutricional no ambiente hospitalar e terapia nutricional artificial.



ISBN: 978-65-6136-001-2

